

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Janette Caldeira Fonseca

AUTOIMAGEM CORPORAL NEGATIVA EM GESTANTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS
GERAIS, BRASIL

Montes Claros, MG

2023

Janette Caldeira Fonseca

AUTOIMAGEM CORPORAL NEGATIVA EM GESTANTES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS
GERAIS, BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Ramos Veloso Silva

Coorientadoras: Prof.^a Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito e Prof.^a Dr.^a Lucineia de Pinho

Montes Claros, MG

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

F676a

Fonseca, Janette Caldeira.

Autoimagem corporal negativa em gestantes da atenção primária à saúde de um município do Norte de Minas Gerais, Brasil. [manuscrito] / Janette Caldeira Fonseca. – Montes Claros (MG), 2023.
99 f. : il.

Inclui bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Ramos Veloso Silva.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

Coorientadora: Profa. Dra. Lucineia de Pinho.

1. Imagem corporal em mulheres. 2. Grávidas. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Enfermagem. 5. Estratégia Saúde da Família (Brasil) - Montes Claros (MG). I. Silva, Rosângela Ramos Veloso. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Pinho, Lucineia de. IV. Universidade Estadual de Montes Claros. V. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor: Prof. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.^a Maria das Dores Magalhães Veloso

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.^a Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.^a Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. Marlon Cristian Toledo Pereira

Coordenadoria de Pós-Graduação *Lato sensu*: Prof. Daniel Coelho de Oliveira

Coordenadoria de Pós-Graduação *Stricto sensu*: Prof. Diego Dias de Araújo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Antônio Prates Caldeira



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: JANETTE CALDEIRA FONSECA

DATA: 17/02/2023

HORÁRIO: 9:00

TÍTULO DO TRABALHO: "AUTOIMAGEM CORPORAL NEGATIVA EM GESTANTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF^a. DR^a. ROSÂNGELA RAMOS VELOSO SILVA
(ORIENTADORA)

Rosângela Ramos Veloso Silva

PROF^a. DR^a MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO
(COORIENTADORA)

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

PROF^a. DR^a LUCINEIA DE PINHO (COORIENTADORA)

Lucineia de Pinho

PROF. DR. DIEGO DIAS DE ARAÚJO

Diego Dias de Araújo

PROF^a. DR^a. TATIANA CARVALHO REIS MARTINS

Tatiana Carvalho Reis Martins

BANCA (SUPLENTES)

ASSINATURAS

PROF^a. DR^a. ORLENE VELOSO DIAS

PROF^a. DR^a. JOANILVA RIBEIRO LOPES

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-089

AGRADECIMENTOS

Gratidão à Deus por ser o meu guia, auxílio, refúgio, por renovar as minhas forças e me capacitar a cada dia.

A minha mãe, pai, irmãos Dalto e Laura, meus sobrinhos, cunhados, primos, tios, por todo o amor, incentivo, paciência e compreensão. E por sempre acreditar em mim, ainda que eu mesma duvidasse. Em especial ao meu irmão Adaberto Domingos Neto (*in memoriam*) minha inspiração! Ainda que não esteja mais presente entre nós, me motiva a sempre acreditar nos sonhos! - sua presença é real em minha vida! Ao meu cunhado Clayton por toda ajuda.

Ao meu marido Camilo- amor da minha vida! Minhas joias raras: Sarah e Emanuel - meus filhos, razão do meu viver! Por permitir a minha ausência em muitos momentos importantes na vida de vocês durante essa formação. Amo vocês, sem limites!

A minha amiga Viviane Maia Santos, esse ser humano indescritivelmente maravilhoso! - Por ter sido um anjo na minha vida! Fundamental na realização do sonho do mestrado.

À minha orientadora Rosângela Ramos Veloso Silva (Rosa). Por ser mais que uma competente orientadora, uma amiga gentil, paciente e grande incentivadora que não me deixou desanimar, ao contrário, me trouxe até aqui.

A Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, minha eterna acadêmica, residente, professora, coorientadora e amiga por todo incentivo, carinho e ajuda.

Aos estimados professores Lucineia de Pinho, minha coorientadora e demais professores que gentilmente aceitaram compor a minha banca.

Aos queridos acadêmicos, Thamires Néria e Vitor pela ótima parceria e a todos que direta ou indiretamente me impulsionaram com palavras, gestos ou atitudes para que mais esse grande sonho se concretizasse em minha vida. O meu muitíssimo obrigada!

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado que apresenta a prevalência e os fatores associados à imagem corporal negativa em gestantes cadastradas na Atenção Primária à Saúde em um município do norte de Minas Gerais, Brasil. O estudo faz parte da pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”.

O interesse pela temática surgiu durante a atuação profissional como enfermeira, realizando consultas de pré-natal na atenção Primária à Saúde – APS ao longo de 20 anos. No decorrer da minha atuação profissional, como enfermeira especialista em Saúde da Família, observei que algumas gestantes apresentavam sentimentos negativos com as mudanças corporais decorrentes do período gestacional.

Em 2018, integrei a um grupo de pesquisa com objetivo de avaliar as condições de saúde das gestantes de Montes Claros. Em 2021, durante o primeiro ano do mestrado profissional aproximei da temática sobre imagem corporal entendendo sua importância e impacto na vida das pessoas, especialmente das gestantes. A proximidade com pesquisadores experientes favoreceu a compreensão da necessidade de realizar a avaliação da imagem corporal de gestantes no pré-natal para melhorar a avaliação clínica desse público e prevenir desfechos desfavoráveis na gestação da saúde do binômio mãe-filho, além de favorecer a ampliação do desenvolvimento de pesquisas regionais sobre o tema em estudo.

Optou-se por pesquisar a autoimagem negativa e fatores associados de gestantes na atenção primária a saúde por se tratar de um cenário que exerce papel fundamental no acompanhamento das gestantes e também um local passível de futuras intervenções norteadas pelo resultado desta e de outras pesquisas.

Esta dissertação está formatada segundo as normas do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde.

RESUMO

Esta dissertação objetivou estimar a prevalência de Imagem Corporal negativa e verificar os fatores associados entre gestantes assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de estudo epidemiológico, transversal, quantitativo e analítico sendo parte da pesquisa intitulada “*Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal*”, desenvolvida entre outubro de 2018 a novembro de 2019, com as gestantes assistidas pelas equipes do Saúde da Família (eSF) em Montes Claros - Minas Gerais. Os dados foram coletados nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das participantes por uma equipe multiprofissional da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica mediante de entrevistas. Utilizou-se um questionário que contemplou características socioeconômicas e demográficas, obstétricas, apoio social, sexualidade, estilo de vida e aspectos emocionais. A variável desfecho foi a imagem corporal negativa avaliada pelo instrumento validado *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ). Análises descritivas foram realizadas por meio de frequências simples e relativa. Em seguida, realizaram-se análises bivariadas entre a variável dependente e as variáveis independentes, adotando-se o modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta. As variáveis que apresentaram *p-valor* $\leq 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla, em que se utilizou o modelo de regressão de *Poisson* hierarquizado. O estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/2012 sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ Unimontes, nº 1.293.458). As participantes ou o seu responsável assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Participaram deste estudo 1.279 gestantes, a maioria estava na faixa etária de 21 a 30 anos (48,7%), cor não branca (88,9%) e situação conjugal com companheiro (76,7%). A prevalência de autoimagem corporal negativa foi de 47,9% e esteve associada à faixa etária 21 a 30 anos (RP= 1,25; IC= 1,05-1,48) e acima de 30 anos (RP= 1,30; IC= 1,09-1,56); ao nível de escolaridade ensino médio (RP= 1,22; IC= 1,04-1,44); à idade gestacional mais avançada - terceiro trimestre (RP=0,82; IC=0,71-0,96), às gestantes com baixo peso (RP= 1,71; IC=1,23-2,37) e sobrepeso/obesidade (RP=2,92; IC=2,15-3,98) e aos sintomas graves de depressão (RP=0,69; IC=0,59-0,82). Conclui-se que as gestantes atendidas nas equipes de ESF apresentaram prevalência elevada de autoimagem corporal negativa com associações significativas às mulheres adultas jovens, à baixa escolaridade, ao período gestacional mais avançado, aos

índices de massa corporal alterados e aos sintomas depressivos graves. Espera-se que esses dados possam subsidiar estratégias públicas de promoção da saúde gestacional quanto à orientação e suporte durante as mudanças fisiológicas da gestação com intuito de causar impacto positivo no bem-estar materno e do neonato de mulheres atendidas nas eSF de Montes Claros-MG.

Palavras-Chave: Imagem Corporal; Gestantes; Insatisfação Corporal; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aimed to estimate the prevalence of negative body image and verify the associated factors among pregnant women assisted in the Family Health Strategy (ESF) in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. This is an epidemiological, cross-sectional, quantitative and analytical study being part of the research entitled "ALGE Study - Assessment of the health conditions of pregnant women in Montes Claros-MG: longitudinal study", developed between October 2018 and November 2019, with the pregnant women assisted by the Family Health (eSF) teams in Montes Claros - Minas Gerais. A questionnaire was used that included socioeconomic and demographic characteristics, obstetrics, social support, sexuality, lifestyle and emotional aspects. The outcome variable was negative body image assessed by the validated instrument Body Attitudes Questionnaire (BAQ). Descriptive analyzes were performed through simple and relative frequencies. Then, bivariate analyzes were performed between the dependent variable and the independent variables, adopting the Poisson regression model with robust variance. Variables with a p-value ≤ 0.20 were selected for multiple analysis, in which the hierarchical Poisson regression model was used. The study complied with the ethical principles of the Resolution of the National Health Council (CNS) n°466/2012 and was approved by the Research Ethics Committee (CEP/Unimontes, n° 1,293,458). Participants or their legal guardians signed the Free and Informed Consent Term (TCLE) or Free and Informed Assent Term (TALE). A total of 1,279 pregnant women participated in this study, most were aged between 21 and 30 years (48.7%), non-white (88.9%) and marital status with a partner (76.7%). The prevalence of negative body image was 47.9% and was associated with the age group 21 to 30 years (PR= 1.25; CI= 1.05-1.48) and over 30 years (PR= 1.30 ;CI= 1.09-1.56); level of education in high school (PR= 1.22; CI= 1.04-1.44); to more advanced gestational age - third trimester (PR=0.82; CI=0.71-0.96), to pregnant women with low weight (PR= 1.71; CI=1.23-2.37) and overweight /obesity (PR=2.92; CI=2.15-3.98) and severe symptoms of depression (PR=0.69; CI=0.59-0.82). It is concluded that pregnant women assisted by the ESF teams showed a high prevalence of negative body image with significant associations with young adult women, low education, more advanced gestational period, altered body mass indexes and severe depressive symptoms. It is hoped that these data can support public strategies to promote gestational health regarding guidance and support during the physiological changes of pregnancy in order

to have a positive impact on the maternal and newborn well-being of women assisted in the eSF of Montes Claros-MG.

Keywords: Body Image; Pregnant women; Body Dissatisfaction; Nursing; Primary Health Care.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 1.1 A Gestação e as transformações intensas em um período curto de tempo | 13 |
| 1.2 Imagem Corporal na gestação: prevalência da autoimagem corporal negativa e fatores associados | 14 |
| 1.3 Acompanhamento do pré-natal como política de saúde pública na APS | 16 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 Objetivo geral | 20 |
| 2.2 Objetivos específicos | 20 |
| 3 METODOLOGIA | 21 |
| 3.1 Caracterização do estudo | 21 |
| 3.2 Delineamento do estudo | 21 |
| 3.3 Cenário de estudo | 21 |
| 3.4 População | 21 |
| 3.5 Amostragem | 21 |
| 3.6 Critérios de Inclusão e Exclusão | 22 |
| 3.7 Coleta de dados e Instrumentos | 22 |
| 3.8 Variáveis de estudo | 24 |
| 3.8.1 Variável Dependente (desfecho) | 24 |
| 3.8.2 Variáveis Independentes | 24 |
| 3.9 Análise dos Dados | 28 |
| 3.10 Ética da Pesquisa | 28 |
| 4 PRODUTOS CIENTÍFICOS | 30 |
| 4.1 Artigo científico | 30 |
| 4.1.1 Artigo: Autoimagem corporal negativa em gestantes da atenção primária à saúde em um município do norte de Minas Gerais, Brasil | 32 |
| 4.2 Resumo expandido | 30 |
| 4.3 Produtos Técnicos | 30 |

| | |
|--|----|
| 4.4 Outros produtos fora do tema | 30 |
| 5 CONCLUSÕES | 58 |
| REFERÊNCIAS | 60 |
| APÊNDICES | 66 |
| ANEXO | 92 |

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 A Gestação e as transforma es intensas em um período curto de tempo

O período gestacional   marcado por inúmeras transforma es fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais em um espaço de tempo relativamente curto na vida da mulher (WATSON *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2015). Tais mudanças têm com o principal objetivo proporcionar condi es adequadas para o desenvolvimento fetal, pois envolvem altera es anat micas de órgãos internos, varia es hormonais e no funcionamento do corpo materno (BORTOLI *et al.*, 2017; VAN DER SAND *et al.*, 2016).

O corpo das gestantes, em aproximadamente nove meses, sofre modifica es basicamente em três momentos distintos: primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacionais. No primeiro trimestre o aumento do peso   caracterizado pelas transforma es fisiológicas. No segundo trimestre as mudanças ficam mais visíveis, a exemplo o crescimento da barriga. No último trimestre o aumento de peso materno   maior, pois acontece em resposta ao crescimento e ao desenvolvimento do beb  e junto a estas altera es o aumento também de queixas físicas (BRASIL, 2012; WATSON *et al.*, 2015).

O ganho de peso durante a gesta o   explicado pelo aumento do volume sanguíneo, mamas, placenta, líquido amniótico, dilatamento do útero, depósitos de gordura, fluido extracelular e não se limita apenas a sua rela o com o peso fetal. Ressalta-se que o aumento de gordura e dos líquidos corporais são variáveis, dependem dos hábitos alimentares da gestante, assim como a ingestão de sal, de água e das quantidades secretadas dos diferentes hormônios neste período (POLDEN; MANTLE, 2000).

As mudanças na forma do corpo e o ganho de peso são altera es já esperadas no período gestacional (KAZEMI; NAHIDI; KARIMAN, 2017). No entanto, há também o surgimento de outras modifica es físicas tais como: crescimento mais rápido que o normal das unhas e cabelos, sudorese intensificada, aparecimento de estrias, agravamento de celulites e varizes, escurecimento e aumento de pigmenta o da pele (MEIRELES *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2015).

Apesar dessas transformações serem parte natural da gravidez, ao se descobrirem grávidas, muitas mulheres entram em conflito com seus valores e conceitos de estética, beleza e sensualidade (KAZMIERCZAK e GOODWIN, 2011). Isso pode influenciar negativamente na satisfação com as alterações do corpo sobrecarregando a saúde mental e física da gestante, assim como também a saúde do neonato (SHORAKA; AMIRKAFI; GARRUSI, 2019).

Desse modo, a percepção das gestantes sobre as modificações provenientes da gravidez acontece de forma distinta em cada mulher, pois algumas mulheres têm dificuldades de adaptar-se com as mudanças rápidas do corpo (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; LISKA, 2020). Essa percepção é influenciada pelo período gestacional em que se encontram, sendo o segundo e terceiro ressaltados como períodos em que ocorrem as mais significativas alterações corporais (COSTA *et al.*, 2010, PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; LISKA, 2020).

1.2 Imagem Corporal na gestação: prevalência da autoimagem corporal negativa e os fatores associados

A imagem corporal pode ser entendida como a pessoa percebe o próprio corpo, ponderando seus sentimentos, pensamentos, avaliações e comportamentos relativos às suas características físicas associadas à sua cultura, seus valores e suas crenças (SANTOS; GONÇALVES, 2020). Durante a gravidez a autoimagem corporal pode sofrer influência de fatores obstétricos, emocionais e antropométricos em cada fase da gestação (MEIRELES *et al.*, 2015; SHORAKA; AMIRKAFI; GARRUSI, 2019).

Neste contexto, a imagem corporal é um construto multidimensional que consiste em percepção, afeto e comportamento (SUN, 2018; CHAN *et al.*, 2020). Contudo, a percepção da imagem corporal é a forma ilustrativa, individual e subjetiva que se tem da própria aparência (SOUZA; ALVARENGA, 2016). Assim, o corpo e a autoimagem corporal estão sujeitas às inúmeras alterações no percurso da gravidez (SUN, 2018).

A prevalência da insatisfação de imagem corporal em gestantes é distinta, a depender do cenário, da metodologia e do instrumento adotado. Na Polônia a insatisfação corporal foi

apontada por 18% das gestantes, e 36% não aceitavam sua aparência física durante o período gestacional (PRZYBYLABASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020). Estudo desenvolvido na Maternidade do estado do Ceará- Fortaleza/Brasil observou-se que 71,5% das gestantes apresentava algum grau de distúrbio de imagem corporal, principalmente em grau leve (NOBRE *et al.*, 2014). Este resultado corrobora com estudo anterior que encontrou mais de 80% das gestantes com distorção leve de imagem, mesmo quando realizavam atividade física de forma regular ou irregular (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Na região sul do Brasil, estudo com mulheres adultas não gestantes atingiu 83% de insatisfação corporal negativa (KOPS *et al.*, 2019), já no norte de Minas Gerais mulheres adultas na mesma condição obtiveram 48,7% de insatisfação da imagem corporal (MOTA *et al.*, 2020), tais achados superaram os resultados encontrados em outros estudos internacionais (GARRUSI; NEMATALLAHEE; ETMINAN, 2013; PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020) reafirmando que a insatisfação corporal e autoimagem corporal negativa estão presentes em outras populações de mulheres, sendo um assunto para estudos mais complexos acerca do tema (KOPS *et al.*, 2019; PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020),

Estudos prévios identificaram fatores associados à autoimagem corporal negativa em gestantes como aumento do peso corporal (FAHAMI; AMINI-ABCHUYEH; AGHAEI, 2018; TSUCHIYA; YASUI; OHASHI, 2019; CEVIK; YANIKKEREM, 2020), depressão, ansiedade e baixa autoestima (NAGL *et al.*, 2019, CHAN *et al.*, 2020), elevado índice de massa corporal (IMC) (TSUCHIYA; YASUI; OHASHI, 2019), transtorno alimentar (NAGL *et al.*, 2019). Tais fatores são preocupantes, pois podem ter consequências negativas para a saúde, tanto da mãe quanto do feto (WATSON *et al.*, 2015), tais como: baixo peso ao nascer, atraso no desenvolvimento infantil, prematuridade e, em alguns casos, aborto (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Um fator preponderante e que não aflige somente as grávidas, é a forte motivação midiática (SANTOS; GONÇALVES, 2020), com a idealização social feminina do corpo magro, o que pode contribuir para que a gestante possa desenvolver descontentamento com o próprio corpo, conseqüentemente influenciando suas percepções de imagem corporal (MEIRELES *et al.*, 2015). Assim, cada gestante é única em sua percepção da imagem corporal, sobretudo devido

ao contexto que a pessoa vivencia e como conceitua seu próprio corpo (SHORAKA; AMIRKAFI; GARRUSI, 2019).

