



**MAYARA MÁRCIA SILVA NERI**

**COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS  
ALIMENTARES DE MULHERES GRÁVIDAS DE LAVRAS-  
MG: UM ESTUDO QUALITATIVO**

**LAVRAS-MG  
2021**

**MAYARA MÁRCIA SILVA NERI**

**COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DE  
MULHERES GRÁVIDAS DE LAVRAS-MG: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para a obtenção do título de Mestre.

Profa. Dra. Lílian Teixeira Gonçalves  
Orientadora  
Profa. Dra. Nathália de Fátima Joaquim  
Coorientadora

**LAVRAS-MG  
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com dados informados pelo (a) próprio(a) autor(a).**

Neri, Mayara Márcia Silva.

Compreensão dos comportamentos alimentares de mulheres grávidas de Lavras-MG: um estudo qualitativo: um estudo qualitativo / Mayara Márcia Silva Neri. - 2021.

73p.

Orientador(a): LÍlian Gonçalves Teixeira.

Coorientador(a): Nathália De Fátima Joaquim.

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Lavras, 2021.

Bibliografia.

1. Comportamento Alimentar. 2. Imagem Corporal. 3. Gravidez. I. Teixeira, LÍlian Gonçalves. II. Joaquim, Nathália De Fátima. III. Título.

**MAYARA MÁRCIA SILVA NERI**

**COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DE  
MULHERES GRÁVIDAS DE LAVRAS-MG: UM ESTUDO QUALITATIVO**

**UNDERSTANDING THE EATING BEHAVIORS OF PREGNANT WOMEN  
FROM LAVRAS-MG: A QUALITATIVE STUDY**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 15 de Abril de 2021.  
Dra Lílian Gonçalves Teixeira UFLA  
Dra Nathália de Fátima Joaquim UFLA  
Dra Débora Bicudo Faria-Schützer UNICAMP  
Dra Michel Cardoso de Angelis Pereira UFLA

Profa. Dra. Lílian Gonçalves Teixeira  
Orientadora

Profa. Dra. Nathalia de Fátima Joaquim  
Coorientadora

**LAVRAS – MG  
2021**

*À memória dos meus amados pais, ao meu irmão e o  
meu marido Thiago, donos de todo meu amor*

*Dedico*

## AGRADECIMENTOS

*“Não a nós, Senhor, não a nós, mas ao vosso nome daí glória, por amor de vossa misericórdia e fidelidade” Sl 115, 1*

À Deus! Antes de qualquer coisa, agradeço a Deus, por ter colocado este sonho do mestrado no meu coração e ter caminhado do meu lado em todo o percurso.

Agradeço aos meus amados pais, que iniciaram esta trajetória me apoiando e incentivando, mesmo sem entender porque eu queria continuar estudando, me apoiaram e me deram todo o apoio que eu precisava para iniciar o estudo na pós-graduação. Hoje, sei que do céu, eles torcem para a conclusão deste trabalho. Tudo que sou, tudo que conquistei e tudo que está por vir, eu devo à vocês! Obrigada pela minha vida, obrigada pelas oportunidades que me ofertaram. Eu vou amar vocês para sempre!

Agradeço ao meu marido Thiago, pelo apoio, paciência, acolhimento nos momentos difíceis e por me lembrar do meu sonho quando eu pensava em desistir. Obrigada por segurar minha mão e caminhar comigo.

Ao meu irmão Dedé, pela escuta empática, por vibrar comigo em cada conquista e pela admiração genuína por quem estou me tornando.

Agradeço também a minha família, a melhor torcida que eu poderia ter. Em especial, minha avó Neném, Tia Laísa, Gui e Dedeia.

Agradeço ao presente que o mestrado me deu, a amizade da querida Açucena. Companheira de trocas, conversas e projetos. Sou muito grata por este encontro que o mestrado e a vida nos proporcionaram. E que seja só o começo.

À Lahis, mulher encantadora que o mestrado também me permitiu conhecer melhor e a quem eu admiro muito.

À Lílian, orientadora maravilhosa. Por duas vezes, me fez renascer. Quando ministrou a disciplina de materno infantil e depois quando me escolheu para o mestrado. Por duas vezes eu fui uma fênix e era você que me dava essa chance. Você mudou a minha trajetória acadêmica e a minha vida. Eu vou lembrar de você para sempre.

À Nathália, coorientadora incrível. Obrigada por tantas provocações que me tiraram da zona de conforto. Quando conheci sua história acadêmica pela primeira vez eu desejei ser tão boa quanto você. Obrigada por tanto ensinamento e por me auxiliar a melhorar meu olhar para as pessoas. E assim eu cresci, como pesquisadora, como profissional e como pessoa.

Agradeço também à todos os professores do DNU, que é para mim, o melhor corpo docente que existe. Eu levo um pouco de cada um na minha trajetória profissional.

E por fim, agradeço, a todas as gestantes que contribuíram com esta pesquisa. Gratidão por cada relato e por cada conversa. Muito obrigada!

## RESUMO

Comportamento alimentar é definido como todas as formas de convívio com o alimento. São vários os motivos que definem a escolha alimentar dos indivíduos. Estes motivos podem explicar porque as escolhas alimentares variam ao longo do tempo entre pessoas. O objetivo da pesquisa foi compreender como os comportamentos alimentares são re (construídos) durante a gravidez. A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa, através de entrevistas em profundidade com mulheres grávidas. A escolha das entrevistadas foi por acessibilidade e o fechamento da amostra por saturação. Para a entrevista foi elaborado um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas e registradas na íntegra. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). A idade gestacional das entrevistadas variou de 17 semanas a 36 semanas. Foram analisadas duas categorias definidas a priori: atitudes alimentares e condicionantes sociais. A posteriori surgiu a categoria de análise Outros. A primeira categoria de análise Atitudes Alimentares foi dividida em três temas principais: Sentimentos, Crenças e Práticas. Se por um lado se sentem bem ao buscar uma alimentação mais saudável, sentem-se culpadas quando fogem da alimentação idealizada. Em relação as crenças, há uma racionalidade em torno delas, que fez com que buscassem se alimentar de forma mais controlada para que pudessem prever o ganho de peso. Na categoria Condicionantes Sociais, a percepção da imagem corporal e as orientações de saúde apareceram como fatores sociais mais fortes para a mudança do comportamento alimentar, onde os padrões estéticos atuais se sobressaíram. Além do preço e da cultura, procedência e aspectos sensoriais do alimento. A tomada de decisão em relação a gestação também foi colocada em debate quando uma gestante alegou nunca ter pensando nas questões da entrevista. Conclui-se que a gestação pode ser fonte motivadora para as alterações do comportamento alimentar mesmo quando os fins são estéticos.

