

**PAOLA BOMBASSARO CAIROLI**

**AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E DA  
(IN)SATISFAÇÃO COM O CORPO GRÁVIDO PELA  
ESCALA DE MEDIDA EM IMAGEM CORPORAL EM  
GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL  
DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE VINHEDO - SP**

**Campinas**

**Unicamp**

**2009**

**i**

**PAOLA BOMBASSARO CAIROLI**

**AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E DA  
(IN)SATISFAÇÃO COM O CORPO GRÁVIDO PELA  
ESCALA DE MEDIDA EM IMAGEM CORPORAL EM  
GESTANTES INSCRITAS NO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL  
DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE VINHEDO - SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração em Enfermagem e Trabalho.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonieta Keiko Kakuda Shimo

**Campinas**

**Unicamp**

**2009**

**iii**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA  
UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C123a      Cairolli, Paola Bombassaro  
Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo - SP / Paola Bombassaro Cairolli. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Antonieta Keiko Kakuda Shimo  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Imagem corporal. 2. Gestação. I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The evaluation of body image and pregnant body (dis) satisfaction using body image rating scale in pregnant woman from basic health program of Vinhedo -SP.

Keywords: • Body image  
• Pregnancy

Titulação: Mestre em Enfermagem  
Área de concentração: Enfermagem e trabalho

---

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

PAOLA BOMBASSARO CAIROLI (RA: 077594)

---

**Orientador(a)** PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

---

**Membros:**

---

1. PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO



---

2. PROFA. DRA. ANA MÁRCIA SPANO NAKANO



---

3. PROFA. DRA. MARIA DA CONSOLACAO GOMES CUNHA FERNANDES TAVARES



---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

---

**Data:** 07 de julho de 2009

---

**ÀS MULHERES**

Gostaria de agradecer àqueles que sempre me apoiaram nas minhas decisões e, assim, me ajudaram na realização de mais um projeto:

- Minha mãe, Regina, pelo tamanho do carinho e da dedicação, me amparando e acalentando com seu colo;
- Meu pai, Lucas, que nunca duvidou da minha capacidade e sempre foi o meu principal motivador para alcançar o que eu desejasse;
- Minha irmã, Bruna, companheira e amiga, grande ouvinte e debatedora nos meus projetos, minha eterna ‘pequena’;
- Minha avó, Joana, segunda mãe, que sempre esteve presente em minha vida;
- Meu marido, Fábio, o alimentador dos meus sonhos, quem me desafia todos os dias a ser sempre mais e melhor;
- Professora Antonieta, que, mais que orientadora, foi amiga e me acolheu, me mostrando o caminho da calma e da serenidade;
- Professora Consolação, que me julgou capaz;
- Ângela, que me ajudou como uma irmã, fazendo do meu projeto, seu projeto.

Que venha um novo ser ao mundo é feito  
Que ocorre aos nossos olhos muitas vezes  
(Não que o torne menor – nem nós, maiores);  
Gerar um ser em si é movimento  
Singular, em que a intensa alteração  
Faz do corpo da mãe nova mulher.  
Que todo leitor viva esta mudança  
Fazendo esta leitura, tanto quanto  
Nasceu outra mulher nesta pesquisa.

*Fábio Paifer Cairolli*

	Pág.
Lista de Abreviaturas.....	xix
Lista de Tabelas.....	xxi
Lista de Gráficos.....	xxiii
Lista de Quadros.....	xxvii
<b>RESUMO</b> .....	xxix
<b>ABSTRACT</b> .....	xxxiii
1- Introdução.....	37
1.1- Justificativa.....	40
1.2- Objetivos.....	40
1.2.1 – Objetivo geral.....	40
1.2.2 – Objetivos específicos.....	41
2- Quadro Teórico.....	43
2.1- Gestação.....	45
2.1.1- A Gestação ao longo da história da mulher.....	45
2.1.2- Alterações fisiológicas na gestação.....	51
2.1.3- Alterações emocionais na gestação.....	53
2.2- Imagem Corporal.....	57
2.2.1- Conceitos.....	57
2.2.2- Imagem Corporal e gestação.....	61
2.2.3- O que a literatura revela sobre Imagem Corporal e gestação.....	62
3- Desenho do Estudo.....	69
3.1- Material e metodologia.....	71
3.2- Contexto em que se realizou o estudo.....	71
3.3- População e amostra.....	72

3.4- Variáveis.....	72
3.5- Variáveis sócio-demográficas.....	72
3.5.1- Variáveis obstétricas.....	73
3.5.2- Variáveis biométricas.....	73
3.6- Critérios de Inclusão.....	73
3.7- Critérios de Exclusão.....	73
3.8- Instrumento de coleta de dados.....	73
3.9- Coleta de dados.....	75
3.10- Aspectos éticos.....	76
3.11- Análise dos dados.....	76
4- Resultados e Discussões.....	79
4.1- Análise descritiva.....	81
4.1.1- Variáveis sócio-demográficas.....	81
4.1.2- Análise de dispersão das variáveis contínuas.....	97
4.1.3- Variáveis categóricas.....	98
4.2- Análise da consistência interna.....	100
4.3- Análise comparativa.....	103
4.4- Satisfação Corporal.....	112
5- Apresentação das opiniões de gestantes sobre o corpo .....	119
5.1- Satisfação e sentimento de felicidade com a gravidez e com o corpo grávido.	121
5.2- Observação em relação ao ganho de peso.....	122
5.3- Aparecimento de estrias.....	122
5.4- Comentários a respeito de varizes.....	122
5.5- Comentários sobre edema na região nasal.....	123
5.6- Comentários sobre manchas na pele.....	123

5.7- Comentários focados no bebê.....	123
6- Conclusão.....	127
6.1- Sobre o uso da Escala de Medida em Imagem Corporal de Souto.....	129
6.2- Sobre a Imagem Corporal.....	129
6.3- Sobre a Satisfação Corporal.....	130
7- Considerações finais.....	131
8- Referência Bibliográfica.....	137
ANEXOS.....	147
Anexo 01.....	149
Anexo 02.....	150
Anexo 03.....	152
Anexo 04.....	153
APÊNDICES.....	155
Apêndice 01.....	157
Apêndice 02.....	158

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

<b>AC</b>	Apresentação Corporal
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IC</b>	Ideal Corporal
<b>NANDA</b>	<i>North American Diagnosis Association</i>
<b>RC</b>	Realidade Corporal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS

---

<b>Tabela 01:</b> distribuição dos textos conforme as unidades temáticas.....	63
<b>Tabela 02:</b> Variáveis contínuas dos escores da satisfação corporal.....	114
<b>Tabela 03:</b> Análise comparativa entre satisfação corporal e gravidez planejada.....	114
<b>Tabela 04:</b> Análise comparativa entre satisfação corporal e trimestre gestacional.....	115
<b>Tabela 05:</b> Análise comparativa entre satisfação corporal e alteração de peso antes da gravidez.....	115
<b>Tabela 06:</b> Análise comparativa entre satisfação corporal e atividade física.....	116
<b>Tabela 07:</b> Análise comparativa entre satisfação corporal e peso gestacional.....	116
<b>Tabela 08:</b> Análise comparativa entre variável categórica satisfação corporal e as variáveis contínuas idade, escolaridade, número de gestações, IMC atual e IMC anterior.....	118

## LISTA DE GRÁFICOS

---

<b>Gráfico 01:</b> Distribuição de gestantes entrevistadas por unidade básica de saúde no município de Vinhedo – SP em 2008.....	82
<b>Gráfico 02:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao estado civil no município de Vinhedo – SP em 2008.....	83
<b>Gráfico 03:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à escolaridade no município de Vinhedo– SP em 2008.....	84
<b>Gráfico 04:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à idade no município de Vinhedo – SP em 2008.....	85
<b>Gráfico 05:</b> Distribuição do número de partos das gestantes entrevistadas no município de Vinhedo – SP em 2008.....	86
<b>Gráfico 06:</b> Distribuição do número de abortos das gestantes entrevistadas no município de Vinhedo – SP em 2008.....	87
<b>Gráfico 07:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas em relação à presença de intercorrências na gravidez anterior no município de Vinhedo – SP em 2008.....	88
<b>Gráfico 08:</b> Distribuição das 19 gestantes que verbalizaram presença de intercorrências nas gestações anteriores de acordo com o tipo de intercorrência. Vinhedo – SP, 2008.....	89
<b>Gráfico 09:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à presença ou não de intercorrências na gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.....	90
<b>Gráfico 10:</b> Distribuição das gestantes com intercorrência na gravidez atual segundo o tipo da intercorrência. Vinhedo – SP, 2008.....	91
<b>Gráfico 11:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao planejamento da gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.....	92
<b>Gráfico 12:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao trimestre de gestação em que se encontravam quando foram abordadas para entrevista. Vinhedo – SP, 2008.....	93

<b>Gráfico 13:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao IMC atual conforme Manual técnico de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde (Anexo 03). Vinhedo – SP, 2008.....	94
<b>Gráfico 14:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à alteração de peso antes da gravidez segundo informação das próprias gestantes. Vinhedo – SP, 2008.....	95
<b>Gráfico 15:</b> Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à realização de atividade física durante a gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.....	96
<b>Gráfico 16:</b> Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao componente Ideal Corporal (IC) nas faixas de peso gestacional.....	106
<b>Gráfico 17:</b> Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao escore total da Imagem Corporal de acordo com as respostas das gestantes quanto à alteração de peso antes da gravidez.....	108
<b>Gráfico 18:</b> Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao escore do componente Ideal Corporal (IC) da Imagem Corporal de acordo com as respostas das gestantes quanto à alteração de peso antes da gravidez.....	108
<b>Gráfico 19:</b> Gráfico de dispersão com linha de tendência entre o IMC gestacional e o escore total da imagem corporal.....	112
<b>Gráfico 20:</b> Satisfação corporal segundo análise de equilíbrio entre os três componentes da Imagem Corporal.....	113
<b>Gráfico 21:</b> Análise da satisfação corporal (em porcentagem de gestantes satisfeitas e insatisfeitas) e do peso gestacional.....	117
<b>Gráfico 22:</b> Comentários das gestantes de acordo com as categorias.....	124

<b>Quadro 01:</b> Distribuição das variáveis sócio-demográficas das gestantes entrevistadas em relação à análise de posição e dispersão. Vinhedo – SP, 2008.....	97
<b>Quadro 02:</b> Variáveis contínuas dos escores da imagem corporal. Vinhedo – SP, 2008.....	98
<b>Quadro 03:</b> Distribuição das respostas das gestantes entrevistadas sobre a escala de medida de Imagem Corporal conforme a alternativa da escala.....	99
<b>Quadro 04:</b> Análise da consistência interna dos escores total, Realidade Corporal, Ideal Corporal e Apresentação Corporal pelo coeficiente alfa de Cronbach.....	101
<b>Quadro 05:</b> Análise comparativa entre a variável gravidez planejada e o escore de Imagem Corporal.....	103
<b>Quadro 06:</b> Análise comparativa entre a variável trimestre gestacional e o escore de Imagem Corporal.....	104
<b>Quadro 07:</b> Análise comparativa entre a classificação do peso gestacional (segundo Ministério da Saúde) (Anexo 03) no momento da entrevista e o escore de Imagem Corporal.....	105
<b>Quadro 08:</b> Teste de comparação múltipla de Dunn, utilizado para a confirmação (mostrando valores da média bem diferentes entre os grupos baixo peso, adequado e sobrepeso e o grupo de obesidade).....	105
<b>Quadro 09:</b> Análise comparativa entre alteração de peso antes da gravidez, verbalizada pelas gestantes, e o escore de Imagem Corporal.....	107
<b>Quadro 10:</b> Análise comparativa entre a prática de atividade física, verbalizada pelas gestantes, e o escore de Imagem Corporal.....	110
<b>Quadro 11:</b> Relação linear entre variáveis numéricas da escala de medida em Imagem Corporal e do questionário sócio-demográfico.....	111

A gestação é um período de rápidas mudanças e adaptações, tanto corporais quanto emocionais. Ganho de peso, aumento das mamas, quadris e abdômen são algumas das mudanças corporais que acompanharão a mulher durante a gestação. Esse corpo em adaptação encontra na sociedade a cobrança da “perfeição”, do ideal de beleza e boa forma. A imagem corporal é a representação mental do nosso corpo. Ela está em constante mutação, podendo ser alterada por informações, experiências sociais, emocionais e fisiológicas que o indivíduo recolhe no decorrer da vida. É por meio do corpo que interagimos com o mundo, é a partir dele que desenvolvemos a nossa identidade. A gestante vê o seu corpo mudando rapidamente e fugindo do que ela estabeleceu como sua identidade. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a imagem corporal e a satisfação corporal de gestantes por meio da Escala de Medida em Imagem Corporal e um questionário sócio-demográfico e saber como esta escala se comporta na população gestante. O estudo se caracteriza como descritivo-exploratório. A amostra é composta por 93 gestantes do município de Vinhedo – SP que realizaram seus pré-natais das Unidades Básicas de Saúde e responderam aos questionários. Os escores totais e dos componentes da imagem corporal e a satisfação corporal (que é o equilíbrio entre os componentes da imagem corporal) foram analisados e relacionados aos dados sócio-demográficos como idade, IMC, entre outros. Tendo a escala se comportado de forma adequada para a população deste estudo, mostrando consistência interna muito boa (alfa de Cronbach = 0,912), obteve-se como resultado que a maioria das gestantes apresenta imagem corporal boa, sem alteração. Quando esta informação é relacionada aos dados sócio-demográficos, percebe-se relação significativa entre o peso corporal e a imagem corporal. Na avaliação da satisfação corporal, por sua vez, a maioria das gestantes (60,22%) estava insatisfeita. Esse resultado permite pensar que, quando se avalia os componentes da imagem corporal, eles podem se apresentar com escore elevado, mas não necessariamente em equilíbrio. Na associação com os dados sócio-demográficos, o peso corporal é, novamente, um fator de alteração na satisfação corporal das gestantes. Considerando os resultados obtidos, conclui-se que a avaliação da imagem corporal e da satisfação corporal, por meio de escalas como a deste estudo, devem ser de conhecimento dos profissionais que trabalham com gestantes e aplicadas nos programas de

pré-natal para identificar, tratar e/ou prevenir alterações que possam comprometer o bem estar e a auto-estima das gestantes. Programas de apoio a gestante com atendimento psicológico e atividades físicas que permitam às mulheres conhecerem e identificarem seus corpos são úteis para manter a imagem corporal boa neste período.

**Descritores:** Gestantes, Imagem Corporal, Escalas, Avaliação.

**Linha de Pesquisa:** Processo de cuidar em Enfermagem

**Temática:** Saúde da Mulher

Pregnancy is a short period of body and emotional changes and adaptations. Weight gain, increases in breast size, widening of hips and belly are some of the body changes that will happen to the woman during pregnancy. This body in change finds in society a call for “perfection”, body ideals and good shape. Body image is the mental representation of our body. It is constantly changing, and might be modified by informations and social, emotional and physiological experiences that the individual collects during life. By the body we experience the world and based on it we develop our identity. The pregnant woman sees her body changing and becoming different from what she had established as her identity. The aim of this research is to evaluate pregnant women’s body image and body satisfaction using the Body Image Rating Scale (Escala de Medida em Imagem Corporal) and a social-demographic questionnaire, and to know how this scale behaves in a pregnant woman group. This is a descriptive-exploratory research. The sample is composed of 93 pregnant women from Vinhedo - SP that made their prenatal appointments at the Basic Health Units in this city and answered the questionnaires. The body image total and components scores and the scores of body satisfaction (the balance of body image components) were analyzed and related to the social-demographic data such as age, BMI, and others. Since the scale behaved properly to the sample of this study, in which internal consistency was good (Cronbach’s  $\alpha = 0,912$ ), the results showed that the majority of the pregnant women presents positive body image, without disturbances. When this information is related to social-demographic data, significant relation between body weight and body image is noticed. In the evaluation of body satisfaction, however, the majority of the pregnant women (60.22%) was dissatisfied. This result shows that, when the components of body image are assessed, they can have high scores, but not necessarily in balance. In association with social-demographic data, body weight is, again, a factor of disturbance in pregnant women’s body satisfaction. In conclusion, considering the achieved results, body image and body satisfaction assessment, using scales like the one this research did, must be known by professionals who work with pregnancy and must be applied in prenatal programs to identify, treat and/or prevent disturbances that can compromise

welfare and self-esteem of pregnant women. Supporting programs to pregnant women with psychological therapy and physical activities that allow women to know and to identify their bodies are useful to keep the positive body image during this period.

**Keywords:** Pregnant women, Body image, Scales, Evaluation.

# **1- INTRODUÇÃO**

A imagem corporal é a representação mental do corpo. Experiências fisiológicas, emocionais e sociais influenciam a representação da identidade do indivíduo. As pessoas passam por constantes mudanças na sua imagem corporal durante a vida, agregando informações por meio de suas experiências. Durante a gestação ocorrem rápidas mudanças, tanto físicas quanto emocionais, sociais e culturais. Assim, a imagem corporal da gestante também sofrerá alterações no decorrer dos nove meses.

A imagem corporal é um tema estudado desde o início do século XX, especialmente a imagem corporal das mulheres. No entanto, os estudos sobre a imagem corporal da gestante ainda são poucos. A associação da imagem corporal das gestantes com os exercícios físicos, dietas e distúrbios alimentares parece ser o principal foco das pesquisas realizadas até o momento. As mudanças físicas podem ser de difícil aceitação, especialmente quando a gestante não consegue separar o padrão social de beleza do corpo grávido, que naturalmente não se enquadra nesse ideal (1, 2).

O padrão de beleza social interfere na imagem corporal das mulheres, inclusive das gestantes (1), podendo tornar o período gestacional uma fase de insatisfação e desconforto com o corpo. Acredita-se que a investigação de como a imagem corporal está nas gestantes durante o pré-natal pode auxiliar os profissionais a prover as mulheres de melhores recursos para o conhecimento de seus corpos grávidos e tornar a gestação um período de prazer, inclusive corporal.

Trabalhando com gestantes, como fisioterapeuta, em atividade física preparatória para o parto e orientações sobre as alterações gestacionais, notei a importância de valorar a imagem corporal das mulheres neste período de grandes mudanças. Para tanto, era necessário fazer uso de instrumentos de avaliação que permitissem conhecer a imagem corporal dessas gestantes e assim atuar de forma mais efetiva na sua manutenção.

As informações que se tem hoje são importantes e úteis, tanto no ambiente clínico quanto fora dele, para ajudar as gestantes com alteração na imagem corporal. Entretanto, a avaliação da imagem corporal de gestantes sem a associação de hábitos alimentares e atividade física se faz importante, considerando que dados sobre as alterações decorrentes da gestação em si podem fornecer subsídios para o trabalho com essa população.

Neste estudo objetivamos conhecer a imagem corporal e a satisfação corporal, que é parte da imagem corporal, durante a gestação, investigando como as alterações corporais

interferem na imagem corporal. Para essa avaliação foi selecionada a Escala de Medida em Imagem Corporal (3), uma escala que avalia a imagem corporal e que, pela sua construção, permite a avaliação da satisfação corporal. Como não existe nenhuma escala para avaliação da imagem corporal de gestantes validada para o Brasil, a escolha por esse instrumento se deu porque esta foi desenvolvida para o uso com a população feminina e pelo caráter de suas questões, sendo considerada, pelos pesquisadores desse estudo, como adequada para uma avaliação exploratória da imagem corporal em gestantes. Assim, um dos objetivos do estudo foi saber como ela se comporta nessa população e analisar os dados fornecidos por ela. A validação da escala não foi objeto dessa pesquisa.

Por meio de um questionário sócio-demográfico, obteve-se dados para uma análise comparativa da imagem corporal e satisfação corporal com gravidez planejada, peso gestacional e alteração de peso antes da gravidez, pois acredita-se que o peso corporal interfere na imagem corporal, especialmente na gestação, período no qual o ganho de peso é rápido (2).

## **1.1- Justificativa**

A pesquisa se justifica pela necessidade de melhor conhecer as mudanças na imagem corporal da gestante, satisfação e insatisfação com o corpo. Conhecendo esses dados podemos ajudar as gestantes a enfrentar o processo gestacional mais tranquilamente, proporcionando-lhes maiores informações e suporte tanto durante o pré-natal quanto no pós-parto sobre seus corpos.

## **1.2- Objetivos**

### **1.2.1 – Objetivo geral**

Conhecer a imagem corporal e a satisfação corporal das mulheres frente às mudanças corporais durante a gestação por meio da Escala de Medida em Imagem Corporal desenvolvida por Souto (3).

### **1.2.2 – Objetivos específicos**

Avaliar a confiabilidade (fidedignidade) da Escala de Medida em Imagem Corporal desenvolvida por Souto (3) na população gestante, segundo o Alfa de Cronbach.

Verificar se existe associação entre a imagem corporal das gestantes com variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade), variáveis obstétricas (gravidez planejada, trimestre gestacional, número de gestações) e variáveis biométricas (alteração peso anterior, peso gestacional, IMC gestacional);

Verificar se existe associação entre a percepção da (in)satisfação com a imagem corporal das gestantes e variáveis sócio-demográficas, variáveis obstétricas e variáveis biométricas.

Identificar quais as modificações gravídicas são percebidas pelas gestantes como motivo de (in)satisfação segundo seus próprios relatos.

## **2- QUADRO TEÓRICO**

Nesse capítulo serão apresentadas as temáticas que compõem o quadro teórico desse estudo, que são: gestação, imagem corporal e imagem corporal na gestação.

## **2.1- Gestação**

### **2.1.1- A Gestação ao longo da história da mulher**

Para entender o processo gestacional, procurou-se conhecer como as mulheres dão significado à gravidez por meio dos valores apre(e)ndidos na sociedade. Assim, este subitem foi desenvolvido a fim de apresentar as características do ser mulher e ser mãe no decorrer da história, aprofundando conhecimento sobre como o valor/significado da maternidade e o corpo grávido se alteraram.

O engravidar e a forma como as pessoas vêem e significam a gravidez é decorrente de um conjunto de conhecimentos construídos ao longo da história. Fatores sociais, culturais, fisiológicos e emocionais sofreram mudanças e adaptações no decorrer da história e construíram o plano no qual a maternidade se insere hoje. Entender a forma de pensar e viver a gravidez no passado permite compreender melhor a maternidade na atualidade.

Na Pré-História, não se conhecia a participação masculina na fecundação e, portanto, as sociedades se organizavam de forma matricêntrica, por ascendência materna (4). Mas é ainda na Pré-História que se descobre a participação masculina e a sociedade torna-se patrilinear, porque o homem, para assegurar a paternidade e manter suas propriedades nas mãos de seus descendentes, tem necessidade de controlar suas mulheres (4).

A partir daí e seguindo na Antiguidade, à mulher é imputado o papel doméstico. No antigo Egito, ela era a governadora do lar e a procriação garantia sua ligação familiar (5).

Igualmente, na Grécia antiga, tornar-se mãe era o principal papel feminino. Em Roma, as mulheres dos imperadores davam à luz a herdeiros reais e, assim, ganhavam uma posição de destaque no Estado (5). Só eram respeitadas quando se tornavam mães.

A partir dos séculos II-III d.C. a política ganha um aliado para questões morais, a igreja, com o cristianismo. Juntos, ditavam regras sobre o comportamento social, incluindo o casamento, a fim de manter o controle sobre a população. Estas regras seguiam os preceitos do texto considerado sagrado, a Bíblia, interpretado de forma conveniente para manter o poder moral e a submissão feminina ao modelo patriarcal (6). Eva, a primeira mulher, não era

pensada como mãe, mas sim como a mulher pecadora responsável pela expulsão do paraíso (7). A principal passagem do texto bíblico que condena a mulher à submissão é a seguinte: “E à mulher Ele disse: Tornarei penosa a tua gravidez, e entre penas darás à luz teus filhos. Contudo, sentir-te-ás atraída para teu marido, mas este te dominará” (8).

Na Idade Média, a gestante não recebia nenhum tratamento diferenciado, muito menos cuidados especiais (9), exemplificado pelo texto abaixo:

"São Luís, por exemplo, leva sua mulher consigo às cruzadas, durante a qual ela dá à luz em pleno período de guerras. A atenção dada à gravidez é tão frágil, que quando ele é feito prisioneiro pelos egípcios e sua mulher obtém o resgate para comprá-lo de seus raptores, está grávida de 8 meses. Um episódio da vida da mulher de seu filho e sucessor Filipe, o Ousado, que seguiu o marido na última cruzada de São Luis em Cartago, confirma esse interesse. Quando seu marido tornado rei volta para a França, ela, grávida, o acompanha em seu retorno, que faz por terra, com exceção da passagem da Tunísia para a Sicília. E na Calábria, quando atravessa a cavalo uma torrente avolumada pelas chuvas, ela cai morta, assim como a criança que carrega. Portanto, não há um cuidado particular com a mulher grávida de classe alta, como também não há com as camponesas, que continuam a trabalhar durante a gravidez" (9).

Até que surja uma alternativa ao idealismo cristão a posição das mulheres na sociedade ocidental e a visão da gestação se justificavam na palavra considerada divina pelo texto bíblico (7).

A desvalorização da maternidade durante a Antiguidade e a Idade Média estava relacionada ao foco no poder paterno e sua autoridade. O homem era tido como um ser superior à mulher, fato inerente à natureza humana que lhe concedia os direitos sobre mulher e filhos (10).

Durante o Iluminismo, a subjetividade, os sentimentos e as questões emocionais ganham espaço na Europa. Rousseau, pensador francês, prega a importância do amor materno e do vínculo mãe e filho. Des Essartz ressalta a culpa materna, considerando crime as tentativas abortivas e a recusa em amamentar (11).

A individualidade e a priorização da intimidade, da vida doméstica, surgem com os burgueses a partir dos séculos XVIII e XIX. O movimento romântico retrata esse período. A partir daí, os aspectos subjetivos da gravidez começam a ser compreendidos (6). O foco na autoridade paterna dá lugar ao amor materno, pois a preocupação social e política neste período é a sobrevivência das crianças e o aumento populacional (12).

Segundo médicos, moralistas e chefes políticos e econômicos deste período, a mulher deve cuidar e educar os filhos, responsabilidade naturalmente feminina, uma vez que lhe é dado o papel de gerar e parir. Estas responsabilidades geram uma valorização da mulher-mãe, dona e responsável pelo lar (12).