Neste contexto, estudos prévios apontaram que gestantes que apresentam alguma insatisfação com a imagem corporal tendem a desenvolver sintomas depressivos, ansiedade e aumento do IMC, especialmente as mais jovens, influenciadas pelas redes sociais (ROOMRUANGWONG; 2017; NAGL *et al.*, 2019; TSUCHIYA; YASUI; OHASHI, 2019; PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; LISKA, 2020).

1.3 Acompanhamento do pré-natal como política de saúde pública na Atenção Primária à Saúde

Estratégias para manter uma adequada atenção ao pré-natal das mulheres vêm sendo implantadas no território brasileiro. A organização dos serviços fundamentados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como a integralidade e a resolutividade desempenha papéis importantes na atenção saúde à mulher (CUNHA *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2021).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS), em 1º de junho de 2000, institui o “*Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*” (PHPN) (BRASIL, 2011; DIAS *et al.*, 2015) com intuito de estruturar a atenção às mulheres durante as consultas de pré-natal. Visando reduzir a taxa de mortalidade materna, foi criada a *Rede Cegonha* em 2011, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Assim, seguindo a mesma proposta, o MS estabeleceu que a APS ofereça o cuidado integral às gestantes com pré-natal de risco habitual, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a escuta qualificada, proporcionando um atendimento humanizado com estabelecimento de vínculo com as equipes de saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017)

Por conseguinte, a APS representa um espaço estratégico para oferecer assistência pré-natal de qualidade, para tanto a gestante necessita estar vinculada à equipe da área de abrangência

da sua residência (BRASIL, 2013). O início oportuno para começar o pré-natal é preferencialmente até a 12ª de gestação. Assim, as equipes de saúde devem fazer a busca ativa e captar esta gestante o mais precoce possível, com intuito de realizar intervenções adequadas caso necessário (BRASIL, 2017).

Diante disso, a APS oferta uma assistência fundamental às gestantes por meio de consultas de pré-natal de risco habitual realizadas periodicamente, que além da realização de exames clínicos e laboratoriais, da avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento do peso é permitindo identificar situações de risco com a realização de ações precoces (MONTESCHIO *et al.*, 2021; BRASIL, 2021). Portanto, o acesso aos cuidados do pré-natal no primeiro trimestre da gestação constitui um indicador de avaliação da qualidade da APS no Brasil (BRASIL, 2016), pois estes cuidados durante a gravidez e o parto estão associados à na redução da morbimortalidade perinatal (BARROS *et al.*, 2010; VIELLAS *et al.*, 2014).

Na APS, o acompanhamento das gestantes é realizado por uma equipe multiprofissional, sendo uma competência de todos os membros da equipe, porém as consultas de acompanhamento são da responsabilidade do enfermeiro e do médico (BRASIL, 2016), a consulta odontológica do dentista, e os agentes comunitários de saúde (ACS) devem fazer a busca ativa e agendar as consultas na equipe (FRANCO *et al.*, 2020).

A atuação multiprofissional oferece múltiplas percepções sobre a rotina da gestante garantindo um cuidado integrado mais assertivo. Assim sendo, o enfermeiro é um dos profissionais essenciais no pré-natal, pois este elabora o planejamento da assistência pré-natal, de acordo com as necessidades assistidas, sobretudo estabelece intervenções, orientações e encaminha para outros serviços, quando necessário, oportunizando a interdisciplinaridade das ações (GOMES *et al.*, 2019).

A Consulta de Enfermagem no pré-natal engloba as atividades de: anamnese, exame físico, solicitação e/ou interpretação de exames laboratoriais e orientação. Destaca-se que, quanto à orientação, o enfermeiro deve abordar temas relacionados à gestação como: mudanças fisiológicas e corporais, alimentação, cuidados no pré-natal, aleitamento materno dentre outras. Ainda durante a consulta, deve-se propor e ajudar a prevenir o desenvolvimento de agravos comuns durante a gravidez e favorecer a vivência de uma gestação tranquila, na qual a mulher sinta-se segura para o parto (NERY; TOCANTINS, 2006).

Para além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela vida da gestante e pelo seu modo de vida, escutando suas queixas considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Neste sentido, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012; AIRES *et al.*, 2016).

Ao exercer este papel, o enfermeiro estará valorizando os sentimentos e as experiências vivenciadas pelas gestantes, pois escutar atentamente sem julgamentos garante a preservação da individualidade das gestantes e tende a repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestados pela mulher, mas também culminar em uma adequação saudável da gestante ao seu papel materno (AIRES *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2019).

Para tanto, o enfermeiro deve servir-se do diálogo, do vínculo e da escuta das gestantes e dos seus familiares no acompanhamento pré-natal (AIRES *et al.*, 2016). Uma vez que durante a gravidez inúmeras alterações fisiológicas (aumento de peso, alterações nas mamas e pigmentação da pele) (KAZEMI; NAHIDI; KARIMAN, 2017) podem gerar sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou curiosidade em relação às mudanças ocorridas no corpo, podendo acarretar uma autopercepção negativa da imagem corporal (COSTA *et al.*, 2010; ALVES *et al.*, 2020).

Esta percepção negativa do próprio corpo no período gestacional pode gerar transtornos psicossociais, como baixa autoestima, ansiedade e depressão (NAGL *et al.*, 2019) prejudicando o bem estar da sua saúde gestacional, da família e do neonato. No entanto, durante a gestação esta condição é fator de risco para depressão pós-parto (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020).

Portanto, é imprescindível uma assistência ao pré-natal de qualidade, com um acompanhamento multidisciplinar a fim de assegurar uma assistência que ultrapassa as transformações fisiológicas. Esse cuidado tende a tranquilizar as mulheres quanto às mudanças corporais ocorridas durante a gestação, assim as ajudarão a vivenciar de modo pleno e prazeroso as etapas da gravidez (GANDOLFI *et al.*, 2019). A conscientização sobre as transformações corporais no período gestacional torna-se necessário, pois a percepção

positiva da imagem corporal contribui para uma melhor aceitação de tais mudanças (FAHAMI; AMINI-ABCHUYEH; AGHAEI, 2018), sobretudo quando esta gestante possui acompanhamento e orientações de profissionais capacitados que as auxiliem com as emoções ruins e angústias originadas nesta fase da vida (FAHAMI; AMINI-ABCHUYEH; AGHAEI, 2018; ALMEIDA FERRAZ *et al.*, 2021).

Neste sentido, durante o processo gestacional há muitas aprendizagens, expectativas, anseios e inseguranças perante o que será vivenciado, incluindo a aquisição de novos papéis e responsabilidades (DODOU *et al.*, 2017). Com isso, a gestação deixa de ser um processo meramente natural e se torna um problema para algumas mulheres (KAZEMI; NAHIDI; KARIMAN, 2017).

A APS é um local propício para desenvolvimento de ações de prevenção, identificação e monitoramento das repercussões da autoimagem corporal negativa em gestantes (NORMAM; TESSER, 2015; ROUNSEFELL *et al.*, 2019). Além disso, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) já utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) do qual se verifica que o CIAP- W21 “*preocupação com a imagem corporal na gravidez*” é uma das queixas/ sintomas que compõem a lista tabular do CIAP (WONCA, 2009), o que pode ajudar no rastreamento das gestantes já classificadas com esta condição e assim propiciar um melhor acolhimento e manejo para esta população.

Sendo assim, alterações fisiológicas e psicológicas durante a gravidez podem estar relacionadas com a autoimagem e a percepção corporal das gestantes. Considerando que a saúde da mulher no período gestacional é uma das prioridades da APS e que o cuidado integral desta gestante é gerido pela equipe multidisciplinar, objetiva-se com este estudo analisar a autoimagem corporal negativa de gestantes assistidas nas equipes de saúde da família da APS em um município do norte de Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Estimar a prevalência de Imagem Corporal negativa e verificar os fatores associados entre gestantes assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do norte de Minas Gerais - Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, características de apoio/suporte social e familiar, condições obstétricas, sexualidade, estilo de vida e aspectos emocionais entre gestantes assistidas por equipes da estratégia de saúde da família;
- Analisar a associação entre autoimagem corporal negativa e as características socioeconômicas e demográficas, obstétricas, apoio/suporte social/familiar, sexualidade, estilo de vida e os aspectos emocionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de estudo transversal originado de pesquisa intitulada “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal”.

3.2 Delineamento do Estudo

Estudo epidemiológico, de base populacional, transversal, aninhado à coorte ALGE.

3.3 Cenário de estudo

O cenário deste estudo é o município de Montes Claros, situado na região norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O município é um polo de saúde da região macro norte e possui uma população estimada para 2021 em 417.478 habitantes (IBGE, 2022). Atualmente o serviço da Estratégia de Saúde da Família que compõem a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) possui 141 equipes de Saúde da Família (eSF) e 123 equipes de Saúde Bucal (eSB), no entanto à época da coleta de dados existiam 135 e 99 respectivamente (MONTES CLAROS, 2022).

3.4 População

A população desta pesquisa foi constituída por gestantes cadastradas nas equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros, no ano de 2018.

3.5 Amostragem

O cálculo amostral foi estabelecido para estimar os parâmetros populacionais com a prevalência de 50%, uma forma de maximizar o tamanho amostral e devido ao fato do projeto contemplar diversos eventos, intervalo de 95% de confiança (IC 95%), e nível de precisão de 2,0%. Fez-se correção para população finita (N=1.661 gestantes) e se estabeleceu também um

acrécimo de 20% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes.

Para a seleção da amostra foram considerados os polos das equipes de ESF do município, que totalizavam 15 no período desta pesquisa. O número de gestantes que iriam compor a amostra em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas.

3.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas as gestantes de qualquer idade que estavam cadastradas em uma equipe de saúde da família da APS, em qualquer idade gestacional. Foram excluídas as mulheres que estavam grávidas de gemelares, as que apresentavam comprometimento cognitivo, conforme informação do familiar e/ou da equipe da ESF e aquelas que não foram encontradas após três tentativas para a coleta de dados.

3.7 Coleta de Dados e Instrumentos

No intuito de sensibilizar e apresentar o escopo da pesquisa, inicialmente, fez-se contato com os gestores da coordenação da APS/Secretaria de Saúde do município. De posse do parecer do comitê de ética e da anuência da Secretaria de Saúde, as equipes da ESF foram contatadas para a realização de visitas com a finalidade de criar vínculo e esclarecimentos sobre a pesquisa. Os profissionais dessas equipes responsáveis pelo pré-natal forneceram uma lista das gestantes de sua área de abrangência contendo os nomes, telefones e endereços. Posteriormente, uma equipe de entrevistadores realizou contato telefônico inicial com as estas gestantes, e neste momento houve uma abordagem com o convite e a sensibilização sobre o estudo, para que, em seguida, fosse agendada e efetuada a coleta de dados.

Anteriormente à coleta de dados realizou-se capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma eSF com objetivo de padronização dos procedimentos da pesquisa, sendo estes dados não incluídos nas análises do estudo. No período de outubro de 2018 a novembro de 2019, ocorreu a coleta de dados nas eSF ou nos domicílios das participantes conforme a disponibilidade delas. Uma equipe multiprofissional

formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica foi responsável pelas entrevistas, que ocorreram face a face.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário (APÊNDICE A) que contemplou:

- *Características socioeconômicas e demográficas*: faixa etária, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, ocupação e renda familiar (elaborada pelos próprios autores).
- *Características obstétricas*: idade gestacional no início do pré-natal, gravidez planejada, número de filhos, número de abortos, data da última menstruação (DUM) e dados da idade gestacional foram obtidos por meio das informações registradas no cartão da gestante.
- *Escala de apoio social*: Medical Outcome Studies (MOS) (GRIEP *et al.*, 2005; ROCHA *et al.*, 2016) e Apgar Familiar: APGAR Familiar (SILVA *et al.*, 2014).
- *Sexualidade*: Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ABDO, 2009).
- *Estilo de vida*: O Estado Nutricional utilizou-se as medidas antropométricas peso (Kg), altura (m) e o Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m²) coletadas do cartão da gestante. Para os pontos de cortes utilizou-se Atalah *et al.* (1997) e Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2021).
- *Atividade física*: Foi avaliada por meio do Questionário de Atividade Física em Gestante (QAFG). O QAFG foi adaptado e validado para uso em gestantes no Brasil em 2009, avalia o gasto energético da gestante, em MET (equivalente metabólico). (FREITAS *et al.*, 2022).
- *Índice de qualidade da dieta*: Foi utilizado o questionário de frequência alimentar (QFA), considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética para estudos epidemiológicos. A qualidade da dieta das gestantes foi avaliada com o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG), instrumento desenvolvido com base nas recomendações do Ministério da Saúde (2012) (SLATER *et al.*, 2003; PREVIDELLI *et al.*, 2011; CRIVELLENTI; ZUCCOLOTTO; SARTORELLI, 2019; LEÃO *et al.*, 2022).
- *Aspectos emocionais*: Foi avaliado pelos seguintes instrumentos- Apego materno-infantil - Apego Materno-Fetal (EAMF) (FEIJÓ, 1999), Autoestima (*Escala de Autoestima de Rosenberg*) (DINI, 2004), Sintomas de depressão (*Center for Epidemiologic Studies depression Scale*, CES-D) (GONÇALVES; FAGULHA, 2004),

Sintomas de ansiedade: *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011) e Sintomas de estresse - Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale/PSS-14*) (LUFT *et al.*, 2007).

3.8 Variáveis de estudo

3.8.1 Variável Dependente (desfecho)

- *Imagem corporal negativa*: A variável desfecho foi a imagem corporal negativa. Para avaliação da imagem corporal foi utilizado o *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ), validado para a população adulta feminina brasileira por Scagliusi *et al.* (2005). Este instrumento possibilita avaliar aspectos das atitudes corporais das gestantes. É composto por 44 itens em escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta (“concordo totalmente” até “discordo totalmente”). A resposta "concordo totalmente" recebe cinco pontos, enquanto a resposta "discordo totalmente" é pontuada como um, sendo que nove itens de números (3, 10, 11, 12, 16, 17, 20, 41, 43) do instrumento foram pontuadas de forma invertida, os demais itens permaneceram normalmente sem necessidade de inversão.

Para o cálculo do escore total do BAQ é realizada a soma das pontuações de cada um dos itens. Esse valor pode variar de 44 a 220 pontos. Considerou-se como média o escore 118,7, sendo categorizado o nível de satisfação corporal até a média como positivo e acima da média como negativo, pois quanto maior o escore obtido, maiores os sentimentos sobre as seis subescalas: atração física, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força (SCAGLIUSI *et al.*, 2005; MEIRELES *et al.*, 2017).

3.8.2 Variáveis Independentes

- *Características socioeconômicas e demográficas*: Foram investigadas através de questionário elaborado pelos pesquisadores, investigando a cor de pele (branca/não branca), a escolaridade (superior/pós-graduação, ensino fundamental/médio), a situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), a ocupação (dona de casa/trabalho informal/nenhum;

assalariada/ trabalha por conta própria), a renda familiar (até 1.000 reais, 1.001 a 2.000 reais e acima de 2.000 reais) e a participação no programa bolsa família (não /sim) e a faixa etária (até 20 anos, 21 a 30 anos e acima de 30 anos).

-*Características Obstétricas:* As características obstétricas foram investigadas através de questionário elaborado pelos pesquisadores, investigando o número de gestações anteriores (nenhuma, uma e duas ou mais gestações) e idade gestacional dividida por trimestres (primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional). Os dados foram obtidos por meio das informações registradas no cartão da gestante.

- *Apoio/suporte social e familiar:* Para mensurar a presença de apoio social, foi empregada a versão brasileira da Escala de Apoio Social, composta por 19 questões que compreendem cinco dimensões: material, afetiva, emocional, interação social positiva e informação. Para cada item, o participante indica com que frequência considera cada tipo de apoio, por meio de uma escala tipo *likert*: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Quanto mais próximo de 100 for o escore final, melhor o apoio social percebido (GRIEP *et al.*, 2005). Na análise, os escores foram categorizados, após soma das questões, em alto nível (>66) e baixo nível (\leq 66) de apoio social (GRIEP *et al.*, 2005; ROCHA *et al.*, 2016).

-Quanto ao instrumento APGAR Familiar, adotou-se o grau de satisfação da participante por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrônimo APGAR: A - Adaptação (*Adaptation*); P - Participação (*Participation*); G - Crescimento (*Growth*); A - Afeição (*Affection*); R - Resolução (*Resolution*). É constituído por cinco perguntas relativas aos componentes da função familiar já citado, com três possibilidades de respostas, cada uma, e pontuação que varia de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a dez pontos. A classificação dos escores ocorre assim: 0 a 4, elevada disfunção familiar; de 5 a 6, moderada disfunção familiar; e, de 7 a 10, boa funcionalidade familiar e o ponto de corte assim se dá: Família funcional (7-10) ou Família disfuncional (\leq 6) (SILVA *et al.*, 2014).

-*Sexualidade:* Para a variável sexualidade foi utilizado o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Composto de 10 questões, numa escala de 0 a 5. O resultado é obtido da soma das 10 respostas, multiplicado por dois, resultando num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão

precisa de tratamento diferente, sendo o valor da resposta dada (de 0 a 5) subtraído de 5 para obter o escore final dessa questão. Maiores valores relacionam-se com melhor desempenho/satisfação sexual. Pontuação de 82-100: bom a excelente; 62-80 pontos: regular a bom; 42-60 pontos: desfavorável a regular; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 0-20 pontos: nulo a ruim (ABDO, 2009).

-Estilo de vida: O Estado Nutricional foi categorizado em baixo peso, peso adequado e sobrepeso/obesidade. As medidas antropométricas peso (Kg), altura (m) e o Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m^2) foram coletados do cartão da gestante, informações registradas pelos profissionais de saúde no momento habitual do pré-natal. Para o diagnóstico do estado nutricional atual da gestante, foi considerando os pontos de corte estabelecidos por Atalah *et al.* (1997) e preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2021), com a classificação do estado nutricional materno em: baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Considerou-se a categoria sobrepeso/obesidade (sim/não) para contemplar a variável de interesse.

-Atividade física: Foi avaliada por meio do Questionário de Atividade Física em Gestante (QAFG). O QAFG foi adaptado e validado para uso em gestantes no Brasil em 2009, avalia o gasto energético da gestante, em MET (equivalente metabólico), que se calcula tendo como base o tempo gasto nas 31 atividades habitualmente realizadas, incluindo tarefas domésticas (05 atividades), cuidar de outras pessoas (06), ocupação (05 atividades), esportes e exercício (09 atividades), locomoção (03 atividades) e lazer (03 atividades) (FREITAS *et al.*, 2022).