**Palavras-chave:** Imagem corporal; Orientações de Saúde; Ganho de Peso; Gravidez.

## ABSTRACT

Eating behavior is defined as all forms of living with food. There are several reasons that define the food choice of our customers. These reasons may explain why the choices vary over time between people. The aim of the research on how eating behaviors are constructed during pregnancy. The methodology used was the qualitative approach, through profound change with pregnant women. The interviewees' choice was based on accessibility and the closing of the sample by saturation. For an interview, a semi-structured script was prepared. The findings were recorded and produced in full. For data analysis, Content Analysis was used (BARDIN, 2016). The interviewees' gestational age ranged from 17 weeks to 36 weeks. Two definitions defined a priori were analyzed: dietary attitudes and social conditions. A posteriori the category of analysis Others appeared. The first category of analysis of Food Attitudes was divided into three main themes: Feelings, Beliefs and Practices. If, on the one hand, they feel good when looking for a healthier diet, they feel guilty when they run away from the idealized diet. Regarding beliefs, there is a rationality around them, which made them seek to eat in a more controlled way so that they could predict weight gain. In the Social Conditioners category, the perception of body image and health guidelines appeared as the strongest social factors for dietary change, where the current aesthetic standards stood out. In addition to the price and culture, origin and sensory aspects of the food. Decision-making in relation to pregnancy was also debated when a pregnant woman claimed that she had never thought about the interview questions. It is concluded that a pregnancy can be a motivating source for changes in eating behavior even when the ends are aesthetic.

**Keywords:** Body Image; Health Guidelines; Weight Gain; Pregnancy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
1.1	Objetivo geral.....	7
1.2	Objetivos específicos.....	7
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
2.1	Gestação.....	8
2.2	Orientações de Saúde na Gravidez .....	11
2.3	Comportamento Alimentar.....	12
2.4	Comportamento alimentar na gestação.....	15
2.5	Desejos Alimentares e Gestação .....	18
2.6	Imagem Corporal e Gestação .....	20
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
3.1	Natureza da pesquisa.....	24
3.2	Técnica de Coleta de Dados .....	25
3.3	Análise dos dados.....	26
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
4.1	Perfil dos sujeitos da pesquisa .....	29
4.2	Como os sentimentos e crenças acerca da alimentação da gestante influenciam em suas práticas alimentares? .....	30
4.3	Como os condicionantes sociais de antes e durante a gravidez podem contribuir para a (re) construção do comportamento alimentar na gravidez? .....	37
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do cep .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma condição especial do corpo humano feminino: não se apresenta como uma condição normal, entretanto não é uma situação patológica. Neste estágio da vida da mulher, ocorrem variações orgânicas e hormonais que alteram o desempenho físico e saúde mental (MOUSAVI et al., 2012), também resulta em repostas fisiológicas únicas, aumento do estresse no corpo das mulheres, com adaptações metabólicas, hormonais, cardiovasculares, respiratórias e musculoesqueléticas (RAMIREZ-VÉLEZ, 2011). Além das intensas transformações biológicas, as mulheres experimentam transformações psicológicas significativas que podem alterar a percepção da forma corporal, bem como influenciar modificações nos padrões alimentares (SEBASTIANI et al., 2020). Tanto as alterações fisiológicas, como as psicológicas são significativas durante toda a gravidez, começando logo após a fertilização e continuando durante toda a fase (VACHKOVA et al., 2013).

Além das transformações fisiológicas e psicológicas, durante a gestação, muitas mulheres também experimentam complicações como náusea, vômito, azia, dor nas costas, dor no ligamento redondo, micção frequente, varizes, constipação, câimbras e hemorroidas o que acaba prejudicando o conforto e o bem-estar, (KAZEMI; NAHIDI; KARIMAN, 2017). Estas complicações comuns da gestação, junto com as alterações fisiológicas e psicológicas, também podem modificar as escolhas alimentares e conseqüentemente o ganho de peso gestacional, também podem influenciar no consumo adequado de nutrientes, além de alterar a imagem corporal devido às modificações rápidas que acontecem. A gravidez é uma exceção interessante às teorias da imagem corporal, pois as mudanças fisiológicas acontecem de maneira rápida e significativas em um período curto de aproximadamente 40 semanas e essas mudanças corporais afastam as mulheres do ideal magro (WATSON et al., 2016) o que pode atrapalhar a satisfação da imagem corporal nestas mulheres. Mesmo com a funcionalidade do crescente aumento da barriga decorrente da gravidez, mulheres grávidas não estão imunes das pressões sociais em relação ao corpo.

O corpo é exatamente o que encarna o sujeito no mundo, o que medeia sua relação consigo mesmo (Merleau-Ponty, 1962). As mudanças físicas e biológicas decorrentes da condição da gestação apresentam um momento propício para a obtenção de novos entendimentos sobre si. Ademais, a gestação é marcada por um momento de conhecimento e de maior contato com profissionais de saúde o que a torna um momento oportuno para aprendizados de saúde, incluindo os comportamentos alimentares.

Comportamento alimentar não é apenas práticas e atitudes alimentares e nem hábito alimentar. Comportamento alimentar é toda forma de convívio com o alimento, começando antes da decisão de comer. De forma geral, muitos são os fatores que podem alterar o comportamento alimentar do indivíduo, esses fatores podem ser intrínsecos ou extrínsecos a ele. Os fatores intrínsecos podem ser os fatores biológicos, fisiológicos e hormonais, que podem se manifestar nas preferências palatáveis do alimento. Os fatores extrínsecos aos sujeitos são os fatores sociais, crenças, valores, cultura, geografia e econômicos (CARVALHO, 2013; VAZ; BENNAMANN, 2014; CANESQUI; DIEZ-GARCIA, 2005).