Com as novas responsabilidades, veio também a valorização do sacrifício materno em prol dos filhos, discurso esse proferido pelos médicos, que passam a dominar as questões gestacionais da época e que consideravam esse devotamento da mulher à cria como pertencente a sua natureza. No entanto, para as mulheres, ao mesmo tempo em que se lhe atribui um papel importante na sociedade, a não-participação efetiva neste papel era considerada uma patologia, já que a mulher não está seguindo sua natureza (12).

No Brasil deste período o comportamento é o mesmo. O discurso higiênico exige da mulher a responsabilidade pelo aleitamento materno (que se estendia por dois anos), o que também garantia que as mulheres se restringissem ao ambiente doméstico por um longo período (12).

Esse discurso higiênico sobre os cuidados maternos mostra a chegada e a presença importante que os médicos adquirem no âmbito gestacional e familiar no geral. A condição humana começa a ser gerenciada pelas descobertas da medicina e por sua intervenção, com novos estudos e novos conceitos sobre gerar e parir (13).

Apesar dos relatos mais antigos sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino virem dos hebreus e dos egípcios, que realizavam exames para diagnosticar gravidez e se valiam de posições específicas para o parto, e de na Grécia terem sido encontradas descrições da genitália externa feminina e posicionamento do feto no útero (14), é na segunda metade do século XVIII que dois Atlas foram publicados com ilustrações do corpo feminino dissecado. Um deles, escrito por William Smellie, "*A Sett of Anatomic Tables*" foi publicado em 1754. O outro, de William Hunter "*Anatomia uteri humani gravidi tabulis illustrata*", em 1774. Estes livros contribuíram para uma visão clínica dos partos, tirando-os dos domicílios. É

a partir destes relatos que surgem outros livros sobre este, como o “*The Birth of the Clinic*”, de Michel Foucault, que reforça a transferência do parto para a clínica (13).

A obstetrícia – como área da medicina – começa a surgir e parteiros homens se tornam mais comuns. Não se pode esquecer que, apesar dos estudos científicos trazerem o corpo feminino para a medicina, a mulher ainda não era vista como um todo, e sim, como um corpo gestor, cujo papel natural era a procriação, educação e criação dos filhos (13).

Na Europa, assim como no Brasil, ainda nos séculos XVIII e XIX, os papéis de submissão feminina e a maternidade passaram por reformulação e as mulheres começam a fazer parte das decisões familiares, se tornando a “rainha do lar”, papel esse que lhe dá status e importância no crescimento e desenvolvimento da sociedade (15).

Nas sociedades modernas ocidentais, como as Américas, apesar dessas mudanças na vida doméstica, no mundo profissional a divisão do trabalho ainda era sexual, e a maioria das mulheres não tinha espaço fora do lar (16).

Na política, o papel da mulher ocidental não apresenta grandes alterações. Contudo, passa a ser mais valorizada em seu papel de mãe e esposa; e o amor torna-se essencial para o casamento. Dentro de sua privacidade as mulheres passam a tomar algumas decisões (10).

O planejamento familiar para ter famílias menores passa a ser comum no final do século XIX e começo do século XX, mostrando indícios de novos pensamentos e desejos femininos (17). O Estado passa a estimular o controle da natalidade por falta de subsídios e isso vem ao encontro dos anseios femininos. Movimentos contraculturais e a pílula anticoncepcional promovem a libertação sexual feminina. No final da década de 1970, surgem no mercado os testes domiciliares de gravidez, revolucionando a saúde da mulher, que passa a controlar e conhecer o que se passa com seu corpo (18).

No oriente, no entanto, a sociedade não caminha no mesmo ritmo e com os mesmos valores. No Japão, durante a era Meiji, pelo código civil de 1899, os casamentos deveriam ser arranjados pelas famílias. As mulheres eram obrigadas a assumir a família do marido e seu dever era procriar. Caso não engravidasse em um período de três anos, o homem poderia pedir o divórcio. As mudanças dessas condições só ocorrem em 1947, com a nova constituição japonesa, permitindo o casamento por escolha dos noivos, assim como a decisão de ter ou não filhos (19).

No Brasil, as mudanças e reivindicações femininas começam mais intensamente no final do século XIX com a primeira onda feminista em torno do movimento sufragista, buscando o direito da mulher ao voto. Mas é na segunda onda feminista, nos anos 60 e 70 do século XX, que os debates e questionamentos se tornam mais acirrados. Reivindicações quanto à produção de conhecimento e compreensão da subordinação social das mulheres pretendiam gerar meios de intervir nessas condições (20).

A vontade de entrar no mercado de trabalho e se desenvolver profissionalmente veio estimular e dar mais vazão aos movimentos contraculturais. Durante a Segunda Guerra Mundial, principalmente na América do Norte, por falta de mão de obra masculina, as mulheres foram recrutadas para os trabalhos fora do lar, ajudando indiretamente os homens na guerra e o governo. Esse processo corroborou para a diminuição do preconceito em relação ao trabalho feminino formal (21).

“... diversas formas de forças sociais (movimentos feministas, agilização dos meios de comunicação, ondas de democratização em antigas ditaduras, avanços médico-tecnológicos, neoliberalismo, globalização da economia, etc...) resultaram no perfil de uma nova mulher. A mulher atual vê diante de si o mundo, contrastando com a mulher tradicional que sempre teve diante de si apenas o lar” (21).

Proporcionalmente à entrada da mulher no mercado de trabalho no século XX, a maternidade se tornava cada vez menos uma determinação biológica, caindo assim as taxas de natalidade. As crianças passam a ser educadas cada vez mais cedo por instituições de ensino e surge com força o papel da “mãe-moral” (22).

Outro fator que alterou as relações familiares neste período foi a lei do divórcio. A discussão da aprovação da Lei perdurou de 1951 a 1977, quando o princípio da indissolubilidade do casamento é substituído pela Lei nº 6515/1977, a chamada Lei do Divórcio. Essa lei retirou o estigma de que a mulher era um ser frágil e débil, que não sobreviveria na sociedade sem a proteção masculina (23).

Na década de 80, a relação familiar e os papéis desenvolvidos por mãe e pai na criação e educação das crianças começam a passar pelo consenso do casal, não sendo mais uma determinação biológica e social. O envolvimento emocional do casal passa a ser considerado

um fator essencial na criação dos filhos, começando desde a gestação um vínculo afetivo familiar. Um bom exemplo disso é a participação do pai no momento do parto, mostrando o seu envolvimento (24).

A mulher não tem mais a gravidez como sua função principal de vida, pois a vida profissional passa a representar uma fatia importante das suas realizações pessoais. O papel materno passa a ser uma escolha e com ela diversas mudanças sociais surgem como a valorização política e mesmo estética da gravidez. Concessões e vantagens às mulheres grávidas aparecem na vida cotidiana, roupas com modelagens que valorizam o corpo e mesmo a barriga exposta são novidades ocorridas nos anos 90 (12).

É ainda nessas décadas de 80 e 90 que, juntamente com o obstetra que já havia marcado sua entrada no período gestacional no século passado, surgem os “profissionais da gravidez”. A psicologia e os trabalhos corporais marcam presença na nova era da gravidez saudável, no paradigma alternativo da maternidade (25).

Esses novos conceitos da maternidade, acrescidos das novas possibilidades femininas de ser ou não mãe, marcam o final do século XX e início do século XXI. A decisão de não ter filhos foi possibilitada, já há algum tempo, pelas pílulas anticoncepcionais, mas as técnicas de aborto (apesar de ilegais no Brasil) também permitiram à mulher adiar ou desistir da maternidade. Por outro lado, a decisão de ser mãe também ganhou aliados. Ser mãe solteira já não é mais um problema, mesmo para aquelas que não têm parceiros. A inseminação artificial vem de encontro aos anseios das mulheres que querem a maternidade em suas vidas, mas não foram felizes em suas relações amorosas. Além disso, os avanços da medicina nos cuidados dos recém-nascidos também passaram a garantir a vida das crianças, mesmo daquelas que nascem muito doentes ou prematuras (25).

Essas novas técnicas permitem que a gravidez seja possível mesmo quando a natureza e a sociedade achavam que não e mudam consideravelmente o significado da gravidez e da maternidade na sociedade moderna, porém somente pode-se imaginá-la ocorrendo no corpo da mulher.

### **2.1.2- Alterações fisiológicas na gestação**

Para a melhor compreensão do objetivo desse estudo, este subitem caracteriza as alterações corporais que ocorrem no corpo feminino durante os nove meses gestacionais.

Ao engravidar, inúmeras alterações começam a ocorrer no corpo feminino antes mesmo da confirmação da gravidez. Alterações no sistema reprodutivo, renal, cardiovascular, gastrointestinal, metabólico, respiratório, endócrino, alterações dermatológicas e músculo-esqueléticas são relatadas e observadas. No entanto, nesse estudo abordaremos somente as alterações que promovem mudanças visíveis externamente como sistema músculo-esquelético, sistema tegumentar e sistema reprodutivo. As alterações endócrinas serão abordadas por contribuírem nas alterações músculo-esqueléticas e dermatológicas.

A vagina aumenta tanto em comprimento quanto em largura, pois ocorre uma hipertrofia das suas células musculares. A secreção vaginal também aumenta devido ao aumento da atividade glandular e se encontra com o pH diminuído, tornando a região mais ácida. A coloração da mucosa se torna arroxeadada devido ao aumento da circulação que provoca uma congestão local (26, 27).

O formato saliente do abdômen em uma grávida é decorrente do aumento uterino causado pela hipertrofia de suas células e vasos sanguíneos, presença do feto, desenvolvimento da placenta e líquido amniótico (26, 27).

As mamas também aumentam de tamanho e volume. Logo no início da gravidez ela já se apresenta dolorida e sensível. A ação hormonal aumenta o suprimento sanguíneo na região assim como o volume glandular, preparando a mama para a produção de leite (26, 28).

O ganho de peso durante a gravidez é diferente para cada mulher. Contudo, estima-se que esteja entre 9 e 13 Kg. Esse peso é um cálculo aproximado da somatória do aumento de mamas, útero – e suas estruturas como glândulas aumentadas, placenta e líquido amniótico – feto, reservas de gordura, proteína e acúmulo de líquidos (26).

Essa retenção de líquidos apresenta-se na forma de edema, principalmente das extremidades, sendo comum na gestação. O acúmulo de sódio pela gestante é que promove essa condição, que é normal. Mas quando a retenção hídrica é acrescida de hipertensão e proteinúria, temos um quadro patológico conhecido como pré-eclâmpsia. A gestante, nesse caso, deve manter um acompanhamento médico mais especializado (26).

O aumento da produção de estrógenos é responsável pelo que chamamos de frouxidão ligamentar temporária. Esses hormônios elevam a vascularização e a hidratação dos ligamentos, tornando-os mais flexíveis. A relaxina, atuando junto com a progesterona, diminui o tônus muscular. Esses dois eventos juntos tornam as articulações da gestante mais frouxas. Nessas condições, a grávida está mais suscetível a sofrer torções e luxações. No entanto, esse aumento da flexibilidade articular e muscular é importante para o parto, auxiliando na dilatação púbica (27).

Com o abdômen em expansão, o centro de gravidade da gestante se altera, exigindo adaptações posturais. A coluna sofre alteração nas suas curvaturas com a intenção de não sobrecarregar os discos intervertebrais. A lordose lombar e a cifose torácica aumentam. A base de sustentação se alarga e a marcha, conseqüentemente, lembra o caminhar dos patos - marcha anserina. Essa alteração postural pode provocar dores musculares e articulares (27).

A pele fica mais escura em determinadas regiões. Aréola mamária, linha nigra, vulva e períneo ficam mais pigmentados, arroxeados. Isso ocorre pela ação hormonal na melanogênese, aumentando a concentração de melanócitos – células de pigmentação – nessas regiões. O cloasma, mancha facial característica da gravidez, apresenta as mesmas causas e tende a desaparecer no pós-parto (27).

O aumento do abdômen e mamas estira a pele podendo provocar estrias. Além dessa agressão mecânica na pele, a ação dos esteróides adrenais sobre as fibras de colágeno pode torná-las mais finas e facilitar o rompimento. Essas estrias são definitivas, uma vez que são cicatrizes formadas pelo estiramento excessivo da pele (26, 27, 29).

A vasodilatação que ocorre na gravidez pode levar ao aparecimento de eritema palmar, o avermelhamento da palma da mão, e a telangectasia capilar, vasos que aparecem na superfície da pele e têm aspecto de teia de aranha. Essa vasodilatação acrescida de hipotonia dos vasos, hipervolemia e dificuldade de retorno venoso podem provocar o aparecimento de varizes. Esses vasos aumentados e aparentes são queixas comuns das gestantes, pois comprometem a estética, além de serem desconfortáveis em determinados graus, podendo causar dores (26, 29).

As alterações fisiológicas são dependentes entre si e estão interligadas. O corpo feminino se adapta para que possa ter suas condições físicas mantidas de forma saudável (30).

### **2.1.3- Alterações emocionais na gestação**

Entendendo que a imagem corporal está intimamente ligada ao estado emocional, considerou-se importante apresentar, nesse subitem, as principais alterações emocionais que ocorrem durante a gravidez e entender a psique feminina durante esse período.

A estrutura emocional do ser humano sofre alterações e reconstruções durante toda a vida. Para as mulheres existem três fases de maiores mudanças: a adolescência, a gravidez e o climatério. São nesses períodos que as alterações físicas e sócio-culturais interferem de forma mais efetiva na construção da identidade dessa mulher (11).

A gravidez é um momento especial. Quer por sentimentos positivos, negativos ou uma mistura de ambos, é nessa fase que a mulher se ‘percebe’ mulher. No contexto atual, as pressões sociais e a agregação de novos papéis na vida feminina podem sobrecarregar esse momento único. Ansiedade e angústia são sentimentos comuns, mas podem ser potencializados pelo acúmulo das funções de mãe, esposa e profissional. Sentimentos de limitação e impotência podem ser consequência da ditadura social. Essas incertezas podem levar a mulher a não desfrutar da euforia e realização da gravidez e dificultar o olhar interno, a (re)construção do novo eu. Não conseguir abrir mão de padrões sociais para viver a sua gravidez pode influenciar na aceitação e no entendimento das alterações emocionais dessa fase e, posteriormente, na relação mãe-filho (21).

O conhecimento da dinâmica psicológica da grávida torna-se importante, pois as soluções encontradas pelas mulheres diante da crise do ciclo gravídico-puerperal podem favorecer ou agravar problemas emocionais prévios. Essas soluções desencadeiam repercussões variadas sobre o núcleo familiar e social. O conhecimento dessa dinâmica auxilia os profissionais envolvidos no acompanhamento da gestação, no diagnóstico e no tratamento precoce dos quadros depressivos deste ciclo (31).

#### *O primeiro trimestre*

No primeiro trimestre a gestante lida com o desconhecido. O bebê não é sentido, a barriga ainda não cresceu, e a ansiedade se torna comum. O humor oscila e a gestante pode apresentar momentos de depressão e agitação (28, 32, 33). Essas oscilações de humor podem decorrer de fatores metabólicos e psicológicos. Os metabólicos derivam dos ajustes

hormonais. Os psicológicos são associados às adaptações à nova situação de futura mãe e de trazer ao mundo uma nova pessoa (11).

Durante esse primeiro trimestre, sintomas de narcisismo são comuns e estão ligados à regressão, retorno ao funcionamento mental primitivo de retração e identificação com a mãe. No caso da gestante, ela se interioriza para se conectar mais com o feto (11, 31). O excesso de sono é uma das características da regressão e permite que a gestante repouse e assimile as mudanças mediante o inconsciente. É neste período que podem começar a surgir dúvidas quanto ao desejo de ter o filho, de ser mãe (34). Sonhos relativos à gravidez e que trazem assuntos relacionados são constantes nessa fase (35).

Muitas mulheres se afastam um pouco do convívio, se tornam mais pensativas e retraídas. Características psicológicas da fase oral podem surgir como aumento do sono, voracidade e dependência. A sensação de perda pode aparecer também e, nesse caso, o sentimento, inconsciente, é voltado para perda da própria mãe. Essa regressão presente na gestação não é tida como patológica (11).

As regressões narcísicas permitem a gestante se interiorizar e identificar os cuidados que teve da mãe quando bebê e, assim, poder cuidar do seu filho quando este nascer. É um recurso da psique para que a mulher possa estar preparada para a chegada do bebê. A dependência que a criança terá, por algum tempo, da mãe gera angústias inconscientes na mulher. Essa regressão prepara a grávida para cuidar do filho como uma extensão de si mesma (36). Tendo o suporte necessário, a gestante consegue entender que seu filho é um ser individual, mas que precisa dela para sobreviver (11).

As alterações hormonais interferem nas reações emocionais da gestante. A progesterona é depressora do sistema nervoso central. Ela age, junto do estrogênio, no metabolismo das catecolaminas, substância que atua na excitação e na depressão. Os corticosteróides atuam também na cognição (32).

As incertezas que surgem podem ser indício de ambivalência, o desejo de querer/não querer o bebê. Podem vir acompanhados de náuseas, vômito e diarreia (34). Esses sintomas psicossomáticos podem ser uma reação do corpo ao susto e à culpa pela rejeição. Quando esses sintomas cessam depois de um tempo ou são leves, o caráter bioquímico – alterações hormonais – prevalece (11).

Os sentimentos ambivalentes são comuns na gravidez e não significam que a gestante não deseje seu filho. São sentimentos conscientes e inconscientes que entram em conflito (34). A mulher começa a perceber as perdas e ganhos que a gravidez traz. As mudanças corporais e a relação com o parceiro e com a família podem facilitar ou dificultar o entendimento dessa fase (11, 21).

As vontades e repulsas alimentares aparecem ainda no primeiro trimestre. Ambos apresentam intensidades iguais, apesar dos desejos serem mais evidentes. O aumento do apetite também ocorre. A gestante pode identificar o feto como um parasita que suga suas energias, e para compensar, come mais. A mulher ainda pode encarar a gravidez como um momento de privações e se recompensar pela comida (11).

A vontade sexual pode se alterar. A diminuição na libido pode ocorrer por medo de machucar o feto e por cansaço provocado pelos vômitos e diarreia. No entanto, quando o casal consegue manter sua vida sexual ativa, a relação entre os parceiros é melhor e a mulher pode se sentir mais amparada e desejada, diminuindo a ansiedade (32, 34).

### *O segundo trimestre*

O segundo trimestre é o mais brando. As inseguranças diminuem e a gestante se identifica melhor com a gravidez (33). É nesse período que os movimentos fetais se iniciam e o risco de aborto diminui assim como os enjôos e vômitos (32). A gravidez é mais concreta, mais real (11).

Por volta do final do primeiro e início do segundo trimestre gestacional é que a gestante começa a sentir os movimentos do feto (34). A mulher começa a dar sentido aos movimentos do feto. Essa etapa é importante para a relação mãe-filho (11, 32).

Algumas contrações uterinas tóxicas aparecem entre o quinto e o sexto mês gestacional identificado pela gestante como um endurecimento da barriga. Essas contrações podem aumentar os movimentos fetais e provocar ansiedade na gestante (34).

A atividade sexual pode sofrer mudanças nesse trimestre. A gestante, com o crescimento da barriga (do feto), se percebe como mulher, saindo de uma postura infantilizada, e pode ter sua libido aumentada. O desinteresse pelo sexo pode ser explicado pelo medo de machucar o bebê. Outros motivos que corroboram para o desinteresse sexual é o corpo em mudança e a forma como ela e o parceiro encaram as mudanças físicas que estão

ocorrendo. Essas mudanças podem acarretar inseguranças quanto à irreversibilidade da forma anterior e ao medo da alteração da identidade, do papel da mulher que será diferente após o parto (11).

### *O terceiro trimestre*

A proximidade do parto torna esse trimestre o de maior ansiedade na maioria das mulheres. O encaixe do bebê ocorre por volta da segunda metade do segundo trimestre gestacional. Essa versão uterina torna o parto uma realidade próxima. Uma crise de ansiedade e o medo do parto podem provocar um parto prematuro. Sonhos caracterizados por perdas e por dificuldades no parto são comuns nesse período (34, 37).

Medo de morrer no parto e ter um bebê malformado ou natimorto são medos comuns. Como o bebê já está grande e encaixado, é normal que os movimentos diminuam e a gestante pode interpretar esse fato como a morte da criança e aumentar ainda mais sua insegurança (34).

Na fase final da gestação, com a proximidade do parto e da separação do filho, a mulher pode apresentar sentimentos de perda, de luto, carência e abandono, necessitando do apoio do parceiro e da família (38).

A forma de perceber o corpo está mais alterada agora, principalmente com relação aos seios e ao abdômen, que parecem maiores do que deveriam. Os parceiros também estranham o corpo da gestante e podem reagir com orgulho ou repulsa, sempre acompanhado do medo de machucar a mãe e o bebê (32).

Com a gestação próxima ao fim, o papel de mãe aparece de forma mais concreta e novos pensamentos surgem sobre a criação de uma criança. As preocupações quanto aos cuidados, inclusive os custos que esse novo membro trará, podem acarretar frustrações e medos, especialmente quando o bebê nasce num período de privações (11).

Contudo, apesar das diversas aflições e inseguranças que o último trimestre traz, muitos sentimentos positivos começam a nortear a mulher. A ambivalência, na maioria dos casos, já passou e a vontade de ver o filho se intensifica (32). A gestante se prepara para acolher seu bebê e, via de regra, sentimentos de incerteza e medo começam a dar lugar aos de alegria e realização (38).

## **2.2- Imagem Corporal**

Nesse subitem serão apresentados os conceitos que a imagem corporal tem recebido ao longo da história, bem como as possíveis alterações que podem ocorrer nessa fase. Organizou-se também um subitem de revisão bibliográfica com a temática imagem corporal e gestação.

### **2.2.1- Conceitos**

A história das pesquisas em imagem corporal se iniciaram no século XVI com o cirurgião Ambroise Paré (1510 a 1590) na França, que contribuiu com a percepção da existência do membro fantasma em amputados em 1536 (39)<sup>1</sup>. Mas é no início do século XX, ainda na França, que os estudos se intensificam, apesar do enfoque estritamente fisiológico. Henry Head utilizou, em 1911, pela primeira vez o termo ‘esquema corporal’ teorizando que cada indivíduo constrói a figura de si mesmo e a utiliza nas suas posturas e movimentos corporais (40). Head fala que, assim como o nosso esquema corporal interfere na nossa postura, mudanças posturais podem interferir no nosso modelo, no nosso esquema. Os movimentos corporais conscientes são somados ao nosso modelo postural e podem alterá-lo (41).

Um grande avanço nas pesquisas em imagem corporal ocorre com o neurologista Paul Schilder (42), em 1935. Ele conseguiu associar questões fisiológicas e neurológicas com as psíquicas e sociais, considerando a imagem corporal como tendo múltiplos fatores. A imagem, para ele, não se forma apenas cognitivamente, mas também por meio das emoções e da interação com as outras pessoas e com o ambiente. Schilder (42) diz que cada indivíduo tem uma representação de seu próprio corpo na mente decorrente das experiências da pessoa com seu corpo. Essa experiência gera uma unidade corporal pessoal a qual ele chamou de esquema corporal.

Schilder (42), ao dividir seu livro em três aspectos da imagem corporal, nos permite estudar e entender o que cada experiência pessoal pode representar na formação/modificação da nossa imagem. Os aspectos fisiológicos representam as experiências corporais do indivíduo, a relação do corpo com sensações, toques e movimentos que permitem a identificação do corpo como uma unidade, como um conjunto (42).

---

<sup>1</sup> <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ambroise.htm>

Os aspectos psicológicos abordam as questões libidinais. A libido está diretamente relacionada a nossos desejos, tendências e pulsões. A formação da imagem corporal se dá pelo contato da pessoa com o mundo e pelo interesse que ela tem pelas outras pessoas, pelos outros corpos (42).

Os aspectos sociais estão intimamente ligados aos fisiológicos e aos libidinais. A imagem corporal se forma a partir da interação do sujeito com o ambiente e com as pessoas, podendo ultrapassar barreiras e englobar objetos. Assim, a imagem corporal precisa do físico para interagir, para sentir, para desejar e para direcionar seus desejos para as outras pessoas. “Nossa própria imagem corporal não é possível sem a imagem corporal dos outros. Mas quando elas se criam, são criadas em troca constante” (42). Schilder (42) conseguiu mostrar que a imagem corporal é formada de vários aspectos interligados que, juntos, interagem no ambiente e possibilitam a (re)construção da imagem corporal constantemente.

Em uma visão mais psicológica da imagem corporal, Dolto (43) nos apresenta três aspectos importantes: a imagem de base, a imagem funcional e a imagem erógena. A imagem de base é a que permite à pessoa sentir-se a mesma, estar sempre em uma “mesmice de ser”. Essa imagem é preenchida durante toda a vida e nos dá a sensação de existência e, quando ameaçada, pode causar traumas, fobias, pois exige do indivíduo uma mudança estrutural em sua identidade.

A imagem funcional visa à realização dos desejos da pessoa. A construção dessa imagem ocorre no decorrer da vida do indivíduo a partir das experiências de prazer e desprazer. A primeira experiência desse tipo é com a mãe – primeiro objeto total – na amamentação, momento no qual a criança sente o prazer da saciedade, mas que é, posteriormente, seguido pelo desprazer da fome.

A imagem erógena está associada à imagem funcional e apresenta caráter simbólico. Ela focaliza o prazer e o desprazer, focados nos orifícios corporais e nas formas ovais e pontiagudas com significados de projeção e introjeção. Pela relação interpessoal se formam estruturas sensoriais diferentes de um indivíduo para o outro auxiliando na identidade.

Dolto (43) ainda explica que essas três imagens se fundem numa imagem dinâmica, fundamentada no desejo de ser e preservar. Ela não tem uma representação própria, portanto, não pode ser castrada e nem gerar traumas. É uma ‘tensão de intenção’, o continuar desejando, sentindo prazer e desprazer para manter a contínua construção da imagem corporal.

A satisfação corporal pode ser considerada uma parte da imagem corporal. A literatura apresenta algumas definições e entendimentos sobre satisfação/insatisfação corporal:

- A satisfação deve ser definida como reflexo de componentes como a satisfação com o peso, satisfação com a forma e satisfação com os locais e características específicas do corpo (44).
- A satisfação corporal pode ser influenciada por fatores situacionais, ambientais. Como as pessoas sentem e pensam seus corpos determina sua satisfação (45).
- A satisfação corporal é a quantificação da percepção positiva da imagem corporal que os indivíduos constroem ao longo das suas vivências pessoais e da interação que mantêm com o meio envolvente (46).
- Levando em conta que a satisfação corporal é quando o indivíduo tem uma consideração positiva sobre seu corpo, insatisfação corporal é uma avaliação subjetiva de sofrimento nas experiências de um indivíduo com seu corpo. A insatisfação corporal está relacionada a problemas psicológicos tais como a baixa auto-estima, a depressão, e desordens alimentares (47).
- A insatisfação corporal é a discrepância entre o corpo real e o ideal (48).