-Índice de qualidade da dieta: Utilizou-se o questionário de frequência alimentar (QFA), considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética para estudos epidemiológicos. Mede o consumo habitual, sem alterar o mesmo e oferece a possibilidade da correta estratificação dos resultados em quartis de consumo de nutrientes para a análise de tendências de risco segundo o grau de exposição e as diferenças entre os níveis extremos da ingestão (SLATER *et al.*, 2003).

-Aspectos Emocionais: Quanto aos aspectos emocionais, foram avaliadas as seguintes variáveis: Apego materno-fetal (baixo, médio/alto); Autoestima (satisfatória/insatisfatória); Sintomas de depressão (sem sintomas/ com sintomas); Sintomas de ansiedade (baixo nível/alto nível) e Sintomas de estresse (ausência e presença de sintomas de estresse).

Para examinar o apego materno-fetal, aplicou-se a versão brasileira da Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) que contém 24 itens e obedece a uma pontuação do tipo *likert* com cinco possibilidades de respostas: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de cinco a um, respectivamente. A pontuação mínima é 24 e a máxima 120 (FEIJÓ, 1999). As cinco subescalas em que se subdivide o instrumento são: Diferenciando-se do Feto (DF); Interagindo com o Feto (IF); Atribuindo Características ao Feto (ACF); Entregando-se ao Feto (EF) e Desempenhando um Papel (DP) (FEIJÓ, 1999). Quanto maior a pontuação, maior o nível de apego. São instituídos os seguintes escores de classificação: baixo apego (24 a 47 pontos), médio (48 a 97) e alto (98 a 120) (SOUZA *et al.*, 2022).

Para avaliar a autoestima, foi aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg, validada no Brasil por Dini (2004). É organizada em dez itens com quatro possibilidades de respostas do tipo *likert*, variando de um ponto (discordo totalmente) a quatro pontos (concordo totalmente). A categorização da variável autoestima ocorreu por meio da média dos escores: até 24 (autoestima menor do que a média – autoestima insatisfatória), maior ou igual a 25 (autoestima satisfatória) (DINI, 2004).

Para a avaliação dos sintomas de depressão, utilizou-se a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D) (GONÇALVES; FAGULHA, 2004), validada, composta por 20 itens para avaliar a presença de humor deprimido com frequência da ocorrência dos sintomas na última semana, utilizando uma escala que varia de 0, “raramente” (menos de 1 dia) a 3, “durante a maior parte do dia (5-7 dias)”. O escore dos 4 itens positivos é invertido e somado ao escore dos demais, totalizando um escore final que varia de 0 a 60 e, como ponto de corte, utilizou-se o escore para sintomas depressivos ausentes/leves (escore < 16), moderados (escore ≥ 16 ou ≤ 21) e sintomas graves (escore ≥ 22) (GONÇALVES; FAGULHA, 2004).

Os sintomas de ansiedade foram avaliados, por meio do instrumento validado *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011), versão curta, com 12 afirmações em escala tipo *Likert* e opções de resposta de 1 a 4. O escore final foi obtido por meio da soma dos itens que pode variar de 12 a 48 pontos. Utilizou-se como ponto de corte a média do total de pontos, dicotomizado em ($\leq 28,4$ e $> 28,4$). As gestantes com escores $\leq 28,4$ foram consideradas com "baixo nível de

ansiedade", e aquelas com escores $>28,4$, com "alto nível de ansiedade" (FIORAVANTI-BASTOS; CHENIAUX; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011).

O estresse foi averiguado mediante a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale/PSS-14*), um instrumento que estabelece níveis de intensidade. As questões são de natureza geral e se aplicam a qualquer subgrupo populacional. Contém 14 itens sobre a frequência em que determinados sentimentos e pensamentos ocorreram no último mês, com respostas que variam de zero (nunca) a quatro (sempre) (LUFT *et al.*, 2007). O escore é obtido revertendo-se os escores dos itens positivos e somando-se as respostas dos 14 itens, com escore total que varia de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse extremo) (LUFT *et al.*, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2017). Para as análises, resultados menores ou iguais a 30 representaram ausência de sintomas de estresse e superiores a esse valor presença de estresse (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

3.9 Análise dos Dados

Inicialmente, realizou-se análises descritivas de todas as variáveis investigadas por meio de frequências simples e relativa. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas entre a variável dependente com cada variável independente, adotando-se o modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta. Foram estimadas Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram *p-valor* $\leq 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla. Na análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão de *Poisson* hierarquizado (o modelo será descrito de forma mais complexa na metodologia do artigo). Todas as análises foram feitas por meio do pacote computadorizado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

3.10 Ética da Pesquisa

As gestantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) contendo o objetivo do estudo, procedimento de avaliação, caráter de voluntariedade da participação do sujeito e isenção de responsabilidade por parte do avaliador. As com idade inferior a 18 anos e o seu responsável assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C). Os pesquisadores envolvidos tiveram o cuidado

de preservar a identidade de todos os participantes do estudo. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, aprovado com parecer nº. 2.483.623/2018 e nº 3.724.531/2019 (ANEXO A).

A anuência para a realização da pesquisa nas equipes de ESF foi firmada pelo Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa e Ofício, assinado pela Coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (ANEXO B).

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 Artigo Científico

4.1.1 Artigo: *Autoimagem corporal negativa em gestantes da Atenção Primária à Saúde de um município do norte de Minas Gerais* que será submetido para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva - A1 (ISSN: 1413-8123).

4.2 Resumo Simples Publicado em Anais e Congresso

4.2.1 Imagem Corporal na gestação: Relato de experiência. 16º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão, 2022 (FEPEG) (ANEXO C).

4.3 Produtos Técnicos (APÊNDICE D)

4.3.1 PodCast " Imagem Corporal na Gestação do Projeto Saber para nascer" - Gravado em abril de 2022.

4.3.2 Educação em Saúde: Realização do Grupo de Educação em Saúde para Gestantes na ESF Alecrim em Montes Claros no dia 01/07/2022. Tema: "Alimentação e Imagem Corporal e Saúde mental na gestação". A partir deste evento elaborou-se um relato de experiência que foi publicado no 16º FEPEG como resumo simples.

4.3.3 Minicurso para acadêmicos e Estudantes da Escola Técnica de Saúde. Tema: "Alimentação e Imagem Corporal e Saúde mental na gestação" com carga horária de 4h, realizado na XVI Mostra Científica de Enfermagem, setembro de 2022.

4.4 Outros Produtos (APÊNDICE E)

4.4.1 Cartilha de orientação com relação ao preenchimento do Índice de Vulnerabilidade Clínico (IVCF20).

4.4.2 Colaboração no Evento "Dia do ACS: cuidar de quem cuida" - evento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes. Em parceria com a Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros e Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Montes Claros-MG, realizado no dia 07/10/2022 com carga horária de 10 horas.

4.4.3 Seminário- Minicurso "Elaboração e apresentação em formato de Pôster" da Série Seminários da Iniciação Científica (On-line) realizado em 30 de setembro de 2021, com carga horária de 2 (duas) horas. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes.

4.4.4 Seminário- Minicurso "Elaboração e apresentação em formato de Pôster" da Série Seminários da Iniciação Científica (On-line) realizado em 24 de agosto de 2022, com carga horária de 2 (duas) horas. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes.

4.1 Artigo

Prevalência da autoimagem corporal negativa em gestantes da Atenção Primária à Saúde em um município do norte de Minas Gerais, Brasil

Prevalence of negative body image in pregnant women attending Primary Health Care in a city in the north of Minas Gerais, Brazil

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência e os fatores associados à imagem corporal negativa em gestantes cadastradas na Atenção Primária à Saúde. Métodos: Estudo epidemiológico observacional de base populacional, transversal e analítico, realizado com gestantes da Estratégia de Saúde da Família em um município do norte de Minas Gerais, entre outubro de 2018 a novembro de 2019. Utilizaram-se as características socioeconômicas e demográficas, obstétricas, apoio social, sexualidade, estilo de vida e aspectos emocionais. A variável desfecho foi a imagem corporal negativa. Utilizou-se regressão de *Poisson* hierarquizada. Resultados: Participaram do estudo 1.279 gestantes, maioria de idade entre 21 e 30 anos, de cor não branca, com ensino médio completo e que viviam com companheiro. A prevalência de autoimagem corporal negativa foi de 47,9% esteve associada à faixa etária 21 a 30 anos (RP= 1,25; IC= 1,05-1,48) e acima de 30 anos (RP= 1,30; IC= 1,09-1,56); ao nível de escolaridade ensino médio (RP= 1,22; IC= 1,04-1,44); à idade gestacional mais avançada, de terceiro trimestre de gestação (RP=0,82; IC=0,71-0,96), às gestantes com baixo peso (RP= 1,71; IC=1,23-2,37) e sobrepeso/obesidade (RP=2,92; IC=2,15-3,98) e aos sintomas graves de depressão (RP=0,69; IC=0,59-0,82). Este estudo demonstrou alta prevalência de imagem corporal negativa associada às mulheres acima de 21 anos, aos menores níveis de escolaridade, à idade gestacional mais avançada, ao baixo peso e sobrepeso/obesidade, e aos

sintomas graves de depressão. Conhecer essa realidade é importante para prevenir consequências adversas da imagem corporal negativa na gestação.

Palavras-chave: Imagem corporal, Gestantes, Insatisfação corporal, Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: To identify the prevalence and factors associated with negative body image in pregnant women enrolled in Primary Health Care. **Methods:** Population-based observational epidemiological study, cross-sectional and analytical, carried out with pregnant women from the Family Health Strategy in a municipality in the north of Minas Gerais, between October 2018 and November 2019. Socioeconomic and demographic characteristics, obstetrics, support were used. social, sexuality, lifestyle and emotional aspects. The outcome variable was negative body image. Hierarchical Poisson regression was used. **Results:** 1,279 pregnant women participated in the study, most aged between 21 and 30 years old, non-white, with high school education and living with a partner. The prevalence of negative body image was 47.9% and was associated with the age group 21 to 30 years (PR= 1.25; CI= 1.05-1.48) and over 30 years (PR= 1.30; IC= 1.09-1.56); level of education in high school (PR= 1.22; CI= 1.04-1.44); the most advanced gestational age, the third trimester of pregnancy (PR=0.82; CI=0.71-0.96), pregnant women with low weight (PR= 1.71; CI=1.23-2.37) and overweight/obesity (PR=2.92; CI=2.15-3.98) and severe symptoms of depression (PR=0.69; CI=0.59-0.82). This study demonstrated a high prevalence of negative body image associated with women over 21 years of age, lower levels of education, more advanced gestational age, low weight and overweight/obesity, and severe symptoms of depression. Knowing this reality is important to prevent adverse consequences of negative body image during pregnancy.

Keywords: Body image, Pregnant women, Body dissatisfaction, Primary health care.

Introdução

A gestação é um período de vida da mulher composto por diversas transformações. Há mudanças fisiológicas, físicas, hormonais e psicológicas que, embora sejam esperadas, podem acarretar em desequilíbrios no bem-estar das gestantes¹. Algumas alterações físicas, como o ganho de peso, o surgimento de estrias e melasma, afetam a forma como a mulher percebe a imagem corporal².

A imagem corporal é uma percepção ilustrativa, individual e subjetiva que se tem da própria aparência³. A forma como se percebe a ilustração da autoimagem corporal é um processo que sofre influência de diversos fatores, tais como: sociais, culturais e midiáticos e também às características obstétricas, emocionais e antropométricas das mulheres⁴⁻⁵.

A insatisfação com a aparência própria constitui a imagem corporal negativa e refere a uma avaliação negativa do próprio corpo⁶ gerando conflito ao comparar o corpo atual com o ideal construído³. Internacionalmente, essa condição ocorre em mais de um terço das gestantes^{7,8}. No Brasil, há estimativas de que até 41,4% das gestantes⁹ e 83% das não gestantes apresentam imagem corporal negativa¹⁰, resultados superiores aos dados internacionais⁷⁻¹¹.

A imagem corporal negativa tem associação com importantes determinantes de saúde, como baixa autoestima, ansiedade e depressão¹². Durante a gestação esta condição é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão perinatal⁷ e pode afetar negativamente o feto, impactando a saúde psicológica e fisiológica gerando risco de baixo peso ao nascer, atraso no desenvolvimento, prematuridade e até mesmo aborto¹³.

Diante disso das repercussões da imagem corporal negativa para o binômio mãe e filho, é importante promover a melhora na percepção da autoimagem corporal¹⁴. A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que visem a prevenção, a identificação e o monitoramento de condições de saúde¹⁵, portanto é

útil para acompanhamento desta condição. No entanto, a imagem corporal negativa em gestante ainda tem sido pouco discutida nesse âmbito, com uma produção científica ainda incipiente, especialmente na região do norte de Minas Gerais. O conhecimento sobre a imagem corporal na gestação poderá sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde e subsidiar a implementação de ações efetivas para promover a saúde materno-infantil.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à imagem corporal negativa em gestantes cadastradas na Atenção Primária à Saúde de um município norte mineiro no Brasil.

Métodos

Tipo de estudo e cenário

Trata-se de estudo epidemiológico de base populacional, transversal e analítico, oriundo do projeto de pesquisa intitulado “Estudo ALGE - Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.” Para o desenvolvimento desse estudo, foram seguidas as recomendações do “STROBE - *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*”¹⁶.

A pesquisa foi realizada no município situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil, cidade de porte médio e contingente populacional estimado de 402.027 habitantes estimados em 2019¹⁷. O local é referência em setores de prestação de serviços, comércio, educação e saúde. Os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) compõem a rede de APS com 141 Equipes e cobertura maior que 100% da população¹⁸.

População e Tamanho da amostra

A população deste estudo foram as gestantes residentes da zona urbana, cadastradas e atendidas pelas equipes de saúde da família (eSF) da Atenção Primária à Saúde. O tamanho amostral foi calculado, a fim de estimar parâmetros populacionais com prevalência de 50% (para maximizar o tamanho amostral e devido ao projeto original contemplar diversos eventos), intervalo de 95% de confiança (IC 95%) e nível de precisão de 2,0%. Realizou-se a correção para população finita (N=1.661 gestantes) e para compensar as possíveis não respostas e perdas, estabeleceu-se um acréscimo de 20%. Evidenciou-se a necessidade de participação de, no mínimo, 1.180 gestantes, distribuídas entre os 15 polos da ESF do município, continham um total de 125 equipes de saúde da família à época da pesquisa. O número de gestantes amostradas em cada polo foi proporcional à sua representatividade em relação à população total de gestantes cadastradas. Todas as gestantes cadastradas nos polos foram convidadas a participarem do estudo.

Coleta de dados

A coleta aconteceu entre outubro de 2018 a novembro de 2019, nas unidades de saúde da ESF ou nos domicílios das participantes conforme a disponibilidade delas. Uma equipe multiprofissional formada por profissionais da área da saúde e por acadêmicos de iniciação científica foi responsável pelas entrevistas, que ocorreram face-a-face.

Foram incluídas as gestantes que estavam cadastradas em uma equipe de saúde da família da APS, em qualquer idade gestacional e residentes da área urbana. Foram excluídas as mulheres que estavam grávidas de gemelares e as que apresentavam comprometimento cognitivo, conforme informação do familiar e/ou da ESF.

Previamente à coleta de dados, foi realizada a capacitação dos entrevistadores, bem como um estudo piloto com gestantes cadastradas em uma unidade da ESF (que não foram incluídas nas análises do estudo), com o objetivo de padronizar os procedimentos da pesquisa.

Variáveis do estudo:

As variáveis investigadas foram: características socioeconômicas e demográficas, obstétricas, apoio social, sexualidade, estilo de vida e aspectos emocionais.

1) *Características socioeconômicas e demográficas:* Faixa etária (até 20 anos, 21 a 30 anos e acima de 30 anos), cor de pele (branca/não branca), escolaridade (superior/pós-graduação, ensino fundamental/médio), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), ocupação (dona de casa/trabalho informal/nenhum; assalariada/ trabalha por conta própria), renda familiar (1.000 reais, 1.001 a 2.000 reais e acima de 2.000 reais).

2) *Características obstétricas:* Idade gestacional no início do pré-natal dividido por trimestre (primeiro, segundo e terceiro trimestre gestacional), gravidez planejada (sim/não), número de filhos (nenhum, um e dois ou mais) e número de abortos (nenhum/um ou mais). Os dados referentes ao número de filhos, número de abortos, ser planejada ou não, à data da última menstruação (DUM) e dados da idade gestacional foram obtidos por meio das informações registradas no cartão da gestante.

3) *Apoio/suporte social e familiar:* Apoio social (alto/baixo) e funcionalidade familiar (família funcional/disfuncional). Para verificar a presença e ausência do apoio social, utilizou-se a escala validada *Medical Outcome Studies (MOS)*¹⁹. O instrumento é composto por 19 itens, que compreendem cinco dimensões funcionais: apoio social, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Cada item possui opções de resposta de 1 a 5 em escala tipo *Likert*. Quanto mais próximo de 100 for o escore final, melhor o apoio social percebido¹⁹. Quanto à funcionalidade familiar, utilizou-se o instrumento validado *Family*

APGAR, que mede o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrônimo APGAR: A - Adaptação (*Adaptation*); P - Participação (*Participation*); G - Crescimento (*Growth*); A - Afeição (*Affection*); R - Resolução (*Resolution*). Os itens possuem três possibilidades de respostas que variam de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a dez pontos. A classificação final foi família funcional (7-10) ou família disfuncional (≤ 6)²⁰.

4) *Sexualidade*: Para a variável sexualidade foi utilizado o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Composto de 10 questões, numa escala de 0 a 5. O resultado é obtido da soma das 10 respostas, multiplicado por dois, resultando num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão precisa de tratamento diferente, sendo o valor da resposta dada (de 0 a 5) subtraído de 5 para obter o escore final dessa questão. Maiores valores relacionam-se com melhor desempenho/satisfação sexual. Pontuação de 82-100 (bom a excelente); 62-80 pontos (regular a bom); 42-60 pontos (desfavorável a regular); 22-40 pontos (ruim a desfavorável); 0-20 pontos (nulo a ruim)²¹.

5) *Estilo de vida*: O Estado Nutricional foi categorizado em baixo peso, peso adequado e sobrepeso/obesidade. As medidas antropométricas peso (Kg), altura (m) e o Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m^2) foram coletadas do cartão da gestante, informações registradas pelos profissionais de saúde no momento habitual do pré-natal. Para o diagnóstico do estado nutricional atual da gestante, foi considerando os pontos de corte estabelecidos por Atalah *et al.*²² e preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil²³, com a classificação do estado nutricional materno em: baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Considerou-se a categoria sobrepeso/obesidade (sim/não) para contemplar a variável de interesse.

Atividade física: Foi avaliada por meio do Questionário de Atividade Física em Gestante (QAFG). O QAFG foi adaptado e validado para uso em gestantes no Brasil em 2009, avalia o gasto energético da gestante, em MET (equivalente metabólico), que se calcula tendo como base o tempo gasto nas 31 atividades habitualmente realizadas, incluindo tarefas domésticas (05 atividades), cuidar de outras pessoas (06), ocupação (5 atividades), esportes e exercício (9 atividades), locomoção (3 atividades) e lazer (3 atividades)²⁴.

