Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes
em relação à alimentação e ao corpo em gestantes
adolescentes

Carolina Marques Oliboni

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Nutrição em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em
Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dra Marle dos Santos
Alvarenga

São Paulo

2014

Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação à alimentação e ao corpo em gestantes adolescentes

Carolina Marques Oliboni

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Nutrição em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em
Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª Dra Marle dos Santos
Alvarenga

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Marle Alvarenga, guiança imprescindível na execução deste trabalho: minha gratidão pelos muitos ensinamentos, pelo compartilhar de experiência e conhecimentos e por toda paciência e apoio constantes durante todo o processo do mestrado.

Ao Dr. Marco Aurélio Galletta por ter me recebido de braços abertos no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital das Clínicas e viabilizado a coleta de dados.

A todas as adolescentes gestantes que se dispuseram a participar da pesquisa.

Aos funcionários do Ambulatório, por toda a ajuda e atenção.

Às fisioterapeutas Renata e Edlayne pelo companheirismo e apoio durante os dias de coleta.

Ao estatístico Bernardo dos Santos pelo auxílio e por sanar diversas dúvidas.

Aos meus queridos pais, Murilo e Elizabeth, por me permitirem seguir meu próprio caminho e por me ensinarem a importância do estudo.

À minha irmã querida, Valéria, pela paciência, compreensão e disposição sempre.

Ao meu amor, Diogo, pelo apoio e amor incondicionais, pelo imenso incentivo e ajuda nos momentos difíceis.

À minha querida amiga Tatiana Prado, por seu apoio e carinho.

A todos os amigos e colegas, pela compreensão e pelo incentivo aos meus estudos e trabalhos durante esta jornada.

EPÍGRAFE

*Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar para
atravessar o rio da vida.*

Ninguém, exceto tu, só tu.

*Existem, por certo, atalhos sem números, e pontes, e semideuses que se oferecerão
para levar-te além do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa; tu te
hipotecarias e te perderias.*

Existe no mundo um único caminho por onde só tu podes passar.

Onde leva?

Não perguntes, segue-o!

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Oliboni CM. Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação à alimentação e ao corpo em gestantes adolescentes [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

Introdução - Adolescência e gestação são caracterizadas por intensas transformações relacionadas ao corpo, e ocorrendo concomitantemente podem potencializar riscos para o surgimento de problemas com a imagem corporal, atitudes alimentares disfuncionais e comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Objetivo - Avaliar as atitudes em relação à alimentação, ao peso e ao corpo de um grupo de adolescentes grávidas. **Métodos** - Uma amostra de adolescentes grávidas (n=67) foi avaliada por meio do Questionário de Imagem Corporal (BSQ), da Escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação (AGPG) e questões sobre comportamento alimentar e de risco para transtornos alimentares e práticas não saudáveis para controle de peso. Associações entre as variáveis foram analisadas com os testes ANOVA ou Kruskal-Wallis, e correlação de Pearson ou de Spearman. Uma regressão logística avaliou a influência das variáveis independentes com relação a pular refeições, satisfação corporal e compulsão alimentar. **Resultados** - A amostra tinha em média 15,3 anos de idade e 21,9 semanas de gestação. O escore médio da AGPG foi 52,6 pontos (indicando boa atitude em relação ao ganho de peso), e 82,1% das gestantes apresentaram satisfação corporal. As gestantes obesas apresentaram mais insatisfação corporal ($p=0,001$), e aquelas com sobrepeso pensavam mais em comida ($p=0,025$) e em comer ($p=0,03$). A frequência de compulsão alimentar foi de 41,8%, e de pular refeições 19,0%. A regressão evidenciou que o Índice de Massa Corporal atual ($p=0,030$; OR=1,181) e importância da percepção do corpo e forma física antes da gestação ($p=0,033$; OR=4,625) foram preditores de pular refeições. Maior nível socioeconômico ($p=0,040$; OR=0,554) e maior preocupação com ganho de peso ($p=0,037$; OR=0,317) predisseram compulsão alimentar. **Conclusão** - A maioria das gestantes apresentou atitudes positivas em relação ao ganho de peso e satisfação corporal; no entanto, as mais pesadas e mais preocupadas com ganho de peso tiveram maior risco de atitudes não saudáveis, enquanto que as de menor classe social, menos

preocupadas com ganho de peso e menos envergonhadas sobre seu corpo atual tiveram menor risco de atitudes não saudáveis.

Descritores: gravidez na adolescência, imagem corporal, comportamento alimentar.

ABSTRACT

Oliboni CM. Two big changes at the same time: attitudes toward food and body in pregnant adolescents [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

Introduction - Adolescence and pregnancy are characterized by intense body changes and occurring concomitantly may potentiate the risk for the emergence of problems with body image, dysfunctional eating attitudes and eating disorder risk behaviors. **Objective** - To assess attitudes about food, weight and body of a pregnant teenagers group. **Method** - A sample of pregnant adolescents (n = 67) was assessed using the Body Image Questionnaire (BSQ), the Attitude toward Weight Gain during Pregnancy scale (AWGP) and questions about eating behavior and risk for eating disorders and unhealthy weight control practices. Associations between variables were analyzed with ANOVA or Kruskal-Wallis, Pearson or Spearman tests. A logistic regression evaluated the influence of the independent variables regarding to skipping meals, body satisfaction and binge eating. **Results** - The sample mean age was 15.3 years old and 21.9 weeks of gestation. The mean score was 52.6 points AWGP (indicating positive attitude to weight gain) and 82.1% of patients had body satisfaction. Obese teenagers had more body dissatisfaction (p = 0.001), and those overweight thought more about food (p = 0.025) and eating (p = 0.03). The frequency of binge eating was 41.8%, and skipping meals 19.0%. The regression analysis showed that the current Body Mass Index (p = 0.030; OR = 1.181) and importance of body awareness and fitness before pregnancy (p = 0.033; OR = 4.625) were predictors of skipping meals. Higher socioeconomic level (p = 0.040; OR = 0.554) and greater concern with weight gain (p = 0.037; OR = 0.317) predicted binge eating. **Conclusion** - The majority of the adolescents had positive attitudes toward weight gain in pregnancy and body satisfaction; however, those were heavier and more concerned with weight gain had a higher risk of unhealthy attitudes, while those from lower social class, less concerned with weight gain and less embarrassed about their current body had a lower risk of unhealthy attitudes.

Descriptors: pregnancy in adolescence, body image, feeding behavior, eating disorders.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	ADOLESCÊNCIA E A QUESTÃO CORPORAL E ALIMENTAR.....	2
1.1.1	Adolescência e puberdade	2
1.1.2	Adolescência e a questão alimentar	3
1.1.3	Imagem corporal e insatisfação corporal na adolescência.....	5
1.1.4	Obesidade e excesso de peso na adolescência	7
1.2	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	8
1.2.1	Transtornos alimentares	10
1.2.2	Preocupação com o ganho de peso e transtornos alimentares na gestação	12
1.2.3	Compulsão alimentar na gestação.....	18
1.3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
1.4	JUSTIFICATIVA	23
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3	MÉTODOS	25
3.1	DELINEAMENTO	25
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	25
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.4	VARIÁVEIS.....	28
3.5	INSTRUMENTOS	30
3.5.1	Questionário de imagem corporal (BSQ)	31

3.5.2	Comportamento alimentar e preocupações com comida e peso	33
3.5.3	Comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e práticas não saudáveis para controle de peso ...	34
3.5.4	Preocupação com o peso e com a forma física antes e após o início da gestação.....	35
3.5.5	Escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na gestação (AGPG)	36
3.6	COLETA DE DADOS	38
3.7	ANÁLISE DOS RESULTADOS	38
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	41
4	RESULTADOS.....	42
4.1	Características sociodemográficas e gestacionais	42
4.2	Satisfação corporal	49
4.3	Comportamento alimentar e preocupações com comida e peso.....	50
4.4	Comportamentos de risco para transtornos alimentares e práticas não saudáveis para controle de peso	52
4.5	Preocupação com peso e forma física antes e após o início da gestação.....	54
4.6	Atitudes em relação ao ganho de peso na gestação.....	56
4.7	Risco para transtornos alimentares e satisfação corporal	60
4.8	Comportamento alimentar e mudanças corporais	60
4.9	Mudanças corporais e satisfação corporal.....	61
4.10	Satisfação corporal e comportamento alimentar	61
4.11	Variáveis independentes e influência na satisfação corporal, em pular refeições e na compulsão alimentar.....	62
5	DISCUSSÃO.....	65
5.1	Limitações do estudo	88

6	CONCLUSÕES	90
6.1	Recomendações	91
7	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO – APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA	93
8	REFERÊNCIAS	97
Anexo 1	– Questionário demográfico	107
Anexo 2	– Critério de Classificação Econômica Brasil – (CCEB) ..	109
Anexo 3	– Questionário de Imagem Corporal (BSQ)	113
Anexo 4	– Questões sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso.....	116
Anexo 5	– Questões sobre comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares	118
Anexo 6	– Questões sobre preocupação com o peso e forma física antes e após o início da gestação	120
Anexo 7	– Artigo submetido	121
Anexo 8	– Escala de atitude em relação ao ganho de peso na gestação (AGPG).....	122
Anexo 9	– Questões sobre conhecimento sobre o ganho de peso na gestação	123
Anexo 10	– Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública/USP	124
Anexo 11	– Aprovação do projeto pelo Comitê Interno de Apreciação de Projetos da Divisão de Obstetrícia do HCFMUSP.....	126
Anexo 12	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127
Anexo 13	– Distribuição das gestantes segundo semana gestacional, IMC atual e pré-gestacional.....	130
	CURRÍCULO LATTES	131

Lista de Quadros

Quadro 1 – Ganho de peso recomendado de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) materno pré-gestacional.....	31
Quadro 2 – Questões da escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação (AGPG) e variáveis consideradas em análise de correlação... ..	59
Quadro 3 – Variáveis dependentes e independentes utilizadas na regressão logística.	62

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características da amostra (n = 67) de gestantes adolescentes de acordo com trimestre gestacional.	43
Tabela 2 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação de acordo com índice de massa corporal pré-gestacional e atual e trimestre gestacional.....	46
Tabela 3 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo conhecimento sobre o ganho de peso ideal na gestação e o ganho de peso desejado. ...	49
Tabela 4 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação do escore do Body Shape Questionnaire para imagem corporal e trimestre gestacional.....	50
Tabela 5 – Resposta das gestantes adolescentes (n = 67) às questões de comportamento alimentar e preocupações com comida e peso.	51
Tabela 6 – Práticas não saudáveis para controle de peso segundo o trimestre gestacional da amostra de gestantes adolescentes (n = 67).....	54
Tabela 7 – Distribuição das respostas das gestantes adolescentes (n = 67) à importância do peso e da forma física antes da gestação e desde que está grávida.....	55
Tabela 8 – Distribuição das respostas das gestantes adolescentes (n = 67) segundo percepção do peso antes da gestação e desde que está grávida.	55
Tabela 9 – Escores total e por fatores da AGPG segundo trimestre e estado nutricional.	56
Tabela 10 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo frequência de resposta para cada questão da escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação.....	58
Tabela 11 – Preditores das variáveis pular refeição e compulsão alimentar das gestantes adolescentes (n = 67) segundo valores de <i>p</i> e <i>odds ratio</i>	64

Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo classificação socioeconômica de acordo com o CCEB.....	44
Figura 2 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo estado nutricional, avaliado por índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e atual.....	45
Figura 3 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação segundo índice de massa corporal atual e trimestre gestacional.....	47
Figura 4 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação segundo índice de massa corporal pré-gestacional e trimestre gestacional.....	48
Figura 5 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação escore do Body Shape Questionnaire para a imagem corporal.....	49
Figura 6 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares.....	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AGPG – Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação

AN – Anorexia Nervosa

ANOVA – *Analysis of Variance*

APA – *American Psychiatric Association*

BAQ – *Body Attitude Questionnaire*

BN – Bulimia Nervosa

BSQ – *Body Shape Questionnaire*

CA – Compulsão Alimentar

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EDE-Q - *Eating Disorder Examination Questionnaire*

FMUSO – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

IOM – *Institute of Medicine*

PIAEGA – Programa Integrado de Assistência e Educação à Gestante Adolescente

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TA – Transtorno Alimentar

TANE – Transtorno Alimentar Não Especificado

TCA – Transtorno da Compulsão Alimentar

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas - United Nations Population Fund

1 INTRODUÇÃO

Na adolescência ocorre um turbilhão de transformações, de forma que o indivíduo pode apresentar dificuldades em lidar com seu novo universo físico e mental (CONTI et al., 2005a). As transformações ocorridas nesta fase também têm efeito sobre o comportamento alimentar, que acaba sendo influenciado por diversos fatores, principalmente os externos: hábitos familiares, amigos, valores e regras sociais e culturais, mídia e modismos (GAMBARDELLA et al., 1999). Estes últimos afetam ainda a satisfação corporal, uma vez que os adolescentes se preocupam com a forma corporal e aparência (CONTI et al., 2005a) podendo, dessa forma, estar mais suscetíveis aos padrões de beleza divulgados pelos meios de comunicação. Em meio às transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, as alterações de seu universo corporal adquirem importância fundamental (CONTI et al., 2005a).

De forma semelhante, a gestação traz transformações corporais relacionadas aos ritmos metabólicos e hormonais e ao processo de integração de uma nova imagem corporal, ocorrendo em um curto espaço de tempo. Estas alterações têm repercussões nas dimensões física e emocional, de forma que, para alguns autores, a gestação é considerada um período de “crise” que exige da gestante uma resposta adaptativa (ARAÚJO et al., 2012).

Sendo assim, se essas duas fases de intensas transformações ocorrerem ao mesmo tempo, podem representar para a adolescente um difícil e marcante período de compreensão, adaptação e aceitação das mudanças corporais e de vida. Desta forma, adolescência e gestação, ocorrendo concomitantemente, podem potencializar os riscos para o surgimento de problemas com a imagem corporal, atitudes

alimentares disfuncionais e de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

1.1 ADOLESCÊNCIA E A QUESTÃO CORPORAL E ALIMENTAR

1.1.1 Adolescência e puberdade

A adolescência é o período de transição para a vida adulta, sendo uma fase de intensas transformações nos níveis biológico, cognitivo, emocional e social (SILVA et al., 2009). Primeiramente, deve-se distinguir puberdade de adolescência; a primeira é apenas um dos aspectos da adolescência e pode ser definida como um processo de maturação hormonal e de crescimento somático, que depende de determinantes biológicos e que torna o organismo apto a reproduzir (CASTILHO e BARRAS FILHO, 2000; BARBOSA et al., 2006). A puberdade é uma fase caracterizada por modificações no padrão de secreção de alguns hormônios. Através do estímulo das gonadotrofinas ocorre a ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, que desencadeia a secreção dos hormônios sexuais – testosterona nos meninos e estradiol nas meninas – responsáveis pelas modificações morfológicas deste período, que começam com aparecimento das características sexuais secundárias, seguindo pela modificação da massa corporal magra, distribuição da gordura corporal, aceleração da velocidade de crescimento e terminam com a fusão das epífises ósseas, quando se atinge a estatura final (BARBOSA et al., 2006).

Do ponto de vista psicológico, a adolescência é a fase em que o indivíduo busca a identidade adulta, com base nas primeiras relações afetivas que teve com seus familiares, de forma a verificar o que a realidade da sua sociedade tem para lhe

oferecer. Durante este processo, com o surgimento de um novo corpo, o adolescente começa a se preocupar com ele e valorizá-lo, sobretudo pelo aspecto visual (BRÊTAS et al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o limite cronológico da adolescência é definido entre 10 e 19 anos (WHO, 1986). Biologicamente, é a fase de maior velocidade de crescimento, implicando uma necessidade aumentada de energia e nutrientes. Ser adolescente, especialmente dos 10 aos 14 anos, representa vivenciar mudanças físicas que implicam alterações na aparência e no tamanho corporal, o que afeta diretamente a imagem e satisfação corporais (CONTI et al., 2005b).

1.1.2 Adolescência e a questão alimentar

Os padrões alimentares desenvolvidos na adolescência também podem contribuir para outras inadequações nutricionais como a obesidade, além do risco de desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis (NEUMARK-SZTAINER et al., 2002).

Os fatores socioculturais exercem papel importante como desencadeantes de insatisfação corporal e de atitudes alimentares inadequadas em adolescentes e adultos jovens. Principalmente na sociedade ocidental, há uma obsessão por um corpo magro e perfeito, havendo valorização econômica e exaltação, por parte da mídia, a celebridades com peso abaixo do esperado, enquanto a obesidade é estigmatizada (CORDÁS e SALZANO, 2010).

Em geral, os adolescentes têm o hábito de omitir refeições, principalmente o café da manhã, substituir refeições principais como almoço e jantar por lanches, além de apresentarem ingestão alta e frequente de refrigerantes e de alimentos com alta

densidade energética (LEAL et al., 2010). Eles tendem a viver o momento atual, não dando importância às consequências de seus hábitos alimentares, que podem ser inadequados (GAMBARDELLA et al., 1999). Assim, a preocupação com o peso, nessa fase, não implica uma preocupação com a saúde. De acordo com pesquisa de NEUMARK-SZTAINER et al. (1999), os adolescentes afirmam ser muito jovens para se preocupar com a saúde.

Dentre as várias transformações nos níveis emocional, corporal, psicológico e social pelas quais o adolescente passa e que podem influenciar seus hábitos e sua forma de interagir com o mundo, a relação do indivíduo com os alimentos merece destaque. Além do simples consumo de alimentos, da ingestão de nutrientes e da regularidade das refeições, as atitudes alimentares na adolescência podem se tornar inadequadas, trazendo consequências negativas para a saúde do jovem.

Partindo-se do conceito de que a atitude possui três componentes: cognitivo (conhecimentos e crenças), afetivo (sentimentos favoráveis ou não) e comportamental (predisposição a agir de forma coerente às cognições e aos afetos), entende-se por atitude alimentar “crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos”. Dessa forma, pode-se aceitar ou rejeitar um alimento se a atitude em relação a ele for favorável ou desfavorável, respectivamente (ALVARENGA e PHILIPPI, 2010).

Segundo ALVARENGA e PHILIPPI (2010), uma atitude alimentar adequada e saudável pode ter um impacto na saúde como um todo e envolve a compreensão de que o alimento possui funções fisiológicas, emocionais e sociais na vida do indivíduo.

Na adolescência, devido à maior suscetibilidade à insatisfação corporal e aos padrões estéticos impostos pela mídia, há mais chances do indivíduo apresentar atitudes alimentares inadequadas, desenvolvendo um comer transtornado – termo derivado do inglês *disorderd eating* e sugerido pela Associação Dietética Americana (ADA, 2006) –, que caracteriza comportamentos alimentares problemáticos e métodos inadequados para perda ou controle do peso, como dieta restritiva, jejum, abuso de laxantes e/ou diuréticos, vômitos autoinduzidos etc., mas que ocorrem com menor frequência e de forma menos grave do que o exigido pelos critérios diagnósticos para classificação de um transtorno alimentar (ALVARENGA et al., 2011).

1.1.3 Imagem corporal e insatisfação corporal na adolescência

A imagem corporal pode ser definida como a imagem que o indivíduo tem formada na mente sobre o tamanho e a forma de seu próprio corpo, incluindo os sentimentos relacionados a tais características, de forma que se pode dividir o conceito de imagem corporal em dois componentes: o perceptivo, que se refere à percepção ou esquema da imagem corporal e o atitudinal, relacionado aos sentimentos, pensamentos e ações em relação ao corpo (SLADE, 1994).

De acordo com FROIS et al. (2011), na adolescência, além da busca de si mesmo e da identidade, ocorre o luto pelo corpo infantil. As modificações corporais e hormonais advindas da puberdade requerem um processo de ajustamento a essas novas demandas e, nesse momento, o conflito entre a busca de uma identidade adulta que implique autonomia e o desejo de permanecer no amor e na dependência de criança pode se apresentar por meio da insatisfação do jovem diante de seu corpo.

A insatisfação corporal é avaliada por meio da diferença entre a imagem corporal real e a idealizada. Entre os fatores que colaboram para o surgimento e manutenção dos distúrbios da imagem corporal estão os biológicos, como a maturação sexual precoce, os interpessoais e sociais como internalização dos ideais da mídia, respostas e comentários verbais negativos em relação ao corpo, comparação excessiva entre a aparência das pessoas, etc. Embora os padrões de beleza mudem ao longo do tempo, o ideal de corpo propagado desde o século passado até os dias atuais continua sendo a magreza para as mulheres e o corpo musculoso para os homens (ALVARENGA et al., 2010).

As imagens do corpo vão sendo construídas e reconstruídas continuamente durante a vida do indivíduo, imbuindo-o de significações a partir de suas vivências, tratando-se de um processo cíclico e gradativo, no qual as mudanças físicas e psíquicas do corpo demandam constante reorganização da imagem corporal (FROIS et al., 2011).

As transformações no corpo durante a puberdade resultam em aumento de gordura corporal, levando não somente a mudanças na aparência física, mas também no próprio sentimento pelo corpo, ocasionando uma reorganização da imagem corporal. O adolescente tem em sua mente um corpo idealizado, e quanto mais este se distanciar do real, maior será a possibilidade de conflito, o que poderá gerar insatisfações com sua imagem corporal e até mesmo desencadear quadros de transtornos alimentares (CARVALHO et al., 2009).

De acordo com NEUMARK-SZTAINER et al. (2006), o conflito entre a autoimagem e o corpo idealizado pode ser acentuado, levando à insatisfação, o que é preocupante, pois, imagem corporal, autoimagem e autoestima tendem a estar

intimamente interligadas. Segundo os autores, análises longitudinais mostram que a baixa satisfação corporal durante o início e meio da adolescência é fator preditivo para o surgimento posterior de problemas mentais globais como baixa autoestima e sintomas depressivos, e também de transtornos alimentares e de comportamentos do comer transtornado.

1.1.4 Obesidade e excesso de peso na adolescência

Ao falar em transformação corporal e questões alimentares na adolescência, cabe delinear um breve panorama do sobrepeso e da obesidade nesta fase, especialmente para o sexo feminino.

O excesso de peso a obesidade têm alcançado proporções epidêmicas no mundo todo. A última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, analisando dados de 188 mil pessoas brasileiras em todas as idades, mostrou que a obesidade e o excesso de peso têm aumentado rapidamente nos últimos anos, em todas as faixas etárias. Para meninas e adolescentes, o crescimento do excesso de peso foi de 7,6% em 1974-75 para 19,4% em 2008-09; e a obesidade, embora se mostre menos intensa, apresenta tendência ascendente, indo de 0,7% para 4,0% entre adolescentes do sexo feminino.

O excesso de peso, por sua vez, atingiu 21,5% dos adolescentes em geral e, apesar de ocorrer em todas as regiões brasileiras, a Região Sul tem o maior crescimento na frequência de excesso de peso, tendo sido encontradas variações de 4,7% para 27,2% naqueles do sexo masculino e 9,7% para 22,0% nos do sexo feminino. O maior rendimento familiar foi diretamente relacionado ao excesso de

peso: ocorrendo três vezes mais entre os rapazes de maior renda do que nos de menor renda (34,5% contra 11,5%); no sexo feminino, a diferença foi de 24% para 14,2% (IBGE – POF, 2009).

1.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo estatísticas do Registro Civil de 2012, analisadas pelo IBGE, houve uma redução no número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos em todo o país. A gravidez entre os 15 e 19 anos caiu no Brasil de 20,4% do total, em 2002, para 17,7% em 2012. Atualmente, a região sudeste apresenta o menor índice (15,2%) e a região norte, o maior percentual (23,2%).

Embora tenha havido uma redução de 22,4% no número de partos na adolescência na rede pública entre 2005 e 2009, a gravidez na adolescência é um quadro bastante presente nos serviços de saúde no Brasil. Em nosso contexto nacional foram realizados pelo Sistema Único de Saúde em 2009 mais de 444 mil partos de adolescentes na faixa de 10 a 19 anos. No estado de São Paulo, mais de 70 mil partos de mães adolescentes foram realizados neste mesmo ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Ainda, de acordo com o relatório Situação da População Mundial 2013 do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), no Brasil, cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 eram filhas de adolescentes.

A gravidez na adolescência está associada à ocorrência aumentada de consequências obstétricas adversas maternas e perinatais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, recém-nascido pequeno para a idade gestacional, morte perinatal, eclâmpsia, parto cirúrgico e morte materna (CONDE-AGUDELO et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), o baixo peso ao nascer é o fator mais importante associado à mortalidade e morbidade perinatais.

Acredita-se ainda que fatores ambientais desfavoráveis como anemia, deficiências nutricionais, desnutrição, tabagismo, baixa escolaridade, instabilidade emocional e familiar sejam os determinantes das principais complicações da gestação na adolescência (VITOLO, 2008).