Bob Price (49) define que a satisfação corporal é atingida com o equilíbrio entre três componentes da imagem corporal: Realidade Corporal (RC), Ideal Corporal (IC) e Apresentação Corporal (AC). Segundo o autor, a Realidade Corporal é o corpo como ele realmente é, não como gostaríamos que fosse. Ele sofre alterações com o passar do tempo, mas apresenta um componente genético, familiar.

O Ideal Corporal é a figura em nossa mente de como gostaríamos que nosso corpo fosse. É profundamente influenciado pelas normas sociais e culturais da sociedade na qual o indivíduo está inserido. Segundo Price (49) a gravidez pode influenciar em especial esse componente.

Apresentação Corporal é como apresentamos nosso corpo no ambiente em que vivemos, como nos vestimos, nos arrumamos, andamos, falamos. Muito da forma como nos apresentamos tem a ver com o que aprendemos e com os valores da sociedade em que vivemos.

Sendo assim, a satisfação corporal, se dá quando os componentes estão em equilíbrio. A ‘falha’ em qualquer um destes componentes pode levar a uma imagem corporal alterada, o que pode significar o aparecimento de desconfortos com relação ao corpo (insatisfação corporal) até patologias. Esta definição de satisfação corporal de Price (49) será a definição operacional dessa pesquisa, pois Souto (3) se baseou neste autor para a elaboração do seu questionário, o qual foi utilizado nesse estudo.

Na atualidade, uma das definições de imagem corporal é a representação mental do nosso corpo, a maneira como vemos nosso corpo. Diversas experiências são vivenciadas, sentidas e aprendidas pela interação do nosso corpo com o mundo e se transformam em imagens que são armazenadas no nosso cérebro (50). Esse armazenamento nos permite criar classificações, dar formas e conceitos as coisas que experienciamos e resgatá-los quando vivenciamos situações similares às anteriores. No entanto, essas imagens não se localizam em um lugar específico do cérebro. Existem diversas áreas corticais onde ocorre a construção de imagens de diferentes modalidades que, agregadas a outras imagens de outras áreas, podem dar forma a imagem que desejamos resgatar (51, 52). Portanto, a imagem corporal é individual, uma vez que cada pessoa vivencia e interpreta as situações de forma pessoal.

O corpo é especial para o indivíduo. Vive sempre em mudanças, mas está sempre presente. É a partir dele que se desenvolve a sua identidade. Esse processo de construção é contínuo. As alterações e construções se dão não só por meio das experiências corporais, mas também pelo que o indivíduo acredita que é, e pelo que os outros esperam e/ou vêem nele (50). Segundo Barros (41), quando a pessoa percebe o próprio corpo, projeta essas imagens para outros corpos. É difícil dizer qual corpo é percebido primeiro, se o próprio ou o do outro. "Há um intercâmbio contínuo entre nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros. O que encontramos em nós pode ser visto nos outros" (42).

Segundo Tavares (50), a imagem corporal abrange todas as maneiras pela qual a pessoa vive e define seu corpo. O corpo deve ser percebido – e trabalhado – de forma sistêmica, sabendo que a imagem corporal se faz a partir da representação mental da identidade corporal do sujeito, influenciada pelas experiências físicas, sociais e emocionais do indivíduo. Nossas ações, movimentos, sentimentos e sensações são direcionados ao mundo, mas apresentam energia de pulsão, desejo. A sociedade, através de seus valores morais, nos direciona a realizar determinadas ações em prol da ‘ordem’ social. Contudo, nem sempre as

ações realizadas são ações desejadas pelo indivíduo, podendo gerar desconforto e insatisfação. O controle da ‘ação corporal’, particularmente nesta época em que o culto ao corpo ocupa papel de destaque, facilita a inclusão social, mas inibe o movimento individualizado, personalizado, próprio. O bom desenvolvimento da nossa individualidade permite a realização das ações desejadas pela sociedade sem degradar nossa identidade, preservando nossas pulsões. São essas pulsões, quando mantidas, que sustentam de modo essencial a nossa individualidade, que permite o desenvolvimento da nossa identidade (50).

Quando se percebe que não nos adequamos mais a uma determinada situação ou que a sociedade não nos permite mais manter determinado comportamento, podemos mudar, nos adaptar. A imagem corporal não é fixa, estática, é dinâmica e plástica podendo se remodelar de acordo com a necessidade do indivíduo. As experiências físicas, sociais e emocionais são os gatilhos que permitem as modificações e recriações da imagem corporal (50, 52).

### **2.2.2- Imagem Corporal e Gestação**

Este subitem foi elaborado com o propósito de desvelar o que ocorre com a imagem corporal durante a gestação.

A gestação é um período no qual fortes mudanças são vivenciadas pelo corpo feminino. Embora essas mudanças, como ganho de peso, possam ser consideradas como parte natural da gravidez, muitas mulheres apresentam grandes dificuldades em aceitá-las (1).

As mudanças corporais que ocorrem durante a gestação podem acarretar insatisfações e até alterações na forma como o corpo se apresenta para as futuras mães. Inseguranças com relação à permanência das alterações físicas e a perda da identidade anterior à gestação são comuns e podem provocar mudanças na imagem corporal.

Fox e Yamaguchi (53) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos com 76 mulheres que estavam com até 30 semanas de gestação. Estas responderam a um questionário sobre os sentimentos quanto à aparência e forma física. Eles concluíram que 67% das mulheres entrevistadas que estavam dentro do peso ideal antes da gestação relataram mudanças negativas na imagem corporal durante a gestação.

Segundo Heinberg e Guarda (2), durante os nove meses gestacionais, além do aumento de peso, do tamanho dos seios, pelve e coxas, ocorrem também alterações nas unhas, cabelo e até do tamanho dos pés.

Pesquisas recentes realizadas nos Estados Unidos que focavam os aspectos perceptivos da imagem corporal encontraram um tamanho corporal superestimado em mulheres grávidas em comparação a mulheres não-grávidas. As gestantes também se encontram mais expostas às cobranças sociais, principalmente da mídia (2). Um estudo piloto realizado por Sumner et al (54), demonstrou que a percepção da gestante com relação a seu abdômen é inatamente influenciada pelos corpos de modelos expostos pela mídia durante a gestação.

Sob o aspecto social e privado, segundo Teixeira (15), o período entre o final do século XVIII e XIX é o início das transformações dos padrões, influenciando no cotidiano feminino. As mulheres começam a decidir sobre os caminhos que querem seguir na vida privada. A escolha pela maternidade passa a ser individual, fazendo parte ou não dos projetos pessoais. Em um estudo apresentado por Robertson-Frey (1), somente 3 a 6% das mulheres norte-americanas optam por não ter filhos. Quando buscamos a razão desse baixo número, encontramos como resposta a pressão social que ainda não permite uma decisão puramente feminina. Apesar das mudanças sociais no papel feminino, as mulheres ainda sofrem com as pressões da sociedade. O corpo lhe pertence, mas as cobranças são muitas (1).

Com o nascimento do bebê as mulheres acreditam que seus corpos voltarão a ser como antes e assim, se identificariam com eles novamente. Entretanto, o corpo necessita de um longo período para regressar a formas similares às anteriores à gestação e não readquire completamente a sua antiga aparência. Essa possível frustração pode desencadear e/ou agravar os distúrbios da imagem corporal durante um período delicado da vida da mulher no qual ela assume o papel de mãe (2).

### **2.2.3- O que a literatura revela sobre Imagem Corporal e gestação**

Com o objetivo de conhecer o que havia sido publicado sobre a imagem corporal e gestação, realizou-se uma revisão bibliográfica, compreendendo o período entre 2000 a 2008, em publicações nacionais e internacionais.

As bases de dados consultadas foram SCIELO, LILACS, MEDLINE, SCOPUS, CINAHL e PUBMED. Os descritores utilizados foram *gravidez e imagem corporal, gestante e imagem corporal* (para as bases de dados em português) e *pregnancy e body image, pregnant woman e body image* (para as bases de dados em inglês) selecionados por meio do recurso

Decs – Descritores de Ciências da Saúde – disponível na Bireme/BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.

Após uma busca inicial foram encontrados 526 artigos. Foram excluídos os artigos que não em português, inglês e espanhol, artigos que abordassem temas como radiologia, genética, aborto, farmacologia, pesquisa com animais, economia, odontologia, adolescentes, veterinária, astronomia, agricultura, neurociência, cirurgia, cardiologia, oncologia, saúde mental, anestesia, os artigos repetidos e os que não estivessem entre 2000 e 2008. Restaram 23 artigos dos quais teve-se acesso a 17 textos.

Após sucessivas leituras dos textos, percebeu-se repetição de temas/assuntos entre eles, que foram agrupados em unidades temáticas ou categorias com intuito de facilitar o entendimento e a apreciação de cada estudo. Na tabela abaixo são apresentadas como as categorias foram nomeadas e a quantidade de artigos incluídos em cada uma.

Tabela 01: Distribuição dos textos conforme as unidades temáticas

<b>CATEGORIA</b>	<b>Número de artigos</b>
Atividade física e Imagem Corporal	4
Avaliação da Imagem Corporal	3
Felicidade na gravidez	1
Alimentação, distúrbios alimentares e Imagem Corporal	8
Aleitamento materno e Imagem Corporal	1
<b>Total</b>	<b>17</b>

#### *Atividade Física e imagem corporal*

A atividade física durante a gestação melhora a imagem corporal das mulheres, aumentando os escores sobre sua auto-percepção corporal (55). As mulheres acreditam que as mudanças durante a gestação podem diminuir sua satisfação com o corpo, mas, quando bem informadas e preparadas para enfrentar essas mudanças, podem manter-se satisfeitas. Além disso, as gestantes que se exercitam durante a gravidez respondem de forma mais favorável e com maior facilidade às mudanças corporais e apresentam uma maior satisfação com a imagem corporal do que as gestantes sedentárias (56). A atividade física não representa risco

para as gestantes quando bem orientadas e pode melhorar significativamente a qualidade de vida da mulher durante a gravidez (57). Quando o tamanho amostral da pesquisa é pequeno, podem aparecer resultados que não trazem dados concretos sobre a influência da atividade física na imagem corporal. No entanto, mesmo com uma população pequena de pesquisa, observa-se uma tendência positiva à melhora da imagem corporal (58).

### *Avaliação da Imagem Corporal*

A gestação é responsável por muitas mudanças físicas e emocionais na mulher. Um estudo realizado em Taiwan mostra que os padrões de beleza sociais disseminados amplamente não se encaixam na gestante e essa é uma queixa comum das mulheres nessa fase, não se identificarem com o que é considerado ideal de beleza. Outro conflito importante relatado pelas gestantes é saber o que é bom pro seu corpo e o que é bom para o bebê. Muitas mulheres temem prejudicar o bebê aceitando o modelo ideal de magreza durante a gravidez, mas não se sentem confortáveis com os seus corpos (59).

Os achados encontrados na Austrália indicam que, na amostra de gestantes estudadas, a imagem corporal se mantém estável durante a gestação e que as mulheres se adaptam rapidamente às mudanças em seus corpos. A satisfação com a imagem corporal se assemelha à satisfação pré-gravidez, ou seja, mulheres que estavam insatisfeitas com seus corpos antes da gravidez tendiam a manter esse conceito durante a gestação (60).

Outro estudo que se propôs a avaliar a satisfação corporal durante a gravidez concorda que a imagem corporal da fase pré-gravidez interfere na imagem corporal durante a gravidez. Poucos fatores relativos à imagem corporal apresentaram baixo escore, podendo indicar que as gestantes tendem a apresentar uma imagem corporal saudável durante a gravidez, apesar de algumas relatarem se sentirem mais em forma, fortes e mais atraentes antes da gravidez. Os achados desse estudo concordam com o estudo realizado na Austrália de que a satisfação com o corpo antes da gravidez pode determinar a satisfação durante a gestação (61).

### *Felicidade na gravidez*

A alegria durante a gravidez costuma estar relacionada a diversos fatores. Um estudo realizado na Tailândia com 438 gestantes mostrou que 57,3% das mulheres analisadas estavam felizes. Fatores como bom relacionamento marital e familiar, maior condição social e

personalidade estável e extrovertida influenciam na felicidade durante a gravidez. As gestantes tendem a encarar a gravidez como um período de auto-realização (62).

### *Alimentação, distúrbios alimentares e Imagem Corporal*

Os hábitos alimentares, assim como as desordens, estão intimamente ligados à nossa imagem corporal. O corpo idealizado pode ser muito distinto do corpo real, aquele que vemos todos os dias. A insatisfação pode gerar distúrbios alimentares pela busca desenfreada à magreza. Mulheres que apresentam alguma desordem alimentar antes de engravidar, tendem a melhorar sua sintomatologia durante a gravidez. Contudo, após o parto, a imagem corporal e a satisfação com o corpo tendem a voltar aos níveis pré-gravidez. Um dos motivos encontrados em um estudo realizado na Itália é que a mulher, durante a gestação, tem mais cuidado consigo mesma, recebe mais apoio familiar e menos cobranças sociais quanto ao corpo. A maior preocupação nessa fase é com a nova vida e com a maternidade. Infelizmente, essas novas atitudes se perdem após o parto e os sintomas da desordem alimentar tendem a voltar (63).

Um outro estudo realizado em Hong Kong concorda com a pesquisa anterior, reforçando que a pressão para ter um corpo magro é menor durante a gravidez, já que o ganho de peso é esperado. O apoio do parceiro e dos familiares associado à ligação emocional que se cria com o feto pode contribuir para melhorar a imagem corporal e a satisfação com o corpo durante a gravidez, diminuindo as tendências às desordens alimentares (64).

Outros estudos, no entanto, mostram que alguns sintomas de desordem alimentar se mantêm durante a gravidez. Uma pesquisa de revisão sobre bulimia na gravidez encontrou que os sintomas dos distúrbios alimentares podem aumentar durante a gravidez quando a gestante não consegue suprimir o ideal de corpo anterior à gestação e aceitar as mudanças nessa fase (65). Mulheres com desordem alimentar recente continuam a ter alguns sintomas durante a gravidez, apesar de serem menores comparados a antes da gravidez. Apesar de mais baixo, mulheres com passado de desordem alimentar também apresentavam os sintomas durante a fase gestacional (66).

Foi encontrado, em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, que as mulheres que apresentavam mais insatisfação quanto ao peso corporal durante a gravidez eram mais ansiosas, deprimidas e sentiam menos ânimo sobre suas gestações no geral. Os escores mais positivos quanto a Imagem Corporal durante a gestação estavam associados a sentimentos

melhores sobre a gravidez em geral, menos sintomas depressivos e menos irritação. As atitudes femininas quanto ao ganho de peso na gravidez estão relacionadas com a sua orientação durante a gravidez. Um bom pré-natal informativo com aconselhamento nutricional efetivo para as gestantes, pode auxiliá-las a encarar os sentimentos controversos quanto ao ganho de peso (67).

A construção e validação de escalas que meçam os comportamentos alimentares associados à imagem corporal e a fatores psicossociais durante a gestação podem ajudar na identificação desses sintomas na gravidez e auxiliar as mulheres nesse período (68).

Uma pesquisa realizada com gestantes americanas investigou o ganho de peso na gravidez e obteve como resultado que 42% das gestantes estavam preocupadas em ficar acima do peso durante e após a gravidez, 32% achavam que gestantes parecem gordas e 38% se achavam gestantes gordas. Isso mostra que a cobrança social sobre o corpo ideal pesa mesmo durante a gravidez, quando tende a ser menor (69). As mulheres tendem a se achar não-atraentes durante a gestação, especialmente entre a 27<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semana gestacional. No entanto, mulheres acima do peso antes e durante a gravidez tendem a se achar mais atraentes em torno da 30<sup>a</sup> semana gestacional do que antes da gravidez. Isso pode ser explicado pela tentativa de justificar o peso excessivo pela gravidez (70).

#### *Aleitamento materno e Imagem Corporal*

A escolha pelo aleitamento materno envolve diversos fatores sociais, culturais e emocionais da gestante. Situação econômica mais favorecida, ter um companheiro, ter maior grau de escolaridade e participar de uma educação pré-natal podem determinar a escolha pelo aleitamento materno. A pesquisa realizada em Taiwan mostrou que as mulheres que optaram pelo aleitamento materno apresentavam uma imagem corporal pré-gravidez e durante a gravidez mais saudável. As mulheres que estavam mais satisfeitas com o corpo durante a gravidez tendiam a escolher o aleitamento materno, em contrapartida às que não estavam satisfeitas (71).

Dessa revisão pode-se concluir que a imagem corporal sofre alterações durante toda a vida. Ela é influenciada por diversos fatores externos e internos. A gravidez, por si só, é uma fase de mudanças significativas na vida da mulher, tanto físicas quanto emocionais e sociais.

As pesquisas mostram ainda que a imagem corporal está intimamente ligada à satisfação corporal, auto-estima elevada e apoio familiar. Durante a gravidez a mulher está mais suscetível a sofrer pressões sociais e a perder parte da autoconfiança anterior à gestação, principalmente pelas mudanças físicas e sociais que são evidentes e inerentes. No entanto, quando a gestante apresenta recursos para passar por essa fase, quer seja recursos externos - educação pré-natal, atividade física especializada, apoio psicológico profissional, apoio familiar - quer seja internos - auto confiança e satisfação com o corpo, aceitação da gravidez e das mudanças que ela acarreta e assimilação do novo papel social – a sua imagem corporal tende a apresentar escores satisfatórios, não acarretando nenhum problema para a gestante.

O ganho de peso é uma grande preocupação das gestantes, especialmente daquelas que apresentam algum comportamento de desordem alimentar, mostrando distúrbio da imagem corporal anterior à gravidez. De acordo com os artigos analisados, a gestação pode ser uma justificativa para o ganho de peso nesse período, diminuindo os comportamentos patológicos dos distúrbios alimentares. Isso pode ser acrescido de menos cobranças para o corpo ideal, já que o corpo grávido tende a ser maior do que o padrão de beleza exige, mesmo sendo natural a mudança do tamanho corporal neste período. Mas existe uma forte tendência para a volta dos comportamentos depois do parto, quando as justificativas encontradas não existem mais.

Os artigos analisados mostraram que são importantes o apoio familiar e marital e a educação pré-natal durante a gravidez para que a mulher possa manter uma boa imagem corporal e sentimentos positivos com relação ao seu corpo e ao seu bebê.

### **3- DESENHO DO ESTUDO**

### **3.1- Material e metodologia**

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva e exploratória. Segundo Polit e Hungler (72), a pesquisa descritiva apresenta como instrumentos questionários e entrevistas a fim de se conhecer algum aspecto de determinada população. As mesmas autoras reforçam que a pesquisa do tipo exploratória tem por objetivo proporcionar maiores informações sobre um determinado assunto e assim delimitar uma tática de intervenção (72). Segundo LoBiondo e Haber (73), as pesquisas exploratórias não apresentam hipóteses, pois a pesquisa em si será geradora de hipóteses.

### **3.2- Contexto em que se realizou o estudo**

Vinhedo é um município do Estado de São Paulo que se localiza a 70 quilômetros da capital. Em 31 de outubro de 1908, Albuquerque Lins, então governador do Estado, promulgou a Lei nº1138, criando o Distrito de Paz de Rocinha, no município de Jundiaí. A população era então formada basicamente por imigrantes europeus que se estabeleceram no distrito como agricultores (74)<sup>2</sup>.

O povoado cresceu e os problemas também. Foi então que se iniciou o processo de emancipação do distrito. Em 24 de outubro de 1948 ocorreu a votação na qual todos os moradores com mais de 18 anos e residentes a mais de dois anos poderiam votar. Dos 1.666 eleitores, 1.563 votaram pela emancipação, que foi oficializada no mês de dezembro de 1948. Vinhedo foi o nome escolhido para a cidade, homenageando o principal produto da cidade, a uva. O primeiro prefeito, o médico Abrahão Aun, foi eleito em 2 de abril de 1949 (74).

Hoje, o IBGE estima que a população vinhedense esteja em torno de 57.435 habitantes provenientes de diversas regiões. A cidade também se tornou uma cidade-dormitório para pessoas que trabalham na região de Campinas e São Paulo (74). De acordo com o DATASUS, o número de mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos – em 2007 foi de 19.880. O número de nascidos vivos na cidade em 2005 foi 782 crianças (75)<sup>3</sup>.

A economia da cidade hoje conta com grande diversidade de setores como indústria, comércio e agricultura. O serviço de saúde é formado por seis unidades básicas de saúde – sendo que o serviço pré-natal é oferecido em cinco unidades – e uma santa casa de

---

<sup>2</sup> <http://www.vinhedo.sp.gov.br>

<sup>3</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br>

misericórdia, além dos serviços particulares de atendimento (75). A maioria dos partos que ocorrem na cidade é realizada pelo SUS, pois as gestantes que são atendidas por convênios ou particulares optam por terem seus filhos em cidades vizinhas.

### **3.3- População e amostra**

A população desta pesquisa é composta por gestantes inscritas no serviço pré-natal das Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo-SP no período de novembro de 2007 a julho de 2008. As gestantes foram recrutadas por conveniência na própria unidade básica de saúde de município de Vinhedo-SP.

Segundo a orientação do Serviço de Estatística da FCM / UNICAMP, o tamanho da amostra foi definido para uma pesquisa descritiva com variável quantitativa. O valor obtido, para um desvio padrão de 23,9 com um erro amostral de 5,0 e um nível de significância (alfa) de 0,05, foi de 88 sujeitos. Após o término da coleta de dados, obteve-se uma amostra de 93 gestantes.

### **3.4- Variáveis**

- Imagem corporal – definida como a imagem mental da identidade corporal segundo Tavares (50).
- Satisfação corporal – definida como o equilíbrio entre os três componentes da imagem corporal: realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal, segundo Price (49).

### **3.5- Variáveis sócio-demográficas**

- idade (em anos completos),
- estado civil,
- escolaridade (em anos de estudo).

### **3.5.1- Variáveis obstétricas**

- número de partos,
- número de abortos,
- intercorrências nas gestações anteriores,
- intercorrências nessa gestação,
- idade gestacional (em semanas e em trimestres gestacionais),
- gravidez planejada,

### **3.5.2- Variáveis biométricas**

- peso gestacional (cálculo de IMC do peso atual e altura de acordo com a classificação do Ministério da Saúde),
- alteração de peso antes da gravidez (segundo a própria gestante),
- prática de atividade física.

### **3.6- Critérios de Inclusão**

As gestantes devem estar inscritas no programa de pré-natal e ser acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vinhedo – SP.

### **3.7- Critérios de Exclusão**

As gestantes que não possuem capacidade de se comunicar verbalmente ou por escrito e gestantes menores de 18 anos que não estiverem acompanhadas de seu responsável.

### **3.8- Instrumento de coleta de dados**

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: A escala de medida em imagem corporal e um questionário sócio-demográfico.

A Escala de medida em Imagem Corporal, desenvolvida por Souto (3) (Anexo 01) em 1999, foi criada para ser usada na prática da enfermagem para investigação e confirmação de alterações da Imagem Corporal, determinado como um dos diagnósticos de enfermagem do sistema de classificação *North American Diagnosis Association* (NANDA), em 1973. Esta escala apresenta 23 questões, sendo 5 com significado favorável e 18 desfavorável. As

questões estão dispostas como uma escala tipo Likert, com avaliação de 1 a 5 pontos, variando de “sempre” a “nunca”.

Durante a sua elaboração, a escala passou por quatro etapas metodológicas de criação e validação, a saber: construção dos itens da escala, análise da validade de conteúdo dos itens, análise da fidedignidade (estabilidade) e análise da validade de constructo (consistência interna e análise dos principais componentes).

Na etapa de criação dos itens, a autora usou a definição operacional de que imagem corporal é a imagem mental da pessoa sobre o próprio corpo, incluindo como seu corpo realmente é, como idealiza que deveria ou poderia ser, e como acredita que é visto pelos outros, baseado em Price (49) e incorporou os três componentes da imagem corporal: Realidade Corporal (RC), Ideal Corporal (IC) e Apresentação Corporal (AC).

Na segunda etapa a autora procedeu a análise da validade do conteúdo para verificar a conexão teórica com o que se pretendia medir. Para tanto os itens determinados na etapa anterior foram submetidos à apreciação de sete juizes, dos quais seis eram enfermeiros com formação na área de saúde mental e um psicólogo. Foram mantidos os itens com índice de concordância entre os juizes maior ou igual a 0,80.

A terceira etapa realizada foi a de análise da fidedignidade da escala pelo uso do teste-reteste, avaliando a estabilidade do instrumento. Após o teste-reteste foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) tanto para os escores totais quanto para os escores parciais de cada componente. O resultado do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson para os escores totais foi igual a 0,71, indicando uma correlação positiva razoavelmente forte. Quanto aos resultados dos escores parciais, obteve-se um  $r = 0,70$  (correlação positiva razoavelmente forte) para o componente RC, um  $r = 0,53$  (correlação positiva moderada) para o componente IC, e um  $r = 0,49$  (correlação positiva moderada) para o componente AC. Segundo esses resultados, poder-se-ia manter todos os itens, mas a autora, seguindo sugestão dos juizes, optou por retirar alguns itens.

Na quarta etapa, a autora procedeu a análise da validade de constructo da escala. A escala foi aplicada a uma amostra de 375 mulheres. Em seguida foi realizado o teste coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) entre cada item e a escala como um todo e o coeficiente alfa de Cronbach.

Na versão final, o teste de confiabilidade da escala total obteve um alfa de 0,9091. Para o componente RC obteve-se um alfa de 0,7138; para o componente IC obteve-se um alfa de 0,8652; e para o componente AC obteve-se um alfa de 0,6087.

Embora não se tenha ainda estabelecido o ponto de corte (*cut-off*) para o instrumento, pode-se afirmar que pontuações altas são indicativas de uma imagem corporal favorável e que, ao contrário, pontuações baixas são indicativas de alteração na imagem corporal. Esta escala também pode ser usada para avaliar a satisfação corporal, pois apresenta como base as teorias de Price (49) que afirma que o equilíbrio entre os três componentes da Imagem Corporal (Apresentação Corporal, Ideal Corporal e Realidade Corporal) determina a satisfação corporal. Na pesquisa de Souto (3) calculou-se o alfa de Cronbach para cada componente da escala, assim, a mesma pode ser usada para avaliar a satisfação corporal e/ou cada componente. Não se conhece o uso prático desta escala para a avaliação da satisfação corporal, entretanto se se levar em consideração o alinhamento teórico com Price (49), pode-se apresentar resultados referentes a este uso.