Conhecendo que o comportamento alimentar orienta-se por diversos fatores e sabendo que o evento da gravidez impacta de diversas formas a vida da mulher e esta mudança pode consequentemente alterar o comportamento alimentar, alguns estudos buscaram identificar os fatores que as mulheres grávidas percebem como influenciadores de suas escolhas alimentares (ATIKINSON et al., 2016; SUI et al., 2013; SUI et al., 2013a), outro estudo buscou identificar como eventos passados e experiências podem ter moldado crenças e atitudes dessas mulheres antes mesmo de se aproximarem do momento da gravidez (O'BRIEN et al., 2017). Porém, existem poucos estudos que abordam as questões da imagem corporal, práticas de dietas anteriores, expectativa de perda de peso pós parto e condicionantes sociais da gestação. Então, o objeto deste trabalho é compreender de que maneira as vivências próprias da gravidez e sua percepção impactam na (re) construção do comportamento alimentar dessas mulheres.

### **1.1 Objetivo geral**

Compreender como os comportamentos alimentares são (re) construídos durante a gravidez.

### **1.2 Objetivos específicos**

- Compreender como as crenças e sentimentos em relação a alimentação na gravidez podem interferir no comportamento alimentar;
- Identificar quais são e como os condicionantes sociais influenciam no comportamento alimentar da gestante;

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Gestação

A gestação é marcada por alterações significativas na vida da mulher, são elas fisiológicas, hormonais e comportamentais (BAIÃO; DESLANDES, 2010). A alimentação é uma prática de saúde neste período que recebe destaque - além das crenças em torno da alimentação, como por exemplo que alimentos com certa coloração quando consumidos podem manchar a pele do bebê e que alimentos quentes, como canela e pimenta, podem provocar aborto (BAIÃO; DESLANDES, 2006) - as orientações nutricionais também fazem parte do programa de assistência pré-natal, com o objetivo de garantir uma oferta adequada de nutrientes para o binômio mãe-bebê, respeitar as demandas energéticas aumentadas, prevenir complicações devido à desnutrição, como baixo peso ao nascer, ou complicações relacionadas ao ganho de peso excessivo, como diabetes gestacional, síndrome hipertensiva induzida pela gravidez e retenção de peso pós parto (FARPOUR-LAMBERT et al., 2018)

O ganho de peso gestacional é considerado um indicador do estado nutricional materno, sendo capaz de influenciar o crescimento fetal (DREHMER, 2010). De acordo com o Instituto de Medicina (IOM) (2009), as recomendações para ganho de peso durante a gestação são baseadas no Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional (Quadro 1). As recomendações diferenciadas segundo o estado nutricional pré-gestacional tem como objetivo restabelecer os estoques de gordura corporal em mulheres desnutridas e minimizar os ganhos em mulheres obesas.

No Brasil, o Ministério da Saúde associa duas metodologias para a avaliação do ganho de peso gestacional (IOM, 1990; Atalah, 1997). O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2011) publicou as normas para classificação do ganho de peso gestacional de grávidas brasileiras mediante combinação de Atalah (1997) e IOM (1990 e 1992).

O ganho de peso gestacional (GPG) é resultante de aumento dos estoques maternos de gordura e nutrientes, aumento dos tecidos maternos (útero, placenta, tecido adiposo e seios), aumento de líquido extracelular e volume sanguíneo, formação de líquido amniótico, e também do crescimento do feto (IOM 2009; OMS, 1995).

Quadro 1: Ganho de peso recomendado (kg) total na gestação, segundo o estado nutricional inicial.

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	12,5 – 18,0
Adequado (A)	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	7,0-11,5
Obesidade (O)	5,00 – 9,00

Fonte: IOM, 2009

As variações no ganho de peso durante a gestação podem ser influenciadas tanto por fatores nutricionais como por fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais (STULBACH et al., 2007; MUMFORD et al., 2007).

Observa-se ganho de peso gestacional excessivo, com número crescente de mulheres grávidas com sobrepeso ou obesas. As estimativas dos Estados Unidos são de que quase metade (47,2%) de todas as mulheres grávidas excede as diretrizes recomendadas do GPG do IOM (DEPUTY, SHARMA, HINKLE; 2015).

Os dados de prevalência de obesidade na gestação no Brasil ainda não representativos de toda população, porém em estudos realizados em diferentes regiões, a tendência é a mesma do Estados Unidos. As gestantes brasileiras estão cada vez mais obesas e ganhando peso em excesso durante a gravidez (KAC et al, 2004; KAC, VELASQUEZ-MELENDZ, 2005; ANDREATO et al, 2006; MELO et al, 2007; STULBACH et al, 2007; DREHMER et al, 2010).

No Brasil, um estudo realizado em 2006 e 2007, encontrou prevalências de ganho de peso gestacional acima das recomendações do IOM de 44,8% e ganho insuficiente de 25,8% de uma amostra de 667 gestantes atendidas na rede básica de saúde (DREHMER et al, 2010). Em outro estudo recente, também no Brasil, a adequação do ganho de peso foi melhor entre as mulheres com peso normal e pior entre as gestantes com obesidade grau III. O GPG excessivo foi positivamente associado a distúrbios hipertensivos na gestação e à prática de cesariana (BRANDÃO et al., 2020).

O GPG excessivo e má ingestão alimentar são relatados como resultados desfavoráveis à saúde, incluindo retenção de peso pós-parto (KAC et al, 2004<sup>a</sup>; NOHR et al., 2008), diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez, nascimento pré-termo

(SHIEVE, 2000; SIEGA-RIZ, VISWANATHAN, MOOS, 2009) restrição do crescimento fetal (NIELSEN et al., 2006), macrossomia fetal (KABALI; WERLER, 2007; KAC, VELASQUEZ-MELENDZ, 2005) bebê grande para idade gestacional, hipoglicemia neonatal, obesidade infantil, (DAUNDASEKARA et al., 2017) e cesárea (DE VADER et al, 2007).