A estimativa de intensidade do QAFG para as atividades de leve intensidade até vigorosa resultam da média de MET/hora por semana para o total da atividade. Cada atividade foi classificada pela sua intensidade: inativa fisicamente (<1,5 METs), leve (1,5<3,0 METs), moderada (3,0-6,0 METs) ou vigorosa (>6,0 METs). Essas questões são procedentes dos trabalhos de Chasan-Taber *et al.*²⁵⁻²⁶; se baseiam no *compendium* de Roberts *et al.*²⁷ para representar as atividades físicas, andar e tarefas domésticas; e em Ainsworth *et al.*²⁸ para encontrar a intensidade das demais atividades (para população geral) do questionário. O número de minutos gastos em cada atividade foi multiplicado pela sua intensidade, em MET, e somado para ser apresentado na forma de gasto energético semanal (MET-hrs/wk).

Índice de qualidade da dieta: A qualidade da dieta das gestantes foi avaliada com o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG), instrumento desenvolvido com base nas recomendações do Ministério da Saúde²⁹, no Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) para a população brasileira no Índice de Alimentação Saudável para a Gravidez Brasileira (HEIP- B), e no Guia Alimentar para a População Brasileira. O IQDAG possui nove componentes, e é representado por três grupos de alimentos, em porções/1.000 kcal (“Legumes”, “Legumes” e “Frutas), cinco nutrientes (Fibra”, “Ômega 3”, “Cálcio”, “Folato” e “Ferro”) e um componente moderador (% de energia de alimentos ultraprocessados)³⁰. Uma descrição detalhada do índice pode ser encontrada nas publicações de Crivellenti *et al.*³¹ e Leão *et al.*³².

6) *Aspectos emocionais*: Apego materno-fetal (baixo, médio/alto), autoestima (insatisfatório/satisfatório), sintomas de depressão (sem possibilidades de sintomas, sintomas moderados e sintomas graves), sintomas de ansiedade (baixo nível/alto nível) e sintomas de estresse (ausência de sintomas/ presença de sintomas).

Para examinar o apego materno-fetal, aplicou-se a versão brasileira da Escala de Apego Materno-Fetal (EAMF) que contém 24 itens e obedece a uma pontuação do tipo *likert* com cinco possibilidades de respostas: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de cinco a um, respectivamente. A pontuação mínima é 24 e a máxima 120³³. As cinco subescalas em que se subdivide o instrumento são: Diferenciando-se do Feto (DF); Interagindo com o Feto (IF); Atribuindo Características ao Feto (ACF); Entregando-se ao Feto (EF) e Desempenhando um Papel (DP)³³. Quanto maior a pontuação, maior o nível de apego. São instituídos os seguintes escores de classificação: baixo apego (24 a 47 pontos), médio (48 a 97) e alto (98 a 120)³⁴.

A autoestima foi avaliada pela Escala de Autoestima de Rosenberg, validada no Brasil³⁵. É organizada em dez itens com quatro possibilidades de respostas do tipo *likert*, variando de 1 ponto (discordo totalmente) a 4 pontos (concordo totalmente). A categorização da variável autoestima ocorreu por meio da média dos escores: até 24 (autoestima menor do que a média – autoestima insatisfatória), maior ou igual a 25 (autoestima satisfatória)³⁵.

Para a avaliação dos sintomas de depressão, utilizou-se a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D) validada, composta por 20 itens para avaliar a presença de humor deprimido com frequência da ocorrência dos sintomas na última semana, utilizando uma escala que varia de 0, “raramente” (menos de 1 dia) a 3, “durante a maior parte do dia (5-7 dias)”³⁶. O escore dos 4 itens positivos é invertido e somado ao escore dos demais, totalizando um escore final que varia de 0 a 60, e como ponto de corte utilizou-se

o escore para sintomas depressivos ausentes/leves (escore <16), moderados (escore ≥ 16 ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves (escore ≥ 22)³⁶. Os sintomas de ansiedade foram avaliados, por meio do instrumento validado *Brazilian State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*³⁷, versão curta, com 12 afirmações em escala tipo *Likert* e opções de resposta de 1 a 4. O escore final foi obtido por meio da soma dos itens, que pode variar de 12 a 48 pontos. Utilizou-se como ponto de corte a média do total de pontos, dicotomizado em ($\leq 28,4$ e $>28,4$). As gestantes com escores $\leq 28,4$ foram consideradas com "baixo nível de ansiedade", e aquelas com escores $>28,4$, com "alto nível de ansiedade"³⁷.

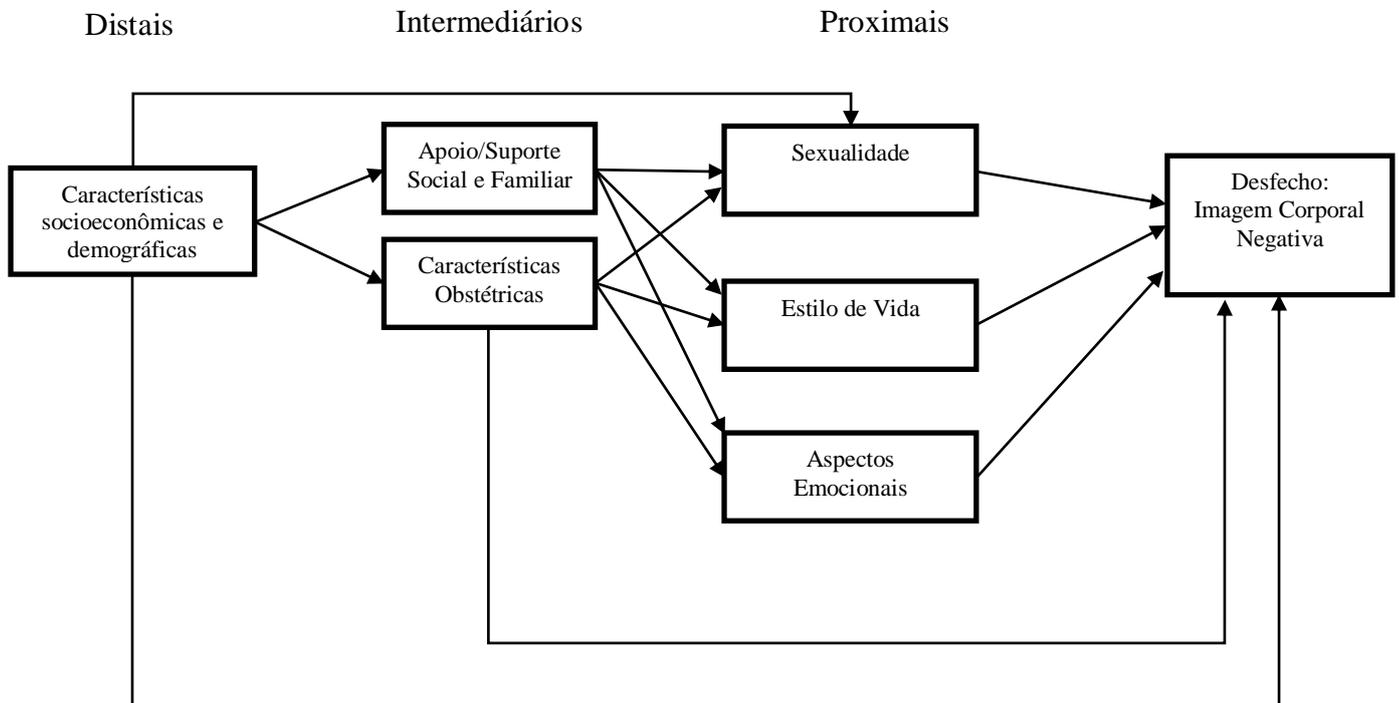
O estresse foi averiguado mediante a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale/PSS-14*), um instrumento que estabelece níveis de intensidade. As questões são de natureza geral e se aplicam a qualquer subgrupo populacional. Contém 14 itens sobre a frequência em que determinados sentimentos e pensamentos ocorreram no último mês, com respostas que variam de zero (nunca) a quatro (sempre)³⁸. O escore é obtido revertendo-se os escores dos itens positivos e somando-se as respostas dos 14 itens, com escore total que varia de zero (sem sintomas de estresse) a 56 (sintomas de estresse)^{38,39}. Para as análises, resultados menores ou iguais a 30 representaram ausência de sintomas de estresse e superiores a esse valor presença de estresse³⁹.

A variável desfecho foi a imagem corporal negativa. Para avaliação da imagem corporal foi utilizado o *Body Attitudes Questionnaire (BAQ)*, validado para a população adulta feminina brasileira⁴⁰. Este instrumento possibilita avaliar aspectos das atitudes corporais das gestantes. É composto por 44 itens em escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta ("concordo totalmente" até "discordo totalmente"). A resposta "concordo totalmente" recebe cinco pontos, enquanto a resposta "discordo totalmente" é pontuada como um, sendo que nove A resposta "concordo totalmente" recebe cinco pontos, enquanto a resposta "discordo totalmente" é pontuada como um, sendo que nove itens de números (3, 10,

11, 12, 16, 17, 20, 41, 43) do instrumento foram pontuadas de forma invertida, os demais itens permaneceram normalmente sem necessidade de inversão. Para o cálculo do escore total do BAQ é realizada a soma das pontuações de cada um dos itens. Esse valor pode variar de 44 a 220 pontos. Considerou-se como média o escore 118,7 sendo categorizado o nível de satisfação corporal até a média como positivo e acima da média como negativo, pois quanto maior o escore obtido, maiores os sentimentos sobre as subescalas: atração física, autodepreciação, gordura total, saliência do corpo, percepção da gordura da porção inferior do corpo e força⁴⁰.

As variáveis que compuseram as características socioeconômicas e demográficas, apoio/suporte social e familiar, características obstétricas, sexualidade, estilo de vida e dos aspectos emocionais, foram consideradas como variáveis independentes divididas em quatro blocos num modelo teórico hipotetizado para este estudo. O modelo proposto foi construído conforme estudo prévio sobre os fatores associados à imagem corporal sobre modelagem hierarquizada⁴¹⁻⁴² (Figura 1).

Figura 1. Plano de análise: associação das características socioeconômicas e demográficas, suporte social, estilo de vida e aspectos emocionais na autoimagem corporal negativa de gestantes.



Fonte: Autoria própria (2022)

Análise dos dados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis investigadas por meio de frequências simples e relativa. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas entre a variável dependente com cada variável independente, adotando-se o modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta. Foram estimadas Razões de Prevalência (RP) brutas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram $p\text{-valor} \leq 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla. Na análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão de *Poisson* hierarquizado. Foi seguido o esquema composto por blocos de variáveis em níveis distal (características socioeconômicas e demográficas), intermediário (apoio/suporte social e familiar, características obstétricas) e proximal (sexualidade, estilo de vida e aspectos emocionais).

A modelagem hierarquizada iniciou-se com a inclusão das variáveis do nível distal. As variáveis que neste modelo apresentaram $p < 0,05$ foram incluídas no modelo subsequente, o qual incluiu as variáveis do nível intermediário. Por fim, seguiu-se o mesmo processo para as variáveis proximais. Nos resultados foram apresentadas apenas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ no modelo final hierarquizado. Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo foi utilizado o teste de *deviance*. Todas as análises foram feitas através do pacote computadorizado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sendo aprovada pelo parecer de nº. 2.483.623/2018.

Resultados

Participaram do estudo 1.279 gestantes. A faixa etária predominante da população estudada foi de 21 a 30 anos (48,7%). A maioria se declarava não branca (88,9%), possuíam ensino médio (64,9%) e viviam com companheiro (76,7%). Quanto às características obstétricas, e 73,3% das gestantes estavam na segunda ou terceira semana de gestação. A prevalência de autoimagem negativa foi de 47,9% entre as gestantes. Os resultados sobre características socioeconômicas e demográficas, de apoio ou suporte social e familiar, características obstétricas, sexualidade, estilo de vida, aspectos emocionais estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas, apoio/suporte social e familiar, obstétricas, sexualidade, estilo de vida e condições emocionais das gestantes cadastradas em equipes de saúde da família. Montes Claros - MG, Brasil, 2018/2019 (n=1.279).

| Variáveis | n | % |
|--|------|------|
| Distais | | |
| Características sociodemográficas | | |
| Faixa etária | | |
| Até 20 anos | 268 | 21,9 |
| 21 a 30 anos | 597 | 48,7 |
| Acima de 30 anos | 360 | 29,4 |
| Cor de pele | | |
| Branca | 141 | 11,1 |
| Não branca | 1125 | 88,9 |
| Escolaridade | | |

| | | |
|---|-------|------|
| Superior/pós-graduação | 254 | 19,9 |
| Ensino médio | 829 | 64,9 |
| Ensino fundamental | 194 | 15,2 |
| Situação conjugal | | |
| Com companheiro | 979 | 76,7 |
| Sem companheiro | 297 | 23,3 |
| Ocupação | | |
| Trabalha por conta própria | 131 | 10,3 |
| Assalariada | 426 | 33,3 |
| Dona de casa | 721 | 56,4 |
| Renda familiar | | |
| Até 1.000 reais | 544 | 44,4 |
| 1.001 a 2000 reais | 416 | 33,9 |
| Acima de 2.000 reais | 266 | 21,7 |
| Intermediárias | | |
| Apoio/Suporte social e Familiar | | |
| APGAR | | |
| Família funcional | 1.062 | 83,4 |
| Família disfuncional | 211 | 16,6 |
| Apoio social | | |
| Alto | 1024 | 81,2 |
| Baixo | 237 | 18,8 |
| Características obstétricas | | |
| Gravidez planejada | | |
| Sim | 503 | 40,0 |
| Não | 754 | 60,0 |
| Número de filhos | | |
| Nenhum | 607 | 48,6 |
| Um | 392 | 31,4 |
| Dois ou mais | 249 | 20,0 |
| Trimestre gestacional | | |
| Primeiro | 341 | 26,7 |
| Segundo | 515 | 40,3 |
| Terceiro | 422 | 33,0 |
| Número de abortos | | |
| Nenhum | 1002 | 81,2 |
| Um ou mais | 232 | 18,8 |
| Proximais | | |
| Sexualidade | | |
| Alto desempenho | 907 | 72,6 |
| Baixo desempenho | 343 | 27,4 |
| Estilo de vida | | |
| Nível de atividade física | | |
| Inativa fisicamente | 258 | 23,2 |
| Leve | 478 | 42,9 |
| Moderada/vigorosa | 378 | 33,9 |
| IMC | | |
| Adequado | 293 | 35,6 |
| Baixo peso | 155 | 18,8 |
| Sobrepeso/obesidade | 375 | 45,6 |
| Índice qualidade dieta | | |
| > média | 687 | 53,7 |
| ≤ média | 592 | 46,3 |
| Aspetos Emocionais | | |
| Apego materno | | |
| Médio/alto | 797 | 64,6 |
| Baixo | 436 | 35,4 |
| Autoestima | | |
| > média (satisfatória) | 634 | 49,6 |
| ≤ média (insatisfatória) | 635 | 49,6 |
| Depressão | | |
| Sem possibilidade sintomas de depressão | 728 | 58,6 |
| Sintomas moderados | 201 | 16,2 |
| Sintomas graves | 313 | 25,2 |
| Sintomas de Ansiedade | | |
| Baixo nível | 547 | 45,4 |

| | | |
|-----------------------------------|------|------|
| Alto nível | 657 | 54,6 |
| Estresse | | |
| Ausência de sintomas | 1049 | 83,4 |
| Presença de sintomas | 209 | 16,6 |
| Imagem corporal (Desfecho) | | |
| Positiva | 638 | 52,1 |
| Negativa | 586 | 47,9 |

IMC: Índice de Massa Corporal

Fonte: Autoria própria (2022)

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados da análise bivariada entre a autoimagem corporal negativa e as variáveis independentes avaliadas. As variáveis que apresentaram associações significantes com o desfecho ao nível de 20% foram selecionadas para compor a análise múltipla (Tabela 2).

Tabela 2. Imagem corporal negativa das gestantes e análise bivariada segundo as características socioeconômicas e demográficas, apoio/suporte social e familiar, obstétricas, sexualidade, estilo de vida e condições emocionais. Montes Claros - MG, Brasil, 2018/2019 (n=1.279).

| Variáveis | n(%) | RP bruta (IC 95%) | p-valor |
|------------------------------|-----------|-------------------|---------|
| Distais | | | |
| Faixa etária | | | |
| Até 20 anos | 159(59,8) | 1 | |
| 21 a 30 anos | 286(50,9) | 0,94(0,90-0,99) | 0,021 |
| Acima de 30 anos | 173(49,9) | 0,94(0,89-0,99) | 0,015 |
| Cor de pele | | | |
| Branca | 65(47,4) | 1 | |
| Não branca | 570(53,0) | 1,04(0,98-1,10) | 1,129 |
| Escolaridade | | | |
| Superior/pós-graduação | 141(57,6) | 1 | |
| Ensino médio | 398(50,1) | 0,95(0,91-0,99) | 0,047 |
| Ensino fundamental | 98(53,8) | 0,98(0,92-1,04) | 0,444 |
| Situação conjugal | | | |
| Com companheiro | 474(50,4) | 1 | |
| Sem companheiro | 163(58,0) | 1,05(1,01-1,09) | 0,031 |
| Ocupação | | | |
| Trabalha por conta própria | 64(50,8) | 1 | |
| Assalariada | 210(51,3) | 1,00(0,94-1,07) | 0,914 |
| Dona de casa | 364(52,9) | 1,01(0,95-1,08) | 0,664 |
| Renda familiar | | | |
| Até 1.000 reais | 264(50,5) | 1 | |
| 1.001 a 2.000 reais | 205(51,9) | 1,01(0,97-1,05) | 0,670 |
| Acima de 2.000 reais | 142(55,3) | 1,03(0,98-1,08) | 0,206 |
| Intermediárias | | | |
| Apgar | | | |
| Família funcional | 530(51,9) | 1 | |
| Família disfuncional | 105(53,0) | 1,01(0,96-1,06) | 0,412 |
| Apoio social | | | |
| Alto | 526(53,3) | 1 | |
| Baixo | 108(47,2) | 0,96(0,91-1,01) | 0,082 |
| Gravidez planejada | | | |
| Sim | 259(53,5) | 1 | |
| Não | 373(51,7) | 0,99(0,95-1,03) | 0,530 |
| Número de filhos | | | |
| Nenhum | 318(54,8) | 1 | |
| Um | 188(49,6) | 0,97(0,93-1,01) | 0,110 |
| Dois ou mais | 121(50,6) | 0,97(0,93-1,02) | 0,266 |
| Trimestre gestacional | | | |

| | | | |
|----------------------------------|-----------|-------------------|-------|
| Primeiro | 148(45,1) | 1 | |
| Segundo | 264(53,9) | 1,06(1,01-1,11) | 0,011 |
| Terceiro | 226(55,8) | 1,07(1,02-1,13) | 0,003 |
| Número de abortos | | | |
| Nenhum | 511(52,8) | 1 | |
| Um ou mais | 113(51,4) | 0,99(0,94-1,04) | 0,693 |
| Proximais | | | |
| Sexualidade | | | |
| Alto desempenho | 480(54,5) | 1 | |
| Baixo desempenho | 148(45,3) | 0,94(0,90-0,98) | 0,003 |
| Nível de atividade física | | | |
| Inativa fisicamente | 132(53,2) | 1 | |
| Leve | 228(50,3) | 0,98(0,93-1,03) | 0,467 |
| Moderada/vigorosa | 185(51,4) | 0,98(0,94-1,04) | 0,634 |
| IMC | | | |
| Adequado | 173(61,8) | 1 | |
| Baixo peso | 113(75,8) | 1,09(1,03-1,15) | 0,005 |
| Sobrepeso/obesidade | 128(35,3) | 1,14 (1,03- 1,32) | 0,000 |
| Índice qualidade dieta | | | |
| > média | 344(52,5) | 1 | |
| ≤ média | 291(51,7) | 0,99(0,96-1,03) | 0,744 |
| Apego materno | | | |
| Médio/alto | 390(50,4) | 1 | |
| Baixo | 223(53,7) | 1,02(0,98-1,06) | 0,267 |
| Autoestima | | | |
| > média (satisfatória) | 313(51,1) | 1 | |
| ≤ média (insatisfatória) | 322(53,2) | 1,01(0,98-1,05) | 0,450 |
| Depressão | | | |
| Sem possibilidade depressão | 415(58,4) | 1 | |
| Sintomas moderados | 89(45,6) | 1,07 (1,03-1,15) | 0,017 |
| Sintomas graves | 123(41,4) | 1,10 (1,01-1,18) | |
| Sintomas de Ansiedade | | | |
| Baixo nível | 258(48,4) | 1 | 0,360 |
| Alto nível | 349(55,3) | 1,05(1,01-1,09) | 0,000 |
| Estresse | | | |
| Ausência de sintomas | 547(54,1) | 1 | |
| Presença de sintomas | 84(41,4) | 0,92(0,87-0,97) | 0,000 |

RP: Razão de prevalência, IC: intervalo de confiança.