A escala foi desenvolvida para ser aplicada a uma população de mulheres com mais de 18 anos. Não havendo nenhuma escala desenvolvida para a avaliação específica da imagem corporal e satisfação corporal de gestantes, a escolha por este instrumento se deu por apresentar questões que abordavam alterações na aparência física, e pela ausência de questões referentes a dietas alimentares e doenças associadas como bulimia e anorexia nervosa.

O questionário sócio-demográfico foi desenvolvido para este estudo a fim de caracterizar a população e, posteriormente, permitir comparações (Apêndice 01).

### **3.9- Coleta de dados**

A escala foi aplicada, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 02) e o questionário sócio-demográfico, em cada gestante uma única vez. A aplicação dos questionários ocorreu nas unidades básicas de saúde de Vinhedo – SP nos dias de consultas pré-natais em uma sala oferecida pela unidade. As gestantes responderam as questões sem maiores dificuldades e levaram em média de 10 a 15 minutos para completarem os questionários. Cinco gestantes se recusaram participar.

### **3.10- Aspectos éticos**

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM/UNICAMP em 06 de setembro de 2007 (Anexo 02). Assim como a Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo - SP também consentiu com a pesquisa assinando um termo de consentimento institucional (Anexo 03). O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi entregue e assinado por todas as participantes e pela pesquisadora (Apêndice 02). Para as gestantes menores de 18 anos, foi solicitada também a autorização de um responsável. Todas as partes da pesquisa foram esclarecidas às participantes e sua privacidade assegurada. Foram informadas que em qualquer momento a participante poderia retirar seu consentimento e sair do estudo. A informação sobre a não-remuneração de qualquer espécie também foi dada, assim como a não-participação em nada afetaria a sua assistência no Centro de Saúde.

### **3.11- Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados sob orientação do Serviço de Estatística da FCM/UNICAMP. Foram comparadas as informações coletadas no questionário sócio-demográfico com a imagem corporal das gestantes obtida pela escala de medida em imagem corporal. Como a escala de medida em imagem corporal permite a avaliação da satisfação corporal pelo equilíbrio entre os três componentes da imagem corporal que a compõe, realizou-se esta análise para verificar a possibilidade prática da utilização dessa escala na avaliação da satisfação corporal. A análise foi realizada tanto para os valores totais do escore como para os valores de cada componente da imagem corporal (Apresentação Corporal – AC, Ideal Corporal – IC e Realidade Corporal – RC).

Os testes estatísticos utilizados foram para dados não-paramétricos. Foi utilizada uma análise descritiva para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas.

Para verificar a associação ou comparar proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher quando necessário (valores esperados menores que cinco). Para comparar variáveis contínuas ou ordenáveis entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e no caso de mais de dois grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

Para verificar a relação linear entre variáveis numéricas foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman.

As associações e/ou comparações foram feitas entre o escore total e dos componentes da imagem corporal e o equilíbrio dos três componentes da imagem corporal (satisfação corporal) e as variáveis sócio-demográficas e biométricas como gravidez planejada, trimestre gestacional, peso gestacional, alteração de peso antes da gravidez, idade, escolaridade, número de gestações, IMC atual e IMC anterior a gravidez.

O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para determinar a consistência interna do escore total e dos componentes da imagem corporal (RC, IC e AC).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

## **4- RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A coleta de dados ocorreu no período entre novembro de 2007 e abril de 2008. As entrevistas foram realizadas nas cinco unidades básicas de saúde de Vinhedo – SP (todas as unidades que realizam atendimento pré-natal no município), sendo um mês em cada posto nos dias de consulta pré-natal (a determinação de um mês em cada unidade se deveu ao fato das gestantes realizarem pelo menos uma consulta pré-natal por mês e, dessa forma, entrevistar-se-ia todas as gestantes inscritas no programa daquela unidade, naquele período). Os questionários foram aplicados às gestantes em uma sala da própria unidade básica de saúde enquanto elas esperavam pela consulta pré-natal. Foram abordadas 98 gestantes para participar, entretanto, cinco se recusaram, totalizando 93 entrevistas.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente de forma descritiva e comparativa. A Escala de Medida em Imagem Corporal elaborada por Souto (3) permitiu obter escores sobre a imagem corporal e a satisfação corporal das gestantes. Como a utilização da escala para a obtenção de dados sobre a satisfação corporal é uma sugestão desta pesquisa, os dados descritivos e comparativos da mesma serão apresentados posteriormente em um item específico (subitem 4.4).

Com o intuito de facilitar a visualização e o entendimento dos resultados e a respectiva análise, optou-se por apresentar os resultados e as discussões de modo conjunto.

## **4.1- Análise descritiva**

### **4.1.1- Variáveis sócio-demográficas**

As variáveis sócio-demográficas que caracterizam a amostra, colhidas por meio de questionário, estão apresentadas em gráficos e tabelas abaixo para análise descritiva das mesmas, além de verificar se há associação entre os dados e a imagem corporal das gestantes.

No gráfico 01 é apresentada a distribuição de gestantes entrevistadas, em porcentagem, por unidade básica de saúde do município de Vinhedo – SP. As duas unidades básicas de saúde que apresentaram maior número de gestantes entrevistadas foram a Unidade Básica de Saúde Planalto, com 40,86% das entrevistas, e a Unidade Básica de Saúde Capela, com 23,66%. Essas duas Unidades são as maiores do município e atendem a maior parte da população.

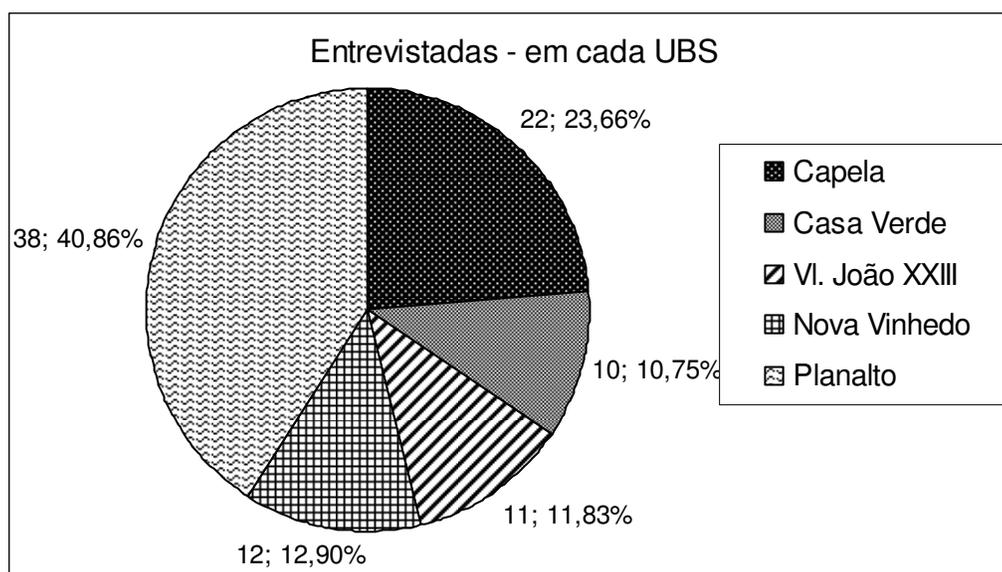


Gráfico 01: Distribuição de gestantes entrevistadas por unidade básica de saúde no município de Vinhedo – SP em 2008.

A distribuição do estado civil das gestantes entrevistadas se encontram no gráfico 02. Esta distribuição permite inferir que a maioria das mulheres, ao engravidar, opta por viver com seus parceiros quer seja por união consensual (49,46%) quer por união civil (38,71%). Esse resultado é similar ao encontrado em outros estudos com gestantes como o de Clark et al (76) e de Kamysheva et al (77) na Austrália, o de Downs et al (78) nos Estados Unidos e o de Huang et al (79) em Taiwan, estudos que tinham, dentro de sua amostra, mais de 75% das gestantes casadas.

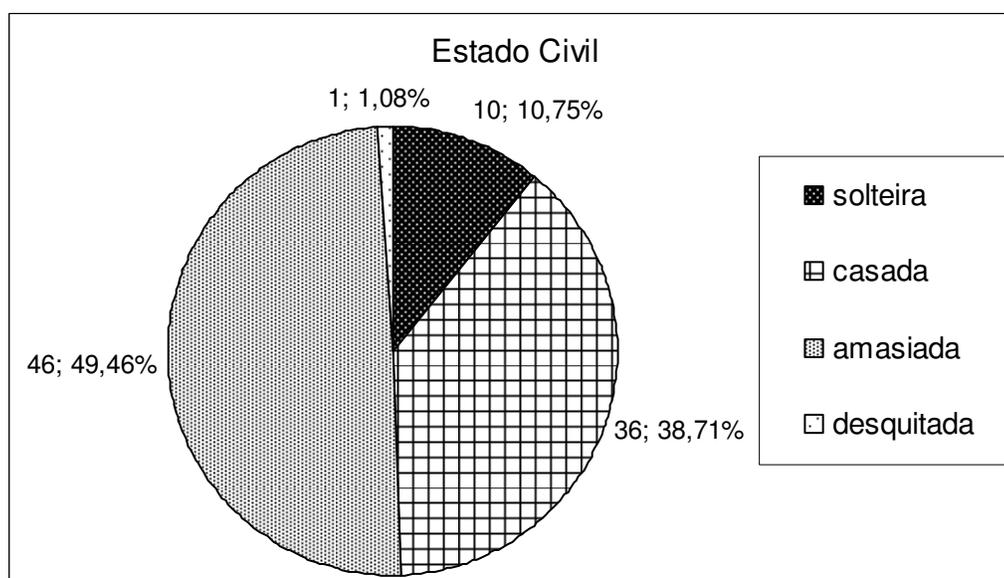


Gráfico 02: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao estado civil no município de Vinhedo – SP em 2008.

O gráfico 03 apresenta a distribuição das gestantes de acordo com a escolaridade. A coleta de dados se deu em anos de estudos, mas para melhor ilustrar o resultado obtido, estipulou-se faixas que determinariam o grau escolar obtido ou no qual a gestante estaria inserida. Neste caso, o gráfico nos mostra que a maioria das gestantes estava cursando ou completou o ensino médio (47,31%) e completou ou estava na segunda metade do ensino fundamental (36,56%).

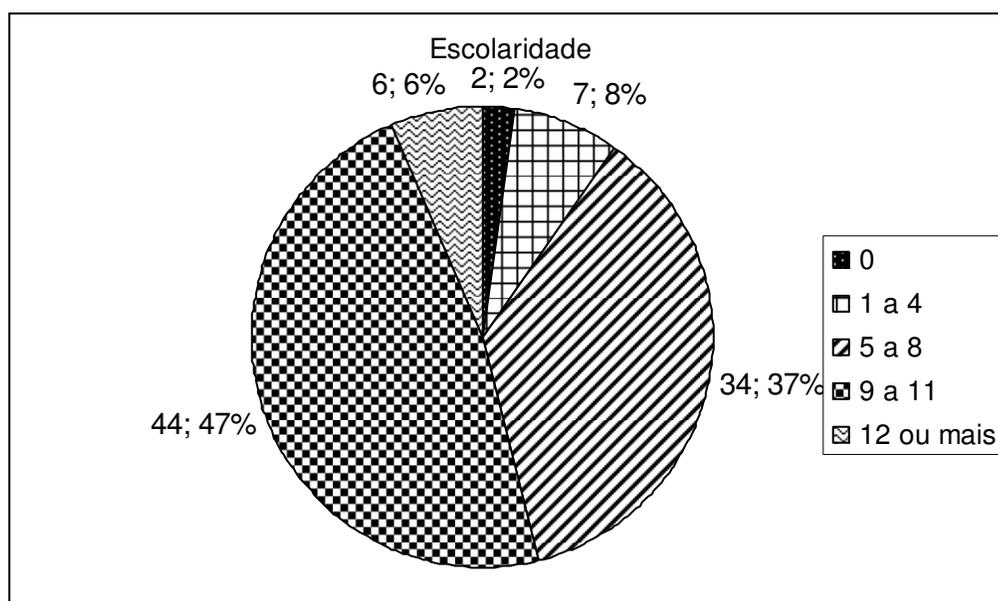


Gráfico 03: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à escolaridade no município de Vinhedo- SP em 2008.

O gráfico 04 apresenta a distribuição das gestantes por idade. A faixa ‘até 18 anos’ teve a denominação alterada para ‘17 ou 18 anos’ porque nesse estudo só participaram gestantes a partir desta idade.

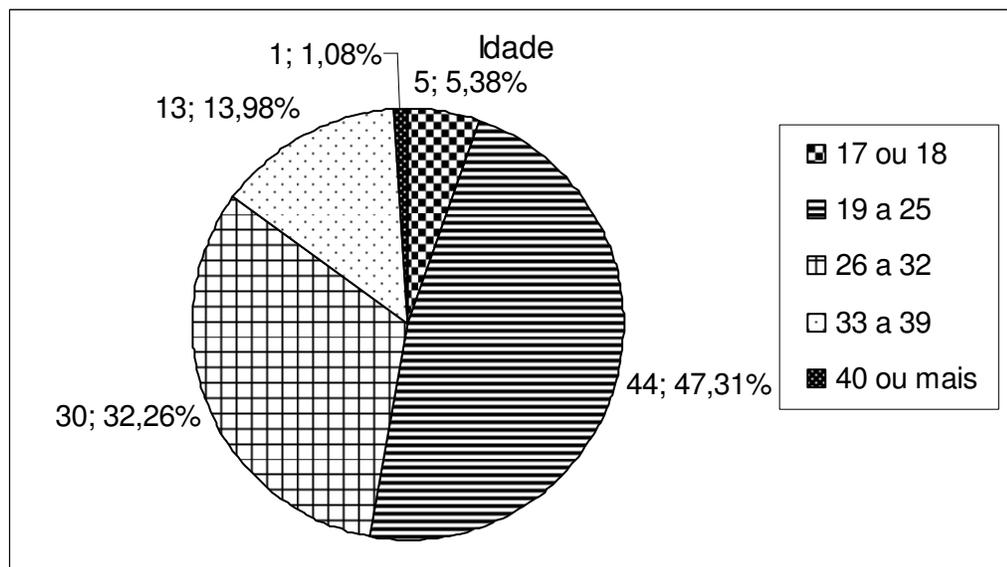


Gráfico 04: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à idade no município de Vinhedo- SP em 2008.

Percebe-se que a grande maioria das gestantes se insere entre 19 a 32 anos (47,31% e 32,26%), faixa de idade considerada ideal para engravidar.

### *Variáveis obstétricas*

A história obstétrica das gestantes entrevistadas compreende o número de partos, número de abortos, intercorrências nas gestações anteriores, intercorrências nesta gestação, gravidez planejada, trimestres gestacional, peso gestacional, alteração de peso antes de engravidar e prática de atividade física e estão apresentados nos gráficos de 05 a 14. A situação de paridade das gestantes entrevistadas foi apresentada no gráfico 05.

No presente estudo, 43% das gestantes eram primíparas. Esse dado pode nos mostrar que a maior parte das gestantes entrevistadas estava em sua primeira gestação. A título de comparação, os estudos feitos com gestantes por Clark et al (76), Kamysheva et al (77), e Huang et al (79) apresentaram, respectivamente, 50,9%, 42% e 55,4% das gestantes primíparas.

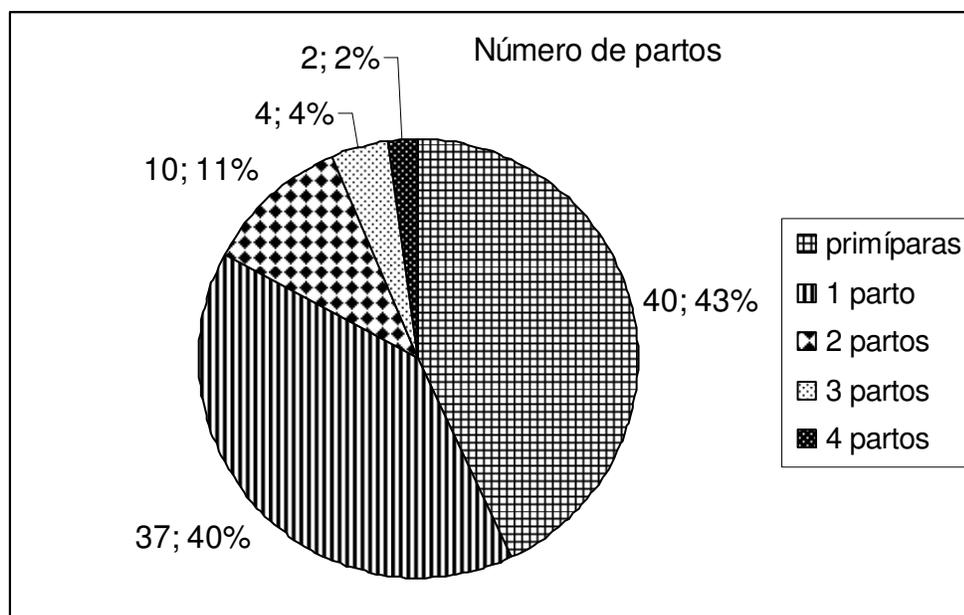


Gráfico 05: Distribuição do número de partos das gestantes entrevistadas no município de Vinhedo – SP em 2008.

Quando questionadas sobre abortos anteriores, 69,81%% das gestantes entrevistadas, responderam que não haviam vivenciado nenhum processo de abortamento (gráfico 06).



Gráfico 06: Distribuição do número de abortos das gestantes entrevistadas no município de Vinhedo – SP em 2008.

Ao perguntar-se sobre as intercorrências em gestações anteriores, 20,43% das gestantes afirmaram alguma intercorrência e em torno de 42% responderam que não tiveram nada. As demais 37,63% estavam na primeira gestação. Assim sendo, excluindo as que estavam vivenciando a primeira gestação, um pouco mais de 30% apresentou alguma intercorrência na gestação anterior. O número de gestantes que não apresentou intercorrências foi de 67,24% (gráfico 07). Esse dado é semelhante ao estudo de Fonseca et al (80) que teve 65,6% das gestantes sem intercorrências.

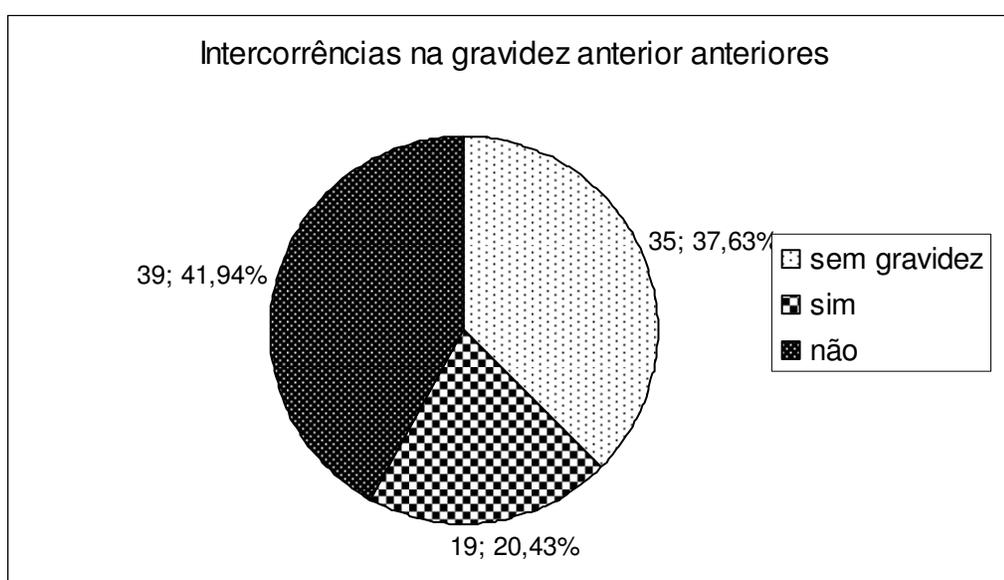


Gráfico 07: Distribuição das gestantes entrevistadas em relação à presença de intercorrências na gravidez anterior no município de Vinhedo – SP em 2008.

Quando solicitada a especificação das intercorrências vivenciadas às gestantes que apresentaram intercorrência em gestações anteriores, várias patologias foram pontuadas, como mostra o gráfico 08. Observa-se que destas, 13 consideraram os abortos sofridos em gestações anteriores como intercorrências, isso significa que três gestantes desconsideraram o aborto como intercorrência obstétrica, como pode ser observado no gráfico 08.

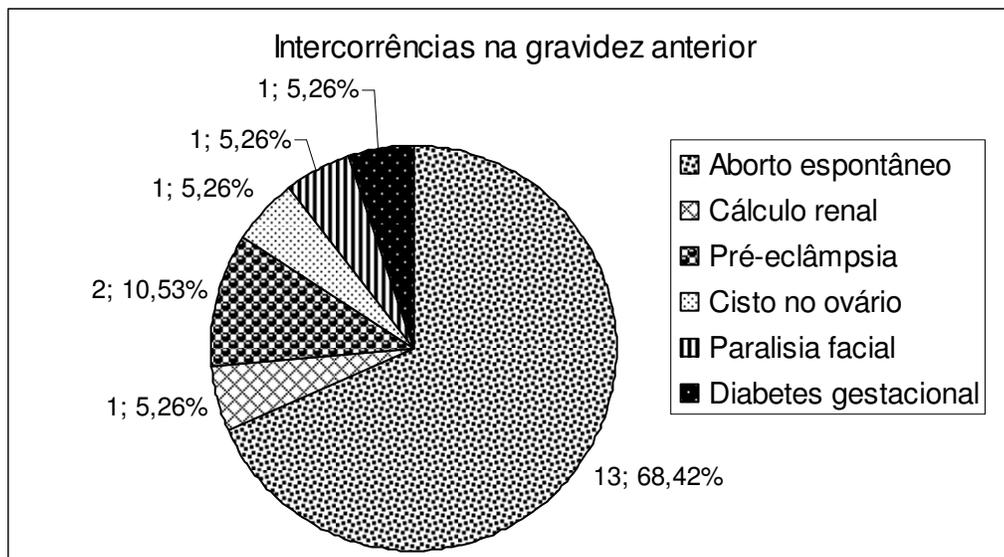


Gráfico 08: Distribuição das 19 gestantes que verbalizaram presença de intercorrências nas gestações anteriores de acordo com o tipo de intercorrência. Vinhedo – SP, 2008.

Quando questionadas sobre intercorrências na gravidez atual. Mais de 2/3 das gestantes responderam que não apresentavam intercorrência alguma (gráfico 09).



Gráfico 09: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à presença ou não de intercorrências na gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.

Para as 19 gestantes que responderam afirmativamente sobre intercorrências nessa gravidez, foi solicitada a especificação dessas intercorrências, as quais são apresentadas no gráfico 10. Apesar de haver 19 gestantes, há 20 relatos de intercorrência, visto que uma gestante declarou apresentar duas intercorrências nesta gravidez.

Observa-se que as intercorrências mais comuns relatadas são a infecção urinária (cinco), seguida de hipertensão (três) e anemia (três).

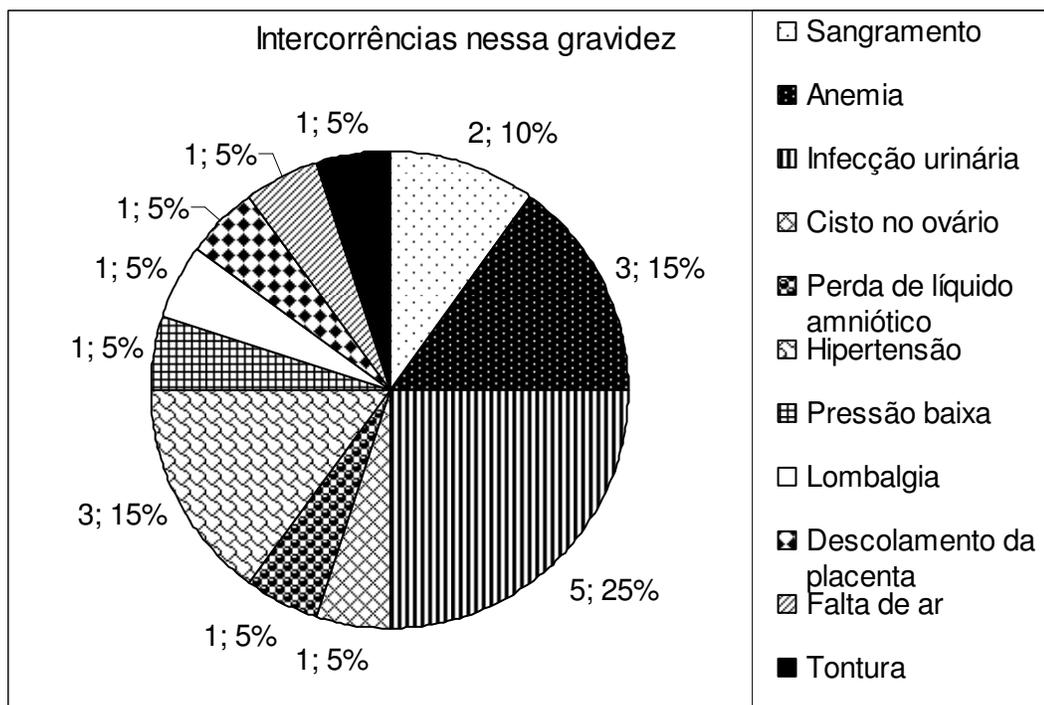


Gráfico 10: Distribuição das gestantes com intercorrência na gravidez atual segundo o tipo da intercorrência. Vinhedo – SP, 2008.

O desejo prévio de engravidar pode estar associado à imagem corporal e à satisfação corporal, desta maneira, perguntou-se sobre o planejamento da gravidez atual. Mais da metade das gestantes entrevistadas não havia planejado a gravidez (gráfico 11).