Segundo VITOLO (2008), o estado nutricional é um dos fatores modificáveis mais importantes para a saúde da gestante e de seu conceito sendo fundamental, portanto, a investigação do baixo peso da gestante adolescente sob dois aspectos: baixo poder aquisitivo ou anorexia de fundo emocional.

Embora diversos estudos indiquem que a gravidez na adolescência se associe com aumento dos riscos gestacionais, GALLO (2011) destaca que esses achados se relacionam também ao cuidado pré-natal e que, havendo um acompanhamento adequado, verifica-se menor risco de complicações obstétricas, quando são comparadas adolescentes e mulheres adultas de mesmo nível socioeconômico.

No entanto, em estudo comparativo sobre gestação na adolescência em diferentes faixas etárias, MAGALHÃES et al. (2006) levantam a questão de que um dos riscos atribuídos à gestação nesse estágio de vida é o fato de que mulheres muito jovens continuam a crescer durante a gravidez e podem competir com o feto por nutrientes. Os autores não encontraram diferenças significativas entre as duas subpopulações de adolescentes comparadas (precoce e tardia), embora em um trabalho realizado na América Latina, no qual a população de estudo foi dividida em três grupos: com menos de 15 anos, de 16 a 17 anos e de 18 a 19 anos, tenha sido

observada clara tendência para frequência aumentada de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, anemia e cesariana com a diminuição da idade materna.

Assim, a gestação nessa fase representa, na maioria dos casos, um agravante no complexo quadro existencial, comprometendo o futuro profissional, dificultando o retorno à escola e limitando as oportunidades de trabalho, sendo mais frequente nos segmentos sociais mais desfavorecidos (GOLDENBERG et al., 2005).

Entre os significados sociais e psicobiológicos da gravidez na adolescência, destacam-se as transformações corporais, que ocorrem em um curto período, exigindo das adolescentes um processo de adaptação, o que certamente interfere em sua imagem corporal. Geralmente, as meninas se tornam mais insatisfeitas com seus corpos a partir da puberdade por si só, em parte devido ao aumento de gordura corporal, que entra em conflito com o ideal cultural de um corpo esbelto (PESA et al., 2000). Além disso, a imagem da gestante também não é condizente com a imagem da adolescente valorizada pelos meios de comunicação (MENEZES e DOMINGUES, 2004).

1.2.1 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psiquiátricas que acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens e que podem levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e ao aumento de morbidade e mortalidade. Eles são caracterizados por graves alterações no padrão e no comportamento alimentar com critérios diagnósticos definidos pela *American Psychiatric Association* (APA, 2013) em seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição – DSM-5, 2013) e pela

Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10, OMS, 1994), sendo os principais quadros a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA).

A AN é caracterizada por perda excessiva de peso como consequência de uma dieta restritiva em busca da magreza, medo intenso de ganhar peso, amenorreia em mulheres pós-menarca, podendo haver distorção da imagem corporal e uso de métodos inadequados de controle de peso (APA, 2013; OMS, 1994).

A principal característica da BN são episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, dietas restritivas ou exercício físico em excesso (APA, 2013; OMS, 1994).

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com ingestão de uma quantidade de comida definitivamente maior que a maior parte das pessoas comeria em um período similar e sob circunstâncias similares, acompanhados de um sentimento de perda de controle e sem comportamentos compensatórios subsequentes (APA, 2013; OMS, 1994).

Contudo, grande parte dos TA são os chamados outros transtornos alimentares, com quadros parciais de AN, BN nos quais o indivíduo não preenche todos os critérios para a classificação de um TA, mas apresenta comportamentos e atitudes alimentares inadequados (APA, 2013; OMS, 1994).

Acredita-se que a interação complexa de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares seja responsável pelo aparecimento e manutenção dos quadros. A dieta é o comportamento precursor que geralmente

antecede a instalação de um TA, aliada aos fatores de risco e a outros eventos precipitantes (MORGAN et al., 2002).

1.2.2 Preocupação com o ganho de peso e transtornos alimentares na gestação

Embora não seja conhecida a ocorrência de TA na gestação, sugere-se que seja menos comum do que na população em geral (DUNKER et al., 2009). Alguns estudos brasileiros e estrangeiros exploraram a presença desses quadros nessa fase da vida feminina, bem como a preocupação com o ganho de peso na gravidez (COPPER et al., 1995; FRANKO e SPURRELL, 2000; DiPIETRO et al., 2003; MICALI et al., 2007; SOARES et al., 2009; SWANN et al., 2009).

Devido ao fato de que muitas mulheres, durante a gestação, tentam controlar seu ganho de peso com a adoção de métodos inadequados, como abuso de cigarros e vômitos autoinduzidos, torna-se fundamental diagnosticar um TA durante a gestação, pois esses quadros estão associadas a consequências negativas, tanto para a mulher quanto para o feto - como altas porcentagens de abortos, baixo peso ao nascer, complicações obstétricas e depressão pós-parto (DUNKER et al., 2009).

De acordo com FRANKO e SPURRELL (2000), os sinais sugestivos de um TA na gestação incluem ausência de ganho de peso em duas consultas consecutivas no segundo trimestre da gestação, hiperêmese gravídica e histórico pregresso de TA, além de uma preocupação exagerada com a forma corporal. Abordar questões como peso e imagem corporal, ganho de peso durante a gestação, técnicas para controle de peso, restrição alimentar, padrões e comportamentos alimentares e a prática de

exercícios físicos pode ser útil para a investigação adequada da doença durante a gestação (DUNKER et al., 2009).

A AN frequentemente está associada à infertilidade devido à amenorreia característica deste quadro e está associada com mais complicações perinatais. Na BN a fertilidade geralmente está preservada (CROW et al., 2008).

Mulheres com TA ou com história de um TA, ao engravidar, representam um grande desafio para os profissionais da saúde que as assistem durante o período pré-natal. A gestação as coloca em confronto direto com vários dos medos básicos embutidos na *psiqué* do comer transtornado. O mais complicado para estas mulheres é o ganho de peso. Elas sabem que este é inevitável e importante durante a gravidez. No entanto, vivenciar as mudanças incontroláveis em seus corpos pode apresentar importantes desafios emocionais para estas mulheres. Ser pesada frequentemente, ser orientada sobre o ganho de peso e ouvir comentários - mesmo que bem intencionados - por parte dos profissionais de saúde podem ser gatilhos para o aumento da frequência de comportamentos de comer transtornado (MITCHELL e BULIK, 2006).

SOARES et al. (2009), com o objetivo de investigar comportamentos alimentares inadequados de gestantes no sul do Brasil, descobriram que, em concordância com a literatura, comportamentos alimentares inadequados, existentes antes da gestação, persistem durante todo esse período, apesar de uma diminuição geral ter sido observada ao longo da gestação: houve um decréscimo na ocorrência de vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e diuréticos. Constatou-se que 17,3% da amostra apresentavam compulsão alimentar e 0,6%, um possível diagnóstico de TA. Segundos os autores, estes são resultados condizentes com a literatura, indicando que a porcentagem de comportamentos alimentares inadequados, inclusive compulsão

alimentar, em populações não clínicas, é muito mais elevada do que a ocorrência de TA e que estes comportamentos têm níveis variáveis de gravidade.

Segundo os mesmos autores, a compulsão alimentar é o comportamento alimentar inadequado mais relatado durante o período gestacional e geralmente é acompanhado de ganho de peso excessivo. Episódios de comer compulsivamente ocorrem com mais frequência em mulheres que costumam ter um padrão alimentar restritivo e não conseguem mantê-lo durante a gravidez, ou que o fazem em resposta a um humor depressivo (SOARES et al., 2009).

Por outro lado, CROW et al. (2008), em estudo prospectivo de 4 anos nos Estados Unidos, avaliaram mulheres com AN, BN, TCA e outros transtornos alimentares e constataram que alguns sintomas de TA, como compulsão alimentar, purgações e distorções cognitivas típicas dos TA, melhoraram substancialmente com a gestação, mas tenderam a retornar aos níveis pré-gestacionais após o parto.

MICALI et al. (2007), estudando o impacto da gestação nos sintomas de TA em um estudo de coorte do Reino Unido, dividiram as participantes conforme história de TA: recente ou no passado, obesas antes da gestação e grupo controle. De acordo com a hipótese dos autores, constatou-se que mais de 25% das mulheres com história recente de TA apresentavam comportamentos purgativos durante a gestação, em particular mulheres com história recente de BN - que relataram altas taxas de comportamentos purgativos no primeiro trimestre de gestação. Cerca de 10% das mulheres com TA recente também relataram fazer dieta para perda de peso com 32 semanas de gestação e apresentaram altas taxas de preocupação com o ganho de peso durante o terceiro trimestre de gestação. A preocupação com a forma e peso corporais, embora tenham diminuído em comparação com o período pré-gestacional,

permaneceu acima das taxas do grupo controle durante a gestação. Ainda foi observado que o uso de laxantes foi menos comum do que a prática de vômitos autoinduzidos durante a gravidez, achados estes, segundo os autores, condizentes com outros trabalhos, que mostraram um decréscimo no uso de laxantes durante a gestação, mas risco de manutenção dos vômitos autoinduzidos durante esse período.

EAGLES et al. (2012) compararam as consequências da gestação em mulheres com e sem histórico de AN no Reino Unido e encontraram que as médias de peso ao nascer foram menores em bebês de mães com AN do que naqueles de mães sem o transtorno. Também encontraram risco para hemorragia pré-parto maior entre mulheres com AN.

Segundo MITCHELL e BULIK (2006), mesmo quando recuperada de um TA, uma mulher com uma história de AN, por exemplo, ainda pode manter comportamentos como a restrição alimentar ou limitar o ganho de peso por meio do abuso de laxantes e/ou diuréticos, que interferem na nutrição do feto resultando em complicações obstétricas. Algumas mulheres conseguem modificar seu comportamento durante a gravidez após sentir o bebê “chutar” ou ver a imagem fetal no exame de ultrassonografia. Outras são tomadas pelo medo e pela ansiedade quanto às alterações da imagem corporal e mantêm seus comportamentos usuais para controle de peso. A personalidade de uma mulher com AN, BN ou outros transtornos alimentares pode impedir o início da aquisição de um papel materno durante a gravidez. Esta pode desencadear uma nova onda de ansiedades e medos para mulheres com um TA.

Em relação à preocupação com o ganho de peso na gravidez, MENEZES e DOMINGUES (2004), com o objetivo de identificar as mudanças corporais

percebidas por gestantes adolescentes e sua opinião sobre elas, encontraram atitudes positivas em relação ao ganho de peso durante a gravidez para a maioria da população avaliada, mesmo na presença de visão distorcida do peso pré-gestacional e crenças inadequadas sobre o ganho de peso.

Neste estudo, a distorção foi constatada entre a maioria (89,3%), que considerava o seu peso acima do normal, sendo que 67,4% estava eutrófica. A maioria das adolescentes (86%) também apresentou desconhecimento sobre quantos quilos se deve ganhar numa gestação. Quanto às atitudes em relação ao ganho de peso, dos 18 itens da escala utilizada no estudo, somente dois tiveram uma média abaixo do ponto de corte, indicando atitudes negativas. Por outro lado, questões relacionadas à saúde do concepto tiveram as maiores médias, indicando que as gestantes apresentaram certa preocupação com o ganho de peso, porém quando este está associado ao bebê, essa preocupação fica em segundo plano (MENEZES e DOMINGUES, 2004).

Outro trabalho brasileiro, acima mencionado avaliou, entre outros parâmetros, a preocupação com a forma e peso corporais antes e durante a gestação de adultas jovens em atendimento primário no estado do Rio Grande do Sul. Antes da gestação, a preocupação com forma e peso corporais foi relatada por 11% e 9,8% das gestantes, respectivamente. Durante a gestação, foi constatada redução da preocupação com a forma (5,6%) e peso (5,5%) corporais. De acordo com os autores, uma possível explicação para esta redução é que, as mulheres que apresentavam maior preocupação com peso e forma corporais antes da gravidez podem tornar-se temporariamente menos preocupadas com calorias, peso e forma devido a uma

preocupação genuína com o desenvolvimento do bebê e com a saúde (SOARES et al., 2009).

CAIROLI (2009) avaliou a imagem e a satisfação corporais de mulheres frente às mudanças corporais durante a gestação através da Escala de Medida em Imagem Corporal desenvolvida por SOUTO (1999), da qual também testou a confiabilidade. O trabalho avaliou 93 gestantes adultas na cidade de Vinhedo (SP), utilizando a Escala de Medida em Imagem Corporal de Souto, que é uma escala do tipo *Likert*, com cinco opções de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre” para 23 afirmativas referentes ao modo como as pessoas podem pensar, sentir ou se comportar em relação ao seu próprio corpo. Foi desenvolvida para prática em enfermagem e investigar alterações na imagem corporal, dividindo-a em três componentes: Realidade Corporal, Ideal Corporal e Apresentação Corporal. Sobre a Imagem Corporal, constatou-se que maioria das gestantes apresentou boa imagem corporal, sem alteração e, no geral, não havia alteração em nenhum de seus componentes. Entre as gestantes obesas, notaram-se resultados significantes entre peso corporal e escores mais baixos no componente Ideal Corporal. Observou-se também que quanto maior o IMC da gestante, menor era seu escore de imagem corporal; as gestantes que estavam fora do peso adequado durante a gestação apresentam alteração da imagem corporal e estavam mais insatisfeitas.

Na literatura internacional, alguns trabalhos avaliaram a preocupação com o ganho de peso na gestação, em sua maioria com mulheres adultas (COPPER et al., 1995; DiPIETRO et al., 2003; SWANN et al., 2009).

Um estudo de coorte na Noruega avaliou atitudes em relação ao ganho de peso na gestação em mulheres adultas, estabelecendo também a prevalência de TA (SWANN et al., 2009). Os autores classificaram, entre as mulheres com e sem TA, o grau de preocupação com o ganho de peso em “muito preocupada”, “um pouco preocupada” e “não preocupada”. Nesta população, as ocorrências de TA encontradas na amostra foram: 0,1% para AN; 0,85% para BN; 0,1% outros transtornos alimentares; 5,0% para o TCA (93,9% não apresentavam um TA antes da gravidez). Em relação à presença do comer transtornado, foi observada maior preocupação com o ganho de peso gestacional. Em mulheres sem TA, uma maior preocupação com peso foi associada com maior ganho de peso gestacional, maior peso dos recém-nascidos, maior a probabilidade de um bebê grande para a idade gestacional, e probabilidade reduzida de uma criança pequena para a idade gestacional. Mulheres com TCA que relataram maior preocupação com peso também tiveram maior ganho de peso durante a gravidez (SWANN et al., 2009).

1.2.3 Compulsão alimentar na gestação

O Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) é relativamente comum na gestação, ocorrendo em 1 em cada 20 mulheres (BULIK et al., 2007). Outros trabalhos mostraram que a prevalência de TCA é de 17 a 44% durante a gravidez (ABRAHAM et al. 1994; SOARES et al. 2009).

BULIK et al. (2007) encontraram que gestantes com TCA têm bebês com maior peso, risco menor de gerarem bebês pequenos para a idade gestacional, maior risco de terem parto cirúrgico e bebês grandes para a idade gestacional - desfechos que são indiretamente influenciados pelo peso e ganho de peso materno.

O TCA durante a gestação geralmente é acompanhado de ganho excessivo de peso, o que representa risco maior de retenção de peso no período pós-parto, de obesidade, de problemas com a imagem corporal e pode comprometer a saúde da mãe em futuras gestações; estes dados aumentam consideravelmente a preocupação com o TCA durante a gravidez no que diz respeito ao bem estar tanto da mãe quanto o da criança (SOARES et al., 2009; NUNES et al., 2012).

Em muitos casos, a gestação pode representar uma janela de remissão dos sintomas do TCA, enquanto que para outras mulheres, ela representa um período de vulnerabilidade para o seu desenvolvimento ou agravamento, mesmo que os sintomas sejam reduzidos no decorrer da gravidez (BERG et al., 2011; BULIK et al., 2007; SOARES et al., 2009). Sugere-se que este período está mais associado com a continuação do que com a remissão de sintomas de TCA (EASTER et al., 2013; BULIK et al., 2007). Ainda, os sintomas de TCA podem melhorar substancialmente durante a fase gestacional, mas tendem a retornar no período pós-parto de maneira semelhante ao período pré-gestacional, para mulheres que já apresentavam o transtorno (CROW et al., 2008).

Para avaliar o que é uma compulsão alimentar, a maioria dos estudos (BULIK et al., 2007; EASTER et al., 2013; BERG et al., 2011; SIEGA-RIZ et al., 2011) utilizou questionários de autopreenchimento que definia o transtorno como a “ingestão de uma grande quantidade de alimento, acompanhada por sensação de perda de controle, ocorrendo ao menos uma vez por semana com a ausência de comportamentos compensatórios”, o que está de acordo com os atuais critérios de definição do DSM-5, que têm como requisito também a frequência de pelo menos

um episódio semanal de compulsão alimentar nos últimos três meses, juntamente com as demais características.

Estudo de NUNES et al. (2012) investigou compulsão alimentar como um comportamento alimentar inadequado, e não como um diagnóstico formal baseado na classificação dos atuais critérios. Os autores utilizaram uma versão em português do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e avaliaram a compulsão alimentar através de uma das subescalas do questionário de autopreenchimento “comportamentos alimentares inadequados” e constataram que o ganho de peso gestacional foi significativamente maior entre aquelas que relataram ter compulsão alimentar durante a gravidez e que mulheres com compulsão durante a gestação devem ser submetidas à avaliação diagnóstica para TA.

BERG et al. (2011) e SIEGA-RIZ et al. (2011) constataram que o uso de questionários de autopreenchimento para a definição de compulsão alimentar pode ser uma limitação. Embora em suas pesquisas tenham utilizado questões que remetiam aos critérios diagnósticos do DSM-5, reconhecem que entrevistas diretas poderiam render informações de diagnóstico mais ricas. Além disso, as questões utilizadas semelhantes às definições do DSM-5 e as do próprio manual, são aplicáveis em qualquer público, não sendo diferenciadas para gestantes.

1.3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Foi realizada uma busca nas literaturas nacional e internacional sobre gravidez na adolescência acerca de aspectos relacionados a comportamento alimentar, mudanças corporais durante a gravidez em adolescentes. Para isso,

empregaram-se os termos “adolescente and grávida”, “gravidez na adolescência”, “gestação na adolescência”, “gestante and adolescente”, “gestante and adolescência”, “gravidez and adolescente”, “gravidez and adolescente and bulimia nervosa”, “gravidez and adolescente and anorexia nervosa”, “gravidez and adolescente and compulsão alimentar”, “gravidez and adolescente and transtorno alimentar”, “gravidez and adolescente and comportamento alimentar”, “gravidez and adolescente and alimentação” e “gravidez e imagem corporal” nas bases de dados Lilacs e Scielo, encontrando como resultado temas diversos, em sua grande maioria ligados a questões médicas, sociais e psicológicas dessa temática. Dos artigos relacionados à nutrição, apenas um dizia respeito a mudanças corporais na gestação (DOMINGUES e MENEZES, 2004), um estava relacionado a comportamento alimentar (BORGHI, 1997) e um, a transtorno alimentar na gestação (NERY et al., 2002).

Observa-se, portanto, que a temática gravidez na adolescência, dentro da área de nutrição, se atém essencialmente aos temas: relação do peso do recém-nascido com o estado nutricional da mãe (GAMA et al., 2001; NEVES FILHO et al., 2011); consumo alimentar da gestante no que diz respeito às características nutricionais da dieta (BARROS et al., 2004); presença ou deficiência de determinados minerais e vitaminas na alimentação da gestante e anemia (FUJIMORI et al., 2000; NOGUEIRA et al., 2003); práticas de amamentação (CAMAROTTI et al., 2011); estado nutricional e composição corporal da gestante (BELARMINO et al., 2009; SANTOS et al., 2012) e doença mental na gravidez (MITSUHIRO et al., 2006; CAPUTO e BORDIN, 2007).

Na literatura internacional, por outro lado, há diversos trabalhos sobre gravidez relacionados à imagem corporal, alguns relacionados ao comportamento

alimentar ou a atitudes em relação ao ganho de peso. No entanto, encontraram-se apenas quatro trabalhos sobre imagem corporal e atitudes em relação ao ganho de peso na gestação se referindo ao período da adolescência, sendo um deles no idioma chinês (MATSUHASHI e FELICE, 1991; CHEN e JIN, 1996; STEVENS-SIMONS et al., 1993; STENBERG e BLINN, 1993).

Os estudos sobre ganho de peso e gravidez na adolescência abordam essa questão do ponto de vista de riscos para baixo peso do bebê ou visam a verificar associações com o ganho de peso e nível socioeconômico e com outras questões sociais (SILVA et al., 2007; HOGA, 2008; MARTINEZ et al., 2011; LINNA et al., 2014). Quase nenhum estudo avalia preocupação com ganho de peso ou com o corpo em gestantes adolescentes (STEVENS-SIMON et al., 1993; MATSUHASHI e FELICE, 1991; STENBERG e BLINN, 1991); e praticamente todos os resultados de buscas com os termos “adolescent pregnant/pregnancy and eating disorders”, “adolescent pregnant/pregnancy and body image” e “adolescent pregnant/pregnancy and disordered eating” na base de dados PubMed mostram estudos com gestantes adultas (WARDLE, 1994; COPPER et al., 1995; POMERLEAU et al., 2000; KENDALL et al., 2001; BOSCAGLIA et al., 2003; DiPIETRO et al., 2003; ROCCO et al., 2005; DAVIES e CHANG et al., 2006; DOWNS et al., 2008; SWANN et al., 2009; MEHTA et al., 2011; FULLER-TYSZKIEWICZ et al., 2012; GROTH et al., 2012; CARDWELL 2013; COKER et al., 2013; CORREL et al., 2013, LINNA et al., 2014).

1.4 JUSTIFICATIVA

De acordo com a busca bibliográfica realizada, há na literatura brasileira uma lacuna de conhecimento sobre temas acerca de problemas com a imagem corporal e atitudes alimentares inadequadas na gestação, especialmente de adolescentes. Foi encontrado apenas um trabalho que avaliou atitudes em relação ao peso de adolescentes gestantes e este não pesquisou satisfação corporal nem qualquer aspecto referente à alimentação nessa população (DOMINGUES e MENEZES, 2004). Também foi encontrado um único trabalho que analisou satisfação corporal em gestantes, mas excluiu de sua pesquisa o termo “adolescentes”, além de não ter nela incluído nenhum aspecto alimentar (CAIROLI, 2009).

Uma vez que a gestação na adolescência pode estar relacionada, não apenas a problemas clínicos, mas também a distúrbios da imagem corporal e comportamentos alimentares inadequados (incluindo comportamentos de risco para transtornos alimentares), a exploração desses temas em dois momentos de transformações concomitantes – a adolescência e a gestação – se faz necessária e pode ser útil na prevenção e no tratamento de atitudes alimentares inadequadas, garantindo melhores condições de saúde para o crescimento adequado da adolescente e o desenvolvimento do feto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as atitudes em relação à alimentação, ao peso e ao corpo de um grupo de adolescentes grávidas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar, durante o período gestacional de adolescentes: as atitudes em relação ao ganho de peso; a satisfação corporal; os comportamentos alimentares e preocupações com a comida; as preocupações com o corpo, forma física e ganho de peso e a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares.
- b) Verificar possíveis associações entre: o risco para transtorno alimentares e a satisfação corporal; o comportamento alimentar e as mudanças corporais; as mudanças corporais e a satisfação corporal; a satisfação corporal e o comportamento alimentar.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional transversal.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), que desenvolve o PIAEGA – Programa Integrado de Assistência e Educação à Gestante Adolescente, o qual oferece acompanhamento multiprofissional. O foco central do atendimento é a gestante adolescente, entretanto, o acompanhamento pode ser estendido aos familiares e/ou companheiro da gestante caso seja necessário (KAHHALE et al., 1997).

O PIAEGA foi implantado em 1987 e passou por quatro propostas até chegar à atual. Alguns dos objetivos do programa são: melhorar a qualidade de vida da mulher através da prestação de serviços abrangentes de saúde no período da gestação, parto e puerpério; fornecer conhecimentos sobre o processo da maternidade (anatomia, fisiologia da reprodução, parto, puerpério e amamentação); transformar o tempo ocioso de espera no ambulatório em tempo de trabalho e educação para a saúde; propiciar elementos para a conscientização do vínculo mãe-pai *versus* filho, com abordagem do núcleo familiar, entre outros ligados à pesquisa e divulgação dos trabalhos (KAHHALE et al., 1997).

Os atendimentos acontecem uma vez por semana, às quintas-feiras, durante toda a manhã. A rotina envolve consulta médica de pré-natal, dinâmica de grupo multiprofissional, exames complementares, entrevista individual somatopsicossocial de pré-natal, visita à maternidade, entrevista de puerpério médica e somatopsicossocial, rotina de estímulo à amamentação e reunião de equipe.