Da mesma forma que o ganho excessivo traz resultados adversos a saúde da mulher e do bebê, o ganho de peso abaixo do recomendado está associado ao baixo peso ao nascer e risco de parto prematuro (GOLDSTEIN et al, 2017; DEPUTY; SHARMA; HINKLE, 2015).

Conforme os autores Nikolopoulos et al (2017) e Bianchi et al (2016) as preocupações com o ganho de peso se mostram com sentimento de medo dúbio, como o medo de ganhar pouco peso e o medo de ganhar muito peso. O ganho de peso gestacional se apresenta como uma preocupação para uma grande maioria das mulheres grávidas. No estudo de Nikolopoulos e colaboradores (2017), as mulheres relatavam que o ganho de peso era visto como um sinal de que o bebê estava em boa saúde e que a gravidez avançava de maneira adequada e também acreditavam que havia uma quantidade certa de peso a ganhar na gravidez.

No estudo de Bianchi et al (2016), as gestantes acreditavam que se não engordassem o suficiente, ficariam preocupadas em ter um filho desnutrido e com baixo peso. Porém, se ganhassem muito peso, ficariam preocupadas em mantê-los.

No mesmo estudo, os autores exploraram o ganho de peso em primíparas e multíparas. As multíparas que vivenciavam o ganho de peso gestacional excessivo durante as gestações anteriores tendiam a ser mais estressadas com o ganho de peso do que as primíparas, devido à dificuldade de seguir uma dieta pós-parto (Bianchi et al; 2016).

Além do ganho de peso propriamente dito, na gestação, existe também a intencionalidade feminina em relação ao ganho de peso. No estudo de Whitaker et al., 2016, as mulheres com sobrepeso e obesidade relataram pretensão de ganho de peso acima das diretrizes da IOM e as mulheres com peso adequado, o ganho de peso pretendido era abaixo das diretrizes.

Apesar do objetivo de se ter uma alimentação saudável com a finalidade de dar à luz a um bebê saudável, nem sempre as recomendações de nutrientes são atingidas de forma satisfatória. Em um estudo realizado nos EUA, mostrou que 40% das mulheres grávidas não consumiam o mínimo recomendado de porções da maioria dos grupos de alimentos, não atingindo a ingestão recomendada de fibra dietética, cálcio, vitamina D, ferro e folato (PICK et al., 2017). A ingestão deficiente de nutrientes também foi encontrada no estudo de Hurley e

colaboradores (2005), de acordo com as recomendações alimentares específicas para a gestação, a maioria das mulheres relataram ingestão excessiva de proteínas e gorduras. Por estas questões que se faz importante uma correta orientação de saúde durante a gravidez.

## **2.2 Orientações de Saúde na Gravidez**

A gestação é um momento oportuno para orientações e intervenções sobre os cuidados em saúde para a mulher e o bebê, a fim de prevenir o ganho de peso excessivo; muitos profissionais de saúde orientam as gestantes quanto a práticas alimentares e sobre exercício físico (O'BRIEN et al, 2017).

Os prestadores de serviços médicos foram citados como os principais fornecedores de informações e orientações sobre alimentação na gestação, embora outras fontes como internet, amigos e família tenham sido citados. No estudo de Criss et al. (2016), as gestantes e seus parceiros relataram os médicos como as fontes mais confiáveis de informação sobre ganho de peso e alimentação. A maioria das mulheres e parceiros relataram níveis elevados de confiança em seus médicos e aderiram as dietas recomendadas por estes profissionais (FLETCHER et al., 2018). Porém, em outro estudo, as gestantes sentiam falta de informações mais detalhadas (WHITAKER et al., 2016).

É importante saber qual tipo de orientação essas mulheres estão recebendo, para que sejam praticáveis e adequadas, uma vez que no estudo de Ferrari et al., 2013, as mulheres manifestaram uma preocupação com a qualidade da recomendação dos provedores de saúde, por as considerarem gerais e não aplicáveis a elas, seguindo as orientações apenas quando percebiam serem de maneira individualizada. Também neste estudo outro grupo de mulheres alegou as mudanças nas tendências de dieta como limitar carboidratos, quando tempos atrás isso não era necessário, além da quantidade de alimentos permitidos e proibidos. Porém, mesmo ao estar cientes de todas as diretrizes e recomendações nutricionais para ganho de peso, consumo de energia, macronutrientes e micronutrientes específicos para a gravidez, as mulheres acreditam que nesta fase têm o direito de comer mais, inclusive para satisfazer os desejos alimentares (GRAHAM et al., 2013). Outro estudo mostrou que os conselhos sobre alimentação, limitavam-se apenas a comer mais frutas e vegetais, aumentar a ingestão de proteínas ou simplesmente comer saudável (WHITAKER et al., 2016).

Em outro estudo que buscou conhecer as orientações de saúde recebidas pelas gestantes, elas relataram capacidade limitada e pouca auto-eficácia em adotar recomendações nutricionais. As barreiras encontradas para não adotar eram sentir-se oprimido pelo

desconhecido, administrar as escolhas nutricionais, falta de controle e motivação, equilibrar recomendações com preferências de gosto e normas culturais de alimentos (YEE et al., 2016).

Uma diferença no tipo de orientação recebida se relaciona a paridade. No estudo de Whitaker e colaboradores (2016), mulheres nulíparas eram mais propensas a relatar conselhos sobre ganho de peso e atividade física do que mulheres multíparas.

Em relação às recomendações de ganho de peso, de acordo com as recomendações do IOM (2009), 79% das mulheres relataram recomendações de ganho do provedor dentro das diretrizes, 7% abaixo e 11% acima. Mulheres com peso adequado recebiam mais conselhos dentro das diretrizes, em comparação com mulheres com sobrepeso e obesas (WHITAKER et al., 2016).

O ganho de peso gestacional, a demanda energética aumentada, as crenças, as orientações de saúde recebidas pelos provedores, podem alterar o comportamento alimentar dessas mulheres.