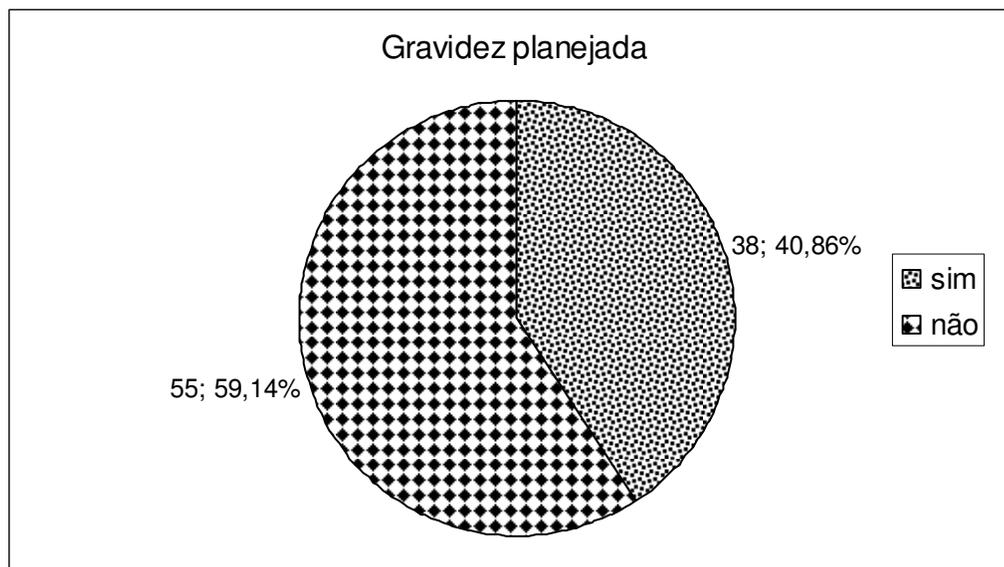


Gráfico 11: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao planejamento da gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.

O ganho de peso durante a gestação pode interferir na satisfação e imagem corporal e, conforme a gravidez evolui, o peso corporal aumenta. Assim sendo, foi perguntado às gestantes o trimestre gestacional em que se encontravam quando foram entrevistadas para o estudo (gráfico 12). Esse dado possibilita verificar se existe associação entre o trimestre gestacional e a imagem corporal e a satisfação corporal da gestante. Como o ganho de peso é gradativo durante a gravidez, as gestantes se encontram mais pesadas e com maior desconforto no último trimestre, podendo ou não interferir na imagem corporal.

A diferença de número de gestantes por trimestre (gráfico 12) se deveu ao número reduzido de mulheres grávidas no primeiro trimestre inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde do município.

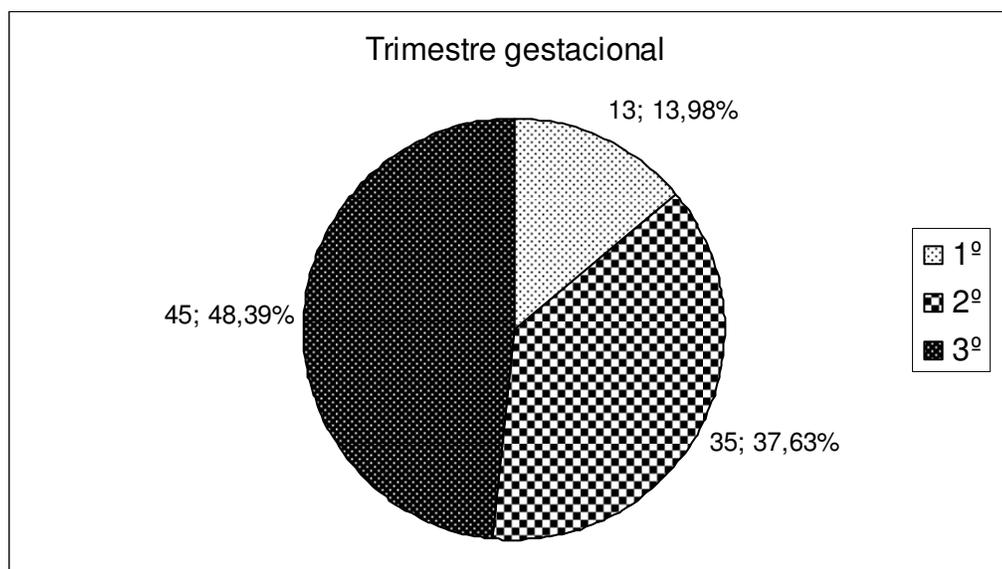


Gráfico 12: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao trimestre de gestação em que se encontravam quando foram abordadas para entrevista. Vinhedo – SP, 2008.

#### *Variáveis Biométricas*

O modelo de beleza e boa forma atualmente valorizado é de pessoas magras com musculatura bem trabalhada. Como a gestação é uma fase na qual a mulher verá seu corpo ganhando gradativamente mais peso e formas mais arredondadas, o modelo social de beleza pode não ter espaço nesse período. No entanto, mulheres que valorizam demais as regras e

modelos sociais podem vivenciar inseguranças e insatisfações durante a gravidez, comprometendo sua imagem corporal e sua satisfação corporal.

Com o intuito de conhecer o estado nutricional atual das gestantes entrevistadas, calculou-se o IMC<sup>4</sup> conforme a idade gestacional e comparou-se com a tabela (Anexo 04) proposta pelo Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (81). Esse dado poderia ser útil para identificar se há ou não influência na imagem corporal e na satisfação corporal. Observa-se no gráfico 13 que 51,61% das gestantes entrevistadas podem ser consideradas como tendo peso adequado para idade gestacional e 7,53% estão obesas. Esse dado está abaixo do valor encontrado para a população feminina adulta que é de 13,3%, (82). A ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome metabólica) diz que a prevalência de mulheres obesas na região sudeste do Brasil em idade fértil é de 12,4% (83)<sup>5</sup>.

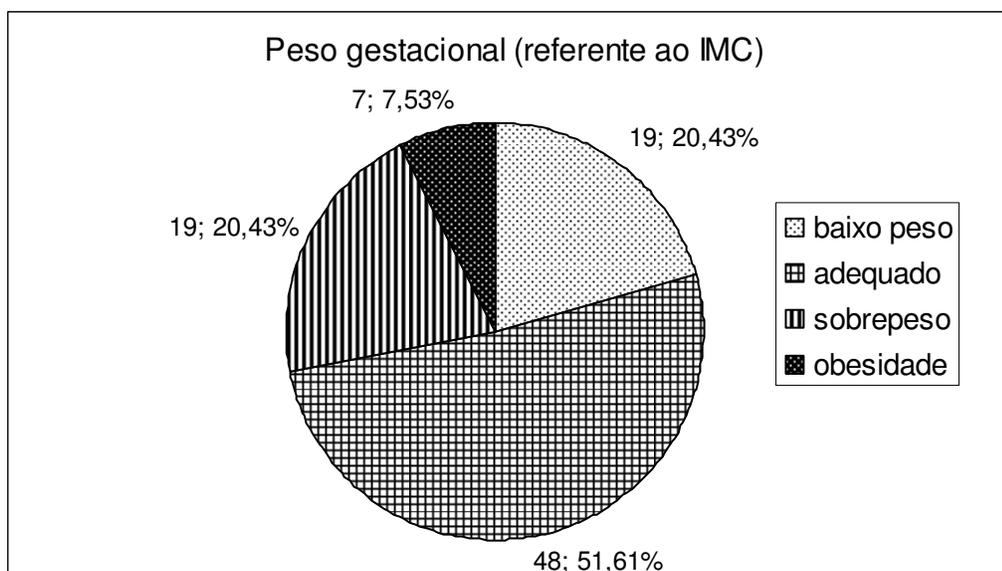


Gráfico 13: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto ao IMC atual conforme Manual técnico de pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde (Anexo 03) (81). Vinhedo – SP, 2008.

<sup>4</sup> Obteve-se o peso e a altura da gestante no momento da entrevista.

<sup>5</sup> <http://www.abeso.org.br>

Considerando ainda o modelo social de beleza atualmente valorizado, perguntou-se às gestantes se elas apresentavam alteração de peso antes de engravidar. Esse dado pode identificar as gestantes que já tinham dificuldades em manter o peso (engordar e emagrecer constantemente) antes de engravidar, pois poderiam já apresentar alteração na imagem corporal e na satisfação corporal. Observa-se que um número expressivo de gestantes entrevistadas (37,63%) já apresentava alterações de peso antes da gravidez (gráfico 14).

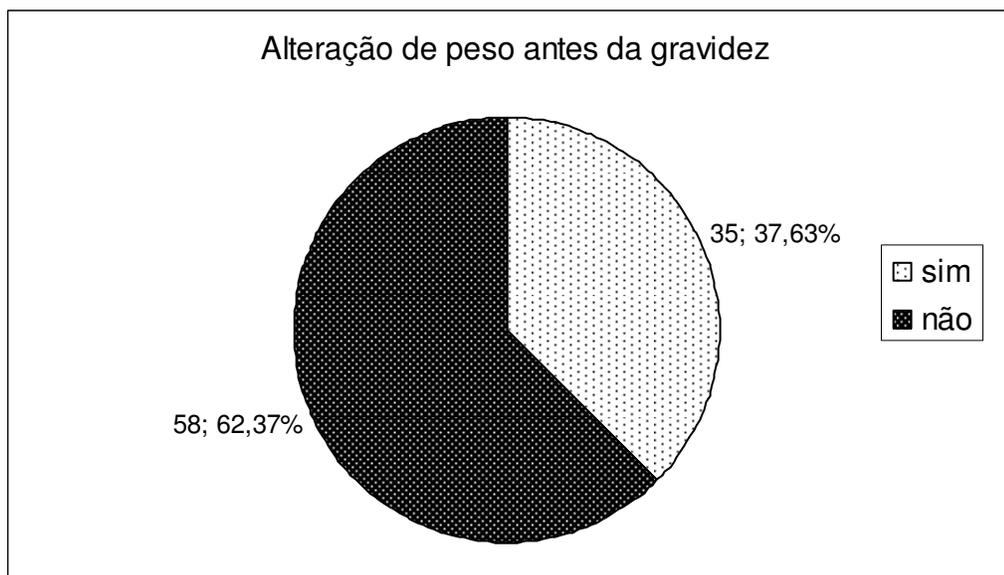


Gráfico 14: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à alteração de peso antes da gravidez segundo informação das próprias gestantes. Vinhedo – SP, 2008.

Sabe-se que atividade física traz sensação de bem estar físico e emocional aos seus praticantes, podendo contribuir positivamente na imagem corporal e na satisfação corporal. Assim, perguntou-se às gestantes se praticavam alguma atividade física para identificar se existe associação entre a prática de exercícios e a imagem corporal e satisfação corporal. Importante ressaltar que somente 13,98% das gestantes entrevistadas realizam alguma atividade física (gráfico 15).

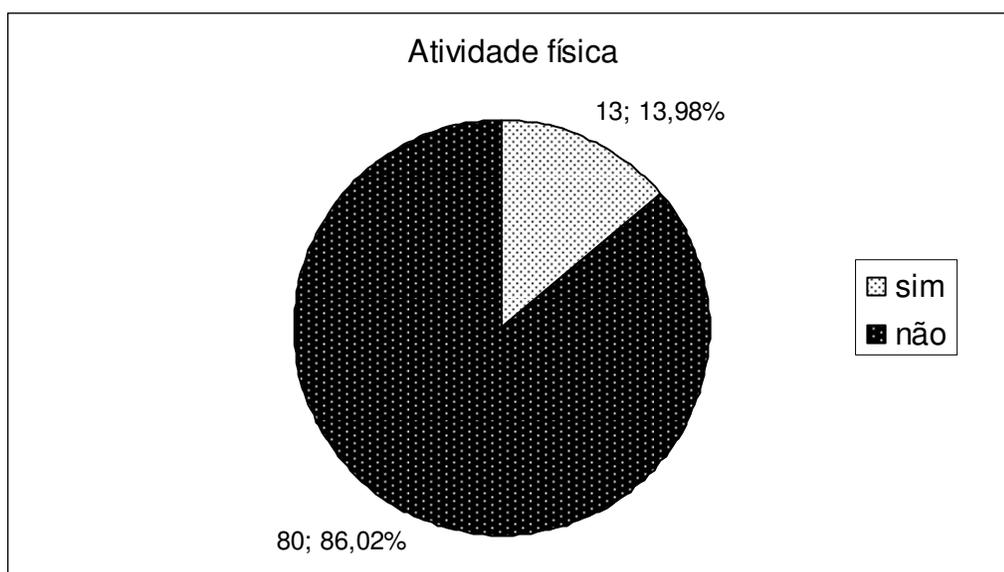


Gráfico 15: Distribuição das gestantes entrevistadas quanto à realização de atividade física durante a gravidez atual. Vinhedo – SP, 2008.

#### 4.1.2- Análise de dispersão das variáveis contínuas

Com intuito de facilitar a visualização dos dados, optou-se por apresentar a análise de posição e dispersão das variáveis contínuas colhidas no questionário sócio-demográfico logo abaixo dos gráficos das análises descritivas.

A análise de dispersão nos mostra algumas características da população estudada. Este dado é importante para a comparação com futuros estudos em outras populações. No Quadro 01 estão expostas essas informações. Destaca-se a média de escolaridade (em anos de estudo) para essa população que foi de 8,66 e a mediana de 10,00.

Quadro 01: Distribuição das variáveis sócio-demográficas das gestantes entrevistadas em relação à análise de posição e dispersão. Vinhedo – SP, 2008.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	93	25.84	5.45	17.00	25.00	45.00
Escolaridade	93	8.66	2.99	0.00	10.00	15.00
Nº de gestações	93	2.02	1.13	0.00	2.00	6.00
Idade gestacional	93	24.84	9.61	4.00	24.00	39.00
Estatura	93	1.60	0.07	1.40	1.60	1.77
Peso atual	93	65.86	12.78	48.00	63.00	119.00
Peso antes	93	59.02	11.80	44.00	57.00	100.00
IMC atual	93	25.58	4.33	17.93	25.00	41.98
IMC antes	93	22.93	4.04	16.65	22.03	39.82

A análise de posição e dispersão das variáveis contínuas dos escores da imagem corporal está representada no quadro 02. Os resultados apresentados nesse quadro mostram a tendência de respostas das gestantes e a posição em que se encontram os resultados obtidos.

Quadro 02: Variáveis contínuas dos escores da Imagem Corporal. Vinhedo – SP, 2008.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
SCORE	93	90.99	17.01	39.00	95.00	115.00
RC	93	27.69	5.84	12.00	29.00	35.00
IC	93	42.57	9.20	16.00	44.00	55.00
AC	93	20.73	3.83	8.00	21.00	25.00

RC: Realidade Corporal, IC: Ideal Corporal, AC: Apresentação Corporal.

No quadro 02 são apresentadas as variáveis contínuas da Imagem Corporal. Pode-se notar pela média e pela mediana do escore total que as gestantes, em sua maioria estão com imagem corporal saudável. Considerando que a escala possui 23 questões e a pontuação mínima seria 23 pontos e a máxima 115 pontos, obteve-se pontuação mínima de 39 pontos e pontuação máxima de 115, mas a média se manteve em 90,99 e a mediana em 95, valores estes próximos do máximo.

#### 4.1.3- Variáveis categóricas

Encontram-se listadas na primeira coluna à esquerda do quadro 03 as questões do instrumento sobre Imagem Corporal elaborado por Souto (3) especificando-se quais são as questões “favoráveis” ou “desfavoráveis”. Como descrito na metodologia, a escala de medida utilizada é do tipo Likert onde para as questões favoráveis o valor máximo é atribuído à resposta “sempre” e para as questões desfavoráveis o valor máximo é atribuído à resposta “nunca”. Nas demais colunas foram inseridas o número de respostas àquela questão, conforme a escala e a respectiva porcentagem. Todas as gestantes entrevistadas responderam a todas as questões.

Quadro 03: Distribuição das respostas das gestantes entrevistadas sobre a escala de medida de Imagem Corporal conforme a alternativa da escala.

Questões	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
1-favorável	7	7,53	6	6,45	33	35,48	10	10,75	37	39,78
2-favorável	27	29,03	19	20,43	18	19,35	8	8,60	21	22,58
3-desfavorável	45	48,39	9	9,68	23	24,73	3	3,23	13	13,98
4-favorável	24	25,81	4	4,30	14	15,05	9	9,68	42	45,16
5-desfavorável	52	55,91	14	15,05	20	21,51	4	4,30	3	3,23
6-desfavorável	72	77,42	6	6,45	10	10,75	4	4,30	1	1,08
7-desfavorável	40	43,01	13	13,98	26	27,96	2	2,15	12	12,90
8-favorável	8	8,60	4	4,30	24	25,81	12	12,90	45	48,39
9-favorável	11	11,83	2	2,15	14	15,05	7	7,53	59	63,44
10-desfavorável	39	41,94	11	11,83	28	30,11	2	2,15	13	13,98
11-desfavorável	76	81,72	4	4,30	8	8,60	2	2,15	3	3,23
12-desfavorável	50	53,76	11	11,83	21	22,58	3	3,23	8	8,60
13-desfavorável	58	62,37	5	5,38	21	22,58	1	1,08	8	8,60
14-desfavorável	72	77,42	7	7,53	12	12,90	0	0,00	2	2,15
15-desfavorável	53	56,99	11	11,83	20	21,51	3	3,23	6	6,45
16-desfavorável	31	33,33	11	11,83	35	37,63	9	9,68	7	7,53
17-desfavorável	55	59,14	9	9,68	20	21,51	2	2,15	7	7,53
18-desfavorável	49	52,69	6	6,45	27	29,03	4	4,30	7	7,53
19-desfavorável	49	52,69	13	13,98	23	24,73	3	3,23	5	5,38
20-desfavorável	56	60,22	15	16,13	16	17,20	3	3,23	3	3,23
21-desfavorável	55	59,14	8	8,60	20	21,51	5	5,38	5	5,38
22-desfavorável	36	38,71	11	11,83	31	33,33	5	5,38	10	10,75
23-desfavorável	65	69,89	3	3,23	18	19,35	2	2,15	5	5,38

Considera-se relevante destacar as questões que obtiveram mais de 70% das respostas na mesma alternativa. São elas: questão 06 (Evito tocar alguma parte do meu corpo porque ela me desagrada) que teve para a alternativa *nunca* 77,42% das respostas. A questão 11 (Percebo mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas por causa de minha aparência física) que teve para a alternativa *nunca* 81,72% das respostas. A questão 14 (Penso que meu corpo é insignificante) que teve para a alternativa *nunca* 77,42% das respostas. Pode-se supor que o grande número de respostas *nunca* a essas questões pode estar relacionado à ‘dureza’ e à ‘agressividade’ das suas afirmações, fazendo com que as gestantes que apresentam uma leve insatisfação com o corpo achem essa afirmação ‘pesada’ demais.

#### **4.2- Análise da consistência interna**

Em uma pesquisa em que a precisão de uma medida é importante, quer para finalidade científica ou prática, o investigador deve analisar quanto erro aleatório pode ocorrer na utilização da medida / instrumento selecionado para o estudo. Quando uma medida já foi utilizada diversas vezes para um mesmo fim e sua análise já foi feita anteriormente, é desnecessária nova avaliação, pois o erro envolvido já foi estabelecido. No entanto, quando novas medidas forem utilizadas ou medidas já utilizadas forem aplicadas em outra população, faz-se necessário uma nova análise dos possíveis erros aleatórios (84).

A análise da consistência interna informa quanto os itens de uma escala medem o mesmo construto e o quanto este instrumento é fidedigno, confiável para avaliar o que ele se propõe (84).

O coeficiente alfa de Cronbach é uma das várias formas de análise para medir a confiabilidade (precisão) de medidas psicológicas e educacionais. Esta fórmula foi elaborada para ser aplicada a uma tabela de dois dados gerais, na qual linhas representariam os indivíduos da pesquisa e as colunas representariam os escores atribuídos às pessoas sob duas ou mais condições. Segundo Cronbach (85), ‘condição’ é um termo genérico freqüentemente utilizado no qual cada coluna representa a classificação num único item dentro de um teste.

Os valores do Alfa de Cronbach variam de 0 a 1. Quando os valores obtidos se encontram mais próximo de 1, isso significa que a medida / escala apresenta uma correlação elevada e mede o mesmo constructo. Valores próximos de 0 podem indicar que os itens da escala não medem o constructo claramente. As pesquisas atuais consideram adequados valores entre 0,6 e 0,9 (84).

Devido ao fato dessa análise examinar a consistência dos escores de uma condição a outra, procedimentos como o teste alfa de Cronbach são considerados uma forma de análise da consistência interna (85).

Para determinar a consistência interna do escore total e parcial dos componentes da imagem corporal (RC, IC e AC) da escala de Souto (3), foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach na sua pesquisa.

Como a escala de Souto (3) não havia sido aplicada ainda numa população de gestantes, decidiu-se realizar a análise da consistência interna para saber como o questionário se comportaria nessa população.

Quadro 04: Análise da consistência interna dos escores total, Realidade Corporal, Ideal Corporal e Apresentação Corporal pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Escore Total			
Coeficiente alfa de Cronbach: <b>0.912</b>			
Realidade Corporal - RC (Questões 1, 8, 9, 13, 16, 17, 20)			
	Variável Excluída	Correlação com o total	Alfa
Coeficiente alfa de Cronbach: <b>0.789</b>	EMIC1	0.539087	0.758620
	EMIC8	0.368228	0.790427
	EMIC9	0.427118	0.779719
	EMIC13	0.436026	0.778076
	EMIC16	0.606945	0.745351
	EMIC17	0.572276	0.752176
	EMIC20	0.681047	0.730437
Ideal Corporal (Questões 2, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 18, 19, 21, 22)			
	Variável Excluída	Correlação com o total	Alfa
Coeficiente Alfa de Cronbach: <b>0.862</b>	EMIC2	0.518303	0.853364
	EMIC4	0.680608	0.841289
	EMIC5	0.547809	0.851208
	EMIC6	0.398810	0.861919
	EMIC7	0.566724	0.849817
	EMIC10	0.433715	0.859448
	EMIC14	0.332349	0.866557
	EMIC18	0.690097	0.840567
	EMIC19	0.703150	0.839570
	EMIC21	0.605607	0.846935
	EMIC22	0.657582	0.843035
	Apresentação Corporal (Questões 3, 11, 12, 15, 23)		
	Variável Excluída	Correlação com o total	Alfa
Coeficiente Alfa de Cronbach: <b>0.620</b>	EMIC3	0.201398	0.649954
	EMIC11	0.409952	0.548178
	EMIC12	0.485068	0.508154
	EMIC15	0.431460	0.536906
	EMIC23	0.357806	0.574892

Os valores obtidos com o uso da escala de Souto (3) na população desse estudo estão entre os números aceitáveis tanto para o escore total, que mede e avalia a imagem corporal,

quanto para os componentes da imagem corporal, que podem ser usados separadamente para avaliar cada característica singular ou usadas em equilíbrio para avaliar a satisfação corporal.

Comparando o resultado do coeficiente alfa de Cronbach da escala aplicada à população de gestantes e o resultado da escala aplicada por Souto (3) em mulheres de forma geral, percebeu-se que o resultado é semelhante. O alfa obtido para a escala como um todo foi de 0,912 quando aplicada nas gestantes dessa pesquisa e de 0,909 na pesquisa de Souto (3). O alfa para o componente Realidade Corporal (RC) foi 0,789 quando aplicado nas gestantes e de 0,713 na pesquisa de Souto (3). O alfa para o componente Ideal Corporal (IC) foi de 0,862 quando aplicado nas gestantes e de 0,865 na pesquisa de Souto (3). E no componente Apresentação Corporal (AC), o alfa obtido nas gestantes foi de 0,620 e na pesquisa de Souto (3) foi de 0,608.

Esses dados mostram que a Escala de Medida em Imagem Corporal de Souto (3) tem uma consistência interna semelhante à pesquisa de validação desta escala e muito boa quando aplicada a uma população de gestantes. No entanto, o número da amostra é menor nesta pesquisa do que na pesquisa de validação original desta escala. Para que se possa validar essa escala para gestantes faz-se necessário uma pesquisa de validação com uma população maior e outros testes estatísticos de validade de constructo.

### 4.3- Análise comparativa

A análise comparativa foi realizada entre o escore total e os escores parciais de cada componente da imagem corporal – Realidade Corporal (RC), Ideal Corporal (IC) e Apresentação Corporal (AC) – e as seguintes variáveis obstétricas e biométricas colhidas no questionário sócio-demográfico:

- Gravidez planejada,
- Trimestre gestacional,
- Peso gestacional,
- Alteração de peso antes da gravidez,
- Atividade física.

O resultado dessa análise será apresentado nas tabelas abaixo. Lembrando que a análise comparativa referente à satisfação corporal será descrita num item à parte (subitem 4.4) para facilitar a compreensão e o entendimento.

Quadro 05: Análise comparativa entre a variável gravidez planejada e o escore de Imagem Corporal.

Gravidez Planejada	Variável	Número de gestantes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
sim	SCORE	38	94.47	14.18	63.00	95.50	115.00	0.1640
	RC	38	29.16	4.79	17.00	30.00	35.00	<b>0.0647</b>
	IC	38	44.16	8.26	28.00	45.50	55.00	0.2343
	AC	38	21.16	3.46	12.00	22.00	25.00	0.4424
não	SCORE	55	88.58	18.45	39.00	92.00	115.00	
	RC	55	26.67	6.30	12.00	29.00	35.00	
	IC	55	41.47	9.72	16.00	43.00	55.00	
	AC	55	20.44	4.08	8.00	21.00	25.00	

Observa-se no quadro 05 uma tendência a escore mais baixo da Realidade Corporal (RC) naquelas que não planejaram a gravidez. A Realidade Corporal é o que o corpo é de verdade e não como gostaria que fosse. Esse dado pode mostrar que as gestantes que não planejaram engravidar tendem a apresentar maiores dificuldades em aceitar o corpo como ele está agora, com as alterações decorrentes da gestação, por não terem desejado isso.

Quadro 06: Análise comparativa entre a variável trimestre gestacional e o escore de Imagem Corporal.