Como o tipo de demanda da gestante é diferente, dependendo do período gestacional, as adolescentes foram organizadas em dois grupos distintos: o primeiro grupo vai até a 32ª semana, coordenado principalmente por uma assistente social e uma psicóloga, que trabalham as questões levantadas pelas adolescentes; o segundo grupo é formado por gestantes com mais de 32 semanas até o final da gestação.

O atendimento às adolescentes acontece por meio de dinâmicas coordenadas por vários profissionais. A primeira delas consiste na discussão em grupo dos seguintes temas centrais: 1) sintomas e sinais gravídicos; 2) anticoncepção/planejamento familiar; 3) relação familiar/separação dos pais; 4) relação médico *versus* paciente; 5) parto/ansiedade e local; 6) profissionalização/projetos futuros; 7) relação afetivo-sexual/ conjugal; 8) corpo gravídico/esquema corporal/adolescência *versus* maternidade; 9) relação materno-filial/paternidade; 10) cuidados pessoais/alimentação; 11) amamentação; 12) tabus e preconceitos. Enquanto o grupo de maior idade gestacional participa da primeira dinâmica, o outro passa por consulta médica de pré-natal. Após essa consulta, o médico fornece informações à psicóloga para auxiliá-la na organização da segunda dinâmica, que trabalha questões referentes ao parto. Há ainda dinâmicas de trabalho corporal, implantadas a partir de solicitações das pacientes, cujos aspectos trabalhados são: mobilização articular, relaxamento e alongamento muscular,

sensibilização e conscientização corporal e preparação para o parto. O trabalho corporal com essa população é realizado com todos os participantes sentados no chão, apoiando as costas na parede, visando à integração do corpo adolescente com o corpo gravídico. Além disso, para as gestantes no final da gravidez, é também feita uma visita à maternidade e ao berçário, acompanhada pela psicóloga. As gestantes ainda passam em atendimento de consulta individual com as áreas de Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

Segundo informações do PIAEGA, a maioria das adolescentes chega ao serviço com cerca de 20 semanas de gestação. Até as 32 semanas, elas têm acompanhamento mensal; de 32 a 36 semanas, atendimento quinzenal e, a partir daí até o parto, o acompanhamento é semanal.

Em relação ao atendimento nutricional, há uma avaliação inicial, além de consulta a cada 1,5 a 2 meses, dependendo da necessidade. As gestantes também têm algumas aulas sobre nutrição. São abordados tópicos como necessidade energética, nutrientes essenciais na gestação e fracionamento das refeições. Em uma pesquisa realizada no próprio ambulatório, constataram-se dados condizentes com a literatura: inadequação de energia, cálcio e zinco, peso abaixo do esperado para a idade gestacional, com melhora significativa após acompanhamento nutricional individual das gestantes avaliadas (BORGHI et al., 1997).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram convidadas a participar do estudo, adolescentes grávidas atendidas pelo PIAEGA, do ambulatório de Obstetrícia do HCFMUSP.

A amostra foi não probabilística. Foram incluídas no estudo todas as gestantes adolescentes atendidas pelo PIAEGA no período de abril a dezembro de 2013 que preencheram os critérios de inclusão.

Como este foi um estudo inédito em seus objetivos, foram usados dois parâmetros como referência para o cálculo da amostra: prevalência geral de TA e prevalência de insatisfação corporal em adolescentes de diferentes cidades do sudeste do Brasil (Florianópolis, Belo Horizonte, Santa Maria e São Paulo) – uma vez que as atitudes específicas para com corpo e alimentação de adolescentes grávidas não tem prevalência conhecida.

Considerando-se os dados de prevalência/frequência de insatisfação corporal em adolescentes como um todo, seria necessária uma amostra de 232 a 291 sujeitos; por sua vez considerando-se a prevalência/frequência de TA em adolescentes como um todo seria necessária uma amostra de 73. Optou-se por adotar como referência a prevalência de TA, uma vez que o número de gestantes adolescentes que passam pelo ambulatório do PIAEGA anualmente é cerca de 100.

Os critérios de inclusão foram: a) idade entre 11 a 17 anos (faixa etária atendida pelo ambulatório em questão) e b) estar na faixa do 3º ao 9º mês de gestação (10ª a 36ª semana). Foram consideradas inelegíveis para o estudo adolescentes analfabetas, portadoras de algum transtorno psiquiátrico ou usuárias de drogas.

3.4 VARIÁVEIS

As variáveis analisadas durante o estudo foram:

⇒ Características demográficas: idade, escolaridade da adolescente, ocupação, estado civil, escolaridade do pai da criança, número de pessoas que moram na

casa e classificação socioeconômica por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012).

⇒ Características gestacionais: paridade, idade gestacional, número de filhos e tipo de partos anteriores, idade da menarca, desejo ou não da gestação, presença ou ausência do pai da criança durante a gestação.

⇒ Características antropométricas: peso atual, altura atual, IMC atual, peso pré-gestacional, altura pré-gestacional, IMC pré-gestacional.

⇒ Classificação do peso e importância do mesmo no período pré-gestacional: avaliada por meio de questões adaptadas do estudo de NEUMARK-SZTAINER et al. (1995) com adolescentes.

⇒ Satisfação corporal: avaliada através do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) - Questionário de Imagem Corporal.

⇒ Comportamentos alimentares, preocupação com a comida e peso: avaliados através de questões desenvolvidas por CLARK e OGDEN (1999).

⇒ Comportamentos de risco para transtornos alimentares: avaliados através de questões desenvolvidas por HAY (1998), adaptadas para o período gestacional, e por questões que avaliam práticas não saudáveis para controle de peso adaptadas de NEUMARK-SZTAINER et al. (1995), também readaptadas ao período gestacional.

⇒ Atitudes em relação ao peso durante o período gestacional: foram avaliadas por meio da escala de Atitude em relação ao Ganho de Peso durante a gestação (AGPG), desenvolvida e validada por PALMER et al. (1985) e adaptada ao contexto nacional (OLIBONI et al., 2014).

3.5 INSTRUMENTOS

A data de nascimento, dados sociodemográficos e características gestacionais foram obtidos por perguntas diretas ou coletadas do cartão de atendimento das pacientes (Anexo 1).

A classificação socioeconômica foi feita por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP, 2012), questionário desenvolvido a partir de dados de levantamento socioeconômico de 2010, com a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, determinando sua classe econômica (Anexo 2). A versão de 2008, com base de dados 2010, entrou em vigor em outubro de 2012 e é utilizada para determinar o perfil das classes econômicas da amostra, a partir de pontuação obtida de acordo com a quantidade de posse de cada um dos itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). As seguintes faixas de pontuação determinaram as classes econômicas: A1: 42 a 46 pontos; A2: 35 a 41 pontos; B1: 29 a 34 pontos; B2: 23 a 28 pontos; C1: 18 a 22 pontos; C2: 14 a 17 pontos; D: 8 a 13 pontos; E: 0 a 7 pontos.

As características antropométricas foram coletadas do prontuário das participantes. A classificação de adequação de peso gestacional no PIAEGA é feita de acordo com o guia do *Institute of Medicine* (IOM), versão 2009. O ganho de peso recomendado varia de acordo com o IMC (peso/ altura²) pré-gestacional da gestante (Quadro 1).

Uma vez que a menarca ocorre, via de regra no estágio M4 do estágio de Tanner (1962), ou seja, a penúltima fase do estadiamento puberal para meninas (CHIPKEVITCH, 2001), pode-se considerar que o crescimento das adolescentes que já engravidaram e, portanto, já menstruaram, está praticamente em estágio final, podendo elas serem consideradas adultas do ponto de vista fisiológico. Assim, o uso da recomendação de ganho de peso gestacional do IOM (2009) para adultas, é adequado.

Quadro 1 – Ganho de peso recomendado de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) materno pré-gestacional

IMC pré-gestacional	IMC (kg/m ²)	Ganho de peso durante a gestação (kg)	Ganho de peso semanal 2º e 3º trimestres (kg)
Baixo peso	< 18,5	12,5 – 18,0	0,5
Peso normal	18,5 – 24,9	11,0 – 16,0	0,4
Sobrepeso	25,0 – 29,9	7,0 – 11,5	0,3
Obesidade	≥ 30,0	5,0 – 9,0	0,2

Fonte: *Institute of Medicine* (IOM), 2009.

3.5.1 Questionário de imagem corporal (BSQ)

Este questionário, desenvolvido por COOPER et al. (1987) e traduzido para o português por CORDÁS e CASTILHO (1994), foi validado para a população adolescente brasileira por CONTI et al. (2009).

Entre os questionários disponíveis para avaliar a imagem corporal, o BSQ é um dos mais utilizados, sendo uma ferramenta que fornece uma avaliação contínua e descritiva da insatisfação com a imagem corporal em pesquisas e na prática clínica. Seu objetivo é medir a preocupação de indivíduos em relação à sua forma corporal e

ao seu peso nas últimas quatro semanas, especialmente a frequência com a qual pessoas com ou sem transtornos alimentares experimentam a sensação de “sentir-se gordo” (CONTI et al., 2009).

Trata-se de um instrumento autoaplicável de 34 perguntas para serem respondidas numa escala *Likert* com as seguintes opções: “nunca” (1 ponto), “raramente” (2 pontos), “às vezes” (3 pontos), “frequentemente” (4 pontos), “muito frequentemente” (5 pontos) e “sempre” (6 pontos). O escore total pode variar de 34 a 204, e a classificação da satisfação com a imagem corporal é dada pela somatória, sendo: menor do que 80 = sem insatisfação; de 80 a 110 = insatisfação leve; de 111 a 140 = insatisfação moderada e maior do que 140 pontos = insatisfação grave.

Uma busca bibliográfica sobre questionários utilizados para avaliar satisfação corporal entre gestantes mostrou o uso de uma diversidade de instrumentos. Dentre as escalas traduzidas e validadas para a língua portuguesa, encontraram-se o Questionário de Atitude Corporal - *Body Attitude Questionnaire* (BAQ) e o Questionário de Imagem Corporal (BSQ) aplicados a esta população.

Três estudos utilizaram o BAQ (SKOUTERIS et al., 2005; DUNCOMBE et al., 2008 e CLARK et al., 2009), aplicando apenas 4 das 6 subescalas do instrumento (atração física, sentir-se gorda, saliência e formas do corpo, força e aptidão física). Considera-se que a subescala “força e aptidão física” pouco ou nada se aplica ao período gestacional. Portanto, além desses 3 trabalhos não utilizarem o questionário completo, seria ideal excluir ainda mais esta subescala, e o BAQ foi então desconsiderado como opção de avaliação da satisfação corporal no presente estudo.

Estudos de CLARK e OGDEN (1999) e FOX e YAMAGUCHI (1997), aplicaram o BSQ com objetivos de, respectivamente, avaliar o impacto da gestação

no comportamento alimentar e na preocupação com o peso; e comparar as mudanças na imagem corporal vivenciadas por gestantes de peso normal e com sobrepeso. Ambos utilizaram a escala na íntegra e, além disso, FOX e YAMAGUCHI (1997) propuseram a adaptação de três questões do BSQ (12, 23 e 35) para o período gestacional – referindo-se à comparação do corpo com o de outras gestantes e não simplesmente com o corpo de outras pessoas. Por esta razão, esse foi o instrumento escolhido para avaliar satisfação corporal no presente trabalho.

Estudo de CONTI et al. (2009) evidenciou a validade e a confiabilidade do BSQ (consistência interna 0.96). A versão em português teve um bom desempenho em termos de validação, confiabilidade e compreensão verbal quando aplicado a uma amostra de adolescentes. Seus resultados psicométricos foram satisfatórios, sugerindo-se ser uma ferramenta efetiva, tanto na prática clínica quanto em pesquisas, sendo, portanto, recomendado para a avaliação de atitudes em relação à imagem corporal entre adolescentes brasileiros. Esta versão foi utilizada no presente estudo com as adaptações utilizadas por FOX e YAMAGUCHI (1997) traduzidas para o Português (Anexo 3).

3.5.2 Comportamento alimentar e preocupações com comida e peso

Algumas questões específicas sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso foram desenvolvidas e utilizadas no estudo de CLARK e OGDEN (1999), com 50 gestantes adultas, objetivando avaliar o impacto da gestação no comportamento alimentar e na preocupação com o peso.

Trata-se de duas perguntas para cada um dos seguintes itens: fome, quantidade de alimento ingerida, exageros alimentares, desejos alimentares,

preocupação com comida e preocupação com o peso. As perguntas devem ser respondidas atribuindo-se uma nota de zero a dez, sendo que o zero representa “nunca” ou “nem um pouco” e dez representa “absolutamente o tempo todo” ou “extremamente”.

Estas questões foram traduzidas para o português e discutidas entre equipe de especialistas em nutrição e obstetrícia para sua utilização no presente estudo (Anexo 4). A interpretação deste instrumento foi realizada através das médias das notas dadas a cada pergunta. Quanto maior a nota, pior o comportamento alimentar e as preocupações com comida e peso.

3.5.3 Comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e práticas não saudáveis para controle de peso

Dentre os vários instrumentos utilizados para avaliar risco de transtornos alimentares, optou-se pela utilização das questões desenvolvidas por HAY (1998), que focam os três comportamentos classicamente presentes nos quadros de TA: compulsões alimentares, métodos purgativos para controlar o peso (uso de laxantes, diuréticos ou vômitos autoinduzidos) e restrição alimentar (Anexo 5). Essas questões foram aplicadas em estudo nacional conduzido por FERREIRA e VEIGA (2008b) com adolescentes no estado do Rio de Janeiro, para investigar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares por gênero, idade e estado nutricional, obtendo boa confiabilidade do instrumento junto a essa população.

A presença regular de tais comportamentos, ou seja, comportamento de risco para TA, é definida como no mínimo uma vez por semana nos últimos três meses (HAY, 1998). Para o presente estudo, esse período foi alterado para “desde que você está grávida”.

As perguntas sobre práticas não saudáveis para controle de peso foram adaptadas do estudo de NEUMARK-SZTAINER et al. (1995) com adolescentes para o período gestacional. Foi questionado o uso de alguns métodos com o objetivo de perder ou evitar ganhar peso, para os quais a adolescente deveria responder “sim” ou “não”, considerando-se o período desde o início da gestação: a) exercício físico, b) comer muito pouca comida, c) tomar remédios para emagrecer, d) usar algum substituto de alimentos (suplementos, *shakes*), e) pular refeições, f) comer mais frutas, verduras e legumes, g) comer menos alimentos gordurosos, h) comer menos doces, i) fumar mais cigarros (Anexo 5). As opções b, c, d, e e i são consideradas práticas não saudáveis para controle de peso.

3.5.4 Preocupação com o peso e com a forma física antes e após o início da gestação

Estes itens foram avaliados por questões adaptadas do estudo de NEUMARK-SZTAINER et al. (1995) com adolescentes. Uma das questões avalia a importância do peso e forma física antes e após o início da gestação, tendo como possíveis respostas: “não muito importantes”, “pesam um pouco em como eu me sinto”, “são as coisas mais importantes que afetam como eu me sinto” e “eu me preocupo mais com a forma física do que com o meu peso”.

A segunda questão avalia a percepção em relação ao próprio peso antes e após o início da gestação, e suas respostas variam de “muito acima do peso” a “muito abaixo do peso” (Anexo 6).

3.5.5 Escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na gestação (AGPG)

A escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação (AGPG) consiste em um questionário com 18 afirmações que expressam atitudes de gestantes em relação ao seu ganho de peso nesse período. PALMER et al. (1985) desenvolveram e testaram esse questionário com 29 mulheres grávidas nos Estados Unidos para determinar se as atitudes em relação à magreza afetariam o ganho de peso durante a gestação.

Inicialmente, foi desenvolvida uma lista com 40 afirmações que expressavam diferentes atitudes de gestantes em relação ao seu próprio ganho de peso. A validade do conteúdo ou adequação das afirmações para medir atitudes em relação ao ganho de peso foi estabelecida por um conjunto de 30 avaliadores, constituído por mulheres grávidas e mulheres que já tinham tido filhos, professores universitários, médicos e alunos de graduação. As 20 questões julgadas mais apropriadas foram compiladas em uma escala do tipo *Likert* e foi realizado um pré-teste com 9 gestantes no seu último trimestre de gestação. Duas afirmações foram excluídas, pois não diferenciavam uma atitude positiva de uma negativa. Assim, chegou-se à versão final de 18 afirmações (PALMER et al., 1985).

A AGPG é uma escala de autopreenchimento, respondida na forma de escala *Likert* de pontos (1 – concordo fortemente a 5 – discordo fortemente). O escore varia de 18 a 90 pontos. Quanto menor a pontuação, mais negativa a atitude em relação ao ganho de peso.

Os autores utilizaram o teste do qui-quadrado para medir a extensão das relações entre os pares de variáveis selecionadas, que incluíram: escore de atitude, ganho de peso, número de gestações, idade, peso ao nascer, recomendação médica e conhecimento sobre ganho de peso. A confiabilidade ($r = 0,67$) do questionário foi considerada moderada (PALMER et al., 1985).

No Brasil, MENEZES e DOMINGUES (2004) traduziram e aplicaram esse questionário em estudo com 132 adolescentes gestantes na cidade de Goiânia-GO, a fim de identificar as mudanças corporais percebidas por essa população e sua opinião sobre elas. Os autores optaram por excluir a opção de resposta “nem discordo, nem concordo”, pois o objetivo foi obter uma posição clara de discordância ou concordância da participante em relação a cada afirmação. Esse mesmo procedimento foi adotado para a versão deste trabalho.

Durante seu estudo, MENEZES e DOMINGUES (2004), constataram que a maioria das adolescentes teve atitudes positivas em relação ao ganho de peso, obtendo escore maior ou igual a 2,5, resultado semelhante aos encontrados por STEVENS-SIMONS et al. (1993) e GUTIERREZ (1999), verificando-se assim, a utilidade da escala em avaliar atitudes em relação ao ganho de peso.

Em função da falta de instrumentos validados para avaliar atitudes em relação ao ganho de peso na população gestante e devido ao fato de que, no trabalho de MENEZES e DOMINGUES (2004), a escala foi simplesmente traduzida e teve sua

consistência interna avaliada ao final da aplicação no grupo estudado, para o presente estudo submeteu-se a AGPG a um processo de adaptação transcultural como etapa prévia do presente estudo (Anexo 7). A versão final da escala adaptada e aplicada neste estudo encontra-se no Anexo 8.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados do cartão de atendimento das pacientes e a aplicação dos questionários foram realizadas pela própria pesquisadora. As gestantes também foram entrevistadas sobre os dados de classificação econômica (Anexo 1), preocupação com o peso e forma física antes e após o início da gestação (Anexo 6) conhecimento sobre o ganho de peso na gestação (Anexo 7) a fim de otimizar o tempo de coleta e obter todos os dados em um só dia. Os demais questionários, sobre satisfação corporal, comportamento alimentar e preocupações com comida e peso, comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e de atitudes em relação ao ganho de peso na gestação foram de autopreenchimento.

O preenchimento dos questionários e a entrevista ocorreram pela manhã, antes do início das atividades em grupo programadas para o dia na sala de espera pelo atendimento médico, ou após estas ou às consultas, de modo a não comprometer a participação da adolescente nas atividades educativas e de orientação.

3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise estatística dos dados foi realizada com o software SPSS 18.0 - *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Chicago, IL, USA). Para todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%.

As escalas BSQ, AGPG e o questionário sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso apresentam variáveis numéricas, embora a escala BSQ também tenha sido analisada como variável categórica (classificação de satisfação corporal). As questões sobre conhecimento sobre o ganho de peso na gestação, bem como as questões sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentam variáveis categóricas.

A escolha da análise estatística foi definida de acordo com a distribuição das variáveis. Para avaliar a condição de normalidade foi aplicado o teste *t-Student*. As variáveis numéricas não apresentaram distribuição normal e foram analisadas utilizando o teste de *Kruskal-Wallis*.

Os cruzamentos de dados de variáveis numéricas que apresentavam distribuição normal entre si foram analisados por meio da correlação de *Pearson* e aqueles cujas variáveis não apresentaram distribuição normal, pela correlação de *Spearman*.

Os cruzamentos de variáveis numéricas com categóricas foram realizados pelo teste de *Kruskal-Wallis* – quando se comparou uma variável com vários grupos - ou *Mann-Whitney* - quando se analisou uma variável em relação a dois grupos de variáveis somente. Para corrigir as análises de *Kruskal-Wallis* quando o valor de p foi significativo e descobrir de quais categorias resultava a diferença, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* entre todos os pares para corrigir as análises múltiplas; desta forma o valor para significância foi considerado quando $p < 0,008$.

As associações foram analisadas e diferenciadas em relação ao trimestre gestacional e ao estado nutricional.

Foi realizada análise de regressão logística para avaliar a influência das variáveis independentes com relação às variáveis dependentes (pular refeição, satisfação corporal e compulsão alimentar). As variáveis independentes consideradas foram: idade, trimestre gestacional, estado nutricional atual, classificação socioeconômica, percepção do peso e forma física antes da gestação (como sendo “são as coisas mais importantes que afetam como me sinto” e “pesam um pouco em como eu me sinto”, agrupadas em “muito importante”), quão cheia se sente depois de comer, com que frequência tem comido, com que frequência sentiu vontade de comer exageradamente, com que frequência come mais do que gostaria, com que frequência tem pensado em comida, com que frequência tem pensado em peso, o escore da AGPG total e para as questões AGPG 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17 e 18). O procedimento de seleção das variáveis no modelo de regressão logística utilizado foi o *Stepwise backwards*, que inclui no modelo final as variáveis que, analisadas conjuntamente, apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) (MAGALHÃES e LIMA, 2000). Foram apresentadas também as razões de chance (*odds ratio*) e o intervalo com 95% de confiança.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 10) e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Protocolo 353/12 em 04 de fevereiro de 2013 (Anexo 11);

As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informadas dos propósitos da pesquisa (Anexo 12). Um dos pais ou responsável legal pela adolescente também assinou o mesmo termo. Caso não estivesse presente no dia da entrevista, a adolescente deveria trazê-lo assinado em sua próxima visita ao ambulatório.

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas e gestacionais

A amostra totalizou 67 gestantes entre 12 e 17 anos, cujo perfil em relação à idade gestacional, IMC atual e pré-gestacional e idade da menarca, encontra-se na Tabela 1.

A média de idade gestacional correspondia ao 2º trimestre, e a média do IMC atual e pré-gestacional estavam dentro da faixa de normalidade. Nenhuma das adolescentes tinha outros filhos, sendo que 3 haviam engravidado anteriormente, mas perderam os bebês.

Das 67 gestantes, 98,5% (n = 66) eram solteiras e 83,6% (n = 56) moravam com os pais; a média de escolaridade foi de 7,94 anos de estudo (DP = 1,27). Quanto à escolaridade do pai da criança, a maioria (51,6%) havia completado 8 anos de estudo, seguida por 37,1% com 11 anos de estudos completos.

A maioria das gestantes morava em domicílios com 4 (28,4%) ou 5 (22,4%) pessoas. Também a maioria delas não desejou a gravidez (73,1%), mas contava com a presença do pai da criança durante a gestação (79,1%).

Tabela 1 – Características da amostra (n = 67) de gestantes adolescentes de acordo com trimestre gestacional.

	Amostra total	1º trim	2º trim	3º trim	
	m(DP) mín-máx*	m(DP) mín-máx	m(DP) mín-máx	m(DP) mín-máx	p
Idade (anos)	15,3(1,14) 12-17	15,66(1,53) 14-17	15,38(1,04) 12-17	15,23(1,32) 13-17	0,760
Idade gestacional (semanas)	21,87(6,53) 10-35	11(1,00) 10-12	29,95(2,94) 25,00-35,00	18,67(3,76) 13-24	0,000
IMC atual (kg/m ²)	23,94(4,36) 15,4-36,1	21,44(4,12) 19,02-26,20	26,04(4,39) 21,20-30,10	23,09(3,66) 15,40-35,00	0,021
IMC pré-gestacional (kg/m ²)	21,2(3,78) 15,1-34,8	18,53(3,50) 15,10-22,10	22,2(3,84) 18,40-34,80	20,97(3,57) 15,40-28,80	0,211
Idade menarca (anos)	11,78(1,38) 9-15	13(1,00) 12-14	11,76(1,21) 9-15	11,7(1,70) 9,00-14,00	0,290

IMC = Índice de Massa Corporal

* m(DP) mín-máx = média (desvio padrão) mínimo-máximo

A maioria das gestantes, 38,8% (n = 26) pertencia à classe socioeconômica C1, de acordo com o CCEB (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo classificação socioeconômica de acordo com o CCEB.

Quanto ao estado nutricional, antes da gravidez, a maioria das adolescentes, 64,2% (n = 43) referiu ter peso normal; apenas uma (1,5%) referiu obesidade. Durante a gestação, a maioria, 61,2% (n = 41), apresentava IMC dentro da faixa de normalidade e apenas duas (3,0%), apresentavam baixo peso, conforme ilustrado na Figura 2. A distribuição de cada gestante e seus respectivos IMC pré-gestacional e atual, bem como suas categorias encontram-se no Anexo 13.