### **2.3 Comportamento Alimentar**

Comportamento alimentar é definido como todas as formas de convívio com o alimento (CARVALHO, 2013). Refere-se a atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo e próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si (VAZ, BENNEMANN; 2014). Ou também pode ser definido como um conjunto de ações relacionadas ao alimento que começa com a decisão, disponibilidade, modo de preparo, utensílios, horários e divisão das refeições e encerra com a ingestão (CANESQUI, DIEZ-GARCIA; 2005).

Muitos fatores são responsáveis por determinar o comportamento alimentar do sujeito, alguns deles são: fatores afetivos, crenças, intolerâncias, cultura, religião, preço, influências sociais, geografia; como também as qualidades sensoriais influenciam na saciedade, ingestão e seleção do alimento e por fim, como preditores do comportamento alimentar tem-se os fatores fisiológicos, neurofisiológicos e hormonais (CARVALHO, 2013; VAZ, BENNEMANN; 2014; CANESQUI, DIEZ-GARCIA, 2005).

Ao se falar de comportamento alimentar, é importante diferenciá-lo de hábito alimentar. O termo comportamento se tornou na atualidade quase domínio das teorias comportamentais funcionando como sinônimo de ação (KLOTZ-SILVA, PRADO, SEIXAS, 2016). Nos campos das Ciências Sociais, estudos antropológicos e sociológicos dedicam-se a

entender a relação de hábitos alimentares com a cultura e a tradição em determinados grupos sociais (CANESQUI, DIEZ-GARCIA, 2005). Hábitos alimentares são relacionados à ideia de consumo alimentar ou ainda ingestão alimentar (energética e de nutrientes), enquanto comportamento alimentar aparece, na maioria das vezes, relacionados aos aspectos psicológicos da ingestão de comida (KLOTZ-SILVA, PRADO, SEIXAS, 2016).

O comportamento alimentar implica uma ideia que pode ser profundamente específica de um modo de se alimentar, mas não tem uma preocupação com a duração da ação como a de hábito. Traduz uma prática sem a pretensão de situá-la no tempo, e dessa forma não expressa um processo contínuo, porque não tem obrigação de relacionar um momento a outro – que se segue, o que não ocorre com a ideia e hábito alimentar (CARVALHO, 2012).

Para Freitas e colaboradores (2012), o hábito alimentar relaciona-se com a percepção na experiência de cada indivíduo na sua trajetória de vida. Não se restringe à percepção racional ou a uma escolha intencional “onde o indivíduo tece uma infinita rede de símbolos que reflete sua realidade, o cotidiano de seu corpo, sua comida”.

Por fim, ainda para diferenciar os termos hábito e comportamento, Pacheco (2008), diz que o hábito é um comportamento e atua em escolhas que não são automatizadas, mas que são contextualizadas e se repetem dia a dia.

Para pesquisar o comportamento alimentar é preciso conhecer os fatores destacados como determinantes da escolha alimentar, uma vez que a escolha alimentar é um processo multideterminado, que inclui um sistema pessoal e dinâmico (FALK et al, 2004; FURST et al, 1996; FALK, BISONI, SOBAL, et al; 1996).

O autor Gedrich (2003) divide o comportamento alimentar em cinco grandes determinantes: biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos, psicológicos. O determinante biológico tem três subdivisões: componentes fisiológicos, patológicos e genéticos, sendo os primeiros componentes atribuídos pelas necessidades energéticas e de nutrientes para manutenção do metabolismo orgânico e componente genético, (FANTINO, 1999) que é um determinante que pode atuar sobre a sensibilidade gustativa, indiretamente sobre o paladar e, conseqüentemente, sobre as preferências alimentares. Para determinar as preferências alimentares pelo paladar, pode-se considerar as influências do sexo, da fase da vida e da sensibilidade sensorial.

As características sensoriais dos alimentos, com destaque para o sabor, são apontadas como um dos principais fatores decisivos de consumo alimentar. O alimento provavelmente não será ingerido se não parecer saboroso ou com odor agradável e característico, com uma boa aparência ou textura (HETHERINGTON e ROLLS, 1996).

Para Rozin (1990), o sabor e as outras propriedades sensoriais são os principais fatores preditivo na escolha humana pelos alimentos, independentemente de sua situação econômica ou da disponibilidade. Para os indivíduos, esses fatores são tão importantes na escolha, que são essas características menos negociáveis no momento da escolha e da compra dos mesmos (FURST et al., 1996). Também o gosto, inserido na dimensão hedônica, compreende a interiorização da informação cultural, a qual busca ajustá-la às regras culinárias (FISCHLER, 1990).

Ainda em Gedrich (2003), os determinantes socioculturais incluem a questão de convívio do indivíduo, dos grupos que gostaria de pertencer e de ser aceito. Os determinantes antropológicos referem-se a liberdade de escolha alimentar do indivíduo semelhante às representações do que ele prefere consumir. E os determinantes econômicos referem-se ao poder de compra, condição e oferta.

Os determinantes econômicos influenciam na escolha alimentar, uma vez que quando há restrição monetária, a alimentação se torna monótona e com pouca variedade de alimentos. A questão da renda, especificamente no Brasil, pode ser comprovada através da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), em sua última versão (2017-2018) mostrou que o consumo de frutas e hortaliças – alimentos citados quando se pensa em alimentação saudável – está diretamente associado à renda familiar; quanto maior a renda da família, maior o consumo desses alimentos (BRASIL, 2019).

Assim como a renda, a escolaridade também aparece como fator que influencia na escolha dos alimentos, pois está relacionada ao maior acesso à informação, possibilitando escolhas alimentares e mais saudáveis (ESTIMA; PHILIPPI; ALVARENGA, 2009).

Além do acesso a informação, os indivíduos com maior escolaridade normalmente apresentam renda maior, o que possibilita maior aquisição de alimentos e proporciona maior variedade aos membros da família (ARANCETA et al., 2003).