Trimestre	Variável	Número de gestantes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
1°	SCORE	13	98.69	10.93	72.00	99.00	111.00	0.2183
	RC	13	31.00	3.54	25.00	32.00	35.00	<b><u>0.0800</u></b>
	IC	13	45.15	5.13	33.00	46.00	51.00	0.5117
	AC	13	22.54	3.26	14.00	23.00	25.00	<b><u>0.0531</u></b>
2°	SCORE	35	89.74	18.84	40.00	90.00	115.00	
	RC	35	26.89	6.59	12.00	29.00	35.00	
	IC	35	43.03	9.91	20.00	44.00	55.00	
	AC	35	19.83	4.21	8.00	20.00	25.00	
3°	SCORE	45	89.73	16.66	39.00	93.00	113.00	
	RC	45	27.36	5.51	12.00	29.00	35.00	
	IC	45	41.47	9.52	16.00	43.00	55.00	
	AC	45	20.91	3.53	11.00	22.00	25.00	

No quadro 06 é possível verificar duas tendências. Uma é a tendência a menor escore da Apresentação Corporal (AC) nas gestantes que estão no 2° trimestre. A outra tendência é de menor escore da Realidade Corporal (RC) nas gestantes que estão no 2° trimestre. Esse dado pode mostrar que as gestantes no 2° trimestre gestacional começam a perceber o crescimento do abdômen e dos seios, porque é nesse período que as alterações corporais decorrentes da gravidez se tornam mais evidentes. Assim, os escores referentes à Apresentação Corporal, que traz dados sobre como mostramos nosso corpo para o mundo, e a Realidade Corporal (RC), que traz dados sobre a satisfação com o nosso corpo como ele realmente é, podem estar mais baixos nesse período.

Quadro 07: Análise comparativa entre a classificação do peso gestacional (segundo Ministério da Saúde (81)) (Anexo 03) no momento da entrevista e o escore de Imagem Corporal.

Peso Gestacional	Variável	Número de gestantes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
baixo peso	ESCORE	19	92.95	13.26	66.00	97.00	113.00	0.1173
	RC	19	28.42	5.98	17.00	30.00	35.00	0.6287
	IC	19	43.63	6.68	31.00	<b>44.00</b>	53.00	<b>0.0344</b>
	AC	19	20.89	3.25	13.00	21.00	25.00	0.5916
adequado	ESCORE	48	92.23	16.80	51.00	96.50	115.00	
	RC	48	27.77	5.73	13.00	29.00	35.00	
	IC	48	43.60	9.02	19.00	<b>46.00</b>	55.00	
	AC	48	20.85	3.70	11.00	22.00	25.00	
sobrepeso	ESCORE	19	91.47	18.74	40.00	94.00	112.00	
	RC	19	27.74	5.64	12.00	29.00	35.00	
	IC	19	42.79	10.36	20.00	<b>44.00</b>	55.00	
	AC	19	20.95	4.49	8.00	23.00	25.00	
obesidade	ESCORE	7	75.86	18.69	39.00	84.00	91.00	
	RC	7	25.00	7.26	12.00	27.00	32.00	
	IC	7	32.00	7.96	16.00	<b>32.00</b>	41.00	
	AC	7	18.86	4.67	11.00	20.00	25.00	

Quadro 08: Teste de comparação múltipla de Dunn, utilizado para a confirmação (mostrando valores da média bem diferentes entre os grupos baixo peso, adequado e sobrepeso e o grupo de obesidade).

Teste de comparação múltipla de Dunn (nos ranks) para Ideal Corporal (IC)			
	Média	N	Peso Gestacional
A	48.184	19	baixo peso
A	49.906	48	adequado
A	49.053	19	sobrepeso
B	18.286	7	obesidade

No quadro 07 e 08 pode-se verificar que a relação entre o componente Ideal Corporal (IC) e o peso gestacional apresentam relação significativa, ou seja, relação não ao acaso,

segundo Polit e Hungler (72). O p-valor adotado foi de 0,05 e o valor encontrado para o IC e o peso gestacional foi de 0,0344.

Esse dado mostra que as gestantes do grupo obesidade têm o escore menor de Ideal Corporal (IC) que as de outros grupos. Mesmo sendo um grupo constituído de poucas pessoas, essa relação é forte. Esse resultado pode mostrar que as gestantes que estão obesas durante a gravidez apresentam escores mais baixos relativos ao que gostariam que seus corpos fossem, ao que idealizam para seus corpos, mostrando que a relação peso e imagem corporal é forte. O gráfico 16 ilustra essa característica.

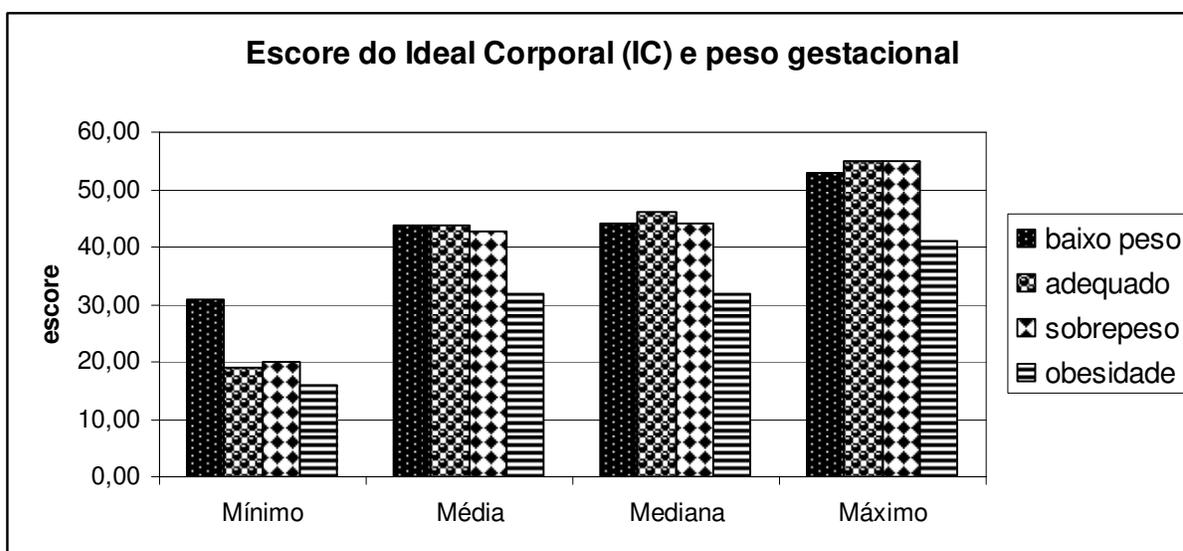


Gráfico 16: Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao componente Ideal Corporal (IC) nas faixas de peso gestacional.

Quadro 09: Análise comparativa entre alteração de peso antes da gravidez, verbalizada pelas gestantes, e o escore de Imagem Corporal.

Alteração de peso antes da gravidez	Variável	Número de gestantes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
Sim	SCORE	35	86.77	15.78	51.00	<b>90.00</b>	115.00	<b>0.0228</b>
	RC	35	26.71	5.64	13.00	28.00	35.00	0.1150
	IC	35	39.89	8.51	26.00	<b>39.00</b>	55.00	<b>0.0109</b>
	AC	35	20.17	3.88	11.00	21.00	25.00	0.2243
Não	SCORE	58	93.53	17.34	39.00	<b>97.50</b>	115.00	
	RC	58	28.28	5.92	12.00	30.00	35.00	
	IC	58	44.19	9.30	16.00	<b>46.00</b>	55.00	
	AC	58	21.07	3.80	8.00	22.00	25.00	

O p-valor obtido entre o escore total da escala e se havia ou não alteração de peso antes da gravidez – item que traz a informação sobre a dificuldade de manter o peso ideal antes de engravidar segundo o relato das gestantes – foi de 0,0228 (quadro 09). Isso mostra que existe relação significante (não ao acaso) entre as variáveis. Outra relação existente é entre o escore do componente Ideal Corporal (IC) da imagem corporal e a alteração de peso antes de engravidar, com p-valor de 0,0109. Esses dados mostram que as gestantes que relataram apresentar alteração de peso antes de engravidarem tinham escores mais baixos, tanto total quanto de Ideal Corporal (IC) em relação às que não apresentavam alteração de peso antes de engravidarem. Essa informação significa que as gestantes com problemas de peso anterior à gestação têm uma imagem corporal alterada assim como pontuaram menos nas questões referentes ao Ideal Corporal (IC), questões estas que trazem dados sobre como gostaríamos que o nosso corpo fosse. Essas características estão ilustradas nos gráficos 17 e 18.

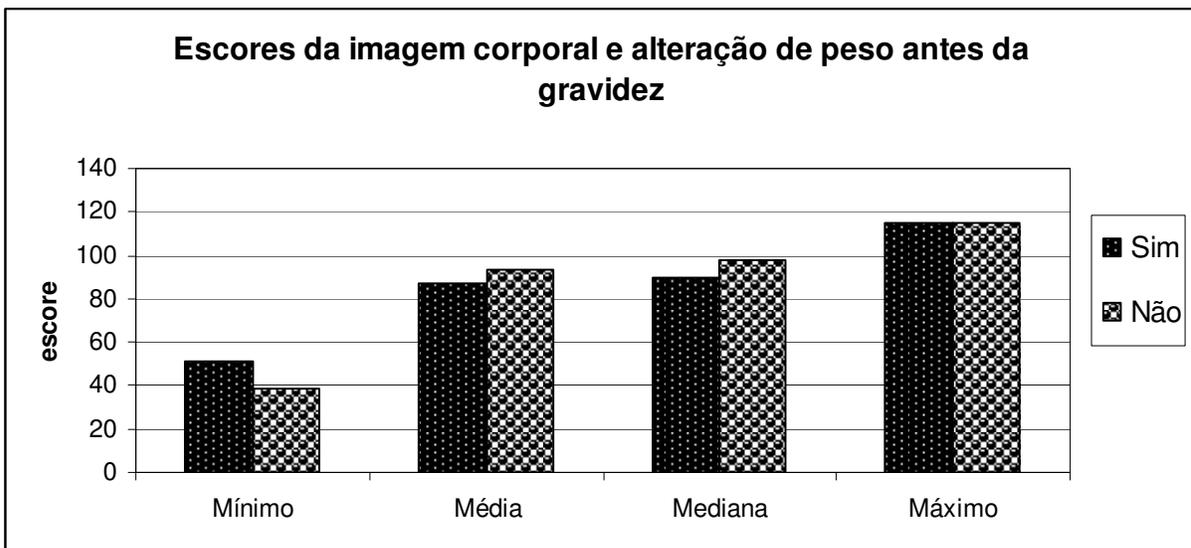


Gráfico 17: Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao escore total da Imagem Corporal de acordo com as respostas das gestantes quanto à alteração de peso antes da gravidez.

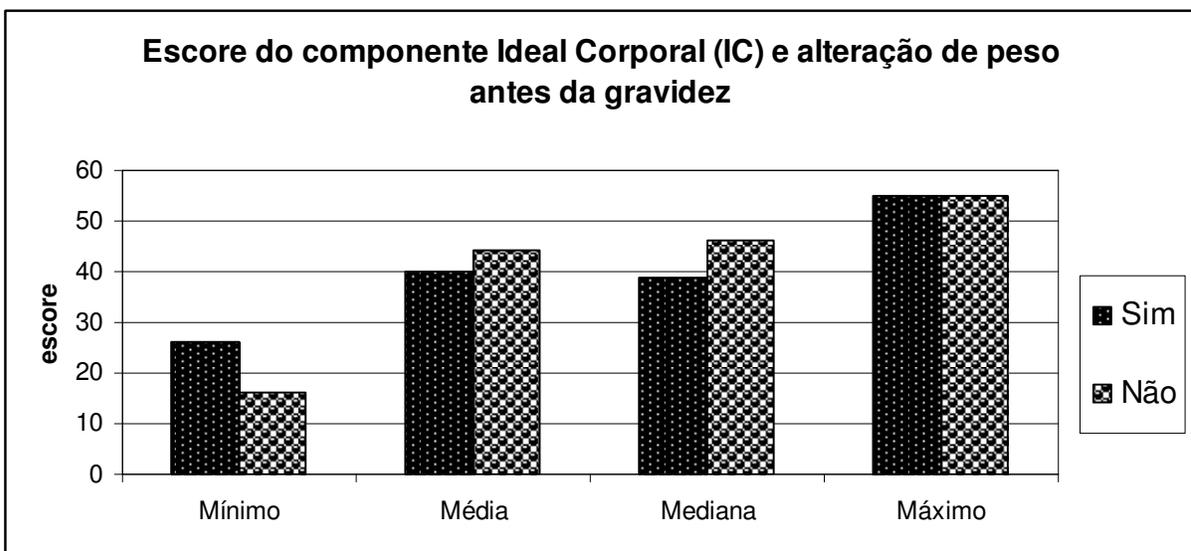


Gráfico 18: Análise dos escores mínimo, média, mediana e máximo relativos ao escore do componente Ideal Corporal (IC) da Imagem Corporal de acordo com as respostas das gestantes quanto à alteração de peso antes da gravidez.

Os quadros 07 e 09, assim como os gráficos 16, 17 e 18 se referem à Imagem Corporal e ao peso corporal. Alguns estudos feitos com gestantes mostraram que o peso corporal é uma preocupação constante das mulheres, mesmo na gestação. Uma pesquisa realizada com gestantes nos Estados Unidos mostrou que as gestantes estão preocupadas com seu peso e que 21% de sua amostra apresentou um ou vários comportamentos relativos ao peso, incluindo não comer antes de uma visita ao obstetra, não parecer grávida no início da gravidez, e controlar o ganho de peso mês a mês. As atitudes negativas não se restringiram às mulheres que ganharam mais peso do que o padrão recomendado. Das que ganharam peso dentro da recomendação, 37% ainda estavam preocupadas sobre ficarem gordas no fim da gravidez, e 14% sentiram que o ganho de peso as tornaram desinteressantes (67).

Um estudo prospectivo realizado na Austrália com 71 gestantes apresentou, em seus resultados, que a gestante apresenta menos sentimentos negativos com relação ao ganho de peso devido à diminuição da pressão social pelo corpo magro durante a gestação. Esse fato pode levar a gestante a comer mais e com menos culpa nesse período e ganhar mais peso do que o esperado, gerando, no pós-parto, sentimentos negativos quanto ao peso corporal (56).

Uma pesquisa norte-americana perguntou às gestantes sobre o ganho de peso na gravidez. 42% destas gestantes estavam preocupadas com o excesso de peso durante e após a gravidez, 32% acreditavam parecer gordas e 38% se achavam gordas (69).

Apesar de a pressão social ser menor durante a gravidez, o corpo ideal e a busca pela magreza imposta pela sociedade ainda estão presentes durante a gestação e interfere na imagem corporal das gestantes. A preocupação em não perder a atratividade e voltar ao corpo ideal no pós-parto pode interferir na imagem corporal das mulheres nessa fase na qual o ganho de peso é constante e visível.

Quadro 10: Análise comparativa entre a prática de atividade física, verbalizada pelas gestantes, e o escore de Imagem Corporal.

Atividade Física	Variável	Número de gestantes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
Sim	SCORE	13	91.62	17.11	51.00	91.00	112.00	0.9337
	RC	13	28.46	5.58	14.00	29.00	35.00	0.6971
	IC	13	42.92	9.65	26.00	45.00	54.00	0.8591
	AC	13	20.23	4.83	11.00	21.00	25.00	0.9111
Não	SCORE	80	90.89	17.10	39.00	95.00	115.00	
	RC	80	27.56	5.90	12.00	29.00	35.00	
	IC	80	42.51	9.19	16.00	43.50	55.00	
	AC	80	20.81	3.68	8.00	21.50	25.00	

Os dados apresentados na quadro 10 mostram que, nesse estudo, não houve relação significativa entre a atividade física e a imagem corporal na gestação. No entanto, na amostra desse estudo, poucas mulheres praticavam atividade física, somente 13,98%, o que seria uma porcentagem muito baixa de pessoas ativas, não trazendo uma comparação efetiva.

Apesar de os dados sobre atividade física e imagem corporal não mostrarem significância, acredita-se necessário apresentá-los por ser uma relação existente em estudos similares. Resultados positivos foram encontrados em outras pesquisas sobre a imagem corporal das gestantes e atividade física demonstrando que a prática de exercícios durante a gestação melhora a imagem corporal, aumentando os escores de autopercepção corporal (55) e que as gestantes que são ativas fisicamente enfrentam as mudanças corporais com mais facilidade (56).

Quadro 11: Relação linear entre variáveis numéricas da escala de medida em Imagem Corporal e do questionário sócio-demográfico.

	Idade	Escolaridade	Nº de gestações	IMC Atual	IMC Anterior
ESCORE	R: 0.15672 p: 0.1336	R: -0.03982 p: 0.7047	R: 0.13259 p: 0.2052	R: -0.21778 p: <b>0.0360</b>	R: -0.08923 p: 0.3950
RC	R: 0.16681 p: 0.1100	R: 0.16681 p: 0.1100	R: 0.16681 p: 0.1100	R: -0.21055 p: <b>0.0428</b>	R: -0.07355 p: 0.4835
IC	R: 0.11174 p: 0.2863	R: -0.10387 p: 0.3218	R: 0.06138 p: 0.5589	R: -0.22393 p: <b>0.0309</b>	R: -0.09262 p: 0.3772
AC	R: 0.22427 p: <b>0.0307</b>	R: 0.18460 p: 0.0765	R: 0.18640 p: 0.0736	R: -0.08480 p: 0.4190	R: -0.06051 p: 0.5645

O coeficiente de correlação de Spearman determina se existe correlação entre as variáveis. Nesse estudo, houve correlação entre o Índice de massa corporal (IMC) e o escore total da imagem corporal e entre o IMC e os componentes Ideal Corporal (IC) e Realidade Corporal (RC) da imagem corporal. A correlação entre eles foi negativa, mostrando que quanto maior o IMC, menor o escore total da imagem corporal e dos componentes IC e RC (quadro 11).

A correlação existente entre o escore total da imagem corporal e os componente RC e IC é uma correlação inversa, pois os valores do R são negativos, ou seja, quanto maior o escore total e o escore desses dois componentes, menor o IMC das gestantes. Esse resultado pode mostrar, novamente, que existe relação entre o peso corporal e a imagem corporal na gestação da mesma forma que também mostraram os quadros 07 e 09. O gráfico 19 mostra a relação entre o IMC gestacional e o escore total da imagem corporal das gestantes.

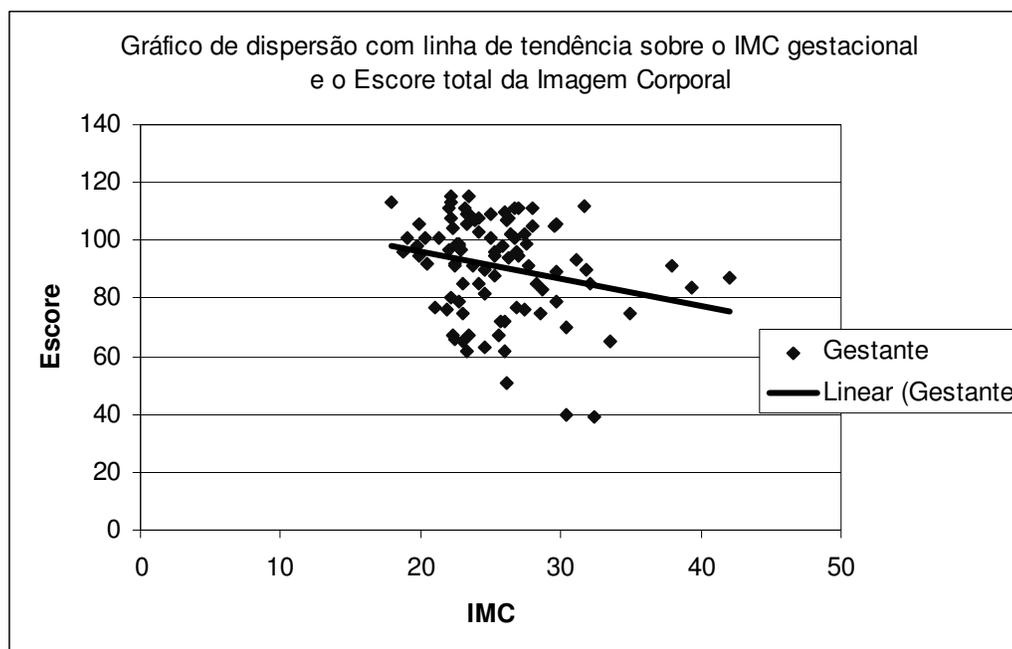


Gráfico 19: Gráfico de dispersão com linha de tendência entre o IMC gestacional e o escore total da imagem corporal.

#### 4.4- Satisfação Corporal

Segundo Price (49), a satisfação corporal pode ser obtida pelo equilíbrio entre os três componentes da imagem corporal – Realidade Corporal (RC), Ideal Corporal (IC) e Apresentação Corporal (AC). A Escala de Medida em Imagem Corporal, desenvolvida por Souto (3) em 1999, foi baseada na teoria de Price (49) e apresenta esses três componentes. A análise da consistência interna – coeficiente alfa de Cronbach – foi feita para a escala toda assim como para cada componente, permitindo que a escala fosse usada totalmente, avaliando assim a imagem corporal e utilizada para a avaliação de um único domínio como, por exemplo, o ideal corporal.

Tendo em mãos essa escala e os conhecimentos de Price (49), optou-se por não só avaliar a imagem corporal das gestantes por meio do escore total obtido com a escala, mas também avaliar a satisfação corporal por meio do equilíbrio entre os três componentes da imagem corporal. Para tanto, foi preciso equilibrar os componentes, pois eles não apresentavam o mesmo número de questões na escala. Foi realizada uma ponderação transformando os escores de cada componente em porcentagem.

Outra determinação importante para essa análise foi a escolha da margem na qual considerar-se-ia o equilíbrio entre os componentes. Quando a diferença entre os componentes RC, IC e AC em porcentagem fosse menor ou igual a 10%, considerar-se-ia que há satisfação corporal. Caso houvesse ao menos um componente cuja diferença fosse maior que 10%, considerar-se-ia que há insatisfação corporal.

Salienta-se que essa avaliação é uma proposta desse estudo e, tanto a escolha da ponderação em porcentagem dos componentes quanto da margem de equilíbrio de 10% é uma opção realizada junto ao Serviço de Estatística da FCM-Unicamp para esse estudo.

As análises descritivas e comparativas entre as variáveis sócio-demográficas e a satisfação corporal com o uso da escala de Souto (3) encontram-se nos gráficos e tabelas a seguir.

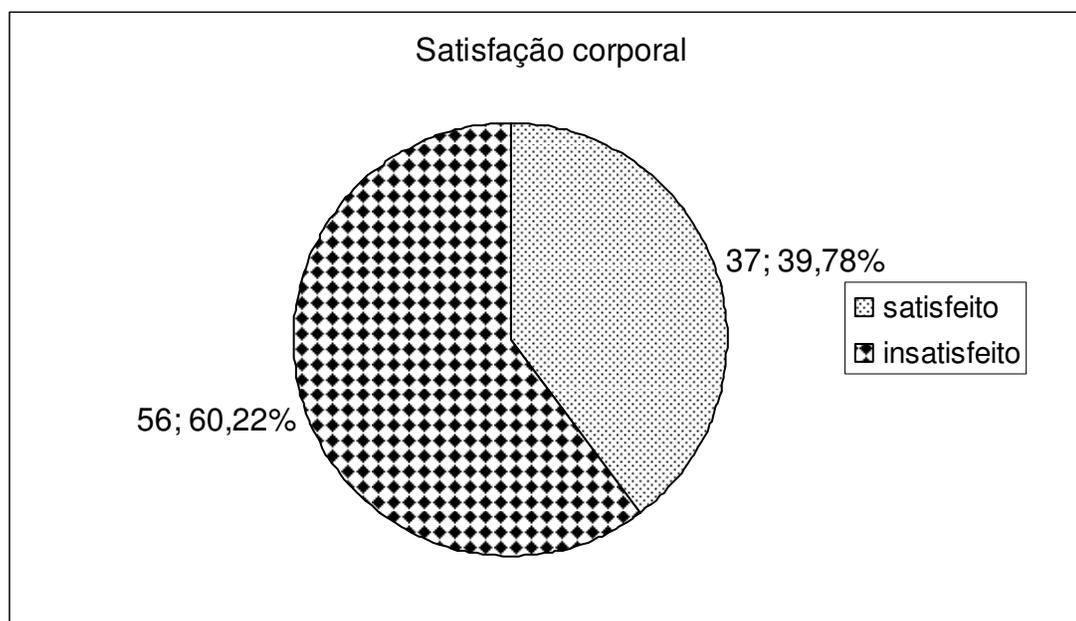


Gráfico 20: Satisfação corporal segundo análise de equilíbrio entre os três componentes da Imagem Corporal.

O gráfico acima permite observar que quando os resultados são analisados sob a perspectiva do equilíbrio entre os três componentes da imagem corporal, a fim de avaliar a satisfação corporal, a maioria das gestantes está insatisfeita com o corpo (60,22%), dados estes inversos aos da Imagem Corporal obtidos anteriormente. Pode-se supor que as gestantes

apresentam uma parte da Imagem Corporal menos estável do que outra, determinando que, ao se fazer o equilíbrio entre os três componentes, ele determine a insatisfação corporal. Como pode-se observar nos dados sobre a Imagem Corporal, alguns resultados mostraram que determinadas características podem interferir em um ou mais componentes da Imagem Corporal, mas não necessariamente interferir no escore total.

Nas tabelas 02 a 06 estão apresentadas: variáveis contínuas dos escores da satisfação corporal; análise comparativa entre satisfação corporal e gravidez planejada; análise comparativa entre satisfação corporal e trimestre gestacional e análise comparativa entre satisfação corporal e alteração de peso antes de engravidar; e análise comparativa entre satisfação corporal e atividade física, respectivamente, que não apresentaram nenhuma associação entre os dados.

Tabela 02: Variáveis contínuas dos escores da satisfação corporal.

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
RC%	93	79.11	16.68	34.29	82.86	100.00
IC%	93	77.40	16.73	29.09	80.00	100.00
AC%	93	82.92	15.34	32.00	84.00	100.00

Tabela 03: Análise comparativa entre satisfação corporal e gravidez planejada.

Satisfação Corporal	Gravidez planejada		
	sim	não	Total
Satisfeita	18 19.35%	19 20.43%	37 39.78%
Insatisfeita	20 21.51%	36 38.71%	56 60.22%
Total	38 40.86%	55 59.14%	93 100.00%

p-valor= 0.2143 (Qui-quadrado)

Tabela 04: Análise comparativa entre satisfação corporal e trimestre gestacional.

Satisfação Corporal	Trimestre gestacional			Total
	1°	2°	3°	
satisfeita	4 4.30	17 18.28	16 17.20	37 39.78
insatisfeita	9 9.68	18 19.35	29 31.18	56 60.22
Total	13 13.98	35 37.63	45 48.39	93 100.00

p-valor= 0.3858 (Qui-quadrado)

Tabela 05: Análise comparativa entre satisfação corporal e alteração de peso antes da gravidez.