Figura 2 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo estado nutricional, avaliado por índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e atual.

O IMC pré-gestacional foi calculado através do peso e altura referidos, e o IMC atual através dos dados mensurados no dia da aplicação dos questionários, estando as gestantes em diferentes trimestres de gestação. A distribuição das gestantes segundo IMC pré-gestacional e atual encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação de acordo com índice de massa corporal pré-gestacional e atual e trimestre gestacional.

Estado Nutricional	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		Total	
	n		N	%	n	%	n	%
	3		43	64,18	21	31,34	67	100
	IMC atual	IMC pré	IMC atual	IMC pré	IMC atual	IMC pré	p	
	n	n	n	%	n	%	n	
Baixo peso	2	2	23	53,5	25	58,1	5	5
Peso normal	0	1	10		9		9	14
Sobrepeso	1	0	6		9		6	1
Obesidade	0	0	4		0		1	1
Total	3	3	43		43		21	21

Em cada trimestre gestacional, observou-se que, para o IMC atual, a maioria das gestantes no 1º, 2º e 3º trimestres, apresentou peso dentro da faixa de normalidade; embora se observe uma redução de sobrepeso no 2º trimestre, e aumento no 3º trimestre. A evolução de cada categoria de IMC encontra-se na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação segundo índice de massa corporal atual e trimestre gestacional.

Em relação ao IMC pré-gestacional, observou-se que a frequência de baixo peso referido diminuiu entre aquelas que estavam no 2º e 3º trimestres. O sobrepeso pré-gestacional foi referido apenas pelas gestantes que estavam no 2º e 3º trimestres, e obesidade pré-gestacional apenas por gestantes que estavam no 3º trimestre (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação segundo índice de massa corporal pré-gestacional e trimestre gestacional.

Apenas um terço das gestantes afirmou ter conhecimento sobre o ganho de peso ideal na gestação. Ao serem perguntadas sobre qual seria este valor, algumas responderam em faixa (de 10 a 12 kg, por exemplo) ou em números inteiros, “1kg por mês, né?” ou “10kg, né?”. Para estas gestantes foi perguntado quem orientou sobre o ganho de peso adequado e a maioria, 42,9% (n = 9), afirmou ter sido o médico. Também foi perguntado se gostariam de ganhar mais ou menos peso do que lhes foi informado como sendo o ideal e quanto gostariam de ganhar. A maioria respondeu que gostaria de ganhar menos do que o recomendado, conforme mostrado na Tabela 3.

Cabe ressaltar que, os valores ou faixas referidos pelas gestantes como o informado pelos médicos ou outros profissionais, nem sempre correspondia à recomendação do IOM (2009) - adotada pelo próprio serviço.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo conhecimento sobre o ganho de peso ideal na gestação e o ganho de peso desejado.

Conhecimento sobre o ganho de peso ideal			
	n (%)		
Sim	21 (31,3)		
Não	46 (68,7)		
Gostaria de ganhar mais ou menos		Quanto gostaria de ganhar a mais ou a menos	
	n (%)	Total	n (%)
Mais	1 (4,76)	2 a 4 kg	1 (100)
Menos	12 (57,14)	1 kg	4 (33,33)
		2 kg	4 (33,33)
		3 kg	1 (8,33)
		4 kg	2 (16,67)
		6 kg	1 (8,33)
Dentro da faixa	8 (38,10)		

4.2 Satisfação corporal

Observou-se a maioria das gestantes, não apresentou insatisfação corporal segundo classificação obtida com escore do BSQ, mostrada na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação escore do Body Shape Questionnaire para a imagem corporal.

A classificação da imagem corporal, segundo escore do BSQ, por trimestre gestacional pode ser vista na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo classificação do escore do Body Shape Questionnaire para imagem corporal e trimestre gestacional.

	1 – Sem insatisfação		2 – Insatisfação leve		3 – Insatisfação moderada		4 – Insatisfação grave		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1º trim	3	100,00	0	0,00	0	0	0	0	3	100,00	0,367
2º trim	36	83,72	5	11,63	2	4,65	0	0	43	100,00	
3º trim	16	76,19	1	4,76	2	9,52	2	9,52	21	100,00	

Quando o escore do BSQ foi analisado em função do estado nutricional atual, encontrou-se que aquelas que estavam obesas tinham maior insatisfação corporal ($p = 0,001$). Não houve associação da satisfação corporal com a idade da gestante ($p = 0,953$), nem com a presença do pai da criança ($p = 0,704$), ou com a gestação ser desejada ($p = 1,000$).

4.3 Comportamento alimentar e preocupações com comida e peso

Para as questões relacionadas à fome, quantidade de comida ingerida e exageros alimentares e preocupação com a comida e peso (Anexo 4), pontuadas em uma escala de 0 a 10 (sendo 0 “nem um pouco” ou “nunca” e 10 “extremamente” ou “absolutamente o tempo todo”), observou-se que no mínimo metade das gestantes atribuiu pontos iguais ou maiores do que 6 para seus comportamentos, ou seja, equivalentes aos maiores valores para a resposta. Além disso, praticamente a metade

atribuiu pontos maiores do que 6 em relação à preocupação com seu peso, ou seja, resposta equivalente aos maiores valores para a resposta (

Tabela 5).

Tabela 5 – Resposta das gestantes adolescentes (n = 67) às questões de comportamento alimentar e preocupações com comida e peso.

	M, DP (mín-máx)*	0 a 4	5	6 a 10
		n (%)	n (%)	n (%)
<i>Em relação à fome:</i>				
Quanto faminta você se sente?	6,45 2,33 (0-10)	13 (19,4)	10 (14,92)	44 (65,67)
Quanto cheia você se sente depois de comer?	6,52 2,68 (1-10)	15 (22,39)	9 (13,43)	43 (64,18)
<i>Em relação à quantidade ingerida:</i>				
Com que frequência você tem comido?	6,66 2,03 (2-10)	10 (14,92)	14 (20,9)	42 (62,69)
Quanto você tem comido?	7,01 2,16 (2,10)	10 (14,92)	7 (10,45)	50 (74,63)
<i>Quanto a exageros alimentares:</i>				
Com que frequência você sentiu vontade de comer exageradamente?	5,63 2,98 (0-10)	27 (40,3)	7 (10,45)	33 (49,25)
Com que frequência você não resistiu e comeu mais do que você gostaria?	5,70 2,74 (0-10)	20 (29,9)	13 (19,4)	34 (50,75)
<i>Em relação a desejos alimentares:</i>				
Com que frequência você teve desejo por alimentos específicos?	4,84 2,75 (0-10)	32 (47,76)	10 (14,92)	25 (37,31)
Com que frequência você sentiu uma vontade muito forte para comer alimentos específicos?	5,15 3,10 (0-10)	29 (43,29)	7 (10,45)	36 (53,73)
<i>Quanto à preocupação com a comida:</i>				
Com que frequência você tem pensado em comida?	6,06 2,39 (0-10)	15 (22,39)	11 (16,42)	41 (61,19)
Com que frequência você tem pensado em comer?	6,31 2,23 (1-10)	9 (13,43)	17 (25,37)	41 (61,19)
<i>Em relação à preocupação com peso:</i>				
Com que frequência você tem pensado sobre seu peso?	5,73 3,20 (0-10)	25 (37,31)	9 (13,43)	33 (49,25)

*Dados apresentados em média, desvio padrão (mínimo-máximo), e por escore da resposta, agrupado em 0-4 (menores valores para a resposta), 5 (valor médio para a resposta), e 6-10 (maiores valores para a resposta).

Quando as médias nas questões acima foram analisadas em relação ao estado nutricional atual, foram encontradas diferenças significantes para as questões:

- “Com que frequência você tem pensado em comida?” (p = 0,03) com sobrepeso sendo diferente (menor) daquelas de peso normal;
- “Com que frequência você tem pensado em comer?” (p = 0,025) com sobrepeso sendo diferente (menor) daquelas de peso normal e baixo peso.

Não foi encontrada diferença significativa com relação ao trimestre gestacional para nenhuma das médias nas questões sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso.

Também foi realizada análise de forma categórica, por agrupamento de pontuação em 3 grupos (menor pontuação 0 a 4, média 5, e maior pontuação 6 a 10) das respostas para cada uma das questões acima. Foram encontradas diferenças para as questões:

- “*Com que frequência você sentiu vontade de comer exageradamente?*” ($p = 0,031$) em função do trimestre gestacional. As gestantes do 1º trimestre pontuaram mais na faixa de 0 a 4 para esta questão, e as do 2º trimestre mais na faixa de 6 a 10.

- “*Com que frequência você tem pensado sobre o seu peso?*” ($p = 0,025$) em função do estado nutricional. As gestantes de peso normal pontuaram mais 5 para esta questão, e as com sobrepeso pontuaram mais de 6 a 10.

4.4 Comportamentos de risco para transtornos alimentares e práticas não saudáveis para controle de peso

Em relação aos comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA, considerando-se as respostas “pelo menos uma vez por semana” ou “mais de uma vez por semana” para qualquer comportamento listado, 44,8% ($n = 37$) foram classificadas com comportamento de risco.

A Figura 6 mostra a frequência dos comportamentos de risco apresentados pelas gestantes.

Figura 6 – Distribuição das gestantes adolescentes (n = 67) segundo presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Observa-se, portanto, que o comportamento mais frequente foi compulsão alimentar. Dada a baixa frequência dos demais comportamentos, as análises de associação não foram realizadas com o resultado “comportamento de risco” e sim com o resultado para compulsão alimentar; e não foram encontradas associações entre presença de compulsão alimentar e trimestre gestacional ($p = 0,204$) ou estado nutricional ($p = 1,000$), nem para idade ($p = 0,833$), presença do pai da criança ($p = 0,550$) ou gravidez desejada ($p = 0,177$).

Quanto às práticas não saudáveis para controle de peso, 49,3% (n = 33) apresentaram resposta positiva para alguma delas, cujas respostas específicas por trimestre gestacional encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Práticas não saudáveis para controle de peso segundo o trimestre gestacional da amostra de gestantes adolescentes (n = 67).

	1º trim	2º trim	3º trim	Total	p
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
b) comer muito pouca comida	0	4(9,30)	4(19,05)	8(11,94)	0,607
c) tomar remédios para emagrecer	0	0	1(4,76)	1(1,49)	0,358
d) usar algum substituto de alimentos	0	1(2,33)	2(9,52)	3(4,48)	0,347
e) pular refeições	1(33,33)	12(27,91)	6(28,57)	19(28,36)	1,000
i) fumar mais cigarros	0	1(2,33)	1(4,76)	2(2,99)	1,000

Observou-se que, dentre as práticas consideradas não saudáveis, as mais frequentes foram comer muito pouca comida e pular refeições, especialmente no 2º trimestre gestacional.

As análises de frequência de respostas para práticas não saudáveis para controle de peso não encontraram associação com relação ao trimestre gestacional (Tabela 6); nem com relação ao estado nutricional (comer muito pouca comida $p = 0,377$; tomar remédios para emagrecer $p = 0,403$; usar substituto de alimentos $p = 0,099$; pular refeições $p = 0,287$; fumar mais cigarros $p = 0,340$).

Pular refeições foi marginalmente associado à idade ($p = 0,051$), mas não foi associado com presença do pai da criança ($p = 0,196$), nem com o fato da gestação ser desejada ($p = 1,000$).

4.5 Preocupação com peso e forma física antes e após o início da gestação

Foi encontrado que a preocupação com peso e a forma física foram diferentes em relação aos períodos antes e após o início da gestação.

Quando questionadas sobre quão importante eram estas questões antes de ficarem grávidas, a maioria respondeu que “não era muito importante”; já quando esta

pergunta foi feita com relação à importância após o início da gestação, a maioria respondeu que pesava um pouco em como se sentia (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das respostas das gestantes adolescentes (n = 67) à importância do peso e da forma física antes da gestação e desde que está grávida.

	1	2	3	4
Antes	32,8%	17,9%	19,4%	29,9%
Desde que está grávida	23,9%	32,8%	20,9%	25,3%
<i>p</i>	0,569			

1= não são muito importantes; 2=pesam um pouco em como eu me sinto; 3=são as coisas mais importantes que afetam como eu me sinto; 4=eu me preocupo mais com a forma física do que com o peso.

As respostas para as questões sobre percepção do peso e da forma física antes e desde que está grávida (*“Quanto importante era e tem sido seu peso e sua forma física nos seguintes momentos?”* e *“Como você acha que estava e está em relação a seu peso?”*) foram analisadas por trimestre gestacional e diferenças significantes entre os trimestres não foram encontradas.

Quanto à classificação sobre o próprio peso antes e após o início da gestação, a maioria referiu estar no peso certo antes de engravidar. Após o início da gestação, este valor diminuiu e mais do que dobrou a resposta “acima do peso” – aumentou também a resposta “muito acima do peso” (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das respostas das gestantes adolescentes (n = 67) segundo percepção do peso antes da gestação e desde que está grávida.

	1	2	3	4	5
Antes	3,00%	22,40%	58,20%	14,90%	1,50%
Desde que está grávida	3,00%	14,90%	40,00%	35,80%	6,00%
<i>p</i>	0,004				

1 =muito abaixo do peso; 2=abaixo do peso; 3=no peso certo; 4=acima do peso; 5=muito acima do peso.

4.6 Atitudes em relação ao ganho de peso na gestação

Na Tabela 9 encontram-se os valores de escore total da AGPG e de cada um dos fatores, segundo proposta do trabalho de adaptação transcultural da escala para o cenário nacional (OLIBONI et al., 2014) para cada trimestre gestacional e de acordo com o estado nutricional.

Tabela 9 – Escores total e por fatores da AGPG segundo trimestre e estado nutricional.

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Baixo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidade
	m(DP)	m(DP)	m(DP)	m(DP)	m(DP)	m(DP)	m(DP)
AGPG total	56,67(13,05)	54,79(7,27)	47,62(13,99)	60,00(6,08)	53,90(10,68)	48,71(11,07)	51,71(6,68)
Fator 1	29,67(6,66)	28,44(4,40)	24,14(8,13)	31,67(2,08)	27,65(6,29)	25,29(7,00)	26,86(2,48)
Fator 2	10,00(1,00)	9,63(1,72)	8,00(3,08)	10,00(2,00)	9,10(2,29)	8,65(2,52)	10,14(2,12)
Fator 3	6,00(2,00)	5,95(1,68)	4,76(2,12)	6,33(1,53)	5,98(1,69)	4,76(2,14)	5,00(2,08)
Fator 4	11,00(4,00)	10,77(2,36)	10,71(2,81)	12,00(1,00)	11,18(2,25)	10,00(2,78)	9,71(3,45)

Fator 1 inclui 8 questões (3,4,9,12,13,14,16 e 17), nomeado “*incômodo com o ganho de peso*”; fator 2 inclui 5 questões (1,2,5,8,15), nomeado “*preocupação com o peso*”; fator 3, nomeado “*bem estar com a gravidez*”, inclui 3 questões (6,7 e 11); fator 4, nomeado “*ganharia mais peso se necessário*”, inclui 2 questões (10 e 18).

Em relação às atitudes em relação ao ganho de peso na gestação, a média de pontuação total na AGPG foi de 52,63 (DP = 10,48), lembrando que o escore pode variar entre 18 a 72 pontos e que quanto maior a pontuação, mais positivas as atitudes. A distribuição das respostas por cada questão pode ser observada na Tabela 10.

Não foram encontradas associações entre o escore total da AGPG e idade ($p = 0,519$), presença do pai da criança ($p = 0,972$) e gravidez desejada ($p = 0,829$).

A análise comparativa do escore total médio e por fatores da AGPG por trimestre e estado nutricional, encontrou associação significativa apenas para trimestre gestacional para escore total ($p = 0,025$), fatores 1 ($p = 0,022$) e 2 ($p = 0,023$); sendo que:

- para AGPG total, as do 2º trimestre pontuaram mais do que do 3º;
- para fator 1 (*incômodo com o ganho de peso*), as do 2º trimestre pontuaram mais do que do 3º;
- e para fator 2 (*preocupação com o peso*), novamente as do 2º trimestre pontuaram mais do que do 3º;

Para fator 3 (*bem estar com a gravidez*), a significância foi marginal ($p = 0,05$), e a análise *post hoc Tukey* evidenciou que também as do 2º trimestre pontuaram mais do que do 3º.

Tabela 10 – Distribuição das gestantes adolescentes segundo frequência de resposta para cada questão da escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação.

Questões	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Eu me preocupo com a possibilidade de ficar gorda durante esta gravidez.	14	20,9	19	28,4	22	32,8	12	17,9	67	100
2. Eu gostaria de ganhar entre 10 e 12 kg (o recomendado para grávidas de peso normal) durante esta gravidez.	9	13,4	9	13,4	25	37,3	24	35,8	67	100
3. Eu estou tentando manter meu peso baixo para não parecer grávida.	9	13,4	2	3,0	17	25,4	39	58,2	67	100
4. Eu gostaria de ganhar entre 5 e 9 kg (menos do que o recomendado para uma grávida de peso normal) durante esta gravidez.	10	14,9	14	20,9	18	26,9	25	37,3	67	100
5. Desde que eu esteja tendo uma alimentação balanceada, eu não me preocupo com quanto peso eu vou ganhar durante esta gravidez.	6	9,0	11	16,4	25	37,3	25	37,3	67	100
6. Eu acho bonito uma mulher grávida.	5	7,5	4	6,0	18	26,9	40	59,7	67	100
7. Eu me orgulho de parecer grávida.	6	9,0	9	13,4	29	43,3	23	34,3	67	100
8. Eu gosto de ser capaz de conseguir ganhar peso para esta gravidez.	5	7,5	14	20,9	31	46,3	17	25,4	67	100
9. Eu estou envergonhada do quanto tenho engordado durante esta gravidez.	6	9,0	8	11,9	23	34,3	30	44,8	67	100
10. Eu ganharia 18 kg (máximo recomendado para uma grávida de baixo peso) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.	10	14,9	15	22,4	22	32,8	20	29,9	67	100
11. Eu gosto de usar roupa de grávida.	9	13,4	16	23,9	27	40,3	15	22,4	67	100
12. O peso que eu ganho durante a gravidez não me faz sentir atraente.	9	13,4	18	26,9	21	31,3	19	28,4	67	100
13. Eu fico envergonhada toda vez que um profissional de saúde me pesa.	6	9,0	13	19,4	20	29,9	28	41,8	67	100
14. Eu me incomodo por não poder usar a roupa da moda enquanto eu estou grávida.	6	9,0	11	16,4	25	37,3	25	37,3	67	100
15. Eu acho que a mulher deve ser especialmente cuidadosa para não ficar gorda durante a gravidez.	15	22,4	23	34,3	19	28,4	10	14,9	67	100
16. Se eu ganho muito peso em um mês, tento não engordar no mês seguinte.	4	6,0	11	16,4	34	50,7	18	26,9	67	100
17. Logo antes de ir ao médico, tento não comer nada.	10	14,9	4	6,0	23	34,3	30	44,8	67	100
18. Eu ganharia 16 kg (máximo recomendado para uma grávida de peso normal) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.	10	14,9	14	20,9	22	32,8	21	31,3	67	100

Nas questões 1, 3, 4, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 as pontuações 1 e 2 representam atitudes negativas em relação ao ganho de peso, pois correspondem às respostas: “concordo totalmente” e “concordo” (as opções 3 e 4 correspondem a “discordo” e “discordo totalmente”). Para as demais questões, responder “concordo” e “concordo totalmente” (3 e 4) equivale a atitudes positivas em relação ao ganho de peso e os valores correspondentes são: 1) “discordo totalmente” 2) “discordo” 3) “concordo totalmente” e 4) “concordo”.

Foram selecionadas da AGPG para análise mais detalhada algumas questões cuja resposta frequente “concordo” ou “concordo totalmente” (questões 3, 4, 12, 13 e 17) e “discordo” ou “discordo totalmente” (questões 10 e 18) representavam atitudes mais negativas em relação ao ganho de peso, e para estas questões foram realizadas análises de associações com outras variáveis consideradas pertinentes, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Questões da escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestaço (AGPG) e variveis consideradas em anlise de correlao.

Questão	Variáveis		
	Compulsão alimentar	Pular refeição	Satisfação corporal
3. Eu estou tentando manter meu peso baixo para não parecer grávida.	Compulsão alimentar	Pular refeição	Satisfação corporal
4. Eu gostaria de ganhar entre 5 e 9 kg (menos do que o recomendado para uma grávida de peso normal) durante esta gravidez.	Compulsão alimentar	Pular refeição	Satisfação corporal
10. Eu ganharia 18 kg (máximo recomendado para uma grávida de baixo peso) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.	Compulsão alimentar	IMC atual	
12. O peso que eu ganho durante a gravidez não me faz sentir atraente.	Satisfação corporal		
13. Eu fico envergonhada toda vez que um profissional de saúde me pesa.	Satisfação corporal		
17. Logo antes de ir ao médico, tento não comer nada.	Pular refeição	Satisfação corporal	
18. Eu ganharia 16 kg (máximo recomendado para uma grávida de peso normal) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.	Compulsão alimentar	IMC atual	

Houve associao significante entre a resposta mais frequente “discordo” e “discordo totalmente” para questo 10 e IMC atual mais alto ($p = 0,015$). Ou seja, as gestantes mais pesadas referiram que no ganhariam 18 kg mesmo se isso significasse que seus bebs seriam mais saudveis.

Tambm para respostas mais frequentes “discordo” e “discordo totalmente” para questo 18 e IMC atual mais alto ($p = 0,030$). Ou seja, as gestantes mais pesadas referiram que no ganhariam 16 kg mesmo se isso significasse que seus bebs seriam mais saudveis.

4.7 Risco para transtornos alimentares e satisfação corporal

Uma vez que o comportamento de risco para TA mais frequente entre as gestantes foi compulsão alimentar, optou-se por conduzir análises com compulsão e satisfação corporal, e não comportamento de risco para transtornos alimentares como um todo (pois as frequências foram bem baixas para os demais comportamentos). Não foi encontrada diferença significativa entre compulsão alimentar e satisfação corporal ($p = 0,767$).

4.8 Comportamento alimentar e mudanças corporais

Possíveis associações entre comportamento alimentar e as mudanças corporais avaliadas através de questões sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso (Anexo 4), e questões sobre preocupações com peso e forma física antes e após o início da gestação (Anexo 6) foram analisadas. Para tal análise, as questões sobre preocupação com peso e forma física antes e após o início da gestação, tiveram as opções de resposta agrupadas em dois grupos: “não são muito importantes” e “pesam um pouco em como eu me sinto” foram categorizadas como “não importantes” e “são as coisas mais importantes que afetam como eu me sinto” e “eu me preocupo mais com a forma física do que com meu peso”, como “importantes”.

Foi encontrada associação significativa entre:

- a percepção de “quão faminta” a gestante se sentia desde que estava grávida e importância do peso e da forma física antes da gestação classificada como “importante” ($p = 0,002$);

- a percepção de “quão cheia” a gestante se sentia após comer desde que estava grávida e classificação da importância do peso e da forma física antes da gestação como “importante” ($p = 0,026$);
- a frequência de vontade muito forte de comer alimentos específicos e classificação do peso e da forma física antes da gestação como “importante” ($p = 0,05$).

4.9 Mudanças corporais e satisfação corporal

Quando a satisfação corporal medida pelo BSQ e as questões sobre importância do peso e da forma física antes e após engravidar foram avaliadas, não se encontrou associação significativa entre satisfação corporal e percepção do peso antes da gestação. Já para percepção do peso desde que está grávida, houve associação entre estar no peso certo ou abaixo dele e satisfação corporal ($p < 0,001$) e antes do início da gestação e satisfação corporal ($p = 0,002$). As gestantes com peso normal ou com baixo peso apresentavam mais satisfação com seus corpos nos dois períodos.

4.10 Satisfação corporal e comportamento alimentar

Para avaliar a relação entre satisfação corporal e comportamento alimentar, os escores do BSQ foram comparados com a pontuação nas questões sobre comportamento alimentar (Anexo 4); encontrou-se correlação negativa entre satisfação corporal (escore BSQ) e apenas uma questão sobre comportamento alimentar: *“Com que frequência você tem pensado sobre o seu peso?”* ($p = 0,001$), sendo que as mais insatisfeitas pensavam mais sobre seu peso.

4.11 Variáveis independentes e influência na satisfação corporal, em pular refeições e na compulsão alimentar

Visando a aprofundar o detalhamento dos resultados, foi realizada uma regressão logística, avaliando a influência das variáveis independentes em relação a três variáveis dependentes (pular refeição, satisfação corporal e compulsão alimentar), conforme o Quadro 3. A compulsão alimentar foi definida como variável dependente por ter sido o comportamento de risco para TA mais frequente; e o pular refeições porque foi o comportamento inadequado mais frequente entre as práticas não saudáveis para controle de peso. A satisfação corporal foi definida por ser um dos construtos de interesse principais do estudo.