Muitos autores (ROZIN, 1990; FURST et al., 1996; GODRICH, 2003; CARVALHO, 2012; KLOZ-SILVA, PRADO, SEIXAS, 2016) buscam compreender quais os fatores determinam o comportamento alimentar. Para isso, FURST e colaboradores (1996) desenvolveram o modelo teórico que ilustra o processo de escolha alimentar. Para eles, existem três grandes elementos: o curso de vida, as influências e o sistema pessoal. O curso de vida inclui o papel pessoal e o meio ambiente sócio cultural ao qual o indivíduo foi apresentado. As influências são baseadas no primeiro componente e envolvem 5 fatores: os ideais, os individuais, os recursos disponíveis, a estrutura social e o contexto alimentar. Os ideais consistem nas expectativas, nas crenças e nos padrões, como pontos de referência e

comparação para avaliar a escolha alimentar de cada indivíduo. Os fatores individuais são baseados nas necessidades e nas preferências pessoais, tanto de ordem psicológica (gostos/aversões, estilos alimentares pessoais e emoções) quanto fisiológicos (sexo, idade, estado de saúde, preferências sensoriais – sensibilidade gustativa e estado de fome-saciedade). Os recursos disponíveis referem-se aos recursos palpáveis, como o dinheiro, os equipamentos e o espaço físico, e aos recursos não palpáveis como habilidades e os conhecimentos e o tempo. A estrutura social possui dimensões importantes como a natureza das relações interpessoais (família, convívio doméstico, local de trabalho e eventos especiais, os papéis e os significados sociais) (FURST ET AL., 1996).

O contexto alimentar limita-se ao ambiente físico, condição social do local, fatores de fornecimento de alimentos (tipos, fontes e disponibilidade de alimentos no sistema alimentar, incluindo fatores sazonais e de mercado) (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008).

Inúmeros fatores podem influenciar e modificar o comportamento alimentar de mulheres grávidas, como: alterações fisiológicas próprias da gravidez (MOURA; ASCHEMANN-WITZEL, 2020) fadiga (REYES, KLOTZ, HERRING; 2013) estresse, ansiedade (HURLEY et al., 2005) normas sociais (GRAHAM et al., 2013), parceiros, imagem corporal (HARRISON et al., 2019) distúrbios alimentares anteriores à gestação (COKER, MITCHEL-WONG, ABRAHAM; 2013) desejos específicos da gestação e desejo de fornecer uma nutrição adequada para o bebê (BIANCHI et al., 2016).

## **2.4 Comportamento alimentar na gestação**

Na pesquisa de MOURA e ASCHEMANN-WITZEL, 2020 (2020), que objetivou compreender como se dá os comportamentos alimentares nas diferentes fases da vida, a gestação se mostrou como um momento importante de impacto nas alterações do comportamento alimentar. Outro estudo (HESLEHURST et al., 2014) considera a gestação uma janela de oportunidade para as modificações nos hábitos de saúde para uma vida toda.

O consumo alimentar materno apropriado pode ter um importante papel na saúde futura do bebê, não só para crescimento e desenvolvimento saudável, mas também para uma formação do hábito alimentar saudável nos primeiros anos de vida (DREHMER et al., 2010).

Outro fator que altera o comportamento alimentar durante a gestação é o desejo de alcançar um peso saudável e recomendado. Adotar uma dieta mais saudável é uma das primeiras ações que podem realizar para isso (BIANCHI et al., 2016). Para alcançar este objetivo, as mulheres fazem modificações fora das consultas médicas e nutricionais,

eliminando ou reduzindo alimentos com alto de calorias ou algum macronutriente específico (como carboidratos ou gorduras) e aumentam a ingestão de alimentos considerados saudáveis como frutas e verduras (NIKOLOPOULOS et al., 2017). Outras alterações, como as relatadas pelas gestantes do estudo de Wise (2015), são aumentar a ingestão de água, comer de forma variada, não pular o café da manhã, que era um hábito antes da gravidez da maioria das mulheres. Comer de manhã também foi usado como estratégia para diminuir os enjoos matinais pela maioria das mulheres, além de um maior fracionamento da dieta (NICHOLS et al., 2019). Os sintomas, como aumento de apetite, náuseas e fadiga, comuns durante a gestação, também foram preditores de alteração nas escolhas alimentares de gestantes, como uma forma de amenizar esses sintomas; as gestantes também relataram que o aumento do apetite resultou em menor controle dos seus comportamentos alimentares (FERRARI et al.; 2013).

Visando também um melhor desfecho a saúde tanto materna quanto do bebê, as mulheres buscavam se alimentar de uma maneira que consideravam saudáveis; dois estudos (WISE, 2015; NICHOLS et al., 2019) que buscaram os fatores associados como o conhecimento de alimentos saudáveis, escolhas alimentares pautadas no sabor, gosto e aparência dos alimentos, desejo, conveniência e custo nas escolhas alimentares de adolescentes grávidas, relataram aumento do consumo de grãos integrais, frango, frutas e vegetais e redução de alimentos fritos, gordurosos, refrigerantes e fast-food.

As normas sociais e culturais em torno da gestação também têm um papel decisivo na percepção das mulheres sobre o que é aceitável consumir durante a gravidez e, portanto, influenciaram os comportamentos de consumo de açúcar (GRAHAM et al., 2013). O açúcar possuiu uma relação ambígua no estudo de Graham et al (2013), onde as mulheres relataram que o aumento do consumo de alimentos considerados saudáveis era uma forma de equilibrar o consumo de açúcar. Neste mesmo estudo, outro grupo relatou a redução do consumo de açúcar para evitar efeitos adversos à saúde do bebê, mas também relataram a redução do consumo visando melhor controle do ganho de peso gestacional, uma vez que elas sabiam que iam ganhar peso, mas não conseguiam mais controlar este ganho de peso com a prática de restrição calórica e prática de atividade física.