Satisfação Corporal	Alteração de peso antes da gravidez		Total
	sim	não	
satisfeita	11 11.83%	26 27.96%	37 39.78%
insatisfeita	24 25.81%	32 34.41%	56 60.22%
Total	35 37.63%	58 62.37%	93 100.00%

p-valor = 0.2009 (Qui-quadrado)

Tabela 06: Análise comparativa entre satisfação corporal e atividade física.

Satisfação Corporal	Atividade física		
	sim	não	Total
satisfeita	7 7.53%	30 32.26%	37 39.78%
insatisfeita	6 6.45%	50 53.76%	56 60.22%
Total	13 13.98%	80 86.02%	93 100.00%

p-valor = 0.2641 (Qui-quadrado)

Tabela 07: Análise comparativa entre satisfação corporal e peso gestacional.

Satisfação corporal vs. Peso gestacional

Frequência Porcentagem Porcentagem linha Porcentagem coluna	baixo peso	adequado	sobrepeso	obesidade	Total
insatisfeita	14 15.05% 25.00% <b>73.68%</b>	22 23.66% 39.29% 45.83%	14 15.05% 25.00% <b>73.68%</b>	6 6.45% 10.71% <b>85.71%</b>	56 60.22%
Total	19 20.43%	48 51.61%	19 20.43%	7 7.53%	93 100.00%

p-valor = **0.0329** (Fisher)

O teste exato de Fisher (tabela 07) permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise, ou seja, a probabilidade de tais características serem independentes, assim como o teste Qui-Quadrado. No entanto, esse teste é utilizado quando o número total de dados é pequeno (86). Assim, em amostras pequenas deve-se executar esse teste, pois produz erro menor que o teste de Qui-Quadrado. O p-valor obtido com o teste exato de Fisher foi de 0,0329. Esse dado mostra que os desvios são significativos e que as variáveis

não são independentes e que a associação entre as variáveis não é ao acaso. Há dependência entre o peso corporal e a satisfação corporal. Os grupos baixo peso, sobrepeso e obesidade estão associados à insatisfação corporal, ou seja, as pessoas que não se encontram dentro do grupo no qual o peso gestacional é adequado apresentam maior insatisfação corporal do que as que estão dentro do peso adequado. Essa característica pode ser observada no gráfico 21, que mostra que a posição das gestantes satisfeitas e insatisfeitas com peso adequado está muito próximo de 50%, enquanto que as gestantes fora do peso adequado estão mais insatisfeitas.

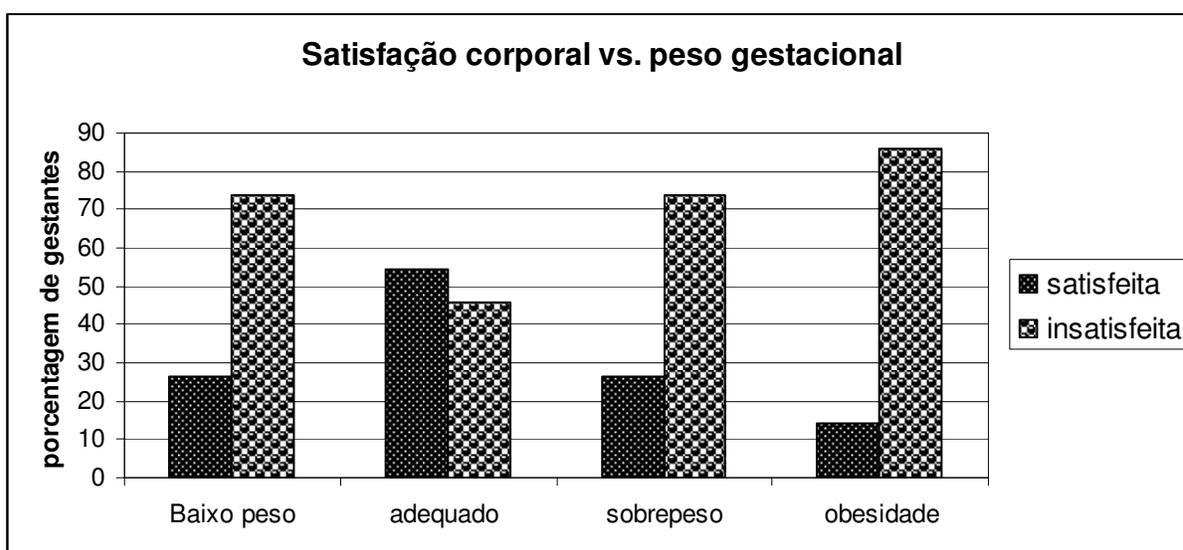


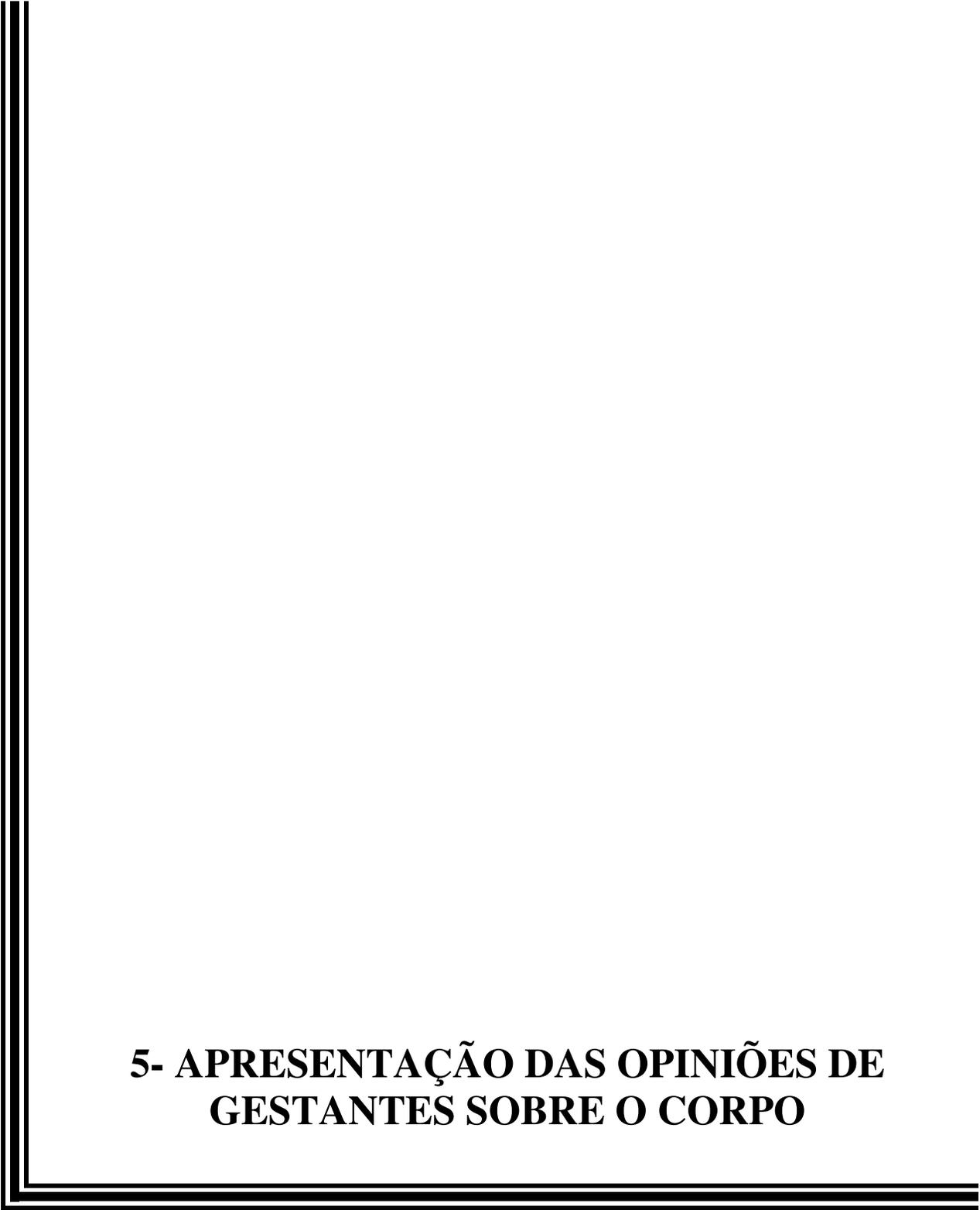
Gráfico 21: Análise da satisfação corporal (em porcentagem de gestantes satisfeitas e insatisfeitas) e do peso gestacional.

Mais uma vez encontrou-se dados que relacionam o peso à imagem corporal e à satisfação corporal. Segundo um estudo realizado na Austrália, as gestantes apresentam maior insatisfação corporal na gravidez por causa do peso corporal adquirido (76). As mulheres que apresentam seu IMC elevado tendem à insatisfação e valorizam o corpo de mulheres com IMC mais baixo, reparam mais em suas partes menos atrativas e as comparam com as partes mais atrativas das outras mulheres. Esse comportamento ocorre tanto nas gestantes quanto nas não-gestantes (87). Essa comparação, segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos, se deve ao fato das mulheres serem mais influenciadas pelo padrão social de magreza, mesmo na gravidez (88).

Tabela 08: Análise comparativa entre variável categórica satisfação corporal e as variáveis contínuas idade, escolaridade, número de gestações, IMC atual e IMC anterior.

Satisfação Corporal	Variável	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
satisfeita	Idade	37	24.84	4.65	18.00	24.00	34.00	0.2473
	Escolaridade	37	8.49	3.11	0.00	8.00	15.00	0.5954
	Nº de gestações	37	2.00	1.37	1.00	2.00	6.00	0.2488
	IMC atual	37	24.89	3.15	17.93	24.17	31.80	0.4848
	IMC anteriores	37	22.32	2.53	18.67	21.94	29.75	0.6860
insatisfeita	Idade	56	26.50	5.87	17.00	25.50	45.00	
	Escolaridade	56	8.77	2.94	0.00	10.00	15.00	
	Nº de gestações	56	2.04	0.95	0.00	2.00	4.00	
	IMC atual	56	26.04	4.94	18.75	25.23	41.98	
	IMC anterior	56	23.33	4.76	16.65	22.03	39.82	

A análise comparativa apresentada na tabela 08 entre as variáveis contínuas e a satisfação corporal não apresentou nível de significância.



## **5- APRESENTAÇÃO DAS OPINIÕES DE GESTANTES SOBRE O CORPO**

Durante a elaboração do questionário sócio-demográfico, optou-se por deixar um espaço no final do questionário para que a gestante pudesse, se fosse de seu interesse, colocar algum sentimento, pensamento ou comentário com relação ao seu corpo ou a sua gestação que desejasse dividir com a pesquisadora. Intitulou-se esse espaço com a palavra ‘observação’, pois não era desejado que a gestante fosse guiada por idéias pré-determinadas pelo título e se obrigasse a escrever sobre algum sentimento específico. A intenção era que ela pudesse usar as linhas finais do questionário para se expressar. Julgou-se que o principal benefício dessa abordagem foi a captação dos valores relevantes recordados pelas gestantes.

Das 93 gestantes entrevistadas, 33 deixaram algum comentário. Esses foram lidos e categorizados conforme temas semelhantes que se repetiam: 1- Satisfação e sentimento de felicidade com a gravidez e com o corpo grávido; 2- Observação em relação ao ganho de peso; 3- Aparecimento de estrias; 4- Comentários a respeito de varizes; 5- Comentários sobre o edema na região nasal; 6- Comentários sobre manchas na pele e 7 - Comentários focados no bebê. A letra ‘S’ seguida do número representa o sujeito que verbalizou o comentário.

### **5.1- Satisfação e sentimento de felicidade com a gravidez e com o corpo grávido**

Nesse grupo de respostas há comentários positivos em relação à gravidez e, apesar desse sentimento de felicidade e satisfação, há ressalvas em relação ao contentamento em relação a perda de peso e também ao aparecimento ou não de estrias, demonstrando que as marcas no e do corpo têm reflexos diretos na observação da condição do corpo grávido.

*“Estou gostando” (S21); “Estou feliz com a gravidez” (S32); “Não tenho nada, não sinto nada” (S33); “Me sinto normal” (S35); “Me sinto bem porque emagreci alguns quilos, então estou feliz”(S23); “Estou feliz porque não engordei muito, não tive estrias, só tive enjôos nos primeiros meses. Graças a Deus até agora está tudo bem com meu corpo” (S27); “Apesar de algumas mudanças em meu corpo como estrias, estou muito contente com minha gravidez”(S28); “Não tive alterações muito visíveis, só a barriga que cresceu, estou contente com o corpo, não tenho estrias ainda”(S29).*

## **5.2- Observação em relação ao ganho de peso**

Nota-se nas observações dessas gestantes entrevistadas, a grande preocupação com o ganho de peso, medo de não conseguir retornar ao peso anterior à gravidez e dificuldade em aceitar o corpo que ganha peso sem parar, demonstrando também tristeza.

*“Achei que a barriga cresceu muito pelo tempo de gestação”; (S67) “Estou bem com o meu corpo apesar de estar um pouco acima do peso” (S76); “To meio gorda agora” (S2); “Engordei muito, espero voltar ao normal” (S37); “Por causa de engordar quase 4 quilos por mês, me desespero um pouco por medo de não voltar ao normal depois da gestação, ainda não me acho feia, mas tenho medo de um dia me olhar e não mais me aceitar” (S10); “Estou triste porque engordei demais e estou passando muito mal” (S67).*

## **5.3- Aparecimento de estrias**

Segundo as observações deixadas pelas gestantes entrevistadas, as marcas deixadas no corpo, principalmente nas mamas, pelo aparecimento de estrias causaram impactos importantes na sua auto-imagem e auto-estima, como podem ser percebidas pelas falas abaixo:

*“Agora, depois da 2ª gravidez, percebi muitas estrias e manchas escuras pelo corpo”(S34); “Não estou insatisfeita com o corpo, só com poucos aparecimentos de estrias” (S64); “Não estou feliz porque saiu estrias na minha barriga e nos meus seios” (S17); “Só não gostei das estrias que saíram” (S22); “Não gosto dos meus seios porque deu muito estria” (S7); “Estou meio triste. Odeio estrias e a primeira coisa que me apareceu foi elas” (S65).*

## **5.4- Comentários a respeito de varizes**

Embora o aparecimento de varizes possa ser um fenômeno esperado durante a gravidez, quando isso ocorre, provoca sérias reações, principalmente na auto-imagem, provocando insatisfação e até vergonha, o que se pode observar nas falas a seguir:

*“Estou com muitas varizes, mas estou contente e feliz com meu corpo, engordei pouco e isso facilita até na hora do parto” (S30); “Fiquei com a perna cheia de varizes. Só uso calças, morro de vergonha” (S3); “Estou insatisfeita porque estou com várias varizes” (S15).*

Entretanto, comentários sobre o que significa o aparecimento das varizes e porque surgiram ou como minimizar as conseqüências do seu surgimento não foram lembrados, e sim os sentimentos relativos a sua aparência.

#### **5.5- Comentários sobre edema na região nasal**

O aparecimento de edema na região nasal, muito freqüente no final da gravidez, foi observado por duas gestantes entrevistadas que teceram os seguintes comentários:

*“Não posso reclamar, só o nariz que ficou muito inchado, gordo” (S1); “Estou feliz por não ter estrias, estou bem. O que eu não gosto é do meu nariz” (S19).*

Demonstrando, portanto, que esse fato também pode ocasionar desconfortos em relação a sua aparência.

#### **5.6- Comentários sobre manchas na pele**

Somente uma gestante entrevistada teceu o seguinte comentário a respeito de aparecimento de manchas na pele:

*“O mais complicado de se lidar é com umas manchas de pele que apareceram no rosto, é horrível” (S90).*

#### **5.7- Comentários focados no bebê:**

Tradicionalmente é esperado que as mulheres se sintam felizes com a gravidez e a chegada do bebê na família, como pode ser observado nas falas de quatro gestantes (Sujeitos,18, 20, 26 e 31). As mudanças provocadas podem ser encaradas como fazendo parte

da graça de gerar um bebê, como pode ser percebido nas falas das gestantes S31e S26. Outras duas (S26 e S18) verbalizam claramente sua insatisfação com a mudança no corpo:

*“Eu estou feliz porque eu estou esperando um filho e a mudança do corpo é muito importante e inesquecível” (S31); “Estou muito feliz independente das alterações, pois ter um filho é uma benção” (S26); “Estou feliz por saber que vou ter um bebê, mas não estou nem um pouco feliz com as mudanças do meu corpo, pois foi uma mudança radical” (S18); “Não estou feliz porque eu engordei muito, mas estou muito feliz com esta criança porque ela vai mudar muito a nossa vida. Espero que volte logo com meu corpo” (S20).*

Esses comentários feitos pelas gestantes demonstram alguns indícios sobre anseios e mudanças corporais da gestação que mais as incomodam. Percebe-se que o peso corporal, o estar ‘gorda’, é uma grande preocupação das gestantes assim como as estrias. O gráfico 22 ilustra os grupos e as porcentagens das respostas.

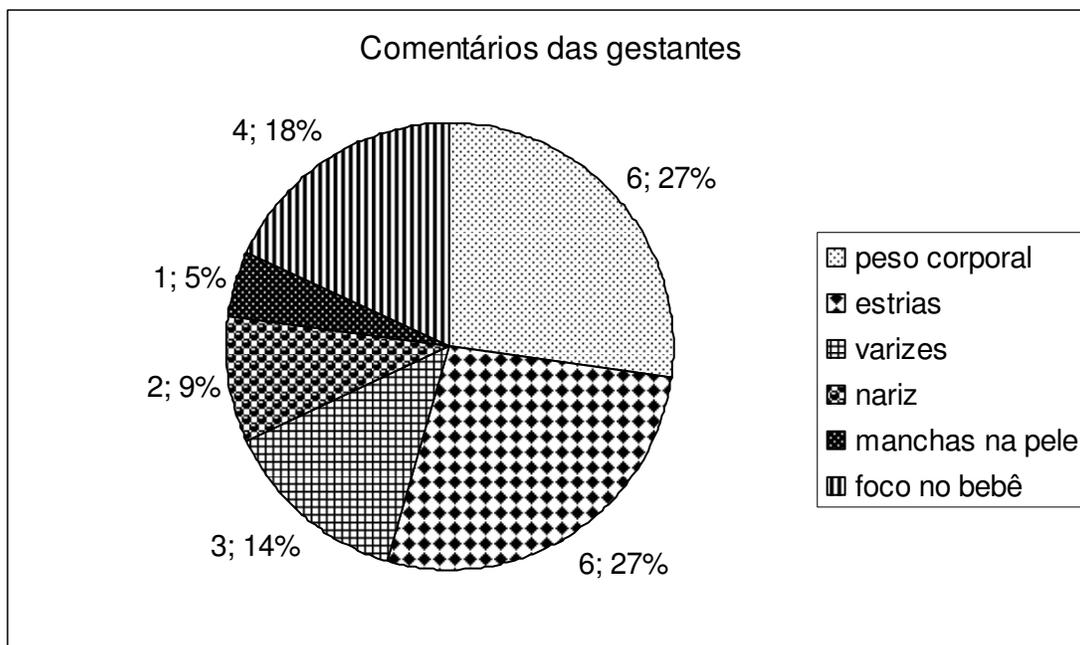


Gráfico 22: Comentários das gestantes de acordo com as categorias.

As questões abertas são importantes, quando possível, pois por meio dos comentários feitos pelas gestantes (comentários estes que mostram os valores e sentimentos atuais dessas mulheres) é possível sinalizar pontos relevantes em uma pesquisa e na posterior intervenção, a fim de melhorar a qualidade do atendimento pré-natal e o período pessoal que essas gestantes estão passando, direcionando informações e tratamentos para as mudanças físicas que ocorrem na gestação e que mais incomodam essas mulheres.

Vários desses aspectos físicos descritos pelas gestantes em seus comentários tendem a interferir de forma negativa na auto-estima e na imagem corporal. Durante o pré-natal, se informações sobre prevenção e tratamento desses aspectos como estrias, varizes e controle do peso corporal forem disponibilizados para as gestantes, essas insatisfações podem diminuir e, conseqüentemente, melhorar a relação da mulher com o seu corpo grávido.

Optou-se por apresentar as opiniões descritas pelas gestantes para ilustrar que pesquisas de caráter qualitativo podem constituir propostas que complementem e/ou instiguem investigar alguma lacuna que uma pesquisa quantitativa possa apresentar.

## **6- CONCLUSÕES**

O desenho metodológico permitiu alcançar os objetivos propostos nesse estudo e foi possível, para esse grupo de gestantes entrevistadas, chegar as seguintes conclusões de acordo com os objetivos:

### **6.1- Sobre o uso da Escala de medida em Imagem Corporal (3)**

Um dos nossos principais objetivos era conhecer a imagem corporal e a satisfação corporal das mulheres durante a gestação por meio da Escala de Medida em Imagem Corporal desenvolvida por Souto (3). Logo, faz-se importante apresentar um pouco dos resultados dessa escala nesta pesquisa.

A Escala de Medida em Imagem Corporal foi aplicada nas gestantes e estas não sentiram grandes dificuldades em responder suas questões. A facilidade do entendimento das questões e o tamanho da escala permitiram a boa aceitação das gestantes, nos dando poucas recusas em participar do estudo. A escala também apresentou bons resultados e uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach = 0,912), mostrando um comportamento adequado para o estudo.

### **6.2- Sobre a Imagem Corporal**

Sobre a Imagem Corporal, os dados apresentados nos resultados mostram que a maioria das gestantes apresenta imagem corporal boa, sem alteração. A média do escore encontrado foi de 90,99 e a mediana de 95, valores estes próximos ao máximo de 115 e longe do mínimo de 23.

Sabendo que a escala permite a avaliação de cada componente individualmente, decidiu-se por fazer essa análise também. Notou-se em todos os componentes (Realidade Corporal, Ideal Corporal e Apresentação Corporal) que a média das respostas das gestantes estava mais próxima do máximo do que do mínimo, mostrando que, no geral, não havia alteração em nenhum dos componentes da imagem corporal.

Sobre a associação entre os dados sócio-demográficos e a imagem corporal, percebeu-se que os resultados significantes obtidos relacionavam o peso corporal aos escores da imagem corporal. A análise entre peso gestacional e imagem corporal mostrou que o grupo de gestantes obesas apresentava um escore do componente ideal corporal (IC) mais baixo em relação aos outros grupos.

A análise entre alteração de peso antes da gravidez e a imagem corporal mostrou que o grupo que afirmou ter alteração de peso antes de engravidar apresentava escore total e do componente ideal corporal (IC) menor do que o grupo que não apresentava essa alteração.

No teste coeficiente de correlação de Spearman obteve-se um resultado que afirma que quanto maior o IMC da gestante, menor seu escore da imagem corporal. Esses dados mostram que as gestantes que estão fora do peso adequado nesse período apresentam alteração da imagem corporal.

### **6.3- Sobre a satisfação corporal**

Com relação ao uso da escala para avaliar a satisfação corporal, os resultados apresentaram algumas diferenças. Nessa avaliação, obteve-se 39,78% das gestantes satisfeitas e 60,22% insatisfeitas.

Quando se associa os dados sócio-demográficos e a satisfação corporal percebe-se que o resultado obtido também mostra que o peso corporal é um fator de alteração na satisfação. Dentre todas as análises realizadas, a que obteve resultado significativo foi a relativa ao peso gestacional, no qual as gestantes que não se encontravam dentro do grupo de peso adequado estavam mais insatisfeitas, mostrando dependência entre satisfação corporal e peso gestacional.

## **7- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir das conclusões observadas, podemos comentar alguns pontos importantes.

O uso da Escala de Medida em Imagem Corporal de Souto (3) mostrou que a escala é muito boa para uso com gestantes e uma pesquisa de validação desta escala para a população de gestantes seria de grande valia, pois permitiria mais estudos sobre a imagem corporal na gestação com um instrumento que avalia esse constructo e apresenta uma consistência interna elevada, além de ter sido elaborada no Brasil para a população brasileira.

Com relação à avaliação da satisfação corporal, e fazendo menção aos conceitos vistos anteriormente, como a satisfação corporal ser considerada uma parte da imagem corporal e a insatisfação ser considerada também como a discrepância entre o corpo real e o ideal (componentes estes da imagem corporal presentes nesse estudo), o uso da escala para avaliar satisfação corporal foi uma proposta a fim de obter esses dados e ver se a escala, que por sua elaboração permitia esse uso, nos traria essas informações de forma significativa.

Os resultados obtidos foram de grande valia e mostraram que nem sempre uma imagem corporal sem alteração significa que o sujeito apresenta satisfação corporal. A insatisfação com algum componente da imagem corporal pode tirar o equilíbrio entre os três componentes e mostrar uma insatisfação com alguma parte específica, que numa avaliação da imagem corporal como um todo não apareceria. Essa informação permite intervir nesse sujeito com mais eficácia, no ponto exato em que a sua imagem corporal é mais frágil.

Quanto à avaliação da imagem corporal, o estudo mostrou que a maioria das gestantes não apresenta alteração. Esse dado é semelhante ao encontrado nos outros estudos apresentados nessa pesquisa.

Mas quando a imagem corporal, assim como a satisfação corporal, foi associada ao peso gestacional, os resultados foram diferentes. Mesmo sendo um período no qual a mulher tem um aval social para ganhar peso, estar fora do peso corporal ideal ainda preocupa as gestantes e interfere na sua imagem corporal.

Como já discutido anteriormente e como é possível observar nas outras pesquisas sobre imagem corporal aqui apresentadas, o peso e a forma física ainda são cobranças sociais que comprometem o bem estar, a auto-estima e a imagem corporal, podendo inclusive gerar distúrbios alimentares.

As alterações da imagem corporal podem ocorrer nas pessoas, especialmente nas fases marcantes de mudanças pessoais e sociais do indivíduo, como a adolescência, a gestação e o

climatério. Os profissionais de saúde devem estar aptos a entender, auxiliar, diagnosticar e tratar pessoas com alteração da imagem corporal que estejam precisando de ajuda, pois diversas outras patologias podem vir ou estar associadas a essa alteração. Para diagnosticar e trabalhar a imagem corporal dispõe-se de questionários de avaliação prática como o utilizado neste estudo, de atividades físicas que trabalhem o conhecimento/consciência do corpo, de serviço de orientação alimentar específica para gestantes, além de terapias grupais e individuais que ajudem no entendimento do corpo grávido. Ajudar as gestantes a valorar outras partes do corpo que podem estar mais “bonitas” com a gravidez pode proporcionar um foco mais feliz no corpo. Não se pode esquecer que alguns auxílios simples podem contribuir substancialmente para a melhora da imagem corporal. Indicar um creme corporal anti-estrias, sugerir roupas que agradem as gestantes, acessórios que valorizem as partes corporais que mais as agradam pode melhorar a imagem corporal.