Quadro 3 – Variáveis dependentes e independentes utilizadas na regressão logística.

Variáveis	Dependentes	Independentes
	Pular refeição	Idade
	Satisfação corporal	Trimestre gestacional
	Compulsão alimentar	Estado nutricional atual
		Classificação socioeconômica
		Percepção do peso e forma física antes da gestação <i>“pesam um pouco em como eu me sinto”</i>
		Quão cheia se sente depois de comer
		Com que frequência tem comido
		Com que frequência sentiu vontade de comer exageradamente
		Com que frequência come mais do que gostaria
		Com que frequência tem pensado em comida
		Com que frequência tem pensado em peso
		AGPG total
		Respostas 1 e 2, representando piores pontuações para as questões AGPG 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18

Para a satisfação corporal, nenhuma das variáveis foi capaz de explicar o resultado avaliado pelo BSQ.

Para compulsão alimentar, a regressão apresentou valores significantes para as variáveis do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) ($p = 0,040$) e questão 18 da AGPG ($p = 0,037$):

- quando há mudança de uma classe da CCEB para outra, a chance de se apresentar compulsão alimentar reduz em 44,6% em relação à classe anterior, ou seja, menor classe social é igual menor risco de compulsão;
- para questão 18 da AGPG (*Eu ganharia 16 kg - máximo recomendado para uma grávida de peso normal - se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável*), responder 3 ou 4 (“concordo” e “concordo totalmente”) diminui em 68,3% a chance de ter compulsão alimentar.

Em relação à variável pular refeição, foram encontrados 4 preditores: IMC atual ($p = 0,03$), percepção do peso e forma física antes da gravidez como não importantes ($p = 0,033$), questões 4 da AGPG (*Eu gostaria de ganhar entre 5 e 9 kg - menos do que o recomendado para uma grávida de peso normal- durante esta gravidez.*) ($p = 0,048$) e questão 9 da AGPG (*Eu estou envergonhada do quanto tenho engordado durante esta gravidez.*) ($p = 0,008$):

- com relação ao IMC, a cada faixa de aumento na classificação do IMC, a chance de pular refeição aumenta em 18,1%;
- para a percepção do corpo e forma física antes da gestação, responder “importante” aumenta em 4,62 vezes a chance de se pular refeição; por outro lado responder “não importante” diminui a chance de pular refeição em 78,3%, quando comparado a responder “importante”;

- responder 3 e 4 (“concordo” e “concordo totalmente”) para a questão 4 da AGPG (*Eu gostaria de ganhar entre 5 e 9 kg - menos do que o recomendado para uma grávida de peso normal- durante esta gravidez*), aumenta em 13% a chance de se pular refeição, comparado com responder 1 e 2 (“discordo” e “discordo totalmente”);
- para a questão 9 da AGPG (*Eu estou envergonhada do quanto tenho engordado durante esta gravidez.*), responder 3 e 4 (“discordo” e “discordo totalmente”), diminui em 97,9% a chance de se pular refeição, comparado com responder 1 e 2 (“concordo” e “concordo totalmente”).

Os valores de p e *odds ratio* para os preditores de compulsão alimentar e pular refeição encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11 – Preditores das variáveis pular refeição e compulsão alimentar das gestantes adolescentes ($n = 67$) segundo valores de p e *odds ratio*.

	Preditores pular refeição				Preditores comp alimentar	
	IMC atual	Perc antes	AGPG 4	AGPG 9	CCEB	AGPG 18
p	0,030	0,033	0,048	0,008	0,040	0,037
<i>odds ratio</i>	1,181	4,625	13,082	0,021	0,554	0,317

Perc antes = classificação do corpo e forma física como "importantes" antes da gestação

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou atitudes em relação ao ganho de peso, satisfação corporal, comportamentos alimentares e preocupações com a comida, com o corpo, forma física e ganho de peso, além da presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, em um grupo de adolescentes grávidas. Até onde se sabe, este é o primeiro estudo nacional a focar no conjunto destas variáveis nesta população.

Mesmo com o número médio de pacientes atendidas anualmente pelo PIAEGA sendo cerca de 100, não foi possível atingir o tamanho amostral estipulado, pois a coleta (planejada para ser realizada durante todo o ano de 2013) só pôde ter início no final do mês de abril, devido aos trâmites da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP. De qualquer forma, foi possível avaliar o universo de gestantes adolescentes atendidas em um serviço considerado de referência por estar situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e oferecer assistência interdisciplinar. Houve apenas uma recusa em participar da pesquisa e uma exclusão - por se tratar de uma gestante com histórico de transtorno alimentar previamente à gestação.

Em relação às características da amostra, a média da idade das gestantes esteve no meio da adolescência (15 anos) e a imensa maioria (95,5%) estava no 2º ou 3º trimestre de gestação – especialmente no 2º trimestre, quando as transformações corporais já são evidentes. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por MENEZES e DOMINGUES (2004), no único estudo brasileiro até o momento avaliando a percepção de mudanças corporais em gestantes adolescentes, no qual a média de idade das adolescentes foi de 16,5 anos, com 82,6% delas no 2º ou 3º trimestre gestacional - sendo que 48,6% estavam no último trimestre.

A média de anos de estudo da população (aproximadamente 8 anos) foi de tempo insuficiente para completar o ensino fundamental (9 anos). Observando-se a média de idade, pode-se dizer que as gestantes entrevistadas apresentavam baixa escolaridade, considerando que na faixa etária de 15 a 17 anos deveriam estar cursando o ensino médio. De qualquer forma, a maioria (mais de 70%) das adolescentes estava estudando, resultado mais satisfatório do que o encontrado por MENEZES e DOMINGUES (2004), com apenas 22% das entrevistadas frequentando a escola.

Ainda assim, com taxa de evasão de 26,9% (as que não estavam estudando), o presente estudo mostra dados piores do que os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 2012 - em que a proporção de evasão escolar entre jovens de 15 a 17 anos foi de 15,8%. Ainda segundo a PNAD, entre as adolescentes de 15 a 17 anos de idade que não tinham filho, 88,1% estavam estudando. Já para aquelas que tinham um filho ou mais, somente 28,5% estudavam e 68,7% delas não estudavam e nem haviam completado o ensino médio. Para o IBGE, estes números mostram que a maternidade pode atrasar ou interromper o processo de escolarização da mulher. No presente estudo observaram-se tanto gestantes que manifestaram firme intenção de continuar seus estudos tão logo fosse possível alcançar o ano letivo, como adolescentes que se mostraram sem perspectivas educacionais, até porque algumas já estavam fora da escola desde o início da gestação.

De acordo com CHALEM et al. (2007), a evasão associada à gestação precoce traz consequências graves para a adolescente e seu filho e para a sociedade em geral, uma vez que o sistema educacional é o principal meio de inserção social e de ascensão econômica para esta faixa etária.

Quanto à classificação socioeconômica segundo o CCEB da ABEP, a maioria das gestantes encontrava-se na classe C (C1 e C2), com significativa parcela na classe B

(B1 = 10,5% e B2 = 35,8), resultado que, embora proveniente de dados de público atendido pelo SUS, diferiu do encontrado por CHALEM et al. (2007) em uma análise do perfil sociodemográfico de uma população de adolescentes grávidas da periferia de São Paulo, em que uma maioria mais absoluta (88,2%) das gestantes pertenciam às classes C e D. É possível que o serviço diferenciado com atendimento multidisciplinar oferecido pelo PIAEGA atraia público de classificação econômica um pouco mais elevada, uma vez que várias gestantes chegaram ao serviço porque algum de seus pais ou parentes eram funcionários do Hospital das Clínicas - FMUSP.

A maioria das gestantes apresentava peso dentro da normalidade, tanto para o período pré-gestacional quanto para o atual. Ao serem questionadas sobre sua autoclassificação do peso antes e após o início da gravidez, mais da metade considerou estar no peso certo antes de engravidar e, após o início da gestação, este índice caiu quase 20%. Para a categoria “acima do peso”, pouco mais de um terço se classificou como tal e uma pequena parcela (6%) se considerava “muito acima do peso” após o início da gestação. De acordo com o peso verificado após o início da gestação, a partir dos dados dos prontuários, verificou-se que o percentual de sobrepeso e obesidade aumentou de fato, o que mostra que a maioria das gestantes não apresentou percepção distorcida do seu peso.

Entretanto, a frequência de baixo peso pré-gestacional reduziu no 2º e no 3º trimestre, sendo que no 1º trimestre, nenhuma gestante referiu peso compatível com sobrepeso ou obesidade; o que é curioso, pois, como o peso pré-gestacional foi referido, poderia se pensar que as adolescentes foram influenciadas pelo peso atual do 2º e 3º trimestres gestacionais ao responder sobre seu peso antes da gravidez. Resultado semelhante, porém com maior distorção na percepção de peso, foi observado no estudo de MENEZES e DOMINGUES (2004), em que 67,4% das gestantes adolescentes

questionadas sobre seu peso pré-gestacional se consideraram acima do peso, mesmo estando eutróficas.

CLARK et al. (2008) e WERTHEIM et al. (2008) não apenas fizeram observações similares, ao avaliarem, respectivamente, insatisfação corporal de gestantes e mudanças na forma como as mulheres percebiam seus corpos ao longo da gestação, mas constataram que as gestantes se sentiam mais gordas antes da gestação do que no 3º trimestre, e mais gordas no 1º trimestre do que no 2º e no 3º trimestres (DUNCOMBE et al., 2008); e menos gordas no 2º trimestre do que no período pré-gestacional (CLARK et al., 2009). Para DUNCOMBE et al. (2008), isso pode ocorrer porque, no início da gestação as mulheres talvez comparem seus corpos com os de mulheres não grávidas, ao invés de se compararem com também gestantes. Conforme a gestação vai se tornando mais visível, as mulheres provavelmente se adaptam às mudanças corporais dos trimestres finais da gestação porque entendem que elas são necessárias para uma gestação saudável e veem a barriga grande como um sinal de uma gestação plena.

PASSANHA et al. (2013) ao entrevistar gestantes adultas a fim de descobrir fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e seu peso pré-gestacional, encontraram que dentre as mulheres com baixo peso, 50% estavam satisfeitas com sua imagem corporal e nenhuma gostaria de ser mais magra; dentre as eutróficas, 20,2% gostaria de ser mais magra. FOX e YAMAGUCHI (1997) constataram que mulheres eutróficas estão mais propensas a experimentar uma mudança negativa na imagem corporal durante a gestação do que aquelas com sobrepeso e que o peso pré-gestacional está fortemente associado a mudanças positivas ou negativas na imagem corporal.

Apenas cerca de um terço das gestantes afirmou ter conhecimento sobre o ganho de peso adequado na gravidez. A maioria delas gostaria de ganhar menos do que o peso recomendado. No entanto, isso não significa necessariamente que estas pretendiam

ganhar menos ou muito menos peso do que lhes foi informado como ideal, pois houve uma divergência entre as faixas de valores preconizados pelo IOM (2009) - tidos como referência teórica no Ambulatório de Obstetrícia do HCFMUSP - e entre o que é recomendado na prática tanto ali quanto nas unidades de saúde das quais várias gestantes referiram ter recebido orientação. Ou seja, uma gestante pode ter respondido desejar ganhar alguns quilos a menos do que o preconizado pelo IOM (2009) - que foi a referência utilizada neste trabalho e para esta avaliação - mas este total ainda estar dentro do que lhe foi informado. Enquanto é orientado um ganho de peso geral de 10 kg ou de 10 a 12 kg para todas as gestantes, não importando seu IMC pré-gestacional, para o IOM (2009), a faixa de ganho de peso para gestantes de peso normal, por exemplo, é bem maior: de 11 a 16 kg.

A maioria das gestantes não sabia quanto seria o ganho de peso adequado na gestação, o que pode ser próprio da idade e pela gravidez se tratar de uma situação inesperada para a grande maioria das adolescentes, podendo elas ainda não terem tido chance de se inteirar de todas as informações referentes a esta fase de tantas transformações.

Conforme a gravidez avança, o peso corporal aumenta, podendo, desta maneira, interferir na satisfação corporal. A maioria das gestantes avaliadas apresentou IMC pré-gestacional dentro da faixa de normalidade, de acordo com o peso referido pelas mesmas. Após o início da gestação, no período em que foram entrevistadas, um percentual semelhante ainda apresentava peso normal. Embora a taxa de sobrepeso e obesidade tenha aumentado em comparação ao período pré-gestacional, a grande maioria das gestantes (82%) apresentava satisfação corporal. No entanto, aquelas que estavam obesas no período da gravidez apresentaram maior insatisfação corporal. Parece que adolescentes grávidas têm menos insatisfação do que adolescentes não

grávidas (exceto aquelas com maior peso), o que também é observado em mulheres não grávidas, sejam adolescentes ou adultas.

De acordo com diversos autores, o estado nutricional, na adolescência e vida adulta, parece ser o melhor preditor de insatisfação corporal, sendo que aquelas que apresentam peso mais elevado apresentam maior insatisfação (PASSANHA et al., 2013; HUANG et al., 2010; MARTINS et al., 2010; CLARK et al., 2009; BRANCO et al., 2006; SCHWARTZ e BROWNELL, 2004; DiPIETRO et al., 2003). Ainda, CONTI et al. (2005b), constataram que meninas com excesso de peso são mais insatisfeitas em relação a diversas áreas corporais. Estudos que utilizaram o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) - mesmo instrumento aplicado no presente estudo - para avaliar a satisfação corporal de adolescentes do sexo feminino, encontraram prevalências de insatisfação corporal de 18,8% em Florianópolis-SC (ALVES, 2008), 25,3% em Santa Maria-RS (MARTINS et al., 2010), 27,2% em Belo Horizonte-MG (BELING, 2008), e associação significativa entre sobrepeso e obesidade e insatisfação corporal em adolescentes de São Paulo (BRANCO et al., 2006).

Na presente pesquisa, a prevalência de insatisfação corporal (18% somando-se as categorias leve, moderada e grave) foi menor do que a maioria dos estudos, aproximando-se apenas àquela vista em Florianópolis. Considerando-se que as adolescentes aqui analisadas eram gestantes, a gravidez pode ter constituído um fator de proteção para insatisfação corporal, sendo necessários outros estudos com população semelhante para que se confirme tal suposição. Este achado é consoante com os de CLARK e OGDEN (1999) que constataram que mulheres grávidas relataram menos insatisfação corporal do que mulheres não grávidas do grupo controle e com o de MATSUHASHI e FELICE (1991), que observaram que adolescentes grávidas tinham melhor autoestima e imagem corporal do que adolescentes não grávidas.

FOX e YAMAGUCHI (1997), utilizando o BSQ para avaliar a satisfação corporal, também encontraram diferença significativa para o escore médio do questionário entre gestantes adultas com sobrepeso.

Os resultados do presente estudo foram também similares aos encontrados no estudo de CAIROLI (2009) com gestantes adultas, mas com uso de instrumento diferente para avaliar satisfação corporal. A autora observou correlação negativa entre o IMC e a imagem corporal total e os componentes Ideal Corporal e Realidade Corporal, o que significa que quanto maior o IMC, menores os escores total de imagem corporal e dos dois componentes mencionados, indicando insatisfação corporal; ou quanto maior o escore total e o escore desses dois componentes (e pontuação mais favorável à satisfação corporal), menor o IMC das gestantes.

SKOUTERIS et al. (2005), avaliando satisfação corporal em diferentes momentos da gestação observaram que alguns fatores tidos como preditores da imagem corporal - como sintomas depressivos, comparação do corpo com o de outras mulheres, percepção de pressão social para ser magra ou gozações de colegas e familiares - parecem ser fatores de risco para preocupações com a imagem corporal. Tais fatores não foram avaliados na presente pesquisa e também podem ser foco de investigações posteriores buscando compreender outros fatores – além do peso – e sua influência na satisfação corporal.

Embora no presente estudo a magnitude da insatisfação corporal tenha sido pequena, a insatisfação corporal durante a gestação é importante e precisa ser investigada, pois pode até interferir na decisão da mãe entre oferecer aleitamento ao seio ou mamadeira para seu bebê (FOSTER et al., 1996). Em estudo de FOSTER et al. (1996), gestantes que pretendiam alimentar seus filhos com mamadeira tinham níveis mais altos de insatisfação corporal. Em Taiwan, HUANG et al. (2004) encontrou que as

mulheres que estavam mais satisfeitas com o corpo durante a gravidez tendiam a escolher o aleitamento materno, ao contrário daquelas que não estavam satisfeitas.

CLARK e OGDEN (1999) avaliando o impacto da gestação no comportamento alimentar e preocupação com o peso - em estudo do qual foram traduzidas e retiradas as questões para a presente pesquisa - encontraram diferença significativa apenas em relação à quantidade ingerida, sendo esta maior para gestantes em comparação a mulheres não grávidas do grupo controle. Foi constatado que esta diferença também ocorreu em relação à percepção de exageros alimentares por parte das grávidas da amostra, cuja metade referiu estar comendo mais do que no antes do período gestacional. Para os autores, este dado foi apoiado pelo fato da restrição alimentar ter sofrido redução em relação ao período pré-gestacional. Neste estudo não foram avaliadas cada uma das questões e sim a categoria “quantidade ingerida” como um todo, e a avaliação foi realizada apenas entre grávidas e não grávidas. No presente estudo, foram avaliadas as diferenças para cada pergunta, sendo duas dentro de cada uma das categorias: fome, quantidade ingerida, exageros alimentares, desejos alimentares, preocupação com a comida e preocupação com o peso e diferenciações em relação ao estado nutricional e ao trimestre gestacional.

Os resultados de que as gestantes com sobrepeso pensavam menos em comida do que as de peso normal - e também pensavam menos em comer do que as com peso normal e as de baixo peso - podem ser explicados pelas conclusões do estudo de CLARK e OGDEN (1999) relacionados a eles: se na gestação normalmente as mulheres comem mais, e reduzem a tendência a restringir a alimentação, é natural que aquelas com peso normal e de baixo peso pensem mais em comer e em comida com a ‘preocupação’ maior de atingir ou manter um peso adequado para a gestação.

É possível também que as gestantes com sobrepeso, que poderiam pensar em restringir a alimentação para emagrecer, não o fizeram devido a um sentimento de liberdade quanto ao estigma do sobrepeso e à pressão para fazer dieta que as mulheres podem experimentar durante a gestação (FOX e YAMAGUCHI, 1997). Neste período a pressão para ser magra é aliviada e as mulheres se permitem serem um pouco maiores, já que o formato e o tamanho de seu corpo são sinais do estado gestacional (SKOUTERIS et al., 2005; ROCCO et al., 2005; LAI et al., 2005) - de forma que a gravidez pode ser o único momento em que o ganho de peso é aceitável para as mulheres (CLARK et al., 2009).

Não fazendo restrição alimentar, as gestantes com sobrepeso possivelmente não pensavam mais em comida do que as demais, uma vez que é sabido que a restrição calórica ativa regiões cerebrais de atenção e recompensa (córtex orbitofrontal) em resposta a exposição a alimentos apetitosos, aumentando a probabilidade de ingestão de alimentos; e da área cerebral (giro pré-central) relacionada ao planejamento para adquirir e consumir alimentos (STICE et al., 2013). Indivíduos que fazem restrição alimentar ou estão privados de alimentação adequada por qualquer motivo são mais focados em alimentação e peso, em comida e em comer do que pessoas que se alimentam normalmente e são cognitivamente mais preocupados com comida e peso (POLIVY, 1996).

A análise destas questões por categorias encontrou que as gestantes do 1º trimestre pontuaram mais baixo do que as do 2º para a questão “*com que frequência você sentiu vontade de comer exageradamente?*”, o que pode ser explicado pelas necessidades nutricionais aumentadas do 2º trimestre gestacional e pela melhora dos sintomas de enjoo do início da gravidez, levando as gestantes a comerem mais nesta etapa. Além do mais, pode também ter havido uma interpretação subjetiva do que é

comer exageradamente, levando-as a classificarem equivocadamente sua vontade de comer como “exagerada”.

Já para questão “*com que frequência você tem pensado sobre o seu peso?*” as gestantes com sobrepeso responderam pontuações maiores do que as de peso normal, dado em consonância com o resultado de que aquelas mais pesadas também tiveram maior pontuação no BSQ - e com o conhecimento de que pessoas com maior peso apresentam maior insatisfação corporal.

Encontrou-se correlação entre satisfação corporal mensurada pelo escore do BSQ e a questão “*Com que frequência você tem pensado sobre o seu peso?*” sendo que as gestantes que pensavam mais sobre seu peso tinham maior insatisfação corporal. Como se observou que as mais pesadas eram as com maior insatisfação corporal, estas eram, portanto, as que também pensavam mais em seu peso. O pensar mais no peso aqui parece então relacionado ao excesso de peso em si, e não à gestação necessariamente - uma vez que os índices de insatisfação corporal não foram piores para gestantes no 2º e 3º trimestres da gestação. De qualquer forma, este estudo é transversal e não é possível saber se as mesmas gestantes evoluíram de maneira diferente se analisadas nos três trimestres. Um estudo longitudinal com esta temática com adolescentes grávidas pode também ser interessante para elucidar estas questões.

Até o momento, não se tem conhecimento de trabalhos que avaliaram práticas não saudáveis para controle de peso e nem comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes gestantes. No presente estudo, diferentemente do que se imaginava, tais práticas foram menos frequentes do que as encontradas em estudos brasileiros com adolescentes não grávidas.

LEAL (2013) investigou fatores associados ao comer transtornado e a práticas não saudáveis para controle de peso em adolescentes em São Paulo-SP e encontrou,

entre adolescentes do sexo feminino, prevalência de pular refeições de 30,4% e de comer muito pouca comida de 31,3%. Ao buscar identificar fatores associados ao comer transtornado e às práticas não saudáveis para controle de peso segundo o sexo, a autora constatou associação com a prática de dietas restritivas e a satisfação corporal. FERREIRA e VEIGA (2008b), em estudo semelhante, porém investigando apenas comportamento de risco para TA em adolescentes no Rio de Janeiro-RJ encontraram que 24,7% das adolescentes restringiam a alimentação ao menos uma vez por semana.

Por outro lado, o comportamento de risco para TA mais frequente no presente estudo, a compulsão alimentar (CA), apresentou prevalência um pouco mais alta do que a de outros trabalhos com adolescentes não grávidas e grávidas adultas. LEAL (2013) encontrou prevalência de 11,9% de CA entre adolescentes do sexo feminino e FERREIRA e VEIGA (2008b) de 37,7%.

SOARES et al. (2009), ao investigarem a prevalência de comportamentos alimentares inadequados em grávidas adultas no Rio Grande do Sul-RS, observaram prevalência de 17,3% de CA durante a gestação; e NUNES et al., (2014) encontraram 19,2% de CA no período gestacional também de adultas também no Rio Grande do Sul-RS. EASTER et al. (2013), constataram que 8,8% das gestantes apresentavam este comportamento inadequado ao avaliar sintomas de TA no início da gestação em uma população de gestantes adultas no Reino Unido.

VALE et al. (2011), estudando comportamentos de risco para TA em adolescentes em Fortaleza-CE encontraram que um terço utilizava a comida para reduzir ansiedade, e 17,9% delas se voltava para a comida a fim de aliviar algum tipo de desconforto. Segundo os autores, essa associação entre comida e redução da ansiedade cria uma situação extremamente favorável para o surgimento de problemas como comer compulsivo e obesidade.

Verifica-se, portanto, que os resultados aqui observados para CA foram mais altos do que todos os estudos aos quais se puderam comparar (LEAL, 2013; EASTER et al., 2013; SOARES et al., 2009; FERREIRA e VEIGA, 2008b), o que pode sugerir que gestação e adolescência, ocorrendo concomitantemente, podem representar pior predição para o desenvolvimento de compulsão, sendo necessários mais estudos e com amostras de maior tamanho para confirmar essa hipótese.

Deve-se, no entanto, considerar que a pergunta sobre CA pode não ter sido adequadamente interpretada, uma vez que o conceito de CA – *“comer uma quantidade de comida muito maior do que outra pessoa comeria”* – é um tanto subjetivo. Embora o conceito estivesse explicado por escrito - seguindo as diretrizes do estudo de avaliação do instrumento para aplicação em adolescentes no Brasil (FERREIRA e VEIGA, 2008a), a pergunta pertencia a um questionário de autopreenchimento, e não houve oportunidade para se avaliar com mais detalhes ou dar maiores explicações sobre o conceito de compulsão alimentar. De qualquer forma, apenas uma avaliação qualitativa permitiria um entendimento mais amplo sobre o que as adolescentes entendiam por CA; e obviamente o resultado de 41,8% para CA nesta amostra não significa que as gestantes tinham um TCA – um transtorno alimentar especificamente.