Fonte: Autoria própria (2022)

Após o ajuste do modelo, foram encontradas associações da imagem corporal negativa com as variáveis: faixa etária, escolaridade, trimestre gestacional, IMC e sintomas de depressão.

A faixa etária de 21 a 30 anos (RP=1,25) e acima de 30 anos (RP=1,30), o nível de escolaridade ensino médio (RP=1,22), o baixo peso (RP=1,71) e o sobrepeso/obesidade (RP=2,92) associaram-se à autoimagem corporal negativa. Já a idade gestacional de terceiro trimestre (RP=0,82) e os sintomas graves de depressão (RP=0,69) foram fatores de proteção para a autoimagem corporal negativa (Tabela 3).

O teste *Deviance* indicou que o modelo apresentou qualidade de ajuste adequada (valor-p=0,146) (Tabela 3).

Tabela 3. Modelo ajustado da imagem corporal negativa das gestantes. Montes Claros - MG, Brasil, 2018/2019 (n=1.279).

| Variáveis | RP ajustada (IC 95%) | p-valor |
|--------------------------------|----------------------|---------------|
| Distais | | |
| Faixa etária | | |
| Até 20 anos | 1 | |
| 21 a 30 anos | 1,25 (1,05-1,48) | 0,011* |
| Acima de 30 anos | 1,30 (1,09-1,56) | 0,005* |
| Escolaridade | | |
| Superior/pós-graduação | 1 | |
| Ensino médio | 1,22 (1,04-1,44) | 0,018* |
| Ensino fundamental | 1,13 (0,91-1,41) | 0,267 |
| Modelo 1: Dev:822,942 p=0,705 | | |
| Intermediárias | | |
| Trimestre gestacional | | |
| Primeiro | 1 | |
| Segundo | 0,87 (0,76-1,01) | 0,059 |
| Terceiro | 0,82 (0,71-0,96) | 0,012* |
| Modelo 2: Dev: 819,271 p=0,703 | | |
| Proximais | | |
| IMC | | |
| Adequado | 1 | |
| Baixo peso | 1,71 (1,23-2,37) | 0,001* |
| Sobrepeso/obesidade | 2,92 (2,15-3,98) | 0,000* |
| Depressão | | |
| Sem possibilidade depressão | 1 | |
| Sintomas moderados | 0,90 (0,74-1,09) | 0,270 |
| Sintomas graves | 0,69 (0,59-0,82) | 0,000* |
| Modelo 3:Dev: 478,108 p=0,635 | | |

*Significativo, RP: Razão de prevalência, IC: intervalo de confiança.

Fonte: Autoria própria (2022)

Discussão

Neste estudo, verificou-se uma alta prevalência de gestantes com autoimagem corporal negativa, associada às variáveis: faixa etária, escolaridade, trimestre gestacional, IMC e sintomas depressivos. A prevalência da imagem corporal negativa corrobora à encontrada em estudos internacionais, como em estudo realizado no Irã¹¹, com 48,7%, na Polônia⁷ com 36% e na Tailândia com 34,1%⁴³. Em estudos nacionais, observou-se uma prevalência de 41,4% gestantes com autoimagem corporal negativa com associação entre as atitudes alimentares inadequadas, sintomas depressivos, baixa autoestima e elevado IMC⁴¹. Já em um estudo realizado com mulheres não gestantes na cidade de Porto Alegre, RS, foi encontrado prevalência de 83%¹⁰. É possível notar aumento na quantidade de estudos nacionais sobre imagem corporal entre gestantes, porém ainda é necessário maior entendimento sobre o tema e as condições relacionadas a ele, principalmente em relação instrumento e seu ponto de corte

A imagem corporal negativa pode contribuir com redução da felicidade, baixa autoestima, menor bem estar geral⁴³ e pior qualidade de vida. Além disso, expõe as crianças a riscos, como menor duração do aleitamento materno, que é de grande importância para o crescimento e desenvolvimento⁴⁴⁻⁴⁶.

Em relação à faixa etária este estudo apontou que as gestantes adultas jovens tiveram maiores prevalências de autoimagem corporal negativa no período de gravidez. Estudo prévio corrobora este achado e aponta que as gestantes mais jovens tendem a ser mais insatisfeitas com a imagem corporal no período gravídico⁴⁷.

Quanto à escolaridade, os resultados evidenciaram que houve menor prevalência de percepção negativa da autoimagem corporal nas gestantes com ensino médio quando comparadas às gestantes com formação de nível superior. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Brasil^{10,48} e no Irã⁴⁹, associando maior escolaridade com maior insatisfação corporal. Há diferença na percepção de beleza em diferentes estratos sociais, uma vez que a gestação gera ganho de peso e estudos atuais demonstraram que há maior insatisfação com excesso de peso em pessoas com maior poder aquisitivo, a insatisfação corporal tende a se acentuar durante esse processo^{10,46}.

O trimestre gestacional apresentou associação com a imagem corporal negativa. Identificou-se no presente estudo que com o decorrer da gestação aumentou-se a prevalência de autoimagem corporal negativa. A ascensão da prevalência desta condição com o decorrer da gestação também foi observada em estudo realizado com 1.371 gestantes na China⁵⁰. A evolução da gestação aumenta a prevalência de diversas queixas, inclusive associadas à imagem corporal, como descontentamento com a forma e o peso corporal^{4,51}. Parte disso pode ser explicado devido à dificuldade de algumas gestantes conseguirem se adaptar as rápidas mudanças que ocorrem no corpo. O ganho de peso que ocorre se associa à preocupação da

dificuldade de perdê-lo após a gestação, à pressão social de ter um corpo magro e outras diversas alterações físicas, levando a pior autoimagem corporal^{10,52-53}.

Em relação ao IMC, tanto as gestantes com baixo peso quanto o sobrepeso apresentaram maior prevalência de autoimagem corporal negativa com relação àquelas de peso adequado. No que se refere ao baixo peso, resultado divergente foi encontrado em uma revisão integrativa com a temática do estudo⁴. Hipóteses podem ser levantadas, como a possibilidade de que mulheres com baixo peso também tendem a se preocupar com a manutenção de silhuetas finas e o ganho de peso gestacional as afasta do biótipo corporal de magreza⁵⁴⁻⁵⁵. Além disso, gestantes com corpo magro são mais propensas a ganhar peso excessivo durante a gestação⁵⁶⁻⁵⁷. Outra possibilidade, que se soma a anterior, é que a mudança corporal nessas mulheres poderá ser proporcionalmente maior, assim como o impacto psicológico.

Igualmente, neste estudo as gestantes com sobrepeso apresentaram maior prevalência de autoimagem corporal negativa quando comparadas às gestantes com peso adequado. Resultado semelhante de outro estudo também conduzido com mulheres adultas de baixa renda no Sul do Brasil¹⁰, demonstrou aumento progressivo da insatisfação corporal à medida que aumenta o IMC⁵⁸⁻⁵⁹ uma vez que teriam maiores dificuldades em se adequar ao peso ideal pós-parto.

Os sintomas de depressão (moderado e grave) estiveram associados neste estudo corroborando os achados na literatura nacional^{10,12,40} e internacional^{11,58}. Estudo realizado no Irã¹¹ demonstrou que, na gestação, há relação significativa entre insatisfação corporal e depressão, sendo que quanto mais severos os sintomas, mais frequente é a insatisfação corporal⁵⁹. Há uma relação entre autoimagem corporal negativa e depressão, sendo que depressão pode piorar a imagem corporal e a imagem corporal negativa pode piorar sintomas depressivos⁶⁰. Percebe-se que ocorre um efeito sequencial negativo, uma vez que a

insatisfação com o corpo tem impacto negativo no humor e nas atividades físicas e mentais, podendo reforçar os sintomas depressivos⁶¹⁻⁶².

Diante deste contexto, é importante considerar que a depressão durante a gestação tem impactos não só na saúde física da gestante, mas também na prole, tornando mais propício o surgimento de problemas emocionais e comportamentais na infância como já evidenciado em estudo prévio⁶³.

O conhecimento dos impactos da imagem corporal negativa e seus fatores associados é importante para os profissionais de saúde que lidam com as gestantes, uma vez que, possibilita fornecimento de melhor atenção à saúde e suporte durante as mudanças fisiológicas da gestação tendo impacto positivo no bem-estar materno e infantil⁵⁸. Tendo em vista a alta prevalência de imagem corporal negativa na gestante e os fatores relacionados encontrados neste estudo, profissionais da atenção primária à saúde podem incluir uma abordagem sobre eles na rotina de atendimento pré-natal. Outra possibilidade é intervir nos fatores de risco modificáveis naquelas mulheres com intenção de engravidar, reduzindo o risco de desenvolvimento de imagem corporal negativa durante a gestação. Quanto aos fatores de risco não modificáveis, como o trimestre gestacional, a atenção deve ser maior e a abordagem da autoimagem corporal deve ser realizada.

Este estudo apresenta como limitações a utilização de informações de dados secundários provenientes do cartão da gestante, no qual não se pode controlar a qualidade dos registros, e de autorrelato, estando sujeitas ao viés de memória, o que pode ter sido minimizado ao se utilizar instrumentos validados.

Ressalta-se que se trata de um estudo de base populacional, com um tamanho amostral expressivo, o que fortalece as associações encontradas com objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à imagem corporal negativa em gestantes cadastradas na Atenção Primária à Saúde em um município norte mineiro no Brasil. Sugere-se a realização de

pesquisas futuras com detalhamento longitudinal para verificar a relação causal entre os fatores associados e a imagem corporal negativa, considerando também condições pré-gestacionais e características regionais/culturais desta gestante.

Referências

1. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Id on Line Rev Mult Psi* 2020; 14(49):114-126.
2. Kazemi F, Nahidi F, Kariman N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. *Electron Physician* 2017; 9(12):5991-6001.
3. Souza AC, Alvarenga MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr.* 2016; 65(3):286-99.
4. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literature. *Cien Saude Colet* 2015; 20(7):2091-2103.
5. Shoraka H, Amirkafi A, Garrusi B. Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *Int J Prev Med.* 2019; 10:19.
6. Cash TF, Smolak L. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention.* 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
7. Przybyla-Basista H, Kwiecinska E, Ilska M. Body Acceptance by Pregnant Women and Their Attitudes toward Pregnancy and Maternity as Predictors of Prenatal Depression. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(24):9436.
8. Dukay-Szabó S, Simon D, Varga M, Koller O, Pataki Z, Rigó Jr J, Túry F. The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord* 2022; 27(2):629-637.
9. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37(7):319-324.
10. Kops NL, Bessel M, Knauth DR, Caleffi M, Wendland EM. Body image (dis) satisfaction among low-income adult women. *Clinical Nutrition.* 2019; 38 (3): 1317-23.
11. Garrusi B, Nematallahee VR, Etminan A. The Relationship of Body Image with Depression and Self-esteem in Pregnant Women. *J Health Dev* 2013; 2(2):117-127.

12. Nagl M, Jepsen L, Linde K, Kersting A. Measuring body image during pregnancy: psychometric properties and validity of a German translation of the body image in pregnancy scale (BIPS-G). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019; 19(1):244.
13. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saude Mater Infantil* 2008; 8(3):333-340.
14. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, Truby H, McCaffrey TA. Social media, Body Image and Food Choices in Healthy Young adults: a Mixed Methods Systematic Review. *Nutr Diet* 2019; 77(1):19-40.
15. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc* 2015; 24:165-179.
16. Elm VE, Altman DG, Egger M, Pocock ST, Gotsche PC, Vandenbroucke JP, Initiative STROBE. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(4):344-349.
17. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidade e Estados. *Montes Claros* [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2017 [acesso em 9 maio 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/montes-claros.html>
18. Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. 2022. Disponível em: <https://admin.montesclaros.mg.gov.br/upload/saude/files/secoes/arquivos/2022/PLAN-O-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2022-2025.pdf>
19. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714
20. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery* 2014; 18(3):527-532.
21. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn. Tratamento* 2009; 14(2):89-90.
22. Atalah SE, Castillo LC, Castro SR, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. *Rev Méd Chile* 1997; 125(12):1429-1436.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: MS; 2021 [acesso em 20 agosto 2022].
84 p. Disponível em:

- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 24 abr 2022.
24. Freitas IGC, Lima CA, Santos VM, Silva FT, Rocha JSB, Dias OV, Silva RRV, Brito MFSF. Nível de atividade física e fatores associados entre gestantes: estudo epidemiológico de base populacional. *Cien Saude Colet* 2022; 27(11):4315-4328.
 25. Chasan-Taber L, Schmidt MD, Roberts DE, Hosmer D, Markenson G, Freedson PS. *Med Sci Sports Exerc* 2004; 36(10):1750-1760.
 26. Chasan-Taber L, Schmidt MD, Pekow P, Sternfeld B, Manson J, Markenson G. Correlates of Physical Activity in pregnancy among Latina Women. *Matern Child Health J* 2007; 11(4):353-363.
 27. Roberts D, Fragala MS, Pober D, Chasan-Taber, L. Energy Cost of Physical Activities during pregnancy. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 24(5).
 28. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, O'Brien WL, Bassett Jr DR, Emplaincourt P O, Jacobs JR DR, Leon AS. Schimitz Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(9):S498-S516.
 29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde* Brasília. Brasília (DF): MS; 2004.
 30. Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. A revised version of the Health Eating Index for the Brazilian population. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):794-798.
 31. Crivellenti LC, Zuccolotto DCC, Sartorelli DS. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. *Rev Bras Saude Mater Infantil* 2019; 19(2):285-294.
 32. Leão GMMS, Crivellenti LC, Brito MFSF, Silveira MF, Pinho L. Qualidade da dieta de gestantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Rev Nutr* 2022; 35:e210256.
 33. FEIJÓ, M. C. C. Validação Brasileira da “Maternal-Fetal Attachment Scale”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v.51, n.4, p. 52-62, 1999.
 34. SOUZA Jr. E.V. et al. Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life?. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 4):e20210388. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388>.
 35. DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev Soc Bras Cir Plástica**; v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.
 36. Gonçalves B, Fagulha T. The portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Eur J Psychol Assess* 2004;20(4):339-48.

37. Fioravanti-Bastos ACM, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-trait Anxiety Inventory. *Psicol Reflex Crit* 2011;24(3):485-494.
38. LUFT, C. D. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.
39. CAVALCANTE, M. C. V. *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil – Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p. 1683-1693, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017225.21722015.
40. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha Júnior AH. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Mot Skills* 2005; 101(1):25-41.
41. Meireles JFF, Neves CM, Carvalho PHB, Ferreira MEC. Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(2):437-445.
42. Gelman A, Hill J. *Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
43. Roomruangwon C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. *Sex Reprod Healthc* 2017; 13:103-109.
44. Fahami F, Amini-Abchuye M, Aghaei A. The Relationship between Psychological Wellbeing and Body Image in Pregnant Women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018; 23(3):167-171.
45. Foster SF, Slade P, Wilson K. Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *J Psychosom Res* 1996; 41(2):181-184.
46. Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol* 2012; 24(3):339-349.
47. DRYER, R.; GRAEFIN V. S. I.; BRUNTON R. Body dissatisfaction and Fat Talk during pregnancy: Predictors of distress. **J Affect Disord**. 2020 Apr 15;267:289-296. doi: 10.1016/j.jad.2020.02.031. Epub 2020 Feb 11. PMID: 32217229.
48. Albuquerque LS, Griep RH, Aquino EML, Cardoso LO, Chor D, Fonseca MJM. Fatores associados à insatisfação com a Imagem Corporal em adultos: análise seccional do ELSA-Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(5):1941-1954.
49. Nikniaz Z, Mahdavi R, Amiri S, Ostadrahimi A, Nikniaz L. Factors associated with body image dissatisfaction and distortion among Iranian women. *Eat Behav* 2016; 22: 5-9.

50. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, Tang CSK. Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. *J Affect Disord* 2020; 263:582-592.
51. Onyemaechi N, Chigbu CO, Ugwu EO, Omoke NI, Lasebikan OA, Ozumba BC. Prevalence and risk factors associated with musculoskeletal disorders among pregnant women in Enugu Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2021; 24(11):1573-1581.
52. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 2008; 134(3):460-476.
53. Shloim N, Rudolf M, Feltbower R, Hetherington M. Adjusting to motherhood. The importance of BMI in predicting maternal well-being, eating behaviour and feeding practice within a cross cultural setting. *Appetite* 2014; 81:261-268.
54. Dittmar H. How Do “Body Perfect” Ideals in the Media Have a Negative Impact on Body Image and Behaviors? Factors and Processes Related to Self and Identity. *J Soc Clin Psychol* 2009; 28(1):1-8.
55. López-Guimerà G, Levine MP, Sánchez D, Fauquet J. Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A Review of Effects and Processes. *Media Psychol* 2010; 13(4):387-416.
56. Mehta UJ, Siega-Riz AM, Herring AH. Effect of Body Image on Pregnancy Weight Gain. *Matern Child Health J* 2010; 15(3):324-332.
57. Bagheri M, Dorosty A, Sadrzadeh-Yeganeh H, Eshraghian M, Amiri E, Khamoush-Cheshm N. Pre-pregnancy body size dissatisfaction and excessive gestational weight gain. *Matern Child Health J* 2013; 17(4):699-707.
58. 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.
59. Tsuchiya, S.; Yasui, M.; Ohashi, K. Assessing body dissatisfaction in Japanese women during the second trimester of pregnancy using a new figure rating scale. *Nursing & Health Sciences*, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 367-374, 9 abr. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12608>.
60. Paans NPG, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Penninx BWJH. Contributions of depression and body mass index to body image. *J Psychiatr Res* 2018; 103:18-25.
61. Ojha R, Kumar V. A study on body image and emotional well being among university students. *Int J Soc Sci* 2016; 4(1):65-68.