As mulheres experimentam a gravidez como o momento em seus corpos e atitudes passam a ser domínios sociais, recebendo conselhos e palpites sobre seus comportamentos em saúde, alimentação, expectativas de ganho de peso e de perda de peso. Na pesquisa de GRAHAM et al., 2013 as mulheres recebiam críticas quanto ao consumo de café, ao mesmo tempo que se sentiam pressionadas verbalmente a comer alimentos ricos em açúcar e em

maiores quantidades do que o tolerado. Relato semelhante foi o de CRISS et al, (2016) onde as gestantes recebiam conselhos para se alimentarem por dois, mas não sentiam que precisavam exagerar na comida.

A cultura, definida como “Crenças ou costumes de uma sociedade” é outra questão que é modificadora ou construtora de comportamentos alimentares. Porém, na pesquisa de Fletcher et al., (2018), a maioria as mulheres que participaram não correlacionaram seus comportamentos relacionados ao ganho de peso gestacional com a sua origem cultural, a menos quando solicitado especificamente pelo moderador. Quando questões culturais foram identificadas, geralmente eram comparativas. Resultado semelhante foi encontrado por Wise (2015), onde as mulheres não sentiam que a cultura e a etnia desempenham um papel importante em suas escolhas alimentares individuais, a cultura influenciou a maneira como os alimentos eram comprados pela família.

Apesar do empenho das gestantes em ter uma alimentação que considerem mais saudável, várias são as barreiras encontradas por elas para não fazê-la, como o estresse, inconveniência, falta de tempo o que levam a comer fora com frequência, comer refeições preparadas por outras pessoas, cansaço e disponibilidade de alimentos saudáveis (MORRISON et al., 2019). O estudo de Hurley e colaboradores (2005) com uma amostra de mulheres grávidas, encontrou que o estresse foi associado a maiores consumos de energia, gorduras, proteínas, ferro e zinco. No mesmo estudo, a ansiedade foi associada à maior ingestão de alimentos ricos em gorduras, doces e lanches. Mulheres que apresentaram alterações emocionais como oscilações de humor ou estado emocional durante a gravidez, relataram aumentar a ingestão de alimentos com alto teor de açúcar pois percebiam como estratégia para aliviar os sintomas emocionais; para elas comer açúcar passou a ser considerado uma fonte de conforto (FERRARI et al., 2013)

Em uma amostra com adolescentes grávidas (WISE, 2015) a maioria das participantes afirmaram que lutavam contra o cansaço e tendia a escolher alimentos que era rápidos e fáceis de preparar, alegando que dormir era prioritário ao comer.

Além disso, podemos destacar como influência no comportamento alimentar, os convívios e relacionais sociais, especialmente com os membros da família, que foi identificado como uma barreira para sustentar as mudanças na alimentação (HUTCHINSON et al., 2017).

Ademais, as práticas anteriores de dieta podem ser relacionadas com o comportamento alimentar durante a gravidez. Alguns estudos sugerem que mulheres com atitudes negativas

ou com histórico de dieta ganham excesso de peso porque a gravidez pode desinibir a restrição (CONWAY; REDDY; DAVIES, 1999; FAIRBURN; WELCH, 1990).

A fome ou privação do alimento aumenta a valorização do mesmo. Denomina-se *craving* a vontade exagerada em consumir um determinado alimento. Estudos demonstram que o *craving* é aumentado em indivíduos que passam por restrições alimentares e ao ter os alimentos em livre acesso consomem em maiores quantidades (POLIVY; COLEMAN; HERMAM, 2005). Além disso, a dieta monótona também proporciona o aumento de *cravings* (PELCHAT; SCHAEFER, 2000). Uma pesquisa mostrou que frequência de *craving* alimentar foi responsável por 22% da variância de ganho de peso gestacional em excesso, com frequência de *cravings* para alimentos ricos em gordura e carboidratos (BLAU et al., 2018).

## 2.5 Desejos Alimentares e Gestação

Ao se falar de gestação e consumo alimentar, sempre vem em discussão a questão dos desejos alimentares específicos e que podem ser os maiores modificadores do comportamento alimentar de gestantes. De acordo com os relatos apresentados no trabalho de Keely e colaboradores (2017) existem crenças profundas sobre alimentação na gestação, como os benefícios de seguir os desejos alimentares, pois algumas mulheres acreditam que os desejos refletem alguma necessidade ou exigência do corpo a algum nutriente específico (GRAHAM et al., 2013) As mulheres consideram o desejo como um componente significativo da experiência da gravidez e que procurariam e consumiriam o alimento desejado (FERRARI et al., 2013).

Os desejos alimentares levam as mulheres a selecionar certos alimentos em vez de evita-los e os alimentos desejados tendem a ser laticínios e alimentos doces (GROTH; SIMPSON; FERNANDEZ, 2016). É provável que haja um aumento do consumo de alimentos doces e adoçados, pois as mulheres não se sentem mais inibidas a consumir estes alimentos, pois a existe a norma social de ser esperado este tipo de comportamento. Antes da gravidez, as mulheres restringem alimentos calóricos para evitar o ganho de peso, no entanto, essa preocupação parece não existir no momento da gravidez (GRAHAM et al., 2013).

O estudo de Fairburn e Welch (1990) relatou que durante a gestação as mulheres presenciavam aumento dos desejos alimentares e comer em excesso em resposta à fome, humor negativo ou como uma reação à restrição alimentar anterior.

No estudo de Groth, Simpson e Fernandez (2016), 64% da amostra de gestantes indicaram que suas escolhas alimentares eram motivadas por seus desejos. E os alimentos relatados como os desejados eram os alimentos do tipo *fast-food*, sorvetes, doces e frutas.

As mulheres acreditam que satisfazer os desejos seja importante para a saúde do bebê gerado; algumas até estocando os alimentos desejados por perto para satisfazer o desejo assim que ele surgir (MORRISON et al., 2019).

A gravidez também é vista como um momento de permissão. Alimentos antes restringidos como por exemplo os ricos em açúcar, eram consumidos com mais regularidade no momento da gravidez, as mulheres percebem este evento como a primeira vez que poderão se deliciar um pouco mais. As mulheres justificam o comportamento do aumento do consumo de alimentos antes “proibidos” com a temporalidade da gravidez (GRAHAM et al, 2013).