De qualquer forma, o estudo de LEAL (2013) e FERREIRA e VEIGA (2008a) usaram o mesmo instrumento, com a mesma explicação e tiveram valores menores - especialmente na amostra de São Paulo. Estudos futuros com gestantes adolescentes podem objetivar uma avaliação mais completa sobre este comportamento, uma vez que a presença de CA tem efeitos negativos, especialmente na gestação.

LINNA et al. (2014) observaram que a CA estava positivamente associada com hipertensão materna, longa duração do primeiro e do segundo estágios do trabalho de parto e nascimento de bebês grandes para a idade gestacional - além de estar também

associada com risco elevado de aborto (LINNA et al., 2013). Já segundo NUNES et al. (2012), a CA pode não afetar as consequências perinatais, mas afeta o ganho de peso gestacional - que foi significativamente mais alto naquelas que apresentaram este comportamento alimentar no estudo.

CROW et al. (2008) em estudo prospectivo com gestantes com transtornos alimentares, observaram que a CA diminuiu no período gestacional em relação ao período anterior à gravidez, mas voltou aos níveis iniciais no período pós-parto. Desta forma, a presença de CA durante a gestação - mesmo que se apresente como um TA de baixa frequência e/ou duração limitada - merece cuidado por parte da equipe que acompanha o pré-natal, pois pode se agravar no período pós-parto.

No presente estudo não foi encontrada associação entre CA ou pular refeições e satisfação corporal. Talvez o tamanho limitado da amostra tenha impedido o achado de associações significantes, ou ainda variáveis diferentes das analisadas possam responder pela presença de CA ou a prática de pular refeições. Mas, embora se tenha encontrado que a insatisfação corporal tenha sido maior naquelas de maior peso, estes comportamentos não foram mais frequentes para as com sobrepeso e obesidade, nem se mostraram diferentes em relação ao estado nutricional.

Com relação à preocupação com peso e forma física antes e após o início da gestação foi encontrada diferença para a percepção do peso antes e depois em relação ao estado nutricional. As gestantes que estavam no peso certo durante a gravidez mudaram sua percepção de peso após o início da gestação, passando a se considerar acima do peso. Provavelmente as alterações no peso e na forma corporais típicas da gestação façam a mulher se sentir maior ou mais “gorda”, mesmo que esteja com o ganho de peso adequado.

Outros estudos apontam também problemas de superestimação do tamanho corporal na gravidez (HEINBERG e GUARDA, 2002), ou tendência em exagerar seus corpos (SLADE, 1977), ou mudanças negativas na imagem corporal durante a gestação – mesmo tendo peso normal antes de engravidar (FOX e YAMAGUCHI, 1997).

MENEZES e DOMINGUES (2004) encontraram que 67,43% das gestantes adolescentes estavam eutróficas no período pré-gestacional; mas que 89,3% consideravam seu peso acima do normal antes do início da gestação (mas não avaliaram a diferença entre antes e depois do início da gestação). No presente estudo, as adolescentes se comportaram de maneira diferente: tanto no período pré-gestacional como após o início da gestação, a grande maioria considerava que estava no peso certo.

Muitas mulheres apresentam dificuldade em ter experiências positivas em relação ao seu corpo durante a gestação, em função das pressões sociais e culturais, principalmente da mídia (DUARTE, 2003; HEINBERG e GUARDA, 2002), o que influencia a percepção de seu corpo e sua imagem corporal (DUARTE, 2003). Imaginava-se que na adolescência esta pressão poderia ser ainda maior, no entanto, para a maioria das adolescentes gestantes avaliadas no presente estudo, isso parece não ter ocorrido. Embora para algumas delas a percepção de peso fosse equivocadamente acima do normal, a maioria estava satisfeita com seu corpo e não tinha problemas com a imagem corporal. É possível que estas gestantes, justamente por serem adolescentes, se comportem de maneira diferente das gestantes adultas. Pode ter havido uma maior despreocupação, própria da idade e da inexperiência desta população.

Em relação às percepções de mudanças corporais, antes e após o início da gravidez e a satisfação corporal, encontrou-se que as gestantes com peso normal ou com baixo peso apresentavam mais satisfação com seus corpos nos dois períodos. Tal

associação também era esperada uma vez que se encontrou que as mais pesadas apresentaram maior insatisfação.

CAIROLI (2009) também encontrou dependência entre o peso e a satisfação corporal; porém, em seu estudo, os grupos de baixo peso, sobrepeso e obesidade estavam associados à insatisfação corporal, ou seja, as gestantes que não se encontravam dentro do grupo no qual o peso gestacional é adequado apresentaram maior insatisfação corporal do que as que estavam com peso adequado.

No presente estudo, a satisfação corporal da maioria pode se dever justamente ao fato dela estar no peso adequado (ou mesmo abaixo dele), uma vez que tem sido crescente o número de adolescentes com preocupação excessiva com o peso e com medo de engordar (FERREIRA e VEIGA, 2008b). Como no presente estudo se encontrou menos insatisfação corporal e comportamentos inadequados do que para adolescentes não grávidas ou para grávidas adultas, alguns questionamentos emergem: o fato de estarem grávidas foi protetor para estas adolescentes? O fato de serem adolescentes e talvez menos “preocupadas” foi um fator protetor para estas gestantes?

STENBERG e BLINN (1993) observaram que adolescentes gestantes tinham sentimentos negativos sobre si mesmas conforme as transformações corporais ocorriam e, embora seus sentimentos sobre seus corpos fossem mais positivos do que aqueles sobre elas mesmas, os sentimentos sobre seus corpos permaneciam negativos ao longo da gestação, com as adolescentes se descrevendo como gordas e feias. Diferentemente da literatura, as gestantes do presente estudo apresentaram, em sua maioria, satisfação com a imagem corporal e atitudes positivas em relação ao ganho de peso, inclusive com a maioria das gestantes respondendo “concordo” e “concordo totalmente” para questões referentes ao fator “bem estar com a gravidez” da escala AGPG (“*Eu acho bonito uma*

mulher grávida”, “Eu me orgulho de parecer grávida”, “Eu gosto de usar roupa de grávida”).

Em relação ao comportamento alimentar em função da percepção das mudanças corporais, encontrou-se que quem dava maior importância ao peso e forma antes de engravidar, respondia mais para estar faminta, para estar cheia depois de comer e para vontade muito forte de comer alimentos específicos. Ou seja, as mais preocupadas com o peso e a forma física antes de engravidarem (e, portanto, imagina-se com mais medo de engordar) podem tentar restringir a alimentação ficando mais famintas, com vontades específicas e também cheias depois de comer. Sabe-se que a restrição alimentar tem como resposta o aumento da fome fisiológica e do desejo por alimentos ricos nos nutrientes que estão sendo restringidos - o que pode levar à compulsão alimentar. Além disso, há também um mecanismo psicológico que gera compulsão após restrição, uma vez que, ao “fazer dieta” há frustração e estresse por não poder comer o suficiente ou seus alimentos favoritos e por constante oposição a uma necessidade biológica. Ainda, indivíduos que estão restringindo a alimentação mostram uma série de mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais: tornam-se mais focados em alimentação e peso, pensam mais em comida e em comer do que pessoas que se alimentam normalmente e são mais preocupados com comida e peso (POLIVY, 1996).

As gestantes adolescentes do presente estudo apresentaram em geral atitudes positivas em relação ao ganho de peso, como se pode observar pela pontuação total da AGPG e também pelas respostas analisadas questão por questão. Estes resultados estão em concordância com os estudos que utilizaram a mesma escala (AGPG) em gestantes adolescentes (STEVENS-SIMON et al., 1993; GUTIERREZ, 1999; MENEZES e DOMINGUES, 2004); e, para STEVENS-SIMON et al. (1993) vão contra a ideia

comum de que adolescentes grávidas mais novas são mais preocupadas em estarem magras do que grávidas adolescentes mais velhas ou do que grávidas adultas.

No estudo de PALMER et al. (1985), que originou a escala AGPG, embora avaliando grávidas adultas, também foi observado que mais da metade das gestantes tinham atitudes positivas em relação ao ganho de peso na gestação. Também se observaram atitudes positivas em relação ao ganho de peso na maioria das gestantes no único trabalho brasileiro até o momento que usou a mesma escala com gestantes adolescentes (MENEZES e DOMIGUES, 2004).

Ao contrário da “hipótese” deste estudo, as adolescentes gestantes avaliadas, em sua maioria, não apresentavam insatisfação corporal e nem atitudes negativas em relação ao ganho de peso na gestação. É possível que a gestação, ao contrário do que se pressupôs, constituiu, para esta amostra, um fator protetor para insatisfação corporal e problemas dela decorrentes. Assim como demonstrado para gestantes adultas em alguns estudos já mencionados, a gestação é um período em que a mulher se liberta das pressões para ser magra e o corpo maior representa o próprio estado normal e adequado da gestação. Ainda, as adolescentes pesquisadas, embora não pertencessem a classes socioeconômicas muito baixas em sua maioria, também não se classificaram nas classes mais elevadas, o que pode ter sido outro fator protetor para insatisfação corporal, uma vez que a maior renda pode se relacionar à maior insatisfação corporal e atitudes inadequadas para com corpo e alimentação (JEFFERY e FRENCH, 1996).

Encontrou-se ainda que as gestantes do 2º trimestre tiveram atitudes mais positivas (maior AGPG) do que as do 3º trimestre. Também as do 2º trimestre apresentaram menor incômodo com o ganho de peso (maior escore fator 1), menor preocupação com peso (maior escore fator 2), e maior bem estar com a gravidez (maior fator 3) do que as do 3º trimestre. Estes resultados revelam atitudes mais positivas em

relação ao ganho de peso nas gestantes que estavam em fase não tão avançada da gestação. Conforme a gravidez avança, o ganho de peso também aumenta, com maior desconforto, barriga pesando mais, inchaço (SIMAS et al., 2013); os seios aumentam e o abdômen também sofre mais expansão de volume (COSTA et al., 2010). Com o início do nono mês o feto desenvolve-se mais rapidamente, aumentando peso e volume; as contrações fisiológicas se intensificam e o corpo ajusta seus mecanismos de postura para manter a estabilidade (SOIFER, 1992). Somando-se a estes fatores, que geram desconforto, a proximidade do parto aumenta ainda mais a ansiedade já existente no último trimestre de gestação (SOIFER, 1992).

A análise para questões selecionadas da AGPG que poderiam refletir piores atitudes encontrou que gestantes mais pesadas referiram que não ganhariam 16 kg, nem 18 kg mesmo se isso significasse que seus bebês seriam mais saudáveis.

No trabalho de GUTIERREZ (1993), apesar das atitudes positivas em relação ao ganho de peso para maioria das adolescentes, entre aquelas com maiores pesos pré-gestacionais, as atitudes foram mais negativas, o que sugere que insatisfação corporal ou com o peso pioram as atitudes em relação ao ganho de peso na gestação. Tais resultados foram semelhantes aos achados no presente estudo e aos observados por MENEZES e DOMINGUES (2004). No geral, ambos encontraram atitudes positivas em relação ao ganho de peso na gestação por parte das adolescentes grávidas avaliadas.

No estudo de Goiânia-GO foi encontrado que as questões 10 (*Eu ganharia 18 kg (máximo recomendado para uma grávida de baixo peso) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável*) e 18 (*Eu ganharia 16 kg (máximo recomendado para uma grávida de peso normal) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável*) tiveram as maiores médias de respostas, o que indicaria que as gestantes apresentaram certa preocupação com o ganho de peso, mas quando este está associado

ao bebê, a preocupação fica em segundo plano (MENEZES e DOMINGUES, 2004). No presente estudo, estas duas questões também tiveram os maiores percentuais de resposta para as opções “concordo totalmente” e “concordo”, sugerindo que a preocupação com o bem estar do bebê é mais importante do que aquela com o peso.

Em relação aos fatores ou subescalas da AGPG foi encontrada associação entre os fatores 1 (incômodo com o ganho de peso), 2 (preocupação com o peso) e 3 (bem estar com gravidez) e trimestre gestacional - com as gestantes do 2º trimestre pontuando mais em relação às do 3º. Tal resultado era de alguma forma esperado, uma vez que pontuações maiores significam respostas mais positivas e as gestantes do 2º trimestre deviam estar menos incomodadas com o ganho de peso do que as do 3º - fase em que o ganho e as transformações corporais são mais intensas e rápidas. O mesmo é verdadeiro para preocupação com o peso: para as gestantes do 2º trimestre o ganho de peso ainda ocorrerá por mais meses, sendo natural que elas pontuem mais e, portanto, estejam mais “positivas” quanto a esta preocupação do que as do 3º trimestre. O bem estar com a gravidez também é maior anteriormente ao 3º trimestre (em função das alterações fisiológicas já mencionadas), sendo condizente o resultado encontrado de maior pontuação no 2º trimestre em relação ao 3º.

As questões 1, 3, 4, 9, 12, 13, 15, 16 e 17 da AGPG, para as quais as respostas “concordo” ou “concordo totalmente” (pontuações 1 e 2); e 10 e 18, cujas respostas “discordo” e “discordo totalmente” (pontuações 1 e 2), representam atitudes mais negativas em relação ao ganho de peso na gestação, foram analisadas separadamente. Para quase todas elas (3, 4, 9, 10, 12, 13, 16, 17 e 18), a minoria das respostas foi referente a atitudes mais negativas em relação ao ganho de peso (pontuações 1 e 2) - com exceção das questões 10 (*“Eu ganharia 18kg – máximo recomendado para uma grávida de baixo peso – se isso significasse que meu bebê seria mais saudável”*) e 18

(*“Eu ganharia 16kg – máximo recomendado para uma grávida de peso normal – se isso significasse que meu bebê seria mais saudável”*) para gestantes com maior IMC atual, que apresentaram maior frequência de respostas discordando de tais afirmações. Neste caso, parece mesmo que as gestantes com sobrepeso e obesidade apresentam maior preocupação ou medo de maior ganho de peso - provavelmente relacionado a preocupações estéticas, já que foi o grupo que apresentou insatisfação corporal.

No grupo de gestantes como um todo, apenas para a questão 1 (*“Eu me preocupo com a possibilidade de ficar gorda durante esta gravidez”*) praticamente metade da amostra respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” (pontuações 1 e 2) – apontando que o medo de ficar gorda é frequente na gestação de qualquer forma – mesmo para gestantes que se apresentam de forma geral satisfeitas com sua imagem corporal e com atitudes positivas com relação à gestação.

Também para a questão 15 (*“Eu acho que a mulher deve ser especialmente cuidadosa para não ficar gorda durante a gravidez”*) a maioria respondeu “concordo” ou “concordo totalmente”, o que colocaria esta questão como a de “pior atitude em relação ao ganho de peso”. No entanto, de forma geral as orientações de saúde parecem ir mesmo em direção a orientações que previnam o excesso do ganho de peso durante a gestação, e não se pode, portanto, afirmar que este resultado represente de verdade uma atitude “negativa”.

Os achados acima discutidos estão de qualquer forma de acordo com o resultado geral de satisfação corporal para estas gestantes e, também atitudes positivas em relação ao ganho de peso.

Devido a este ser o primeiro estudo com a escala AGPG após o processo de adaptação transcultural, não é possível fazer comparações com outros estudos no Brasil. No entanto, a escala apresentou boa confiabilidade em relação aos quatro fatores

propostos, se mostrando útil para avaliar diferentes aspectos em relação às modificações corporais e ganho de peso na gestação, sendo a primeira adaptada à língua portuguesa e que pode avaliar diferentes atitudes quanto ao ganho de peso na gestação, como *“incômodo com o ganho de peso”*, *“preocupação com o peso”*; *“bem estar com a gravidez”* e *“ganharia mais peso se necessário”*. A escala mostrou-se ser de fácil entendimento (praticamente não houve dúvidas ou dificuldades por parte das adolescentes ao respondê-la), sendo que, portanto, pode ser utilizada em gestantes adultas e adolescentes, mesmo de baixa escolaridade.

Diferentemente de outros estudos, que revelam insatisfação corporal ou aspectos negativos em relação ao ganho de peso na gestação por parte de adolescentes ou de grávidas adultas, os resultados obtidos pela AGPG neste e em outros estudos com adolescentes (MENENZES e DOMINGUES, 2004; GUTIERREZ, 1999; STEVENS-SIMONS et al., 1993), mostraram atitudes positivas em relação ao ganho de peso na gestação para a maioria; o que pode reforçar a ideia de que na gestação, a preocupação maior é com o bem estar do bebê e o desenvolvimento de uma gestação saudável, com um ganho de peso adequado, sendo deixadas de lado maiores preocupações com o corpo e forma física e intenções de controlar a alimentação para fins de emagrecimento. Neste sentido, a escala AGPG mostrou atingir seu propósito: medir atitudes em relação ao ganho de peso e aspectos a ele ligados, podendo ainda explorar os 4 fatores propostos.

Comparando-se o tamanho amostral deste estudo com o único estudo no Brasil utilizando a escala (MENEZES e DOMINGUES, 2004), o tamanho relativamente pequeno da amostra não pareceu ser um fator que fez diferença para os resultados, uma vez que o número de adolescentes em Goiânia-GO foi mais do que o dobro (132) do que na presente pesquisa e os resultados encontrados foram semelhantes.

A regressão logística entre variáveis independentes e as variáveis dependentes satisfação corporal, compulsão alimentar e pular refeições trouxe alguns dados interessantes, pois mesmo em geral a amostra tendo baixa magnitude de insatisfação corporal e atitudes positivas com relação às mudanças corporais da gestação, evidenciou algumas particularidades.

Foi demonstrado que a menor classe social foi igual menor risco de compulsão. Este achado é compatível com os de VALE et al. (2011), que encontraram que os comportamentos de risco para TA em adolescentes do sexo feminino no nordeste do Brasil não se distribuíam de maneira uniforme entre os estratos estudados, com mais adolescentes em “situação de risco” para TA nos colégios particulares do que nos públicos. Para os autores, o desejo de ser magra é semelhante nos diferentes níveis econômicos, mas as adolescentes de colégios particulares (por pertencerem a um estrato socioeconômico mais alto, e, provavelmente, terem maior acesso a informações sobre dietas e outras práticas para controlar e perder peso) seriam mais estimuladas a se voltarem para as práticas restritivas, que têm como consequência a compulsão alimentar (POLIVY, 1996). ALVARENGA et al. (2013) também encontraram que a prevalência de fazer dieta e uso de métodos compensatórios para controle de peso era mais baixa em universitárias de famílias nas quais o chefe tinha escolaridade mais baixa (e, portanto, supõe-se de menor renda).

A análise de regressão evidenciou também que aquelas que concordavam em ganhar 16 kg (se isto significasse um bebê saudável) tinham menor chance de ter compulsão alimentar. Pode ser que as gestantes com preocupação maior com o desenvolvimento saudável de seus bebês, fizessem menos restrição e controle alimentar severo - o que levaria à compulsão alimentar, conforme anteriormente mencionado.

Encontrou-se ainda que as de maior peso tivessem chance aumentada de pular refeição, ou seja, a insatisfação com o peso corporal (maior nas mais pesadas) pode levar a esta prática não saudável para controle de peso. Também aquelas que responderam que a percepção do corpo e forma física antes da gestação era mais importante tiveram chance aumentada de pular refeição.

ALVARENGA et al. (2013), ao avaliar o comer transtornado em universitárias brasileiras, também encontraram maior prevalência de ficar sem comer e pular refeições entre aquelas com sobrepeso e obesidade. NEUMARK-SZTAINER et al. (2006) também observaram que níveis mais baixos de satisfação corporal prediziam níveis mais altos de comportamentos não saudáveis para controle de peso em adolescentes do sexo feminino nos EUA.

A importância dada ao corpo e forma física antes da gestação pode representar uma preocupação exagerada com estes aspectos, o que pode levar a práticas não saudáveis para controle de peso, caso haja também insatisfação corporal (NUNES et al., 2001; NEUMARK-SZTAINER et al., 2006). NUNES et al. (2001) sugeriram que a autopercepção do peso corporal tem forte influência sobre o comportamento alimentar, ou seja, a supervalorização do peso parece ser realmente um dos fatores de risco mais significativos para a adoção de comportamentos alimentares inadequados ou práticas não saudáveis para controle do peso.

Também quanto a pular refeições, encontrou-se que discordar sobre estar envergonhada com o quanto está engordando na gestação diminui de maneira importante a chance desta prática. Estes achados sugerem que o ganho de peso e a importância que se dá para o peso e forma física dentro dos padrões valorizados pela sociedade são importantes contribuidores para a insatisfação corporal – que pode levar a práticas não saudáveis para controle de peso. LEAL (2013) apontou que a satisfação

corporal foi fator protetor para práticas não saudáveis para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino em São Paulo-SP.

Por fim, a chance de pular refeições também foi aumentada para aquelas que concordavam que gostariam de ganhar menos do que o recomendado; tal concordância revela preocupação com o peso e/ou ganho de peso ou pode também representar insatisfação corporal a ponto de desencadear práticas não saudáveis para controle de peso. MENEZES e DOMINGUES (2004) encontraram para esta questão (4 da escala AGPG) pontuação média abaixo do ponto de corte, significando atitude negativa em relação ao ganho de peso na gestação.

Desta forma, os dados da regressão evidenciam que entre as adolescentes grávidas aquelas de menor classe social e menor preocupação com ganho de peso, e menor vergonha sobre seu estado corporal atual têm menor risco de atitudes não saudáveis. Já aquelas mais pesadas (e mais insatisfeitas com sua imagem corporal) e mais preocupadas com ganho de peso (desejando ganhar menos do que o recomendado) têm maior risco de atitudes não saudáveis. Tal resultado pode direcionar o foco de atenção para quais adolescentes gestantes merecem maior cuidado em relação a estas práticas na avaliação pré-natal.

5.1 Limitações do estudo

Este foi um estudo inédito em seus objetivos e população, portanto, não foi possível estabelecer um tamanho amostral exato para sua execução. Como mencionado, a amostra incluiu todo universo possível dentro do serviço especializado que foi local de estudo. De qualquer forma, o pequeno tamanho amostral pode não ter sido suficiente para evidenciar associações significativas e dados mais condizentes com a literatura com relação à satisfação corporal e comportamentos alimentares entre adolescentes e

grávidas. Por outro lado, pode ser que realmente esta amostra, por suas peculiaridades, tenha mesmo menos problemas com o corpo e a alimentação, mesmo vivenciando ao mesmo tempo a gestação e a adolescência.

Outra limitação a ser considerada é o uso da escala AGPG – que foi o primeiro no cenário nacional após processo de adaptação transcultural, não permitindo, portanto, parâmetros de comparação. De qualquer forma, o estudo de adaptação transcultural evidenciou boas propriedades para esta escala e acredita-se que ela tenha capacidade de avaliar de maneira apropriada o que se propõe.

Assim como para qualquer escala de autopreenchimento, deve-se considerar que algumas questões podem não ter sido interpretadas de maneira exata devido ao seu caráter subjetivo - como a questão sobre comer exageradamente e a sobre compulsão alimentar. De qualquer forma, uma exploração mais ampla só seria possível em um estudo qualitativo – de condução mais complexa na área da nutrição.

Deve-se considerar também que outras variáveis, além das aqui exploradas (como a autoestima, suporte familiar, estado de humor, fase de desenvolvimento puberal, entre outros) poderiam explicar alguns dos achados, o que exigiria uma avaliação mais completa e com uso de outros instrumentos. Mas, o fato da gravidez ser planejada ou não, do pai da criança estar presente ou não (o que pode de alguma forma representar “suporte”) não apresentaram associação com a satisfação corporal ou atitudes em relação ao ganho de peso na gestação. Também a idade da adolescente (o que pode de alguma forma ter relação com estágio puberal) não mostrou associação com as variáveis de desfecho analisadas - apenas marginalmente para pular refeições.

Por fim, em se tratando de um estudo de corte transversal, não foi possível o estabelecimento de causa e efeito, o que traria maiores esclarecimentos e possibilitaria melhor comparação com a literatura existente.

6 CONCLUSÕES

As gestantes deste estudo, em sua maioria, apresentaram atitudes positivas em relação ao ganho de peso na gestação e estavam satisfeitas com seus corpos:

- verificou-se que aquelas com sobrepeso pensavam menos em comida do que as de peso normal; e as com sobrepeso também pensavam menos em comer do que as de baixo peso e de peso normal;

- com relação ao trimestre gestacional, aquelas do 1º trimestre sentiram mais vontade de comer exageradamente do que as 2º (mas considera-se que pode ter havido uma interpretação subjetiva do que é comer exageradamente);

- considerando-se o estado nutricional, as gestantes com sobrepeso pensavam mais em seu peso do que as de peso normal. Dado em consonância com o resultado de que as mais pesadas também apresentaram maior insatisfação corporal e da correlação positiva entre estas duas variáveis;

- práticas não saudáveis para controle de peso foram menos frequentes do que as encontradas em estudos brasileiros com adolescentes não grávidas, sendo as mais frequentes: pular refeições e comer muito pouca comida;

- a compulsão alimentar foi o comportamento de risco para transtorno alimentar mais presente, e apresentou prevalência um pouco mais alta do que a de outros trabalhos com adolescentes não grávidas e grávidas adultas (mas deve-se considerar a subjetividade da questão e possível superestimação deste resultado).