62. Derya YA, Uğur HG, Özşahin Z. Effects of demographic and obstetric variables with body image on sexual dysfunction in pregnancy: A cross-sectional and comparative study. *Int J Nurs Pract* 2020; 26(3):e12829.
63. Liu L, Setse R, Grogan R, Powe NR, Nicholson WK. The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1):125.

5 CONCLUSÕES

Verificou-se alta prevalência de gestantes com autoimagem corporal negativa e o desfecho deste estudo esteve associado às questões relacionadas às gestantes adultas jovens, à baixa escolaridade, ao trimestre gestacional mais avançado, aos estados nutricionais alterados (baixo peso e sobrepeso) e aos sintomas graves de depressão. Os resultados encontrados nesta pesquisa reforçam a importância do acolhimento e orientações às gestantes acerca das mudanças corporais no período da gestação.

As gestantes adultas jovens, a baixa escolaridade, o trimestre mais avançado de gravidez e os estados nutricionais alterados influenciaram na autopercepção negativa da imagem corporal das gestantes, estes achados reafirmam a importância do acompanhamento das eSF com abordagens e informações acerca do tema, esclarecimento das dúvidas e aflições, a fim de diminuir os ansios desta fase e prepará-la para a vivência mais positiva da percepção das mudanças do seu corpo.

Os sintomas graves de depressão associaram à autoimagem negativa. Este achado deve ser refletido, pois de qualquer forma a saúde mental é uma preocupação de saúde pública, uma vez que estudos prévios abordados nesta investigação apontam desfechos negativos da insatisfação corporal da gestante associados à depressão, tal fato é sugestivo de que os problemas enfrentados no período da gestação devem ser abordados pelos profissionais de saúde no momento do pré-natal. Uma vez que, o binômio mãe-filho pode sofrer consequências dessa insuficiência de informação que começa no período pré-natal e tende a gerar consequências no puerpério ou até depois dele.

Neste contexto, torna-se extremamente importante a conscientização sobre as transformações corporais no período gestacional, pois os impactos da percepção positiva da imagem corporal contribuem para uma melhor aceitação de tais mudanças, sobretudo quando esta gestante possui acompanhamento e orientações de profissionais capacitados que possam auxiliar no enfrentamento das emoções ruins e angústias originadas nesta fase.

Contudo, o período gestacional requer um acompanhamento sistemático, sendo uma oportunidade ímpar de rastrear, diagnosticar e tratar os transtornos mentais, para tanto é

preciso que o profissional de saúde da APS tenha um olhar sensível às questões que vão além das transformações físicas neste período. A partir da identificação precoce de situações que demandam um acompanhamento adequado, poderá minimizar as repercussões negativas dos problemas de saúde mental para a mãe e o conceito.

Considera-se que os achados apontados neste estudo contribuam para os profissionais da APS no sentido de abordar este tema nas orientações de educação em saúde (grupos de gestantes) tanto na forma coletiva, quanto também na individual, uma vez que a autopercepção da imagem corporal é única de mulher para mulher e inclui multifatores. Assim, torna-se recomendável o delineamento de novas estratégias que promovam a conscientização da gestante e dos profissionais de saúde para a realização do pré-natal com equipe multiprofissional capacitada, bem como intervenções precoces que reiterem a importância da satisfação com a imagem corporal, visando uma autoaceitação da imagem corporal.

Apesar das contribuições deste estudo para o entendimento dos aspectos da imagem corporal de gestantes, algumas limitações devem ser apontadas como a utilização de informações de dados secundários provenientes do cartão da gestante, no qual não se pode controlar a qualidade dos registros, e de autorrelato, estando sujeitas ao viés de memória, o que pode ter sido minimizado ao se utilizar instrumentos validados. Ressalta-se que se trata de um estudo de base populacional, com um tamanho amostral expressivo, o que fortalece as associações encontradas.

Desse modo, os resultados aqui alcançados permitirão propor novas ações que poderão ser incorporadas ao cuidado no pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade da atenção, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Espera-se que este estudo auxilie a realização de pesquisas futuras com detalhamento longitudinal para verificar a relação causal entre os fatores associados e o desfecho da autoimagem corporal negativa, sobretudo considerando condições pré-gestacionais e características regionais/culturais em cada período gestacional.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn. Tratamento**, v.14, n. 2, p. 89-90, 2009.
- AIRES, C. M. *et al.* Empowerment na gravidez: Estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 9, n.10, p. 49-57, 2016. doi:10.12707/RIV1603.
- ALMEIDA, F. *et al.* Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. **Revista Brasileira De Sexualidade Humana**, v. 32, n.1, 2021. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.888>
- ALVES, T.V.; BEZERRA, M.M.M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v.14, n.49, p. 114-126, 2020.
- ARAÚJO, D. M. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Saude Mater Infantil**, v.8, n. 3, p. 333-340, 2008.
- ARAÚJO, D.M.R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.8, n.3, p. 333-340, 2008.
- ATALAH, S.E. *et al.* Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazadas. **Rev Méd Chile**, v.125, n. 12, p.1429-1436, 1997.
- BARROS, F. C. *et al.* Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.10, Suppl 1:S, 2010.
- BORTOLI, C. F. *et al.* Factors that enable the performance of nurses in prenatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.9, n. 4, p. 978-98, 2017. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i4.978-983
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde* Brasília. Brasília (DF): MS; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 316p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em: 24 abr 2022.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União de junho de 2006**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. **Diário Oficial da União nº 183 – Seção 1**. Ministério da Saúde. Brasília, Brasil. Recuperado de http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

CAVALCANTE, M. C. V. et al. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil – Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p. 1683-1693, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017225.21722015.

CEVIK, E.; YANIKKEREM, E. The factors affecting self-esteem, depression and body image of pregnant women in a state hospital in Turkey. **J Pak Med Assoc**, v.70, n.7, p. 1159-1164, 2020. doi: 10.5455/JPMA.19892. PMID: 32799266.

CHAN *et al.* Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: a longitudinal study. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 263, p. 582-592, 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>

COSTA, E.S. *et al.* Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rer. Rene**. Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93, 2010.

CRIVELLENTI, L. C.; ZUCCOLOTTO, D. C. C.; SARTORELLI, D.S. Associação entre o Índice de Qualidade da Dieta Adaptado para Gestantes (IQDAG) e o excesso de peso materno. **Rev Bras Saude Mater Infantil**, v.19, n.2, p.285-294, 2019.

CUNHA, A. C. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.19, n. 2, p. 459-470. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/pt_1519-3829-rbsmi-19-02-0447.pdf.

DIAS, J.M.G. *et al.* Mortalidade materna. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n. 2, p. 173-179. 2015. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/1771/v25n2a06.pdf>.

DINI, G.M.; QUARESMA, M.R.; FERREIRA, L.M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev Soc Bras Cir Plástica**; v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. The care of women in the context of maternity: Challenges and ways to humanize. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n.1, p. 222-230, 2017. doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230

FAHAMI, F.; AMINI-ABCHUYE, M.; AGHAEI, A. The Relationship between Psychological Wellbeing and Body Image in Pregnant Women. **Iranian Journal of Nursery and Midwifery Research**, Iran, v. 23, n. 3, p. 167-171, 2018. Available on: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_16. Access on: 13 may 2022.

FEIJÓ, M. C. C. Validação Brasileira da “Maternal-Fetal Attachment Scale”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v.51, n.4, p. 52-62, 1999.

FIORAVANTI-BASTOS, A.C.M.; CHENIAUX, E.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. **Psicol. Reflex. Crit.** [online].v.24, n.3, pp.485-494, 2011.

FRANCO, R. V. A. B.; ABREU, L. D. P.; ALENCAR, O. M.; MOREIRA, F. J. F. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde: Prenatal care performed by a multiprofessional team of primary health care. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

FREITAS, I. G. C. *et al.* Nível de atividade física e fatores associados entre gestantes: estudo epidemiológico de base populacional. **Cien Saúde Coletiva**, v. 27, n.11, p. 4315-4328, 2022.
GANDOLFI, F.R.R. *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez.

GNADOLFI *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.27, n.1, p.126-131, 2019.

GARRUSI, B.; NEMATALLAHEE, V.R.; ETMINAN, A. The Relationship of Body Image with Depression and Self-esteem in Pregnant Women. **J Health Dev**, v. 2, n. 2, p. 117-127, 2013.

GOMES, C. B. *et al.* Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.28, e20170544, 2019. doi:10.1590/1980-265x-tce-2017-0544.

GONÇALVES B, FAGULHA T. The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **Eur J Psychol Assess**, v. 20, p. 339-48, 2004.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidade e Estados. *Montes Claros* [online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2021 [acesso em 9 maio 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/montes-claros.html>

KAZEMI, F.; NAHIDI, F.; KARIMAN, N. Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. **Electronic Physician, Iran**, v. 9, i. 12, p. 5991-6001, dec. 2017. Available on: <https://doi.org/10.19082/5991>. Access on: 16 jun. 2022.

KAZMIERCZAK, M.; GOODWIN, R. Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. **J Reprod Infant Psychol**, v. 29, n. 4, p. 334-34, 2011.

KOPS, N. L. et al. Body image (dis) satisfaction among low-income adult women. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 3, p. 1317-23, 2019.

LEÃO, G. M. M. S. *et al.* Qualidade da dieta de gestantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Rev Nutrição**, v. 35, :e210256, 2022.

LUFT, C. D. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MEIRELES, J. F. F. *et al.* Imagem corporal, atitudes alimentares, sintomas depressivos, autoestima e ansiedade em gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 437-445. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23182015>>

MEIRELES, J.F.F. *et al.* Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 3, p. 19-24, 2015.

MEIRELES, J.F.F. *et al.* Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literature. **Ciencia Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2091-2103, 2015.

MONTESCHIO, L. V. *et al.* Ganho de peso gestacional excessivo no Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. eAPE001105, 2021. DOI: [10.37689/acta-ape/2021AO001105](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001105)

MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. 2022. Disponível em: <https://admin.montesclaros.mg.gov.br/upload/saude/files/secoes/arquivos/2022/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2022-2025.pdf>

MOTA, V.E.C. *et al.* Dissatisfaction with body image and associated factors in adult women. **Revista Nutrição**, v. 33:e190185, 2020. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e190185>

NAGL, M. *et al.* Measuring body image during pregnancy: psychometric properties and validity of a German translation of the Body Image in Pregnancy Scale (BIPS-G). **BioMed Central: Pregnancy and Childbirth, London**, v. 19, n. 244, p. 1-12, 2019. Available on: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2386-4>. Access on: 30 may. 2022.

- NERY, T. A.; TOCANTINS, F. R. O Enfermeiro e a Consulta Pré-Natal: o significado de assistir a gestante. *Revista de Enfermagem UERJ*. V.14, n. 1. Jan-Mar. Rio de Janeiro: 2006, p. 87-92.
- NOBRE, R.G. *et al.* **Revista Brasileira Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 27, n.2, p. 256-262, 2014.
- NORMAN, A.H; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**, v. 24, p. 165-179, 2015.
- POLDEN, M; MANTLE, J. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.
- PREVIDELLI, A.N. *et al.* A revised version of the Health Eating Index for the Brazilian population. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 4, p. 794-798, 2011.
- PRZYBYLA-BASISTA, H.; KWIECINSKA, E.; ILSKA, M. Body Acceptance by Pregnant Women and Their Attitudes toward Pregnancy and Maternity as Predictors of Prenatal Depression. **International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel**, v. 17, n. 24, p. 9436, 2020. Available on: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249436>. Access on: 15 may. 2022.
- ROCHA, Priscila Coimbra *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e00192714, 2016.
- RODRIGUES, A.F.M. *et al.* Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 24, n. 275, p. 5484-5489, 2021. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5484-5495>
- ROOMRUANGWONG, C. *et al.* High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 103-109, 2017.
- ROUNSEFELL, K. *et al.* Social media, Body Image and Food Choices in Healthy Young adults: a Mixed Methods Systematic Review. *Nutr Diet* 2019; 77(1):19-40.
- SANTOS, M.S.; GONÇALVES, V.O. Uso das redes sociais, imagem corporal e influência da mídia em acadêmicos dos cursos de educação física. **Itinerarius Reflectionis**, v. 16, n. 3, p. 01-18, 2020. <https://doi.org/10.5216/rir.v16i3.58815>
- SCAGLIUSI, F.B. *et al.* Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. **Percept Mot Skills**, v.101, n.1, p. 25-41, 2005.
- SHORAKA, H.; AMIRKAFI, A.; GARRUSI, B. Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. **International Journal of Preventive Medicine**, Isfahan, v. 10, [s.l.], p. 19-33, 2019. Available on: https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_293_18. Access on: 28 may 2022.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc Anna Nery**, v.18, n. 3, p. 527-532, 2014.

SILVEIRA, M.L. *et al.* O papel da imagem corporal na depressão pré-natal e pós-parto: Uma revisão crítica da literatura. **Arco Mento Feminino Saúde**, v.18, p. 409-421, 2015.

SLATER, B.; PHILIPPI, S. T.; MARCHIONI, D. M.; FISBERG, R. M. Validação de Questionário de Frequência Alimentar- QFA: considerações metodológicas. **Rev. Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 6, p. 200-208, 2003.

SOUZA, A.C.; ALVARENGA, M.S. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – uma revisão integrativa. **J Bras Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 286-99, 2016.

SOUZA Jr. E.V. *et al.* Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life?. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 4):e20210388. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388>.

SUN, W. *et al.* Physical activity and body image dissatisfaction among pregnant women: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 229, p. 38-44, Oct. 2018.

TEIXEIRA, P.C.; MATSUDO, S.M.M.; ALMEIDA, V.S. Autoestima e imagem corporal de gestantes de acordo com o nível de atividade física. **Rev Bras Ciênc Mov**, v.16, n.1, p. 547-655, 2008.

TSUCHIYA, S.; YASUI, M.; OHASHI, K. Assessing body dissatisfaction in Japanese women during the second trimester of pregnancy using a new figure rating scale. **Nursing & Health Sciences**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 367-374, 9 abr. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12608>.

VAN DER SAND, I. C. *et al.* Self-attention in pregnancy for women living in rural area: A ethnographic study. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, e2510015, 2016. doi:10.1590/0104-07072016002510015.

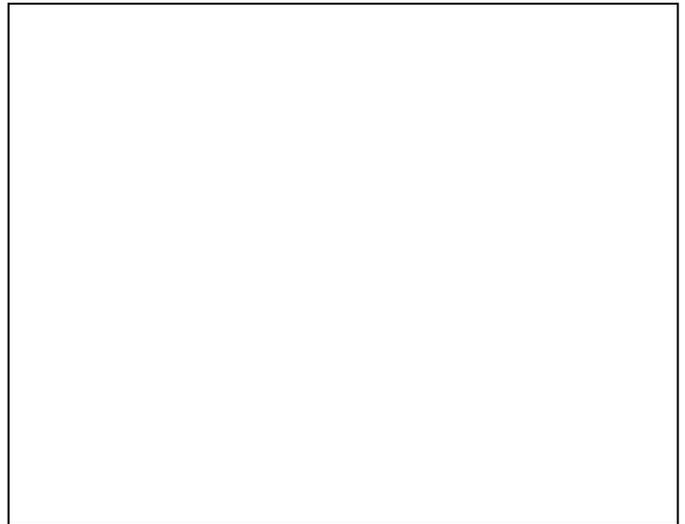
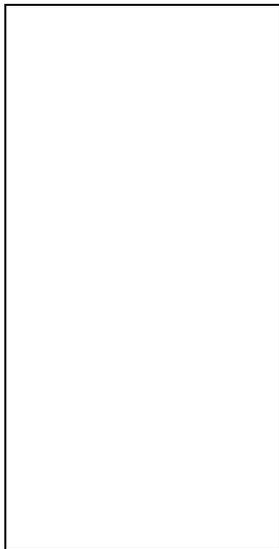
VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl 1. p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. ISSN 1678-4464.

WATSON, B. *et al.* The meaning of body image experiences during the perinatal period: a systematic review of the qualitative literature. **Body Image**, v.14, p. 3, p. 102-13, 2015.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES ACADEMIES and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) - Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DA PESQUISA (Estudo ALGE
Avaliação das condições de saúde das gestantes de Montes Claros-MG).