Considerando que o acompanhamento pré-natal é realizado por diversos profissionais, mais especificamente por médicos e enfermeiros, recomenda-se que as instituições formadoras desses profissionais incluam em seus currículos a temática imagem corporal. Lembrando que o constructo “distúrbio da imagem corporal” utilizado nesse estudo é um dos diagnósticos de enfermagem do sistema de classificação NANDA (*North American Diagnosis Association*).

Para a fisioterapia, acredita-se que o conhecimento sobre imagem corporal e sobre como avaliá-la e trabalhá-la é necessário, pois esses profissionais atuam na preparação corporal da gestantes para o parto e na orientação sobre as mudanças físicas que ocorrem nesse período. Esses profissionais estão presentes uma ou duas vezes por semana com as gestantes nesses grupos de trabalho corporal e devem ter subsídios para explicar, orientar e esclarecer dúvidas que essas mulheres possam apresentar sobre seus corpos e sua gravidez.

As pesquisas com gestantes apresentam limitações, pois nem sempre há o número ideal de sujeitos para o estudo; a abordagem dessa população é restrita aos locais de atendimento pré-natal e nem sempre as instituições permitem a abordagem; ou mesmo as próprias gestantes se recusam a participar do estudo. Não se pode esquecer também que a gestação é um período de nove meses, e dependendo do trimestre gestacional em que a gestante se encontra e do tempo utilizado na coleta de dados, pode-se perder sujeitos no decorrer da pesquisa.

Apesar dessas limitações, a avaliação da imagem corporal na gestação é importante. A maioria das pesquisas em imagem corporal é feita em grupos nos quais a alteração da imagem

corporal é esperada, como grupos de desordem alimentar. Avaliar grupos nos quais não existe, necessariamente, alguma alteração, traz para os profissionais dados sobre insatisfações que podem ser minimizadas, evitando, assim, eventuais alterações dessa imagem e permitindo que as intervenções sejam realizadas antes do surgimento de problemas de saúde que possam requerer tratamentos mais sérios, demorados e custosos. Mesmo em sujeitos que não apresentam nenhuma alteração na imagem corporal, a pesquisa pode orientar os grupos profissionais que atendem essas pessoas sobre o que é imagem corporal e satisfação corporal, mostrando que existem meios de manter-se bem com o próprio corpo e com a própria imagem.

O estudo da imagem corporal na fase gestacional é uma pesquisa que visa entender como esse constructo se comporta numa das fases mais relevantes de mudança física e emocional da mulher. Tornar-se mãe é uma mudança significativa e acarreta diversas alterações físicas, emocionais e sociais. Conhecendo o que é imagem corporal e porque ela pode estar alterada nessa fase, pode-se dar suporte para as gestantes em todas as fases da gravidez e em todos os ambientes em que se possa estar em companhia de uma mulher nesse período.



## **8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Robertson-Frey TL. Body Image and Pregnancy: Application of theory of reasoned action [Dissertação]. Saskatoon (SK) Canadá: Arts Degree Course, Department of Psychology, University Of Saskatchewan; 2005.
2. Heinberg LJ, Guarda AS. Body Image Issues in Obstetrics and Gynecology. In: Cash TF, Pruzinsky T (org). Body images: development, deviance and change. New York: The Guilford Press; 2002. p. 351-60.
3. Souto CMRM. Construção e validação de uma escala de medida em imagem corporal [Dissertação]. João Pessoa (PB): Faculdade de Medicina, Universidade federal da Paraíba; 1999.
4. Rzezinski PC, Cord EMM. Gestação como evento familiar e comunitário. In: Zugaib M, Tedesco JJA, Quayle J (org). Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 54-61.
5. Funari PP, Feitosa LC, Silva GJ. Amor, desejo e poder na Antigüidade. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
6. Schmitt-Pantel P. A criação da mulher: um ardil para a história das mulheres? In: Matos MZS, Soihet R (org). O corpo feminino em debate. São Paulo: Editora Unesp; 2003. p.129-56.
7. Kniebihler Y, Fouquet CM. Les Femmes et la Ville (Des origines à nos jours). Marseillaises: Ed. Côté-Femmes; 1993. 400p.
8. Bíblia Sagrada. São Paulo: Edições Loyola; 1989: Gen. 3, 16.
9. Le Goff J, Truong N. Uma História do Corpo na Idade Média. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2006. 210p.
10. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. São Paulo: HUCITEC; 1986.
11. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1984.
12. Moura S, Araújo M. A Maternidade na história e a história dos cuidados maternos. Psicol Ciênc Prof 2004;24(1):44-55.

13. Massey L. Pregnancy and Pathology: Picturing Childbirth in eighteenth-century obstetric atlases. *The Art Bulletin* 2005; 73-91.
14. Miranda SA, Abrantes F. *Ginástica para gestantes*. Rio de Janeiro: Editora Sprint; 1986.
15. Teixeira ETN. *Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos [Dissertação]* Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswald Cruz; 1999.
16. Giddens A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.
17. Klepp SE. The Revolutionary Bodies: Woman and the Fertility Transition in the Mid-Atlantic Region, 1760 - 1820. *JAH* 1998; 910-945.
18. Leavitt SA. A private Little Revolution: The home Pregnancy Test in American Culture. *Bull Hist Med* 2006;80(2):317-45.
19. Miyaji NT, Lock M. Monitoring motherhood; sociocultural and historical aspects of maternal and child health in Japan. *Daedalus* 1994;123(4):87-105.
20. Louro GL, Neckel JF, Goellner SV. *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.
21. Riechelmann JC. A mulher atual: Perspectivas frente à gestação. In: Zugaib M, Tedesco JJA, Quayle J (org). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu; 1997. p.40-53.
22. Chodorow N. *Psicanálise da maternidade: Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1990.
23. Archanjo DR. *Um debate sem embate: a discussão sobre o divórcio no Congresso Nacional (Brasil, 1951-1977)*. [Tese] Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2008.
24. Salem T. A trajetória do “casal grávido”: de sua constituição à revisão de seu projeto. In: Figueira S (org). *A cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense; 1985. pp.35-61.
25. Almeida MI. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus; 1987.

26. Chaves Netto HC. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.
27. Stephenson RG, O'Connor LJ. *Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. Barueri: Manole; 2004. 520 p.
28. Santana VH. Pressupostos Básicos de Atividade Física para Gestantes. In: Duarte E, Lima SMT (org). *Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais: Experiências e Intervenções Pedagógicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 71-80.
29. Alves GF, Nogueira LSC, Varella TC. Dermatologia e gestação. *An Bras Dermatol* 2005; 80(2):179-86.
30. Artal R, Wiswell RA. *Exercícios na gravidez*. Barueri: Manole; 1999. 332p.
31. Cury AF. Psicodinâmica da Gravidez. In: Zugaib M, Tedesco JJA, Quayle J (org). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Editora Atheneu; 1997. p. 77-84.
32. Colman AD, Colman LL. *Pregnancy: The Psychological Experience*. New York: Herder & Herder; 1971. 180 p.
33. Melem C. *Natação para Gestantes*. São Paulo: Ícone, 1997.
34. Soifer R. *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. 124 p.
35. Dagan Y, Lapidot A, Eisenstein M. Women's dreams reported during first pregnancy. *Psychiatr Clin Neurosci* 2001;55(1):13-20.
36. Della Nina M. Estresse e ansiedade na gestação. In: Zugaib M, Tedesco JJA, Quayle J (org). *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Editora Atheneu; 1997. p. 77-84. p. 85-97.
37. Nielsen T, Paquette T. Dream-associated behaviors affecting pregnant an postpartum women. *Sleep* 2007;30(9):1162-69.
38. Szejer M, Stewart R. *Nove Meses na Vida da Mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

39. Rezende JM. Ambrose Paré: o cirurgião que não sabia latim. [online] 2002 [acessado em 17 de agosto de 2007]. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ambrose.htm>>.
40. Fisher S. The evolution of psychological concepts about the body. In: Cash TF, Pruzinsky T (org). *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press; 1990.
41. Barros DD. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2005;12(2):547-54.
42. Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da Psique*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
43. Dolto F. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2004. p.316.
44. Thompson JK, Berg PVD. Measuring Body Image Attitudes among Adolescents and Adults. In: Cash TF, Pruzinsky T (org). *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press; 2002.
45. Haimovitz D, Lansky LM, O'Reilly P. Fluctuations in Body Satisfaction Across Situations. *Int J Eat Disord* 1993; 13(1): 77-84.
46. Raposo JV, Teixeira C, Gonçalves O. O bem-estar psicológico em adolescentes: a relação entre prática de exercício físico, auto-estima e satisfação corporal. *Rev Port Cien Desp* 2004; 4(2) (supl): 102-15.
47. Pole M, Crowther JH, Schell J. Body dissatisfaction in married women: The role of spousal influence and marital communication patterns. *Body Image* 2004; 1:267-78.
48. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *J Psychol* 2002;136(6): 581-96.
49. Price B. A model for body-image care. *J Adv Nurs* 1990; 15: 585-93.

50. Tavares MCGCF. Imagem Corporal; conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole; 2003.
51. Damásio AR. O erro de Descartes. São Paulo: Companhia das letras; 1996. 330p.
52. Sacks OW. Com uma perna só. São Paulo: Companhia das letras; 2003.
53. Fox P, Yamaguchi C. Body image change in pregnancy: A comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth* 1997;24(1):35-40.
54. Sumner A, Waller G, Killick S, Elstein M. Body image distortion in pregnancy: A pilot study of the effects of media images. *J Reprod Inf Psychol* 1993; 11:203-8.
55. Smith SA. A pilot study on the effects of aquatic exercises on discomforts of pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35 (3): 315-23.
56. Boscaglia N, Skouetris H, Wertheim EH. Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43: 41–5.
57. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane* 2006, Issue 3.
58. Goodwin A, Astbury J, McMeeken J. Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40(4): 442-47.
59. Chang SR, Chao YM, Kenney NJ. I Am a Woman and I'm Pregnant: Body Image of Women in Taiwan During the Third Trimester of Pregnancy. *Birth* 2006; 33(2): 147-53.
60. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. How Well Do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape across the Course of Pregnancy? *J Health Psychol* 2008; 13(4): 503-15.
61. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image* 2005; 2 (4): 347-61.

62. Jayasvasti K, Kanchanatawan B. Happiness and Related Factors in Pregnant Women. *J Med Assoc Thai* 2005; 88(Suppl 4): 220-5.
63. Rocco PL. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res* 2005; 59 (3): 175-9.
64. Lai BPY, Tang CSK, Tse WKL. Prevalence and Psychosocial Correlates of Disordered Eating Among Chinese Pregnant Women in Hong Kong. *Eat Disord* 2005; 13:171–86.
65. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *J Am Diet Assoc* 2001; 101(4):448-54.
66. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res* 2007; 63: 297– 303.
67. DiPietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(10): 1314-19.
68. Kendall A. Evaluation of psychosocial measures for understanding weight-related behaviors in pregnant women. *Ann Behav Med* 2001; 23(1): 50-8.
69. Dundas ML, Yarbrow AL. Nutrient Intake and Attitudes of Pregnant Women Concerning Their Weight Gain. *Top Clin Nutr* 2000;16(1):50-58.
70. Smith SA, Hulsey T, Goodnight W. Effects of obesity on pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37 (2): 176-84.
71. Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body Image, Maternal-Fetal Attachment, and Choice of Infant Feeding Method: A Study in Taiwan. *Birth* 2004; 31(3): 183-8.
72. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 3ed.

73. LoBiondo G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
74. Vinhedo. Conhecendo Vinhedo [online] 2007. [acessado em 15 de abril de 2008]. Disponível em <<http://www.vinhedo.sp.gov.br>>.
75. Brasil. Datasus: Informações em saúde [online] 2007 [acesso em 18 de setembro de 2007]. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.
76. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The Relationship between Depression and Body Dissatisfaction across Pregnancy and the Postpartum: A Prospective Study. *J Health Psychol* 2009; 14(1): 27-35.
77. Kamysheva E, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Examination of a multi-factorial model of body-related experiences during pregnancy: The relationships among physical symptoms, sleep quality, depression, self-esteem, and negative body attitudes. *Body Image* 2008; 5: 152-63.
78. Downs DS, DiNallo JM, Kirner TL. Determinants of Pregnancy and Postpartum Depression: Prospective Influences of Depressive Symptoms, Body Image Satisfaction, and Exercise Behavior. *Ann Behav Med* 2008; 36:54-63.
79. Huang TT, Wang HS, Dai FT. Effect of pre-pregnancy body size on postpartum weight retention. *Midwifery* 2008; 5: 1-10.
80. Fonseca MRCCF, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 205-12.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
82. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade no Brasil: Tendências atuais. *RPSP* 2006; 24(2): 71-82.

83. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica ABESO. Epidemiologia; 1998.
84. Welter GMR, Capita CG. Medidas ipsativas na avaliação psicológica. Aval Psicol 2007; 6(2): 157-65.
85. Cronbach LJ, Shavelson RJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. Educ Psychol Meas 2004; 64:218-391.
86. Beiguelman. B. Curso Prático de Bioestatística. Ribeirão Preto: Funpec, 1996. 242p.
87. Roefs A, Jansen A, Moresi S, Willems P, Grootel S, Borgh A. Looking good. BMI, attractiveness bias and visual attention. Appetite 2008; (51): 552-5.
88. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. Body Image 2009; 6: 90-6.

**ANEXOS**

## ANEXO 01

### Escala de medida em Imagem Corporal

Este questionário contém uma série de afirmativas referentes ao modo como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar em relação ao seu próprio corpo. Por gentileza, leia atentamente essas afirmativas e, em seguida, para cada afirmativa marque com um X no espaço correspondente a UMA das possibilidades, com que frequência você - **nunca, raramente, às vezes, frequentemente** ou **sempre** - pensa, sente ou se comporta dessa forma. Não existem respostas certas ou erradas. É a sua opinião sincera que nos interessa. Por favor, assinale sua opinião sobre todas as alternativas, não deixando nenhuma sem resposta.

AFIRMATIVA	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1) Gosto do meu corpo como ele é ( <b>questão favorável</b> )					
2) Considero que meu corpo é exatamente o que sempre sonhei ( <b>questão favorável</b> )					
3) Escondo alguma parte de meu corpo, porque ela não é perfeita ( <b>questão desfavorável</b> )					
4) Estou satisfeita com meu peso corporal ( <b>questão favorável</b> )					
5) Evito olhar para alguma parte de meu corpo, porque ela me desagrada ( <b>questão desfavorável</b> )					
6) Evito tocar para alguma parte de meu corpo, porque ela me desagrada ( <b>questão desfavorável</b> )					
7) Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente ( <b>questão desfavorável</b> )					
8) Gosto do formato e da aparência de minha face ( <b>questão favorável</b> )					
9) Gosto do formato e da aparência de meus seios ( <b>questão favorável</b> )					
10) Há coisas em minha aparência física que eu detesto ( <b>questão desfavorável</b> )					
11) Percebo mudanças negativas no meu relacionamento com outras pessoas por causa de minha aparência física ( <b>questão desfavorável</b> )					
12) Não importa que roupas ou enfeites eu esteja usando, minha aparência física me desagrada ( <b>questão desfavorável</b> )					
13) Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
14) Penso que meu corpo é insignificante ( <b>questão desfavorável</b> )					
15) Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas a respeito de minha aparência física ( <b>questão desfavorável</b> )					
16) Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
17) Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
18) Sinto ressentimento porque meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse ( <b>questão desfavorável</b> )					
19) Sinto-me desapontada com as mudanças que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
20) Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
21) Sinto-me insatisfeita com minha aparência física atual ( <b>questão desfavorável</b> )					
22) Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte de meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					
23) Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo ( <b>questão desfavorável</b> )					

## ANEXO 02

### Aprovação do comitê de ética em pesquisa da FCM/UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

CEP, 06/09/07.  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 535/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)  
**CAAE:** 2213.0.146.000-07

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** "IMAGEM CORPORAL E GESTAÇÃO: AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DOS TRIMESTRES GESTACIONAIS E PUERPÉRIO".

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Paola Bombassaro  
**INSTITUIÇÃO:** Unidades Básicas de Saúde de Vinhedo  
**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 08/08/2007

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 28/08/08 (O formulário encontra-se no site acima)

#### II - OBJETIVOS

Avaliar a imagem corporal da gestante nos três trimestres gestacionais e no pós-parto por meio de um questionário de satisfação com corpo, a Escala de Medida de Imagem Corporal.

#### III - SUMÁRIO

A pesquisadora esclarece que a gestação é um período de rápidas mudanças e adaptações, tanto corporais quanto emocionais e que o corpo em transformação encontra na sociedade a cobrança do padrão de beleza e boa forma. Visando avaliar a imagem corporal da gestante ao longo dos três trimestres e do pós-parto, a pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer melhor as mudanças nessa imagem corporal, satisfação e insatisfação com o corpo, além da labilidade emocional. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória baseada em questionários auto-aplicados. Serão avaliadas 150 gestantes atendidas no serviço pré-natal pelas Unidades Básicas de Saúde do Município de Vinhedo, SP, inscritas no período de agosto a outubro de 2007, que estejam no primeiro trimestre gestacional. Serão coletados dados de idade, estado civil, escolaridade, peso (antes da gestação e ganho por trimestre), estatura, história obstétrica, intercorrências durante as gestações, sexo dos filhos, gravidez planejada. Serão incluídas as gestantes que voluntariamente aceitarem participar do estudo, que estejam inscritas no programa pré-natal das UBS de Vinhedo e que possuam capacidade de se comunicar verbalmente ou por escrito. Será aplicado um instrumento denominado Escala de Medida de Imagem Corporal (descrito em anexo). Como tal instrumento não foi criado especificamente para população de gestantes, a pesquisadora fará um pré-teste aplicando o questionário e entrevistando algumas gestantes e, se preciso, fará adaptações na escala original.

#### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após resposta da pendência, o projeto encontra-se adequado a Resolução CNS 196/96 e complementares, bem como a nova versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br



#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de agosto de 2007.

  
**Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## ANEXO 03

### Termo de consentimento institucional

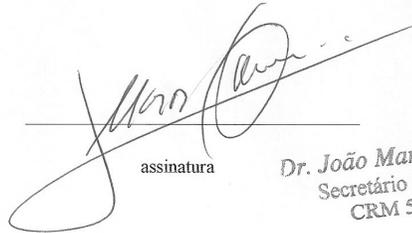
#### Termo de Consentimento da Instituição

De acordo com a leitura da solicitação e do projeto de pesquisa, a instituição que represento concorda em autorizar o contato inicial com as gestantes/puérperas, para a coleta de dados da pesquisa em questão.

Nome da instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo - SP

Representante legal da instituição: Dr. João Marcos Gomes

Data: 03/08/07

  
assinatura

Dr. João Marcos Gomes  
Secretário da Saúde  
CRM 58.340

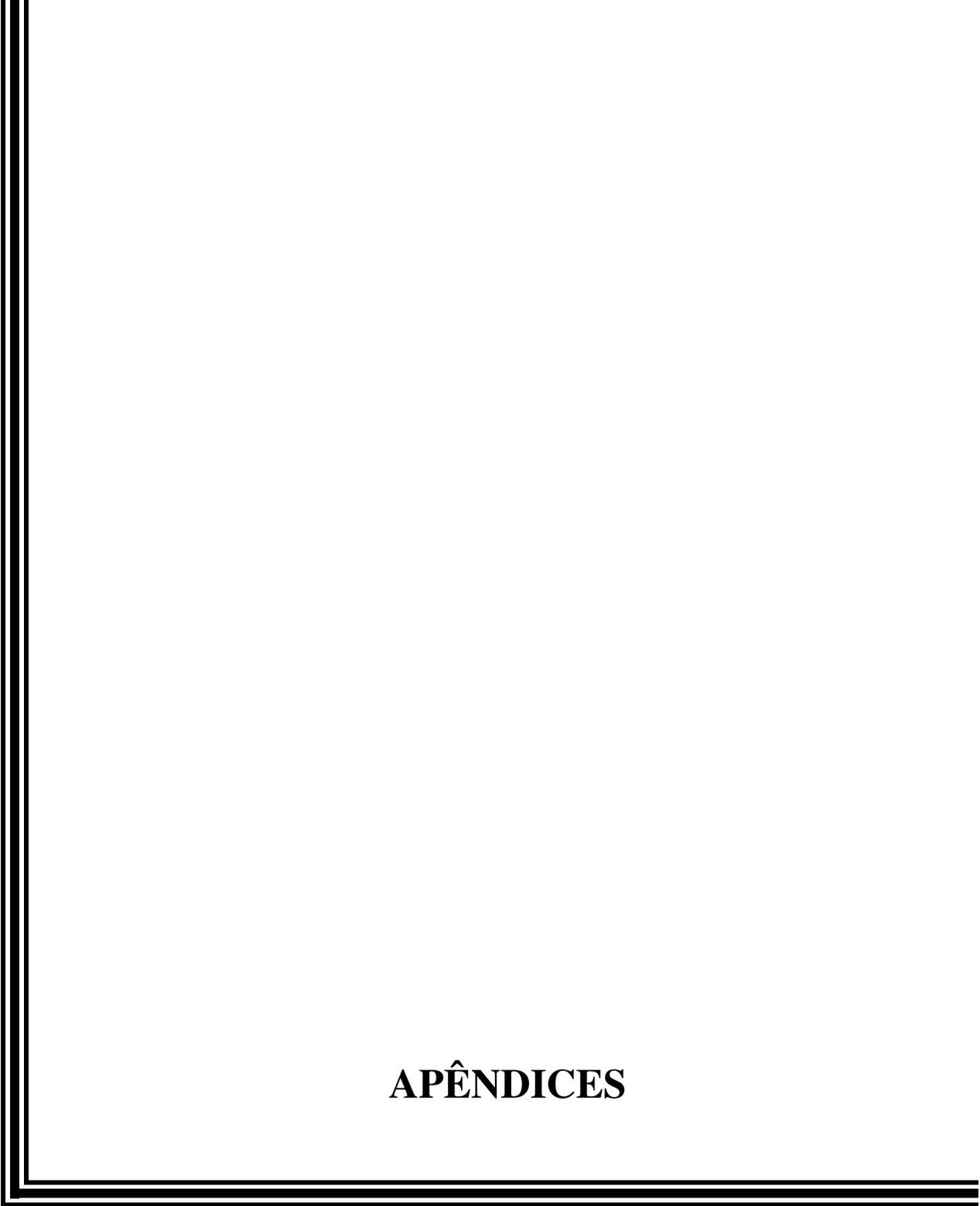


## ANEXO 04

Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos, segundo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

MANUAL TÉCNICO DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: Ministério da Saúde (76).

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



## **APÊNDICES**

UBS: \_\_\_\_\_  
Nº. da entrevista: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 01

### QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

RG:..... Telefone de contato: .....

Data de nascimento: ...../...../.....

Estado civil: [ 1 ] solteira [ 2 ] casada [ 3 ] união estável/amasiada [ 4 ] desquitada [ 5 ] viúva

Escolaridade: até que série estudou?.....

História obstétrica: G.....P.....A..... Sexo dos filhos : 1.....2.....3.....4.....

Teve intercorrências durante as gestações anteriores? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

Qual?.....

Historia da gestação atual:

A gravidez foi planejada? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

Intercorrências nessa gestação? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

Qual? .....

IG (idade gestacional):..... Trimestre: [ 1 ] 1º [ 2 ] 2º [ 3 ] 3º

Estatura:..... Peso atual:.....

Peso antes da gravidez:..... (segundo a gestante)

Tinha alterações de peso antes da gestação?.....

Por qual profissional foi atendida na Unidade? [ 1 ] Enfermeira [ 2 ] Médico [ 3 ] Outro

Pratica alguma atividade física? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Qual?.....

Apresenta alguma limitação física? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Qual?.....

Qual a questão mais difícil de responder?..... Por quê?.....

Observações:.....

.....

.....

.....

## APÊNDICE 02

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Esclarecimento:

Meu nome é Paola Bombassaro, fisioterapeuta, CREFITO 3/59913 - F, mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Estou realizando uma pesquisa sobre avaliação da imagem corporal durante a gravidez e o pós-parto. Estou perguntando, por meio de um questionário, às mulheres nessa situação que me queiram contar como está a sua satisfação com o corpo.

Estou convidando a senhora para participar desse estudo, sua participação é importante, pois os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este. Para tanto, necessito passar um questionário para a senhora. O questionário será passado por mim, num local e hora que a senhora indicar. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto a sua identidade, pois todas as informações aqui coletadas somente serão utilizadas pra fins de pesquisa. Nenhuma informação que a identifique será utilizada. Os questionários respondidos serão guardados em local seguro, sob a minha responsabilidade. Também garanto que o desenvolvimento da pesquisa não envolve riscos e desconfortos a sua saúde. Todas as dúvidas em relação à pesquisa serão devidamente esclarecidas. A senhora pode se negar a participar desse estudo.

Em caso de consentimento, a senhora terá a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa ou retirar o seu consentimento, mesmo que o questionário já tenha sido respondido. Isto não acarretará nenhum prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde.

Com esta pesquisa espero compreender melhor como as mulheres percebem as mudanças que ocorrem no corpo durante a gravidez, buscando subsídios para melhorar o atendimento às mulheres durante o processo de gravidez, parto e pós-parto. Entretanto, informo que a senhora, neste momento, não se beneficiará diretamente dos resultados dessa pesquisa. Assumo o compromisso de, ao término da entrevista, esclarecer dúvidas que a senhora possa ter com relação ao procedimento e aos seus cuidados.

---

Paola Bombassaro – Fisioterapeuta/Pesquisadora

**Consentimento:**

Eu \_\_\_\_\_ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direito abaixo relacionados, concordo em participar dessa pesquisa.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre a entrevista, riscos, benefícios e outros relacionados a pesquisa;
2. Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
3. Segurança que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;
4. Segurança que serei informado dos resultados da pesquisa e os benefícios que podem advir e que serão realizados esforços para implementar ações para melhorar a assistência a saúde;
5. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, entrarei em contato com Paola Bombassaro pelo telefone [REDACTED] ou pelo celular [REDACTED];
6. Se tiver quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, que caiba recurso ou reclamações favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas pelo telefone [REDACTED].

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto desejo participar da pesquisa e não me oponho à que a mesma seja gravada.

Vinhedo \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

\_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistada

RG: \_\_\_\_\_