Não foi encontrada associação entre satisfação corporal e compulsão alimentar ou entre satisfação corporal e pular refeições, nem mesmo com diferenciação do estado nutricional, embora as gestantes com sobrepeso e obesidade fossem mais insatisfeitas.

Por fim, se evidenciou que entre as adolescentes grávidas aquelas de menor classe social e menor preocupação com ganho de peso, e menor vergonha sobre seu estado corporal atual tiveram menor risco de atitudes não saudáveis. Já aquelas mais pesadas (e mais insatisfeitas com sua imagem corporal) e mais preocupadas com ganho de peso tiveram maior risco de atitudes não saudáveis.

6.1 Recomendações

Algumas recomendações podem ser feitas para futuros estudos. Um novo estudo com esta população, com tamanho amostral maior poderia – talvez – evidenciar outros achados. Novas questões poderiam ser também incorporadas, objetivando-se avaliar autoestima, humor, suporte familiar – entre outros. Um estudo longitudinal permitiria também entender a evolução da satisfação corporal e dos comportamentos alimentares ao longo do processo gestacional.

Inclusive uma avaliação das variáveis de desfecho poderia ser realizada no período pós-gestacional; e uma exploração das mesmas no cuidado do bebê, presença do aleitamento materno, alimentação e evolução do peso da mãe trariam dados interessantes.

Como as questões referentes ao que é compulsão alimentar e a comer exageradamente são subjetivas, poderia se aplicar como entrevista pessoal e não autopreenchimento; mais ainda, seria interessante que estes conceitos fossem explorados de maneira qualitativa.

Embora a frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares tenha sido baixa, a relativamente alta frequência de compulsão alimentar sugere necessidade de se avaliar com cuidado este comportamento durante a gestação, e de se

abordar o tema e as questões emocionais envolvidas na alimentação nas orientações individuais ou em grupo para este público nos serviços de saúde.

Considerando-se que algumas adolescentes apresentaram maior risco de atitudes inadequadas, sugere-se também que os serviços pré-natal observem com cuidado aquelas mais preocupadas com seu corpo e peso e mais insatisfeitas com a imagem corporal visando à prevenção do estabelecimento de comportamento inapropriados.

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO – APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA

Diferentemente da maioria dos alunos da FSP-USP, que ingressa no mestrado logo em seguida à graduação, optei por fazer o curso após seis anos da minha formação como nutricionista. Tinha uma grande vontade de colocar em prática todo o conhecimento que havia adquirido, além de querer concluir algumas especializações e decidi adquirir experiência profissional antes de dar esse passo maior, que sabia me exigiria maior comprometimento e dedicação. Trabalhando como nutricionista em consultório de forma mais autônoma desde 2011, decidi que esse seria o momento adequado para programar minha entrada na pós-graduação para 2012, pois agora conseguia organizar meus próprios horários. Era “agora ou nunca” e o mestrado era um sonho antigo. Queria dar continuidade aos estudos, mesmo não sabendo ao certo onde isso me levaria.

Após minha passagem pelo aprimoramento no AMBULIM – Ambulatório de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP em 2010-2011, encerrei o curso com um trabalho de conclusão sobre a influência das informações da mídia televisiva sobre emagrecimento no comportamento alimentar. A partir disso, decidi continuar estudando o assunto influência da mídia no comportamento alimentar e no desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes, por ser uma das populações mais vulneráveis a estas questões e decidi me inscrever no processo seletivo da pós-graduação da FSP.

Ao ingressar no mestrado de fato e conversando melhor com minha orientadora, tive a ideia de investigar gestantes no lugar de adolescentes, pois algumas “notícias” ou informações da influência da mídia sobre esta população em relação às questões

corporais e preocupação com o ganho de peso na gestação estavam em evidência. Neste caso, minha orientadora sugeriu então que o estudo fosse feito com gestantes adolescentes, já que exatamente esta população ainda não tinha sido muito avaliada sob esta ótica no Brasil. Assim foi nascendo o projeto de avaliar as atitudes em relação ao ganho de peso na gestação, a partir também do achado de um artigo americano que propunha uma escala específica para este fim, o que também gerou um trabalho paralelo de adaptação transcultural deste instrumento, e ao qual foram sendo adicionadas muitas variáveis interessantes para se analisar concomitantemente, como comportamento alimentar, presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares, satisfação corporal e outros que entraram ou não no projeto final porque, por se tratar de um estudo inédito, eram muitas as ideias de investigação e associações, mas nem todas tornariam o trabalho viável!

Logo no início do curso em 2012, comecei a sentir as dificuldades de voltar a ser uma aluna da FSP, onde a pós-graduação privilegia aqueles que têm disponibilidade para a dedicação exclusiva ao seu projeto: eram aulas quase todos os dias da semana e em um deles ficava na faculdade o dia todo, tendo três disciplinas ao dia, nem na graduação era assim! Levei um susto, pois, além disso, era exigido muito tempo de dedicação extra-aula para leitura de artigos e preparações constantes de seminários, além de outros trabalhos e provas. E eu não estava mais habituada à vida de acadêmica. Mas fui me organizando para conciliar o meu trabalho com a conclusão das disciplinas, de forma a ter um bom aproveitamento. Ao mesmo tempo essa fase foi muito interessante porque pude ver novamente, após algum tempo, o grande contraste entre a teoria e a prática, como as formas de avaliação nutricional, por exemplo, e suas diferenças entre o que pode ser feito na área clínica e o que é preconizado como padrão-

ouro e é usado em nível populacional. Pude também reciclar alguns conhecimentos, o que foi bastante útil.

O segundo ano, de coleta de dados, que parecia a princípio mais tranquilo, surpreendeu por ter sido tão trabalhoso também na coleta e análise de dados para o artigo científico que comecei a escrever e depois tive que readaptar, já que não foi aceito na primeira tentativa. E nem na segunda. Além disso, também dei início à escrita da dissertação.

Ainda vale destacar que o aprendizado com o contato com o universo das adolescentes grávidas nesta época foi bastante interessante e enriquecedor; foi possível perceber o quanto essa população e de gestantes em geral, precisa de mais informação e esclarecimentos. Nas conversas informais com elas ou ao fazer “grupo” de orientação ouvi muitas crenças populares fortemente presentes na vida daquelas jovens como o consumo de cerveja preta para “ter mais leite”, ou de “chá de umbigo” (referindo-se ao cordão umbilical, que devia ser fervido para o preparo do tal chá. E tinha que ser de um menino!) para o bebê “dormir a noite inteira”. Também me surpreendi com o número de gestantes que dizia estar tendo vontade de consumir substâncias não alimentares durante a gestação como sabonete, sabão lava-roupas líquido etc., “mas eu não bebi”. Achava que picacismo não fosse comum, mas também ouvi várias histórias de parentes ou outras conhecidas das gestantes que apresentaram o transtorno na gestação. Percebi que é muito importante questionar vários aspectos, pois do contrário, elas não mencionariam o assunto e poderiam sofrer consequências mais sérias com estes comportamentos.

Mas o meu maior desafio mesmo foi a reta final, com a análise dos dados, e a escrita do restante da dissertação. Trabalhando além do mestrado, tive momentos de enorme dificuldade em me voltar para a dissertação, de escrever e de me concentrar, o

que foi bastante desgastante, pois o tempo passava muito rápido, deixando uma angústia ainda maior por ter dar conta de tudo a tempo.

Além dos aprendizados que a pesquisa trouxe para a minha formação acadêmica, posso, por fim, perceber com toda a clareza, o maior significado deste processo para a minha vida: a percepção do caminho que quero trilhar daqui para frente, sempre estudando, mesmo que fora da vida acadêmica, mas agora com a bagagem transformadora que o mestrado me proporcionou, ao me colocar obrigatoriamente em exercício constante de foco e organização.

8 REFERÊNCIAS

- Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. **J Psychosom Obstet Gynaecol** 1994; 15(4): 189-95.
- Alvarenga MS, Lourenço BH, Philippi ST, Scagliusi FB. Disordered eating among brazilian female college students. **Cad Saude Publica** 2013; 29(5): 879-88.
- Alvarenga MS, Philippi ST. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST, organizadoras. Nutrição e transtornos alimentares – Avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2010. p.17-35.
- Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenço BH, Sato PM, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **J Bras Psiquiatr** 2010; 59(1): 44-51.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Rev Psiq Clín** 2011; 38(1): 3-7.
- Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(3): 503-12.
- ADA - American Dietetic Association ADA. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **J Am Diet Assoc** 2006; 106: 2073-82.
- APA - American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)**. 5thed. Washington: APA, 2013.
- Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(3): 552-8.
- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2008- 2010**. Disponível em <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>[acessado em 10 de setembro de 2012]
- Barbosa KBF, Franceschini SCC, Priore SE. Influência dos estágios de maturação sexual no estado nutricional, antropometria e composição corporal de adolescentes. **Rev Bras Saude Mater Infant** 2006; 6(4): 375-82.
- Barros DC, Pereira RA, Gama SGN, Leal MC. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Cad Saude Publica** 2004; 20 Sup (1):121-29.
- Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul Enferm** 2009;22(2):169-75.

Beling MTC. A autoimagem corporal e o comportamento alimentar de adolescentes do sexo feminino em Belo Horizonte, MG. [Internet]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008 [citado 2014 Mai 10]. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7W7GY5/maria_tereza_cordeiro_beling.pdf?sequence=1

Branco LM, Hilário MOE, CintraIP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev Psiq Clín** 2006; 33(6): 292-96.

Berg CK, Torgersen L, Von Holle A, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. **Int J Eat Disord** 2011; 44(2): 124-33.

Borghi R, Baxter YC, Galletta MA, Maculevicius J, Zugaib M. Mudanças no comportamento alimentar em gestantes adolescentes. **Rev Ginec Obst** 1997; 8(1): 20-2.

Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar Junior W, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Cienc saude coletiva** 2011; 16(7): 3221-28.

Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). **Psychol Med** 2007; 37(8): 1109-18.

Cairolli PB. Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo – SP [Internet]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP; 2009 [citado 2013 Abr 10]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000467826>.

Camarotti CM, Nakano AMS, Pereira CR, Medeiros CP, Monteiro JCS. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. **Acta Paul Enferm** 2011;24(1):55-60.

Caputo VR, Bordin IA. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Rev Saude Publica** 2007; 41(4):573-81.

Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. **Obstet Gynecol Surv** 2013; 68(4): 312-23.

Carvalho RS, Amaral ACS, Ferreira ME. Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. **Psicol Teor Prat** 2009; 11(3): 200-23.

Castilho SD, Barras Filho AA. Crescimento pós-menarca. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2000; 44(3): 195-204.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(1): 177-186.

Chen HM, Jin JC. Body image, cognition, behavior and social support of married pregnant adolescents during the third trimester. **Kaohsiung J Med Sci** 1996;12(6):370-80.

Chipkevitch E. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. **J Pediatr** 2001; 77(Supl. 2): 135-42.

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.

Clark M, Ogden J. The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. **Int J Obes Relat Metab Disord** 1999; 23(1): 18-24.

Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? **Acta Obstet Gynecol Scand** 2013; 92(12):1407-13

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am J Obstet Gynecol** 2005; 192(2): 342-9.

Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. **Rev Bras Saude Mater Infant** [serial on the Internet] 2009; 9(3): 331-338.

Conti MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev Nutr** 2005a; 18(4):491-97.

Conti MA, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** 2005b; 15(2): 36-44.

Cooper PJ, Taylor M, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int J Eat Disord** 1987; 6: 485-94.

Copper RL, DuBard MB, Goldenberg RL, Oweis AI. The relationship of maternal attitude toward weight gain to weight gain during pregnancy and low birth weight. **Obstet Gynecol** 1995; 85(4): 590-5.

Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – Instrumento de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. **Psiq Biol** 1994; 2: 17-21.

Cordás TA, Salzano FT. Aspectos gerais dos transtornos alimentares: características, critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia. In: Alvarenga M, Scagliusi FB,

Philippi ST, organizadoras. **Nutrição e transtornos alimentares – Avaliação e tratamento**. Barueri: Manole; 2010. p.3-15.

Correll JA, Dalton WT, Bailey B. Weight concerns, body image, and smoking continuation in pregnant women in rural Appalachia. **Am J Health Behav** 2013; 37(6):734-44.

Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev Rene Fortaleza** 2010; 11(2): 86-93.

Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. **Int J Eat Disord** 2008; 41(3): 277-9.

DiPietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E, Caulfield LE. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. **J Am Diet Assoc** 2003; 103(10): 1314-9.

Duarte MJP. Percepção e satisfação corporal com a imagem corporal em grávidas [Internet]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, Porto; 2003[citado 2014 Abr 23]. Disponível em: <http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57072/2/23517.pdf>

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.

Dunker KLL, Alvarenga MS, Alves VPO. Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão. **J Bras Psiquiatr** 2009; 58(1): 60-8.

Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. **Psychol Med** 2012; 22:1-10.

Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J et al. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? **Eur Eat Disord Rev** 2013; 21(4): 340-4.

Ferreira JES, Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. **Appetite** 2008a; 51(2): 249-55.

Ferreira JES, Veiga GV. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos. **Rev Bras Epidemiol** 2008b; 11(3): 393-401.

Foster SF, Slade P, Wilson K. Body image, maternal fetal attachment and breast feeding. **J Psychosom Res** 1996; 41(2): 181-4.

Fox P, Yamaguchi C. Body image change in pregnancy: a comparison of normal weight and overweight primigravidae. **Birth** 1997; 24(1): 35-40.

- Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. **Obstet Gynecol** 2000; 95(6): 942-6.
- Frois E, Moreira J, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. **Psicol estud** 2011; 16(1): 71-7.
- Gallo JHS. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev Bioet** 2011; 19(1): 179-95.
- Fujimori E, Laurenti D, Cassana LMN, Oliveira IMV, Szarfarc SC. Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Rev Nutr** 2000; 13(3): 177-184.
- Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson B, Hill B. Body image during pregnancy: an evaluation of the suitability of the Body Attitudes Questionnaire. **BMC Pregnancy Childbirth** 2012; 12(6): 91.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). **Situação da população mundial 2013**. New York NY, 2013. Divisão de Informação e Relações Externas - Setor de Mídia e Comunicação. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/situacao-da-populacao-mundial> [acessado em 08 de janeiro de 2014].
- Gama SGN, Szwarcwaldb CL, Leala MC, Filhac MMT. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saude Publica** 2001; 35(1): 74-80.
- Gambardella AMD, Frutuoso MFP, Franch C. Prática alimentar de adolescentes. **Rev Nutr** 1999; 12(1): 5-19.
- Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica** 2005; 21(4): 1077-86.
- Groth SW, Morrison-Beedy D, Meng Y. How pregnant African American women view pregnancy weight gain. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 2012; 41(6):798-808.
- Gutierrez YM. Cultural factors affecting diet and pregnancy outcome of mexican american adolescents. **J Adolesc Health** 1999; 25(3): 227-37.
- Hay PH. The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. **Int J Eat Disord** 1998; 23(4): 371-382.
- Heinberg LJ, Guarda AS. Body image issues in obstetrics and gynecology. In T.F. Cash, T. Pruzinsky (Org.), **Body images: development, deviance and change**. New York: The Guilford Press; 2002. p. 3-20.
- Hoga LAK. Adolescent maternity in a low income community: experiences revealed by oral history. **Rev Lat Am Enfermagem** 2008; 16(2): 280-86.

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.

Huang TT, Wang HS, Dai FT. Effect of pre-pregnancy body size on postpartum weight retention. **Midwifery** 2010; 26(2): 222-31.

IOM - Institute of Medicine and National Research Council of the National Academies. **Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines**. Washington, DC. The National Academies Press, 2009. Disponível em <http://www.iom.edu/pregnancyweightgain> [acessado em 11 de julho de 2012].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas de registro civil 2012**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2012/default.shtm> [acessado em 08 de janeiro de 2014].

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Síntese de Indicadores 2012**. Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm [acessado em 09 de abril 2014].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008 – 2009 – Despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro, RJ, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf [acessado em 11 abr 2014].

Jeffery RW, French SA. Socioeconomic status and weight control practices among 20- to 45-year-old women. **Am J Public Health** 1996; 86(7): 1005-10.

Kahhale EP, Odierna IC, Galletta MA, Neder M, Zugaib M. Implantação do Programa Integrado de Assistência e Educação à Gestante Adolescente (PIAEGA) no Ambulatório de Obstetrícia do HCFMUSP. **Rev Gin Obst** 1997; 8(1): 49-53.

Lai BPY, Tang CSK, Tse WKL. Prevalence and Psychosocial Correlates of Disordered Eating Among Chinese Pregnant Women in Hong Kong. **Eat Disord** 2005; 13(2): 171-86.

Leal GV. **Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo**. São Paulo; 2013. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Leal GV, Philippi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Rev Bras Epidemiol** 2010; 13(3): 457-67.

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Reproductive health outcomes in eating disorders. **Int J Eat Disord** 2013;46(8):826-33.

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric and perinatal health outcomes in eating disorders. **Am J Obstet Gynecol** 2014 Apr 3. pii: S0002-9378(14)00336-6.

Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Camano L. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet** 2006; 28(8): 446-52.

Magalhães, MN e Lima, ACP. **Noções de Probabilidade e Estatística**. São Paulo: IME-USP, 2ed, 2000.

Martinez EZ, Roza DL; Caccia-Bava MCGG; Achcar JA; Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cad Saude Publica** 2011; 27(5): 855-67.

Martins CB, Pelegrini A, Matheus SC. Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Rev Psiquiatr** 2010; 32(1): 19-23.

Matsushashi Y, Felice ME. Adolescent body image during pregnancy. **J Adolesc Health** 1991; 12(4): 313-5.

Menezes IHCF, Domingues MHMS. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev Nutr Campinas** 2004; 17(2):185-194.

Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH. Effect of body image on pregnancy weight gain. **Matern Child Health J** 2011; 15(3): 324-32.

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(3):297-303.

Ministério da Saúde. **Partos em mulheres na faixa de 10 a 19 anos do SUS no período de 2009**. [acessado em 10 de maio 2012]. Disponível em: www.saude.gov.br/sps/areatecnicas/adolescente/doc/partos

Mitchell AM, Bulik CM. Eating disorders and women's health: an update. **J Midwifery Womens Health**. 2006; 51(3):193-201.

Mitsuhiro SS, Chalem C, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. **Rev Bras Psiquiatr** 2006; 28(2):122-5.

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24(Supl III): 18-23.

Nery FG, Teixeira-Jr AL, Miranda GV, Daker MV. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. **Rev Bras Psiquiatr** 2002; 24(4): 186-8.

Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Stat. M, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent. **J Adolesc Health** 2006; 39(2): 244-51.

Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Croll J. Overweight status and eating patterns among adolescents: Where do youths stand in comparison with the Healthy People 2010 Objectives? **Am J Public Health** 2002; 92(5): 844-51.

Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey A. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. **J Am Diet Assoc** 1999; 99(8): 929-34.

Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Garwick A, Blum RW. Body dissatisfaction and unhealthy weight-control practices among adolescents with and without chronic illness: a population-based study. **Arch Pediatr Adolesc Med** 1995; 149(12): 1330-5.

Neves Filho AC, Leite AJM, Bruno ZV, Gomes Filho J, Silva CF. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? **Rev Paul Pediatr** 2011; 29(4):489-94.

Nogueira NN, Parente JV, Cozzolino SMF. Mudanças na concentração plasmática de zinco e ácido fólico em adolescentes grávidas submetidas a diferentes esquemas de suplementação. **Cad. Saude Publica** 2003; 19(1): 155-60.

Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev Bras Psiquiatr** 2001; 23(1): 21-7.

Nunes MA, Pinheiro AP, Camey SA, Schmidt MI. Binge eating during pregnancy and birth outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **Int J Eat Disord** 2012; 45(7): 827-31.

Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: a prospective study in a disadvantaged population in Brazil. **Int J Eat Disord** 2014; 47(4): 426-30.

Oliboni CM, Galletta MAK, Francisco RPV, Alvarenga MS. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2014; 36(7): 320-7.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Palmer JL et al. Development of an assessment form: Attitude toward weigh gain during pregnancy. **J Am Diet Assoc** 1985; 85(8): 946-49.

Passanha A, Martins APB, Silva ACF, Benício MHD. Body image dissatisfaction in pre-gestational period and associated factors. **Rev Psicol Saúde** 2013; 5(2): 92-101.

Pesa JA, Thomas RS, Jones E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. **J Adolesc Health** 2000; 26(5): 330-7.

Polivy J. Psychological consequences of food restriction. **J Am Diet Assoc** 1996; 96(6):589-92; quiz 593-4.

Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. **J Psychosom Res** 2005; 59(3):175-9.

Santos MMAS, Baião MR, Barros DC, Pinto AA, Pedrosa PM, Saunders C. Estado nutricional pré gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev Bras Epidemiol** 2012; 15(1): 143-54.

Siege-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, Berg CK, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. **Int J Eat Disord** 2011; 44(5): 428-34.

Silva NCB, Bomfim T, Cardozo NP, Franco MAP, Marques SL. Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos. **Paideia** (Ribeirão Preto) 2007; 17(38): 365-74.

Silva VA, Silva EAA, Dionísio LR, Ferreira FAR, Saldanha AAW, Carvalho EAB. Mídia e percepção da imagem corporal entre adolescentes: uma discussão de gênero. II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais - Universidade Federal da Paraíba (UFBP) 2009.

Simas, FB, Souza, LV, Scorsoline-Comin, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Psicol teor prat** 2013; 15(1): 19-34.

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.

Slade PD. Awareness of body dimensions during pregnancy: an analogue study. **Psychol Med** 1977; 7(2): 245-52.

Slade PD. What is body image? **Behav Res Ther** 1994; 32(5): 497-502.

Soares et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. **Int J Eat Disord** 2009; 42(5):387-93.

Soifer R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Souto CMRM. **Construção e validação de uma escala de medida em imagem corporal** [dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (PB); 1999.

Stenberg L, Blinn L. Feelings about self and body during adolescent pregnancy. **Fam Soc** 1993; 74(5): 282-90.

Stevens-Simon C, Nakashima I, Andrews D. Weight gain attitudes among pregnant adolescents. **J Adolesc Health** 1993; 14(5): 369-72.

Stice E, Burger K, Yokum S. Caloric deprivation increases responsivity of attention and reward brain regions to intake, anticipated intake, and images of palatable foods. **Neuroimage** 2013; 15(67): 322-30.

Swann RA, Holle AV, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). **Int J Eat Disord** 2009; 42(5): 394–401.

Tanner JM. **Growth at adolescence**. Oxford: Blackwell; 1962.

Vale AMO, Kerr LRS, Bosi MLM. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Cien Saude Colet** 2011; 16(1): 121-32.

Vitolo MR. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WHO - World Health Organization [Internet]. Adolescent pregnancy: fact sheet. Geneva, 2012. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>

WHO - World Health Organization. Young People's Health – a challenge for society. report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

Anexo 1 – Questionário demográfico

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Pesquisa sobre atitudes alimentares e com o corpo

Data da avaliação: ____ / ____ / ____

1) Nome: _____

2) Data de nascimento: ____ / ____ / ____

3) Idade: ____ anos

4) Escolaridade: _____

5) Estuda atualmente? () Sim () Não Série: _____

6) Trabalha atualmente? () Sim () Não Qual sua ocupação? _____

7) Com quem você mora? _____

8) Estado civil: _____

9) Marque um "X" no grau de instrução do pai da criança:

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º Grau
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º Grau
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º Grau completo
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º Grau completo
Superior completo	Superior completo

10) Escreva a quantidade de cada um dos itens abaixo que existem em sua casa:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

11) Marque um "X" no grau de instrução do chefe da família:

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º Grau
Primário completo/ Ginasial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º Grau
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º Grau completo
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º Grau completo
Superior completo	Superior completo

12) Quantas pessoas moram na casa? _____

13) Idade gestacional: _____ semanas ou _____ mês

14) Peso atual: _____ kg 15) Altura atual: _____ m 16) IMC atual: _____ kg/m²

17) Peso pré-gest.: _____kg 18) Altura pré-gest.: _____m 19) IMC pré-gest.: _____ kg/m²

20) Primeira gravidez? (☐) Sim (☐) Não

Se não, quantos filhos já teve? _____ Qual a idade dele(s)? _____ Tipo de parto: (☐) normal (☐) cesárea

Nascido(s): a termo (☐) prematuro (☐)

21) Idade da menarca: _____ anos

22) Esta gestação foi desejada? (☐) Sim (☐) Não

23) O pai do seu bebê está presente neste momento da sua vida? (☐) Sim (☐) Não

Anexo 2 – Critério de Classificação Econômica Brasil – (CCEB)

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto		0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto		1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto		2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto		4
Superior completo	Superior Completo		8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente: Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2010
A1	42 a 46	12.926
A2	35 a 41	8.418
B1	29 a 34	4.418
B2	23 a 28	2.565
C1	18 a 22	1.541
C2	14 a 17	1.024
D	8 a 13	714
E	0 a 7	477

Anexo 3 – Questionário de Imagem Corporal (BSQ)

Responda as questões de acordo como você tem se sentido desde o início de sua gravidez, em relação à sua aparência. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente
6. Sempre

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?