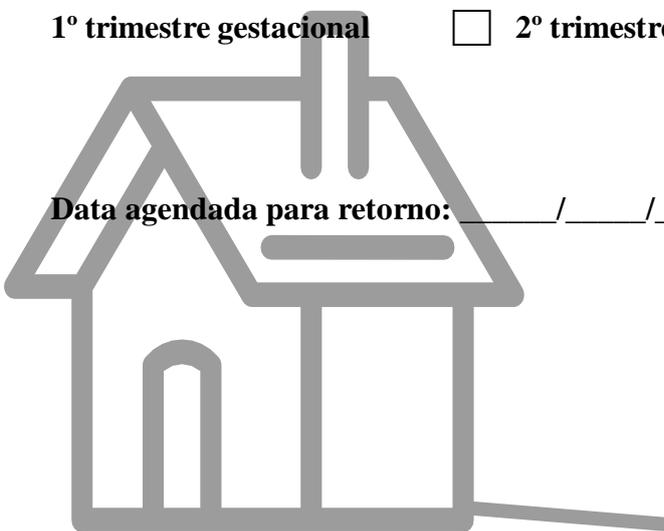


1º trimestre gestacional

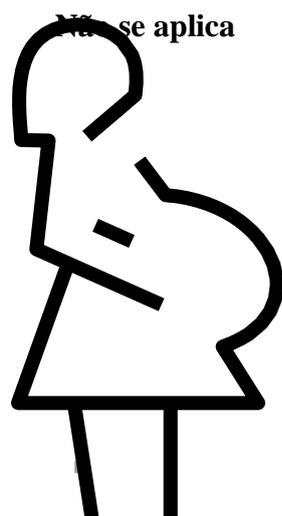
2º trimestre gestacional

3º trimestre gestacional

Data agendada para retorno: ____ / ____ / ____



Não se aplica



| ORIENTAÇÃO AOS ENTREVISTADORES | |
|---|--|
| Iniciar a conversa com uma postura de acolhida e agradecimento. O texto a seguir poderá ajudá-lo: | |
| <i>Prezada gestante,</i> | |
| <i>Este questionário faz parte de uma pesquisa para avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG.</i> | |
| <i>Sua participação é muito importante e contamos com a sua valiosa colaboração respondendo as perguntas ou no preenchimento das questões a seguir.</i> | |
| <i>Todas as suas respostas são totalmente confidenciais, serão usadas somente para fins científicos e apenas a equipe desta pesquisa terá acesso a este questionário.</i> | |
| <i>Muito obrigado(a)!</i> | |
| Algumas questões que abordam temas mais pessoais você poderá entregar o questionário e solicitar que a própria gestante responda sozinha. | |
| Entregar as duas vias do termo de consentimento. | |
| Pegar uma via assinada pela gestante e anexar no caderno e orientá-la que a outra via a pertence. | |
| *Sinalizar o trimestre gestacional na capa do questionário. | |
| Ao finalizar, fazer a revisão de todas as respostas criteriosamente. | |
| IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE | |
| 1 | Nome da Equipe de Estratégia Saúde da Família _____ |
| 2 | Entrevistador _____ |
| 3 | Data da aplicação do questionário: _____ / _____ / _____ |
| IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE | |
| 4 | Nome da gestante: _____ |
| 5 | Endereço: Rua/Avenida: _____ |
| 6 | Telefone: _____ |
| 7 | E-mail: _____ |
| 8 | Nome e número de celular do Agente Comunitário de Saúde que acompanha a gestante: Nome: _____ Celular: _____ |
| DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS | |
| 9 | Idade em anos: _____ |
| 10 | Cor: 1. <input type="checkbox"/> Parda 2. <input type="checkbox"/> Preta 3. <input type="checkbox"/> Branca 4. <input type="checkbox"/> Amarela |

| | |
|----|--|
| 11 | <p>Qual a sua maior escolaridade?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Médio completo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Superior completo</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Pós-graduação</p> |
| 12 | <p>Você estava estudando quando ficou grávida nesta gestação?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não</p> |
| 13 | <p>Você parou de estudar porque ficou grávida?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não estava estudando</p> |
| 14 | <p>Qual a situação conjugal?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Casada</p> <p>2. <input type="checkbox"/> União consensual (mora junto)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Solteira</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Separada/desquitada/divorciada</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Viúva</p> |
| 15 | <p>Qual a maior escolaridade do seu companheiro?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Fundamental completo</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Médio incompleto</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Médio completo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Superior incompleto</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Superior completo</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Pós graduação</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Não sei</p> |
| 16 | <p>Quantas pessoas vivem atualmente na casa? _____</p> <p>(considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses)</p> |
| 17 | <p>Você tem quantos filhos? _____</p> |
| 18 | <p>Você mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Quantos filhos _____</p> |

| | | | | |
|--|---|-------|---------------|--------|
| 19 | Qual a sua ocupação? 1. <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria 2. <input type="checkbox"/> Assalariado ou empregado 3. <input type="checkbox"/> Dona de casa 4. <input type="checkbox"/> Faz bico 5. <input type="checkbox"/> Nenhuma | | | |
| 20 | Qual a renda da família? (Soma da renda de todos os membros da família. Caso não saiba, colocar valor aproximado) R\$: _____ | | | |
| CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS | | | | |
| 20.1 | Idade gestacional no início do pré-natal (primeiro, segundo ou terceiro trimestre), gravidez planejada (sim/não), número de filhos (nenhum, um e dois ou mais) e número de abortos (nenhum/um ou mais). Os dados referentes ao número de filhos, número de abortos, ser planejada ou não, à data da última menstruação (DUM) e dados da idade gestacional foram obtidos por meio das informações registradas no cartão da gestante. | | | |
| CONSUMO DE ALCOOL E TABACO | | | | |
| 22 | Você consome ou consumiu bebidas alcoólicas (cerveja + vinho + bebidas destiladas) durante essa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quantas doses (copos) de bebida alcoólica você ingeriu ou ingere? _____ | | | |
| 23 | Você fuma ou fumou durante essa gestação? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quantos cigarros por dia você fuma ou fumou nessa gravidez? _____ | | | |
| CONDIÇÕES DE SAÚDE | | | | |
| 24 | Peso pré gestacional: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível | | | |
| 25 | Peso registrado na primeira consulta: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível | | | |
| 26 | Peso registrado na última consulta: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível | | | |
| 27 | Altura: _____ <input type="checkbox"/> Informação não disponível | | | |
| APGAR FAMILIAR | | | | |
| Escala de APGAR Familiar (funcionalidade familiar) | | | | |
| | | Nunca | Algumas vezes | Sempre |
| 28 | Estou satisfeita pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando. | 0 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 29 | Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas. | 0 | 1 | 2 |
| 30 | Estou satisfeita com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções. | 0 | 1 | 2 |
| 31 | Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor. | 0 | 1 | 2 |
| 32 | Estou satisfeita com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos. | 0 | 1 | 2 |

| SEXUALIDADE | | | | | | | |
|--|--|-------|-----------|----------|-------------------------------|---------------------|--------|
| Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação: | | Nunca | Raramente | Às vezes | Aproximadamente 50% das vezes | A maioria das vezes | Sempre |
| 33 | Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra-se de sexo ou se imagina fazendo sexo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Questionamentos ou orientações de ordem sexual foram feitos pelo(s) profissional(is) de saúde que acompanha(m) seu pré-natal? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| ESCALA DE APOIO SOCIAL | | | | | | |
|---|--|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| <i>Medical Outcome Studies (MOS)</i> | | | | | | |
| COM FREQUÊNCIA VOCÊ CONTA COM ALGUÉM SE PRECISAR | | Nunca | Raramente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
| 44 | Que a ajude se ficar de cama. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45 | Para lhe ouvir quando você precisar falar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 46 | Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47 | Para levá-la ao médico. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48 | Que demonstre amor e afeto por você. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49 | Para se divertir junto. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50 | Para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51 | Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52 | Que lhe dê um abraço. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53 | Com quem relaxar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54 | Para preparar refeições, se você não puder prepará-las. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55 | De quem você realmente quer conselhos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56 | Com quem distrair a cabeça. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57 | Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58 | Para compartilhar preocupações e medos mais íntimos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59 | Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60 | Com quem fazer coisas agradáveis. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61 | Que compreenda seus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62 | Que você ame e que faça você se sentir querida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua primeira impressão é a que mostra melhor seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.

| EU PENSO OU FAÇO O SEGUINTE: | | Quase | Frequ | Às | Rara | Nunc |
|-------------------------------------|--|-------|-------|----|------|------|
| 63 | Eu converso com o meu bebê na barriga. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64 | Eu acho que apesar de toda dificuldade, a gravidez valeu a pena. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65 | Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66 | Eu me imagino alimentando o bebê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67 | Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68 | Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69 | Eu chamo o meu bebê por um apelido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70 | Eu me imagino cuidando do bebê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| 71 | Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72 | Eu já decidi que nome eu vou dar, ser for uma menina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73 | Eu faço coisas, para manter a saúde, que eu não faria se não estivesse grávida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74 | Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75 | Eu já decidi que nome eu vou dar, se for um menino. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76 | Eu imagino se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77 | Eu procuro comer o melhor que eu posso, para o meu bebê ter uma boa dieta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78 | Parece que meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79 | Eu cutuco meu bebê para que ele me cutuque de volta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80 | Eu mal posso esperar para segurar o bebê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81 | Eu tento imaginar como o bebê vai parecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82 | Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83 | Eu posso dizer quando o bebê tem soluço. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84 | Eu sinto que o meu corpo está feio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85 | Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86 | Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR) | | | | | | |
| 87 | No conjunto, eu estou satisfeita comigo. 1. Concordo totalmente 2. Concordo 3. Discordo 4. Discordo totalmente | | | | | |
| 88 | Às vezes, eu acho que não presto 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente | | | | | |
| 89 | Eu sinto que tenho várias boas qualidades. 1. Concordo totalmente 2. Concordo 3. Discordo 4. Discordo totalmente | | | | | |
| 90 | Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente | | | | | |
| 91 | Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente | | | | | |
| 92 | Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes. 1. Concordo totalmente 2. Concordo 3. Discordo 4. Discordo totalmente | | | | | |
| 93 | Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos o mesmo nível que as outras pessoas. 1. Concordo totalmente 2. Concordo 3. Discordo 4. Discordo totalmente | | | | | |
| 94 | Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma. 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente | | | | | |

| | |
|----|---|
| 95 | No geral, eu estou inclinada a sentir que sou um fracasso. 1. Concordo totalmente 2. Concordo 3. Discordo 4. Discordo totalmente |
| 96 | Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma. 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente |

| QUALIDADE DE VIDA (Índice de qualidade de vida para gestantes) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------------------|--------------------|------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|---------------|------------------|
| <p>Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve O QUANTO SATISFEITA VOCÊ ESTÁ com cada aspecto de sua vida e O QUANTO VOCÊ ACHA CADA ASPECTO DE SUA VIDA IMPORTANTE. Por favor, responda selecionando o número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | OBS: As perguntas sobre SATISFAÇÃO e IMPORTÂNCIA podem ter enunciados diferentes. Nestes casos, a pergunta a ser direcionada para avaliar a importância está na mesma questão em destaque, precedida por I=. | O QUANTO SATISFEITA VOCÊ ESTÁ COM: | | | | | | QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ: | | | | | |
| | | Muito insatisfeita | Moderadamente insatisfeita | Pouco insatisfeita | Pouco satisfeita | Moderadamente satisfeita | Muito satisfeita | Sem nenhuma importância | Moderadamente sem | Um pouco sem importância | Um pouco importante | Moderadamente | Muito importante |
| 97 | Sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 98 | Sua gravidez? I= Esta gravidez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 99 | A assistência pré-natal que você está recebendo? I= O cuidado pré-natal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 100 | A intensidade de desconforto que você sente? I= Estar completamente livre de desconforto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 101 | As mudanças de humor que você sente (tristeza e alegria)? I= Estar completamente livre das mudanças de humor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 102 | A intensidade de irritação que você sente? I= Estar completamente livre de irritação? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 103 | A energia que tem para as atividades diárias? I= Ter energia suficiente para as atividades diárias? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 104 | Sua independência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 105 | Sua capacidade para controlar sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| | I= Ter condições físicas para controlar sua vida? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 | A possibilidade de viver por longo tempo? I= Viver por longo tempo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 107 | A saúde de sua família? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 108 | Seus filhos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 109 | A felicidade de sua família? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 110 | Seu relacionamento com o esposo / companheiro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 111 | Sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 112 | Seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 113 | O apoio que você recebe das pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 114 | Sua capacidade de cumprir com as responsabilidades familiares? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 115 | Sua capacidade de ser útil às outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 116 | O nível de estresse ou preocupações em sua vida? I= Ter um nível aceitável de estresse ou preocupação em sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 117 | Seu lar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 118 | Sua vizinhança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 119 | Suas condições socio econômicas? I= Ter boas condições socio econômicas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 120 | Seu trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 121 | O fato de não ter um trabalho remunerado? I= Ter um trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |

| QUALIDADE DE VIDA (Índice de qualidade de vida para gestantes) | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|---------------|------------------|
| OBS: As perguntas sobre SATISFAÇÃO e IMPORTÂNCIA podem ter enunciados diferentes. Nestes casos, a pergunta a ser direcionada para avaliar a importância está na mesma questão em destaque, precedida por I=. | | O QUANTO SATISFEITA VOCÊ ESTÁ COM: | | | | | QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ: | | | | | | |
| | | Muito insatisfeita | Moderadamente insatisfeita | Pouco insatisfeita | Pouco satisfeita | Moderadamente satisfeita | Muito satisfeita | Sem nenhuma importância | Moderadamente sem | Um pouco sem importância | Um pouco importante | Moderadamente | Muito importante |
| 122 | Sua escolaridade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 123 | Sua independência financeira? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 124 | Suas atividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 125 | A possibilidade de ter uma criança? I= Ter essa criança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 126 | Sua paz de espírito? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 127 | Sua fé em Deus? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 128 | A realização de seus objetivos pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 129 | Sua felicidade de modo geral? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 130 | Sua vida de modo geral? I= Estar satisfeita com a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 131 | Sua aparência pessoal? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 132 | Com você mesma, de modo geral? I= Ser você mesma? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO CES-D | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--|--|--|
| DURANTE A ÚLTIMA SEMANA: | | Raramente (menos que 1 dia) | Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) | Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) | Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias) |
| | | 133 | Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam. | 0 | 1 |
| 134 | Não tive vontade de comer; tive pouco apetite. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 135 | Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 136 | Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 137 | Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 138 | Senti-me deprimida. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 139 | Senti que tive que fazer esforço para dar conta de minhas tarefas habituais. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 140 | Senti-me otimista com relação ao futuro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 141 | Considerei que minha vida tinha sido um fracasso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 142 | Senti-me amedrontada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 143 | Meu sono não foi repousante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 144 | Estive feliz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 145 | Falei menos que o habitual. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 146 | Senti-me sozinha. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 147 | As pessoas não foram amistosas comigo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 148 | Aproveitei minha vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 149 | Tive crises de choro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 150 | Senti-me triste. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 151 | Senti que as pessoas não gostavam de mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 152 | Não consegui levar adiante minhas coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| INVENTÁRIO BRASILEIRO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (FORMA REDUZIDA) | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|-------------|---------------|-----------------|
| <i>Versão curta do Brazilian State - Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> | | | | | |
| PARTE I Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO. | | AVALIAÇÃO | | | |
| | | Absolu- - tamente Não | Um Pouco | Bastan- te | Muitís- simo |
| 153 | Sinto-me calma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 154 | Estou tensa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 155 | Sinto-me à vontade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 156 | Sinto-me nervosa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 157 | Estou descontraída | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 158 | Estou preocupada. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| PARTE II Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE. | | AVALIAÇÃO | | | |
|---|--|------------------|-------------|--------------------------|-----------------|
| | | Quase Nunca | Às Vezes | Frequen- temen- te | Quase Sempre |
| 159 | Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 160 | Preocupo-me demais com coisas sem importância. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 161 | Sinto-me segura. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 162 | Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 163 | Sinto-me nervosa e inquieta. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|--|---|------------------------|----------------|-------------|-----------------|------------------------|
| 164 | Tomo decisões facilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO | | | | | | |
| Perceived Stress Scale (PSS-14) | | | | | | |
| Para cada pergunta a seguir, escolha uma das seguintes alternativas: | | | | | | |
| Neste ultimo mês, com que frequência: | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
| 165 | Você tem ficado triste por algo que aconteceu inesperadamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 166 | Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 167 | Você tem se sentido nervosa e “estressada”? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 168 | Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 169 | Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 170 | Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 171 | Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 172 | Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 173 | Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 174 | Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 175 | Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 176 | Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 177 | Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 178 | Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| IMAGEM CORPORAL DA GESTANTE | | | | | | |
| <i>Body Attitudes Questionnaire (BAQ)</i> | | | | | | |
| AFIRMATIVA | | Concordo fortemente | Concordo | Neuro | Discordo | Discordo fortemente |
| 179 | Eu usualmente me sinto fisicamente atraente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 180 | Eu prefiro não deixar que outras pessoas vejam meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 181 | As pessoas raramente me acham sexualmente atraente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 182 | Eu fico tão preocupada com a minha forma física que sinto que preciso fazer uma dieta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 183 | Eu me sinto gorda quando não consigo passar as roupas pelos meus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| | quadris. | | | | | |
| 184 | As pessoas me evitam por causa da minha aparência. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 185 | Eu me sinto satisfeita com o meu rosto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 186 | Eu me preocupo se outras pessoas veem “pneus” de gordura ao redor da minha cintura e estômago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 187 | Eu acho que mereço a atenção do sexo oposto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 188 | Eu dificilmente me sinto gorda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 189 | Existem coisas mais importantes na vida do que a forma do meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 190 | Eu acho ridículo fazer cirurgias plásticas para melhorar a aparência. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 191 | Eu gosto de me pesar regularmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 192 | Eu me sinto gorda quando uso roupas que são apertadas na cintura. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 193 | Eu já considerei suicídio por causa da forma como pareço aos outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 194 | Eu fico exausta rapidamente se faço muito exercício. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 195 | Eu tenho cintura fina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 196 | Minha vida está se arruinando por causa da minha aparência. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 197 | Usar roupas largas faz-me sentir magra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 198 | Eu dificilmente penso a respeito da forma do meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 199 | Eu sinto que meu corpo foi mutilado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 200 | Eu tenho orgulho da minha força física. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 201 | Eu sinto que tenho coxas gordas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 202 | Eu não consigo participar de jogos e exercícios por causa da minha forma física | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 203 | Comer doces, bolos ou outros alimentos calóricos faz-me sentir gorda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 204 | Eu tenho um corpo forte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 205 | Eu acho que minhas nádegas são muito largas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 206 | Eu me sinto gorda quando saio em fotos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 207 | Eu tento e consigo me manter em forma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 208 | Pensar a respeito das formas do meu corpo tira a minha concentração. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 209 | Eu gasto muito tempo pensando em comida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210 | Eu estou preocupada com o meu desejo de ser mais leve. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 211 | Se me vejo em um espelho ou vitrine, sinto-me mal quanto à minha forma física. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 212 | As pessoas riem de mim por causa da minha aparência. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 213 | Eu frequentemente me sinto gorda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 214 | Eu gasto muito tempo pensando sobre meu peso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 215 | Eu sou um pouco de um “Homem de Ferro”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------|---------------------|------------------|----------------|----------------|------------------|
| 216 | Eu me sinto gorda quando estou sozinha. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 217 | Eu me preocupo que minhas coxas e nádegas tenham celulite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 218 | As pessoas frequentemente elogiam minha aparência. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 219 | Perder um quilo de peso não afetaria realmente meus sentimentos a respeito de mim mes-ma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 220 | Eu me sinto gorda quando não consigo entrar em roupas que antes me serviam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 221 | Eu nunca fui muito forte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 222 | Eu tento evitar roupas que me fazem sentir especialmente ciente das minhas formas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO | | | | | | | |
| Questionário de Atividade Física para Gestante (QAFG) | | | | | | | |
| Durante este trimestre, quando você NÃO está no trabalho, quanto tempo você passa por dia | | | | | | | |
| | | Não fiz essa atividade | Menos que meia hora | De meia a 1 hora | De 1 a 2 horas | De 2 a 3 horas | Mais que 3 horas |
| 223 | Preparando refeições (cozinhando, colocando a mesa, lavando louças): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 224 | Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está sentada: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 225 | Dar banho, vestir e alimentar criança enquanto você está na posição de pé: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 226 | Brincar com crianças enquanto você está de pé ou sentada: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 227 | Brincar com crianças enquanto você está caminhando ou correndo: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 228 | Carregar criança nos braços: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 229 | Cuidar de um adulto mais velho ou idoso incapacitado: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 230 | Sentar e ler, usar um computador, escrever ou falar no telefone quando você não está no trabalho: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 231 | Assistir TV ou vídeo: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 232 | Brincar com animais de estimação: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 233 | Realizar limpeza leve (arrumar camas, passar roupas, colocar lixo fora de casa): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 234 | Fazer compras (de alimentos, de roupas ou outros itens): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 235 | Realizar limpeza mais pesada (aspirar pó, esfregar e/ou varrer chão, lavar roupas, lavar janelas): (por semana) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 236 | Aparar grama empurrando um cortador de grama, apanhando folhas ou tralhando no jardim: (por semana) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| ATIVIDADES DE TRANSPORTE | | | | | | | |
|--|---|------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você geralmente passa: | | | | | | | |
| | | Não fiz essa atividade | Menos que meia hora por dia/semana | De meia a 1 hora por dia/semana | De 1 a 2 horas por dia/semana | De 2 a 3 horas por dia/semana | Mais que 3 horas por dia/semana |
| 237 | Ir a lugares (para ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outros lugares),caminhando devagar. (por dia) Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 238 | Ir a lugares (para o ponto de ônibus, para o trabalho ou escola e outroslugares), caminhando mais rápido. (por dia) Não considerar locomoção para diversão ou prática de exercício. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 239 | Dirigindo ou andando de carro ou ônibus: (por dia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 240 | Diversão ou prática de exercício, caminhando devagar: (por dia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 241 | Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 242 | Diversão ou prática de exercício, caminhando mais rápido numa subida: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 243 | Correr num ritmo (trotar ou corrida moderada): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 244 | Aulas de exercícios no pré-natal: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 245 | Nadar: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 246 | Dançar: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Você faz outras atividades para diversão (ou lazer) ou pratica outros tipos de exercício? Se sim, por favor escreva quai essas atividades nas duas questões seguintes: | | | | | | | |
| 247 | (Escrever o nome da atividade): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 248 | (Escrever o nome da atividade): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, se você tem trabalho remunerado (recebe salário), se trabalha como voluntário ou se estuda, preencha a próxima sessão. Se não trabalha ou não estuda, você não precisa completar esta última sessão.

| ATIVIDADES NO TRABALHO (OU NA ESCOLA) | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---------------------|-------------------|----------------|----------------|------------------|
| Durante este trimestre gestacional, quanto tempo você geralmente passa por dia: | | | | | | | |
| | | Não fiz essa atividade | Menos que meia hora | De meia a 2 horas | De 2 a 4 horas | De 4 a 6 horas | Mais que 6 horas |
| 249 | Trabalhando ou durante a aula, na posição sentada: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 250 | Em pé ou caminhando devagar no trabalho, enquanto carrega coisas (mais pe-sadas que uma garrafa de refrigerante de 2 litros): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 251 | Em pé ou caminhando devagar no trabalho sem carregar nada: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 252 | Caminhando rapidamente no trabalho enquanto carrega coisas (mais pe-sadas que uma garrafa de refrigerante de 2 litros): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 253 | Caminhando rapidamente no trabalho sem carregar nada: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Patrocinador: Não se aplica.