1 2 3 4 5 6

2. Você se preocupa tanto com sua forma física a ponto de achar que deve fazer dieta?

1 2 3 4 5 6

3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?

1 2 3 4 5 6

4. Você tem sentido medo de ficar mais gorda do que está?

1 2 3 4 5 6

5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser bem firme?

1 2 3 4 5 6

6. Ao sentir-se satisfeita, como após uma grande refeição, você se acha gorda?

1 2 3 4 5 6

7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?

1 2 3 4 5 6

8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?

1 2 3 4 5 6

9. Estar com pessoas magras deixa você preocupada em relação ao seu corpo?

1 2 3 4 5 6

10. Você já se preocupou com suas coxas poderem espalhar-se ao se sentar?

1 2 3 4 5 6

11. Você já se sentiu gorda mesmo ao comer uma pequena quantidade de alimento?

1 2 3 4 5 6

12. Você repara no corpo de outras mulheres grávidas e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?

1 2 3 4 5 6

13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como assistir TV, lê ou escutar uma conversa)?

1 2 3 4 5 6

14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?

1 2 3 4 5 6

15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

16. Você se imagina eliminando partes de seu corpo?

1 2 3 4 5 6

17. Comer doces ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?

1 2 3 4 5 6

18. Você já deixou de participar de eventos sociais, festas, por sentir-se mal em relação ao seu corpo?

1 2 3 4 5 6

19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?

1 2 3 4 5 6

20. Você já teve vergonha do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

21. A preocupação com seu corpo leva você a fazer dieta?

1 2 3 4 5 6

22. Você se sente mais contente em relação ao seu corpo quando está de estômago vazio, como por exemplo, pela manhã?

1 2 3 4 5 6

23. Você acha que seu corpo atual decorre de uma falta de autocontrole?

1 2 3 4 5 6

24. Você se preocupa com a possibilidade de outras pessoas estarem vendo dobras na sua cintura ou estômago?

1 2 3 4 5 6

25. Você acha injusto que outras mulheres grávidas sejam mais magras do que você?

1 2 3 4 5 6

26. Você já vomitou para se sentir mais magra?

1 2 3 4 5 6

27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de um ônibus)?

1 2 3 4 5 6

28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?

1 2 3 4 5 6

29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu corpo?

1 2 3 4 5 6

30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?

1 2 3 4 5 6

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, em vestiários ou banhos de piscina)?

1 2 3 4 5 6

32. Você toma laxantes para se sentir mais magra?

1 2 3 4 5 6

33. Você tem consciência do seu corpo quando em companhia de outras pessoas?

1 2 3 4 5 6

34. A preocupação com seu corpo faz você sentir que deveria fazer exercícios?

1 2 3 4 5 6

Anexo 4– Questões sobre comportamento alimentar e preocupações com comida e peso

Em relação à sua fome, à sua alimentação e à preocupação com comida e peso **durante esta gravidez**, dê uma nota de 0 a 10 para as questões abaixo, de acordo com a escala:

0 = nem um pouco/ nada ou nunca e 10 = absolutamente o tempo todo ou extremamente

Marque um X ao lado da nota correspondente:

Em relação à fome:

Quão faminta você se sente?

Nem um pouco										Extremamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quão cheia você se sente depois de comer?

Nem um pouco										Extremamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Em relação à quantidade ingerida:

Com que frequência você tem comido?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto você tem comido?

Nem um pouco										Extremamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto a exageros alimentares:

Com que frequência você sentiu vontade de comer exageradamente?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Com que frequência você não resistiu e comeu mais do que gostaria?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Em relação a desejos alimentares:

Com que frequência você teve desejo por alimentos específicos?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Com que frequência você sentiu uma vontade muito forte de comer alimentos específicos?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quanto à preocupação com a comida:

Com que frequência você tem pensado em comida?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Com que frequência você tem pensado em comer?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Em relação à preocupação com peso:

Com que frequência você tem pensado sobre seu peso?

Nunca										Absolutamente o tempo todo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 5– Questões sobre comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares

Eu gostaria de perguntar sobre episódios de comer excessivamente que você possa ter tido recentemente. Quando falo comer excessivamente ou compulsão alimentar, estou querendo dizer: comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado).

Desde que você está grávida, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Nos momentos em que comeu desse jeito, você sentiu que não conseguiria parar de comer ou controlar o quê e quanto você estava comendo?

- ☐ Não ☐ Sim

Você fica irritada quando come demais (comer mais do que você imagina ser bom para você)?

- ☐ Nem um pouco
- ☐ Um pouco
- ☐ Muito
- ☐ Bastante

Esta pergunta é sobre vários métodos de controle de peso que algumas pessoas utilizam.

Desde que você está grávida, você usou alguns dos seguintes métodos?

Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou não engordar.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Desde que você está grávida, você usou algum destes métodos para perder peso ou para evitar ganhar peso?

	Sim	Não
Exercício físico	()	()
Comer muito pouca comida	()	()
Tomar remédios para emagrecer	()	()
Usar algum substituto de alimentos (suplementos, <i>shakes</i>)	()	()
Pular refeições	()	()
Comer mais frutas, verduras e legumes	()	()
Comer menos alimentos gordurosos	()	()
Comer menos doces	()	()
Fumar mais cigarros	()	()

Anexo 6– Questões sobre preocupação com o peso e forma física antes e após o início da gestação

Quão importante era e tem sido seu peso e sua forma física nos seguintes momentos (assinale com um “X”):

	<u>Antes da gravidez</u>	<u>Desde que você está grávida</u>
Não são muito importantes		
Pesam um pouco em como eu me sinto		
São as coisas mais importantes que afetam como eu me sinto		
Eu me preocupo mais com a forma física do que com meu peso		

Como você acha que estava e está em relação a seu peso (assinale com um “X”):

	<u>Antes da gravidez</u>	<u>Desde que você está grávida</u>
Muito abaixo do peso		
Abaixo do peso		
No peso certo		
Acima do peso		
Muito acima do peso		

Anexo 7 – Artigo submetido

Oliboni CM, Galletta MAK, Francisco RPV, Alvarenga MS. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes em relação ao Ganho de Peso na Gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2014; 36(7): 320-7.

Resumo

Objetivo: O objetivo do estudo é apresentar a adaptação transcultural da Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação para o Português. Esta escala foi desenvolvida para determinar se as atitudes em relação à magreza afetariam o ganho de peso durante a gestação, contendo afirmações que expressavam diferentes atitudes de gestantes em relação ao seu próprio ganho de peso. **Métodos:** Os procedimentos foram: tradução, retrotradução, avaliação da compreensão, elaboração de versão final, aplicação da escala em 180 gestantes (média 29,6 anos e idade gestacional 25,7 semanas) atendidas no Ambulatório de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e análise psicométrica. **Resultados:** Constatou-se equivalência satisfatória entre as versões Inglês-Português, boa consistência interna (Alpha de Cronbach 0,7), e a análise fatorial exploratória sugeriu 4 subescalas com variância total explicada de 51,4%. **Conclusão:** A escala se demonstrou válida e pode ser utilizada em estudos com gestantes no Brasil para avaliação de atitudes em relação ao ganho de peso e detecção e prevenção de comportamentos disfuncionais durante a gestação.

Palavras-chave: Gravidez; ganho de peso; escalas; tradução; validade.

<p>CAROLINA MARQUES OLIBONI¹ MARCO AURELIO KNIPPEL GALLETTA² ROSSANA PULCINELLI VIEIRA FRANCISCO² MARLE DOS SANTOS ALVARENGA³</p>	<h2>Adaptação transcultural da Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação</h2> <p><i>Cross-cultural adaptation of the Pregnancy and Weight Gain Attitude Scale</i></p>
<p>Artigo Original</p>	
<p>Palavras-chave Gravidez Ganho de peso Tradução Estudos de validação</p> <p>Keywords Pregnancy Weight gain Translating Validation studies</p>	<p>Resumo</p> <p>OBJETIVO: Apresentar a adaptação transcultural para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Ganho de Peso na Gestação. MÉTODOS: Essa escala, que contém afirmações que expressavam diferentes atitudes de gestantes em relação ao seu próprio ganho de peso, foi desenvolvida para determinar se as atitudes em relação ao corpo afetariam o ganho de peso durante a gestação. Os procedimentos foram: tradução, retrotradução, avaliação da compreensão, elaboração de versão final, aplicação da escala em 180 gestantes (média 29,6 anos e idade gestacional 25,7 semanas) e análise psicométrica. RESULTADOS: Constatou-se equivalência satisfatória entre as versões inglês-português e boa consistência interna (Alpha de Cronbach 0,7). A análise fatorial exploratória sugeriu quatro subescalas com variância total explicada de 51,4%. CONCLUSÃO: A escala se demonstrou válida e pode ser utilizada em estudos com gestantes no Brasil para avaliação de atitudes em relação ao ganho de peso e detecção e prevenção de comportamentos disfuncionais durante a gestação.</p>

Anexo 8– Escala de atitude em relação ao ganho de peso na gestação (AGPG)

Esta parte do questionário é sobre sentimentos e preocupações que muitas mulheres podem apresentar sobre o ganho de peso durante a gravidez. Leia as afirmações e dê sua opinião a respeito. Para cada uma delas assinale:

A – se você concorda totalmente

B – se você concorda

C – se você discorda

D – se você discorda totalmente

	A	B	C	D
1) Eu me preocupo com a possibilidade de ficar gorda durante esta gravidez.				
2) Eu gostaria de ganhar entre 10 e 12 kg (<i>o recomendado para grávidas de peso normal</i>) durante esta gravidez.				
3) Eu estou tentando manter meu peso baixo para não parecer grávida.				
4) Eu gostaria de ganhar entre 5 e 9 kg (<i>menos do que o recomendado para uma grávida de peso normal</i>) durante esta gravidez.				
5) Desde que eu esteja tendo uma alimentação balanceada, eu não me preocupo com quanto peso eu vou ganhar durante esta gravidez.				
6) Eu acho bonito uma mulher grávida.				
7) Eu me orgulho de parecer grávida.				
8) Eu gosto de ser capaz de conseguir ganhar peso para esta gravidez.				
9) Eu estou envergonhada do quanto tenho engordado durante esta gravidez.				
10) Eu ganharia 18 kg (<i>máximo recomendado para uma grávida de baixo peso</i>) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.				
11) Eu gosto de usar roupa de grávida.				
12) O peso que eu ganho durante a gravidez não me faz sentir atraente.				
13) Eu fico envergonhada toda vez que um profissional de saúde me pesa.				
14) Eu me incomodo por não poder usar a roupa da moda enquanto eu estou grávida.				
15) Eu acho que a mulher deve ser especialmente cuidadosa para não ficar gorda durante a gravidez.				
16) Se eu ganho muito peso em um mês, tento não engordar no mês seguinte.				
17) Logo antes de ir ao médico, tento não comer nada.				
18) Eu ganharia 16 kg (<i>máximo recomendado para uma grávida de peso normal</i>) se isto pudesse significar que meu bebê seria mais saudável.				

Anexo 9– Questões sobre conhecimento sobre o ganho de peso na gestação

Você sabe quanto é o ganho ideal na gestação?

() sim () não Se sim, qual? De _____ a _____ kg.

Quem orientou você sobre o ganho de peso?

() Ninguém () Família () Família () Médico () Nutricionista
() Enfermeira () Outro _____.

Você gostaria de ganhar mais ou menos do que o ideal?

() Mais Quanto? _____ kg
() Menos Quanto? _____ kg

Anexo 10 – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública/USP

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação ao corpo e à alimentação em gestantes adolescentes.

Pesquisador: Carolina Marques Oliboni

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05871812.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 240.087

Data da Relatoria: 19/04/2013

Apresentação do Projeto:

ndn

Objetivo da Pesquisa:

ndn

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ndn

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ndn

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 08 de Abril de 2013

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7742

E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo 11 – Aprovação do projeto pelo Comitê Interno de Apreciação de Projetos da Divisão de Obstetrícia do HCFMUSP

CiAPP 2: 353/12

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na 200ª reunião no dia 05 de Fevereiro de 2013, **ANALISOU e APROVOU** o protocolo de pesquisa intitulado: **"DUAS GRANDES TRANSFORMAÇÕES AO MESMO TEMPO: ATITUDES EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E AO CORPO EM GESTANTES ADOLESCENTES"**, dos seguintes pesquisadores: Marco Aurelio Knippel Galletta, Carolina Marques Oliboni, Marle dos Santos Alvarenga, Rossana Pulcineli Vieira Francisco e Marcelo Zugaib.

São Paulo, 14 de Fevereiro de 2013.

Prof. Dr. SEIZO MIYADAHIRA
Presidente do Comitê de Ética do DOG-FMUSP

Prof. Dr. VICENTE RENATO BAGNOLI
Secretário do Comitê de Ética do DOG-FMUSP

**APROVADO PELO CONSELHO
DO DOG EM 20/02/2013**

PROF. DR. MARCELO ZUGAIB
Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Anexo 12– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

e-mail:

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco (mãe, pai, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: ***DUAS GRANDES TRANSFORMAÇÕES AO MESMO TEMPO: ATITUDES EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO E AO CORPO EM GESTANTES ADOLESCENTES.***

PESQUISADOR: Carolina Marques Oliboni

CARGO/FUNÇÃO: Nutricionista

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: Nº 21790

UNIDADE DO HCFMUSP: Ambulatório de Obstetrícia – PIAEGA - Programa Integrado de Assistência e Educação à Gestante Adolescente.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X)

RISCO MÉDIO ()

RISCO BAIXO ()

RISCO MAIOR ()

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 02 anos.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação à alimentação e ao corpo em gestantes adolescentes”, orientada pela Profª Drª Marle dos Santos Alvarenga e conduzida pela aluna de mestrado Carolina Marques Oliboni, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Objetivo: Avaliar atitudes em relação à alimentação, peso e corpo de adolescentes grávidas.

Procedimentos: Sua participação na pesquisa será feita com o preenchimento de alguns questionários a respeito de suas percepções em relação às mudanças corporais e atitudes em relação à alimentação que você está vivenciando neste período de gravidez e adolescência.

Informamos que toda e qualquer informação obtida durante esta pesquisa será utilizada de forma a proteger sua identidade e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. Você tem o direito de não participar da pesquisa sem que nenhum dano e/ou prejuízo ocorra.

Os riscos de participação nesta pesquisa são mínimos. Sua participação nesta pesquisa é muito importante para seja possível conhecer atitudes sobre alimentação e em relação às mudanças corporais de adolescentes gestantes e, desta forma, promover futuras intervenções para melhoria da qualidade de vida e saúde desta população.

Para mais informações sobre esta pesquisa, favor entrar em contato com a Profª Marle dos Santos Alvarenga (marlealv@usp.br), orientadora da Pesquisa ou com a nutricionista Carolina Oliboni (carol.oliboni@usp.br), aluna de mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (11-3061-7701).

Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado na Avenida Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo/SP, CEP: 01246-904. Telefone: 11 3061-7779 ou pelo endereço eletrônico: coep@fsp.usp.br

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação à alimentação e ao corpo em gestantes adolescentes”.

Eu discuti com a Nutricionista Carolina Marques Oliboni sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido durante meu atendimento neste Serviço.

Assinatura da paciente

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável ou representante
legal

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Anexo 13 – Distribuição das gestantes segundo semana gestacional, IMC atual e pré-gestacional.

Gestante	Sem gest	IMC atual	IMC atual cat	IMC pré-gest	IMC pré cat	Gestante	Sem gest	IMC atual	IMC atual cat	IMC pré-gest	IMC pré cat
1	10	26,2	3	22,1	2	35	21	20,3	2	20	2
2	11	19,02	2	15,1	1	36	21	21,6	2	20	2
3	12	19,1	2	18,4	1	37	22	18,7	2	18,7	2
4	13	26,5	3	24,5	2	38	22	20,9	2	18	1
5	15	15,4	1	15,4	1	39	22	21	2	18,1	1
6	15	20,5	2	19,5	2	40	22	21,3	2	17,1	1
7	15	20,7	2	19,5	2	41	22	35	4	28,6	3
8	15	20,3	2	20,3	2	42	23	21	2	16,6	1
9	15	30,9	4	18	1	43	23	21,4	2	18,8	2
10	16	18,5	2	18,1	1	44	23	24,7	2	22,1	2
11	16	20,1	2	19,3	2	45	24	20,3	2	16,4	1
12	16	20,8	2	18,5	2	46	24	32,8	4	26,4	3
13	16	21,9	2	17,6	1	47	25	23	2	19,5	2
14	16	21,9	2	19,6	2	48	25	25,1	3	22,2	2
15	16	22,3	2	18,8	2	49	25	28,9	3	20,4	2
16	16	26,9	3	26,1	3	50	26	21,2	2	19,7	2
17	16	27,3	3	28,1	3	51	26	22,5	2	19,1	2
18	17	17,7	1	19,1	2	52	26	22,6	2	23,7	2
19	17	19,5	2	17,4	1	53	26	25,7	3	23,9	2
20	17	20,4	2	19,3	2	54	28	26,6	2	20,3	2
21	17	21,9	2	22	2	55	29	23,6	2	19,5	2
22	17	23,2	2	23	2	56	29	28,1	2	23,4	2
23	18	19,4	2	18,5	2	57	30	21,8	2	20,4	2
24	18	21,1	2	20,4	2	58	31	24,4	2	20	2
25	19	22,6	2	19,7	2	59	31	36,1	4	34,8	4
26	19	29,8	3	28,8	3	60	32	28,4	2	24,2	2
27	19	31,6	4	27,8	3	61	33	24,2	2	18,4	1
28	20	19,1	2	18,6	2	62	34	21,6	2	20	2
29	20	21,4	2	19,5	2	63	34	28,6	3	24,1	2
30	20	24	2	21,1	2	64	34	29,8	3	25,7	3
31	20	24,3	2	19,7	2	65	35	26,7	3	22,6	2
32	20	25,3	3	27,7	3	66	35	27,9	3	20,6	2
33	20	28,7	3	28	3	67	35	30,1	4	23,8	2
34	20	30	1	26,8	3						

sem gest = semana gestacional; IMC atual cat = IMC atual – categoria; IMC pré cat = IMC pré gestacional – categoria.

CURRÍCULO LATTES

Carolina Marques Oliboni

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6238961424492653>

Última atualização do currículo em 19/05/2014

Possui graduação em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da USP (2006), especialização em Nutrição nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis pelo IEP do Hospital Albert Einstein e aprimoramento em Transtornos Alimentares pelo AMBULIM - Ambulatório de transtornos alimentares do IPq-HCFMUSP. Atualmente é nutricionista clínica em consultório particular e mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública da FSP/USP. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição Clínica com enfoque em prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, reeducação alimentar e Transtornos Alimentares. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Carolina Marques Oliboni

Nome em citações bibliográficas OLIBONI, C. M.

Endereço

Endereço Profissional Consultório particular,
R. Soriano de Souza, 189, cj. 63
Tatuapé
03066-020 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 981165771
URL da Homepage: www.carolinaoliboni.com.br

Formação acadêmica/titulação

- 2010 - 2011** Especialização em Transtornos Alimentares. (Carga Horária: 360h).
AMBULIM - Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP.
Título: Análise das mensagens sobre emagrecimento transmitidas por um programa de televisão e suas implicações no comportamento alimentar.
Orientador: Tâki Athanássios Cordás e Viviane Ozores Polacow.
- 2007 - 2007** Especialização em Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis. (Carga Horária: 380h).
Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein.
Título: Papel dos ácidos graxos polinsaturados w-3 na inflamação e sensibilidade à insulina no Diabetes Mellitus tipo 2.
Orientador: Ana Maria Pita Lottenberg e Vivian Buonacorso.
- 2002 - 2006** Graduação em Nutrição.
Faculdade de Saúde Pública da USP.

Formação Complementar

- 2011 - 2011** I Curso de Aconselhamento Nutricional. (Carga horária: 14h).
AMBULIM - Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP.
- 2010 - 2010** Abordagens Nut Inovadoras no trat Obes/Comp Alimen. (Carga horária: 54h).
AMBULIM - Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP.
- 2008 - 2008** Nutrição em Pediatria I. (Carga horária: 8h).
Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara do Hospital das Clínicas.
- 2008 - 2008** Curso Intensivo de Nutrição Esportiva. (Carga horária: 9h).
Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês.
- 2007 - 2007** 9º Encontro Multidisciplinar de Obesidade Mórbida. (Carga horária: 8h).
Hospital e Maternidade São Luiz.
- 2007 - 2007** 7º Encontro Multidisciplinar de Obesidade Mórbida. (Carga horária: 8h).
Hospital e Maternidade São Luiz.
- 2007 - 2007** Habilidades de aconselham e comunicação com o pac. (Carga horária: 4h).
Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde.
- 2006 - 2006** Curso básico de Terapia Nutricional da EMTN - HC. (Carga horária: 4h).
Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 2006 - 2006** X Congresso Brasileiro de Nutrologia. (Carga horária: 24h).
Associação Brasileira de Nutrologia.
- 2005 - 2005** Educação Nutricional - Aspectos práticos. (Carga horária: 8h).
Instituto de Metabolismo e Nutrição.
- 2005 - 2005** Nutrição em Consultório e Personal Diet. (Carga horária: 8h).
Instituto de Metabolismo e Nutrição.
- 2005 - 2005** As ferramentas de marketing na atuação do nutricionista. (Carga horária: 8h).
Instituto Racine.
- 2005 - 2005** Personal diet: atendimento nutricional domiciliar. (Carga horária: 4h).
Núcleo - Atualização Científica em Nutrição.
- 2003 - 2003** I Workshop de atualização em Nutrição. (Carga horária: 8h).
Empresa Júnior de Nutrição da USP.

Marle dos Santos Alvarenga

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5371596102267709>

Última atualização do currículo em 19/05/2014

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1993), mestrado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (1997) e doutorado em Nutrição Humana Aplicada pela Universidade de São Paulo (2001). Concluiu seu pós doutorado no Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP, com bolsa FAPESP - e short term scholar na Pennsylvania University (2010). Atualmente é professor visitante do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e credenciada como orientadora no programa de pós graduação em Nutrição em Saúde Pública. É supervisora do grupo de Nutrição do Programa de Transtornos Alimentares - Ambulim, e coordenadora Grupo Especializado em Nutrição e Transtornos Alimentares - Genta. Tem experiência em consultório, na área de Nutrição, com ênfase em transtornos alimentares, atuando principalmente nos temas: transtornos alimentares, obesidade e comportamento alimentar. Sua área de pesquisa inclui os transtornos alimentares, a insatisfação corporal, a influência da mídia, o comportamento alimentar, as refeições em família, os determinantes de consumo e as atitudes alimentares de diferentes populações clínicas e não clínicas. Envolve também a adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa e a avaliação do estigma com relação à obesidade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Marle dos Santos Alvarenga

Nome em citações bibliográficas Alvarenga, M. S.; Alvarenga MS; Alvarenga M; Alvarenga MDS; Dos Santos Alvarenga M; Alvarenga Marle

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Avenida Doutor Arnaldo, 715 - Sala de Pós-Doutorandos
Cerro do Carmo
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
URL da Homepage: <http://www.genta.com.br>

Formação acadêmica/titulação

- 2007 - 2010** Pós-Doutorado.
Faculdade de Saúde Pública.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Atitudes alimentares.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Comportamento alimentar.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População / Especialidade: Transtornos Alimentares.
- 1997 - 2001** Doutorado em Nutrição Humana Aplicada (Conceito CAPES 3).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares, Ano de obtenção: 2001.
Orientador: Sonia Tucunduva Philippi.
Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Comportamento alimentar; Transtornos alimentares; Padrão alimentar.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População / Especialidade: Transtornos Alimentares.
Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
- 1994 - 1997** Mestrado em Nutrição Humana Aplicada (Conceito CAPES 3).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Anorexia nervosa e bulimia nervosa: aspectos nutricionais, Ano de Obtenção: 1997.
Orientador: Sonia Tucunduva Philippi.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
Palavras-chave: Bulimia Nervosa; Anorexia Nervosa; Transtornos alimentares; Aspectos nutricionais.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População / Especialidade: Transtornos Alimentares.
Setores de atividade: Nutrição e Alimentação.
- 2003 - 2005** Especialização em Especialização em Nutrição Clínica.
Conselho Federal de Nutricionistas.
Título: Título concedido pelo CFN e ASBRAN por mérito.
- 1990 - 1993** Graduação em Nutrição.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

- 2009 - 2009** Short Term Scholar.
University of Pennsylvania, UPENN, Estados Unidos.

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

- 2011 - Atual** Vínculo: Professor contratado, Enquadramento Funcional: vínculo temporário, Carga horária: 12