Coordenador: Professora Janette Caldeira Fonseca.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar

riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nome do participante | Assinatura do participante | Data |
| _____ | _____ | _____ |
| Nome da testemunha | Assinatura da testemunha | Data |
| _____ | _____ | _____ |
| Nome do coordenador da pesquisa | Assinatura do coordenador da pesquisa | Data |

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Prof^a. Janette Caldeira Fonseca. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG.

TELEFONE: (038) 9104 8011.

APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros.

Coordenador(a): Professora Janette Caldeira Fonseca.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo: Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes e puérperas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2. Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 1.500 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 500 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação e ao puerpério. Os dados coletados serão organizados e analisados no *software* IBM SPSS *Statistics* versão 22.0 para *Windows*®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes e puérperas que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4. Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5. Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade da paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das participantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as participantes, em ambientes reservados e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6. Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral. Todavia, há a possibilidade dos riscos e desconfortos descritos no item anterior.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9. Compensação/indenização: Todos os recursos são de responsabilidade dos pesquisadores deste estudo, não sendo previsto nenhum tipo de despesa para as participantes desta pesquisa. Porém, é garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Não será exigida da participante, sob qualquer argumento, a renúncia ao direito à indenização por algum dano. As participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte dos pesquisadores e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

10. Outras informações pertinentes: Não se aplica.

Assentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste assentimento.

| | | |
|--------------------------|----------------------------|----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nome do participante | Assinatura do participante | Data |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Coordenadora da pesquisa | Assinatura da coordenadora | Data |

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Profª. Janette Caldeira Fonseca Avenida. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N - Vila Mauricéia, Montes Claros - MG, 39401-089 Sala 14B, segundo andar, prédio 3, Montes Claros/MG.

TELEFONE: (38) 99104 8011.

APÊNDICE D- PRODUTO TÉCNICO

4.3.1 Podcast: Imagem corporal na gestação do Projeto Saber para nascer. Gravado em abril 2022.

Disponível em:

https://open.spotify.com/episode/3HteHgFbWWOp94cdGR0aOl?si=E8yScFvtQAWVB24EKCVW-A&utm_source=whatsApp

Figuras 1 e 2 : Folders utilizados na divulgação do Podcast sobre imagem corporal na gestação. Montes Claros, Minas Gerais, 2022.



Figura 3: Participantes do Podcast, Montes Claros-MG, abril de 2022.



4.3.2 Educação em Saúde: Realização do Grupo de Educação em Saúde para Gestantes na ESF Alecrim em Montes Claros no dia 01/07/2022. Tema: “Imagem Corporal na gestação”. A partir deste evento elaborou-se um relato de experiência que foi publicado no 16º FEPEG como resumo simples.

Figuras 4, 5 e 6: Grupo de Gestantes no momento de Educação em Saúde na equipe em Montes Claros, Minas Gerais, 2022.



4.3.3 Minicurso para acadêmicos e Estudantes da Escola Técnica de Saúde. Tema: "Alimentação e Imagem Corporal e Saúde mental na gestação" com carga horária de 4h, realizado na XVI Mostra Científica de Enfermagem, setembro de 2022.

Figura 7 e 8: Palestrantes e colaboradores com o minicurso administrados para os acadêmicos e estudantes da Escola técnica de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2022.



APÊNDICE E - OUTROS PRODUTOS

4.4 Outros produtos fora do tema

4.4.1 Cartilha de orientação com reação ao preenchimento do Índice de Vulnerabilidade Clínico (IVCF20).

Figura 9 e 10: Capa e folha de rosto da cartilha Índice de Vulnerabilidade Clínico (IVCF20). Montes Claros, Minas Gerais, 2021.



Figura 11: Declaração de Produto técnico. Montes Claros, Minas Gerais, 2021.

PPG C P S
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

DECLARAÇÃO DE RELEVANTE PRODUTO TÉCNICO OU TECNOLÓGICO
Ano: 2021

| | |
|----------------------------------|---|
| Título do Trabalho/Produto | Cartilha de orientação com relação ao preenchimento do IVCF20 |
| Autores/desenvolvedor do produto | Ely Carlos Pereira de Jesus, Janette Caldeira Fonseca, Priscila Antunes de Oliveira e Tahiana Ferreira Freitas |
| Co-autor(es) | Luciana Colares Maia |
| Declarante | Thomas de Figueiredo Braga Colares |
| Cargo/Função | Coordenador do Curso e da Residência em Geriatria |
| Entidade/Instituição | Unimontes-HUJCF |
| Descrição resumida do objeto | O Programa Mais Vida é um projeto associado do Estado de Minas Gerais na área da saúde e com propósito oferecer padrão de excelência em Atenção à Saúde do Idoso, e o objetivo de agregar anos à vida com independência e autonomia, fundamentada na constituição de uma Rede Integrada de Atenção à Saúde do Idoso. Nesse contexto e em consonância com as recomendações sobre a organização das Redes de Atenção à Saúde para promover a reabilitação dos usuários que após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (Nota Informativa, 2020). Conforme o documento faz-se necessário que os gestores municipais diante do cenário epidemiológico da COVID-19 e da demanda específica de cada região, organizem suas redes de reabilitação própria ou conveniada para que também possam ofertar atendimento aos seus pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 que requerem cuidados em reabilitação para melhoria da condição de saúde. Esse entendimento do processo saúde-doença motiva o desenvolvimento de um projeto terapêutico compartilhado que origine mais acerto em padrões de responsabilidade sanitária. Para que o idoso possa ser inserido no projeto é necessário que seja preenchido obrigatoriamente a escala do ICVF20 e diante das dificuldades dos profissionais em preencher o formulário, foi elaborada a cartilha para ajudar os profissionais neste preenchimento. |

Declaramos que o produto descrito acima, desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (Curso de Mestrado Profissional), da Universidade Estadual de Montes Claros, possui caráter de relevância e aplicabilidade concreta na melhoria dos processos internos relacionados ao mesmo na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, sob nossa responsabilidade e gestão.

Montes Claros, 11 de Junho de 2021.

Assinatura do Declarante

4.4.2 Colaboração no Evento "Dia do ACS: cuidar de quem cuida" - evento promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes. Em parceria com a Coordenação de Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros e Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Montes Claros-MG, realizado no dia 07/10/2022 com carga horária de 10 horas.

Figura 12 a 13: Aplicação de Auriculoterapia nos participantes do Evento " Dia do ACS: Cuidar de quem Cuida". Montes Claros, Minas Gerais, 2022.



Figura 14: Certificado de colaboração com o Evento " Dia do ACS: Cuidar de quem Cuida" . Montes Claros, Minas Gerais, 2022.



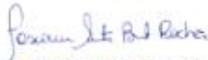
**II SEMANA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
"CUIDAR DE QUEM CUIDA"**



CERTIFICAMOS QUE

Janette Caldeira Fonseca

foi COLABORADORA do evento "Dia do ACS: cuidar de quem cuida", evento promovido pelo Programa de Pós-graduação em Cuidados Primários à Saúde - PPGCPS da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES em parceria com a Coordenação da Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros - MG e da Superintendência Regional de Saúde - SRS de Montes Claros-MG, realizado no dia 07/10/2022, sob a coordenação das Professoras Doutoradas Josiane Santos Brant Rocha e Lucinéia de Pinho, com carga horária de 10 horas.

| | | |
|---|---|---|
|  Prof. Dr. Josiane Santos Brant Rocha COORDENADORA DO PPGCS - UNIMONTES |  Daniella Cristina Martins Dias Veloso COORDENADORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE |  João Alves Pereira COORDENADOR DA ATENÇÃO À SAÚDE DA SRS de Montes Claros - MG |
|---|---|---|

Montes Claros, 07 de outubro de 2022.

4.4.3 Seminário- Mini Curso "Elaboração e apresentação em formato de Pôster" da Série Seminários da Iniciação Científica (On-line) realizado em 30 de setembro de 2021, com carga horária de 2 (duas) horas. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes.



4.4.4 Seminário- Mini Curso "Elaboração e apresentação em formato de Pôster" da Série Seminários da Iniciação Científica (On-line) realizado em 24 de agosto de 2022, com carga horária de 2 (duas) horas. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários de Saúde (PPGPS)-Unimontes.



ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS GESTANTES DE MONTES CLAROS-MG: ESTUDO LONGITUDINAL.

Pesquisador: JANETTE CALDEIRA FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80957817.5.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.623

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico, de abordagem quantitativa e com delineamento longitudinal.

O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana do referido município. Os questionários serão aplicados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em variáveis: características socioeconômicas e demográficas; caracterização ginecológica e obstétrica; condições gerais de saúde; exames laboratoriais; imunização; suplementação de ferro e ácido fólico; alimentação e nutrição; aspectos odontológicos; absenteísmo às consultas e ao trabalho; alterações no sono; atividade física; qualidade de vida; aspectos emocionais e de saúde mental; sexualidade; violência. Além da aplicação dos questionários, serão aferidas a pressão arterial e as medidas antropométricas. Será utilizado o esfigmomanômetro, estetoscópio, balança digital e fita métrica.

| | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib | | | |
| Bairro: Vila Mauricéia | | CEP: 39.401-089 | |
| UF: MG | Município: MONTES CLAROS | | |
| Telefone: (38)3229-8180 | Fax: (38)3229-8103 | E-mail: smelocosta@gmail.com | |

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.483.623

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar longitudinalmente as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações

coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

Benefícios:

O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta da pesquisa é relevante e atual visto que as violências sofridas nesse contexto torna-se necessário para garantir que a parturiente seja bem assistida durante o pré-parto, atribuindo à promoção dos seus direitos nas ações de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

| | |
|---|---|
| Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univer Profº Darcy Rib | |
| Bairro: Vila Mauricéia | CEP: 39.401-089 |
| UF: MG | Município: MONTES CLAROS |
| Telefone: (38)3229-8180 | Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com |

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.483.623

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1048272.pdf | 07/12/2017 20:19:11 | | Aceito |
| Outros | ESTEQUESTIONARIOCOMINSTRUMENTOS.pdf | 07/12/2017 20:17:48 | Cássio de Almeida Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | FINALESTEPROJETOGESTANTES.pdf | 07/12/2017 20:17:01 | Cássio de Almeida Lima | Aceito |
| Folha de Rosto | GFOFHADEROSTO.pdf | 07/12/2017 20:16:39 | Cássio de Almeida Lima | Aceito |
| Outros | TERMOINSTITUICAOGESTANTES.pdf | 05/12/2017 20:11:35 | JANETTE CALDEIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTOgestantes.pdf | 05/12/2017 20:10:40 | JANETTE CALDEIRA FONSECA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.483.623

MONTES CLAROS, 02 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Prof Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricidia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO B

ANEXO B - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde



TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação das Condições de Saúde das Gestantes de Montes Claros-MG: estudo longitudinal.

Instituição onde será realizada a pesquisa: Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Professora Janette Caldeira Fonseca

Endereço e telefone: Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro, Avenida Dr. Ruy Braga, S/N, Vila Mauricéia, CEP: 39.401-089, Montes Claros/MG. Telefone: (038) 9 9941 9895.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar as condições de saúde das gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

2-Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento longitudinal. O cenário será o município de Montes Claros, situado na região Norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. A população desta pesquisa será constituída pelas gestantes regularmente cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 761 mulheres. Além desse total, uma quantidade de 432 gestantes, que se encontram no 1º trimestre, serão acompanhadas ao longo das três ondas do estudo. O questionário será aplicado após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será aplicado um questionário único, composto por vários instrumentos de coleta de dados, organizados em blocos de variáveis: socioeconômicas e demográficas, condições gerais de saúde, absenteísmo às consultas, aspectos emocionais e de saúde mental, aspectos odontológicos, atividade física, alimentação e nutrição, imagem corporal, qualidade de vida, alterações no sono, exames laboratoriais, sexualidade, imunização, violência. Os dados serão coletados nas próprias unidades de saúde que forem sorteadas na amostragem por conglomerados, ou nos domicílios, em três ondas, sendo cada uma correspondente aos três trimestres da gestação. Os dados coletados serão organizados e analisados no software IBM SPSS Statistics versão 22.0 para Windows®. O estudo será conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3-Justificativa: A realização da pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a saúde das gestantes que recebem a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros, em todas as suas dimensões. Isso permitirá propor novas ações que poderão ser incorporadas à assistência pré-natal, com vistas a melhorar a qualidade do cuidado, como também aprimorar a promoção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. E existem lacunas na literatura brasileira sobre o tema proposto, especialmente no estado de Minas Gerais. São escassos os estudos epidemiológicos de base populacional que abordam a assistência pré-natal com enfoque abrangente.

4-Benefícios: O estudo agregará um conhecimento epidemiológico mais consistente sobre a saúde das gestantes. Ademais, contribuirá com novas informações para os gestores do setor saúde, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado à saúde da mulher. Assim, espera-se que esta investigação norteie a adoção de ações efetivas para a assistência e a promoção da saúde desse importante grupo populacional, que é prioritário no âmbito dos cuidados primários de saúde.

5-Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos. Os riscos associados a este projeto podem ser classificados como mínimos. Mas, considera-se a questão do sigilo e da privacidade do paciente, uma vez que serão averiguados dados confidenciais e de natureza íntima das participantes. A aplicação do questionário irá requerer tempo por parte das gestantes, o que pode lhe gerar certo desconforto. A equipe do projeto se compromete a abordar tais participantes de maneira respeitosa e humanizada, bem como a manter o sigilo de todas as informações. A coleta de dados será efetuada em horários pré-estabelecidos com as gestantes, em ambientes agradáveis e dentro do tempo que cada participante necessitar. Todas as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo sempre preservados o anonimato e o sigilo.

6-Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano físico ou moral.

7-Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8-Confidencialidade das informações: As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos, e os participantes da pesquisa terão identidade preservada.

9-Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano aos participantes, também não é prevista nenhuma forma de indenização. Caso ocorra eventualmente, a instituição poderá solicitar a interrupção da pesquisa a qualquer momento.

10-Outras informações pertinentes: Você tem total liberdade em aceitar ou não a realização desta pesquisa.

11-Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este

formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde
Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Daniella
Daniella D. M. Dias Veloso
CREM-MG 140034 - Est

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

05/12/17
Data

Janette Caldeira Fonseca - MASP 09512/161

Pesquisador/Coordenador da Pesquisa
Professora Janette Caldeira Fonseca

Janette Caldeira Fonseca
Assinatura

05/12/17
Data

ANEXO C- RESUMO SIMPLES PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSOS



AUTOR(ES): ANA CECÍLIA MELO LOPES, GABRIELA EMELLY DE OLIVEIRA ALQUIMIM, NOURIVAL PEREIRA PEIXOTO NETO, THAMIRES NERIA DOS SANTOS, FABIOLA AFONSO FAGUNDES PEREIRA e JANETTE CALDEIRA FONSECA.

IMAGEM CORPORAL NA GESTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RESUMO: A educação em saúde é compreendida como um método educativo de formação de conhecimentos, uma vez que visa a posse de um tema pela população. O objetivo desse estudo é relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem em uma atividade educativa com gestantes em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de uma educação em saúde com grávidas realizada em Junho de 2022. O encontro teve a participação de seis gestantes da área de abrangência da ESF em questão. Inicialmente, foi realizada uma dinâmica de abertura para apresentação dos participantes. Em seguida, uma breve explicação sobre Imagem Corporal (IC). O terceiro passo foi a aplicação do questionário *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) para avaliação da IC das gestantes. A última dinâmica teve como objetivo proporcionar um momento de autoconhecimento. O grupo foi finalizado com um lanche coletivo e sorteio de brindes. A realização do grupo de gestantes reforçou a importância de atividades educativas, com metodologias ativas, momentos de partilha e de escuta. A utilização do instrumento de avaliação da IC é de fácil aplicação, entretanto, sua interpretação de resultados é complexa. Permitiu aos acadêmicos identificar a autopercepção corporal de cada gestante e direcionar as ações individuais a cada uma nas consultas de pré-natal posteriormente. O feedback da população foi positivo. Após a experiência vivenciada foi possível concluir que há necessidade de discutir o tema IC com a população da ESF, especialmente com as gestantes devido às mudanças da gestação que podem causar impacto negativo nessa autopercepção.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Imagem Corporal. Insatisfação Corporal.