Embora exista a crença que desejos alimentares devem ser atendidos, para algumas mulheres o alimento tinha que ter um gosto bom; mesmo se soubessem que o alimento era considerado saudável, se o alimento não tivesse um gosto bom para elas, optavam por não o comer (GROTH, SIMPSON, FERNANDEZ, 2016).

Além das crenças em torno dos desejos alimentares, é comum as mulheres perceberem um relaxamento da pressão cultural e social para ter um corpo magro e controlar o peso, como demonstrado no estudo de Keely et al; 2017, que tinha como objetivo conhecer as percepções e experiências de mulheres grávidas com o IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Os relatos de muitas mulheres e de seus parceiros demonstraram que ambos perceberam e experimentaram a gravidez como um momento de mudança em termos de alimentação e dieta. Em contrapartida, no estudo de Carter (2010), as mulheres grávidas sentiram sujeitas a norma cultural que os resultados fetais positivos eram de sua responsabilidade individual.

Apesar deste comportamento de permissão durante a gravidez, as mulheres grávidas esperam perder este peso após o nascimento dos bebês e tanto as mulheres como seus parceiros, esperam adotar um estilo de vida mais saudável após o nascimento dos filhos com o objetivo de terem mais energia, (O'BRIEN et al., 2017) servirem de exemplos aos filhos ou pela expectativa social que elas recuperem o peso logo após o nascimento do bebê (KEELY et al., 2017; HODGKINSON; SMITH; WITTKOWKI, 2014), como foi demonstrado no estudo de Nikolopoulos et al (2017), no qual todas as mulheres da amostram que compunham a pesquisa, enfatizaram que era importante retornar ao seu peso pré-gravidez.

## 2.6 Imagem Corporal e Gestação

A gravidez é um período complicado para as mulheres, pois muitas vezes é a primeira vez que o ganho de peso é esperado e aceito. Uma abordagem construcionista social da imagem corporal explica o corpo ideal como um fenômeno socialmente construído quando as características físicas são imbuídas de julgamentos morais. Uma discrepância entre a imagem corporal das mulheres e esse ideal construído pode causar insatisfação corporal, possivelmente levando a um sofrimento psicológico significativo (HODKINSON; SMITH; WITTKOESKI, 2014).

A percepção da imagem corporal compreende a maneira como o indivíduo se visualiza mentalmente, ou seja, o modo como seu corpo se apresenta para si próprio (FINATO et al., 2013; FIDELIX, 2013; LEITE et al., 2014). É um construto complexo e multifacetado, com componentes perceptivos, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (HARRISON et al., 2019).

A definição de imagem corporal mais aceita é a de Paul Schilder (1935) (SCHILDER, 1999), que considerou a imagem corporal constituída de três estruturas em uma relação constante: a fisiológica, a libidinal e sociológica, enfatizando ainda que muito além de uma construção cognitiva, a imagem corporal é um reflexo das emoções, dos desejos e a interação com os outros.

A gravidez é um momento notável no ciclo de vida do desenvolvimento, quando alterações fisiológicas marcadas podem levar a alterações concomitantes na imagem corporal (HARRISON et al., 2019). Tais alterações corporais, que diferem daquelas no período pré-gestacional, podem promover insatisfação com a imagem corporal (ROOMRUANGWONG et al. 2017), no entanto essas alterações não necessariamente são negativas quando as mulheres reconhecem a funcionalidade do corpo grávido (WATSON et al., 2016).

No entanto, o Modelo Tripartite de Influência e a Teoria da Objetificação (THOMPSON et al., 1999; FREDRICKSON et al., 1997), modelos comuns de perturbação da imagem corporal, salientam o papel das influências socioculturais na promoção para as mulheres: a importância da aparência, em vez da funcionalidade de seus corpos; uma irreabilidade, ideal magro para mulheres desejarem, que é reforçado pela mídia, colegas, amigos e familiares, para criar uma pressão para que as mulheres se conformem com esses corpos ideais; e por fim, como as mulheres serão percebidas em um contexto social com base no alinhamento de um corpo ideal (WATSON et al., 2016). Ao não atingir esses corpos ideais e magros, surge a insatisfação corporal.

A insatisfação corporal compreende o desejo do indivíduo de que seu corpo seja diferente da forma como percebe, ou seja, existe uma discrepância entre a imagem corporal e a idealizada o que caracteriza uma avaliação negativa do próprio corpo a partir de uma imagem formada na mente (ALVARENGA et al., 2010; FIDELIX et al., 2011; DUMITH, 2002).

No estudo de Harrison e colaboradores (2019), a gravidez foi associada a uma maior autoestima corporal. Resultado semelhante foi encontrado em outra pesquisa (WATSON et al, 2016) no qual as mulheres apresentavam apreciação pelo corpo grávido; uma mulher refletiu como ela foi capaz de apreciar a crescente barriga grávida e isso resultou em um aumento da satisfação corporal. Esta apreciação e satisfação corporal pode ser devido ao fato das mulheres grávidas possam ver o objetivo e a funcionalidade de suas mudanças corporais, perceber um senso de responsabilidade materna, ter apoio emocional ou sentir menos pressão social para se encaixarem num ideal magro (HARRISON et al, 2019).

Apesar de reconhecerem que seus corpos aumentariam de tamanho para cumprir as funções normais da gravidez, as mulheres temem perder a forma corporal pré-gravidez, (NASH, 2012) o que pode ser minimizado ao receberem o feedback positivo de seus parceiros quanto a sua nova forma do corpo, aumentando sua satisfação corporal (WATSON, 2016).

A paridade pode ser determinante para a imagem corporal (Di Pietro et al, 2003; BIANCHI et al, 2016; WATSON et al, 2016). No estudo de Di Pietro et al. (2003) e Bianchi et al. (2016) as mulheres primíparas tinham atitudes mais positivas sobre sua aparência no final da gravidez do que mulheres múltiparas. No entanto, no estudo de Watson e colaboradores (2016), as mulheres múltiparas expressaram um nível mais alto de aceitação com a imagem corporal, porque havia passado pela gravidez antes, e, portanto, tinham expectativas mais realistas.

Ademais, a imagem corporal que a mulher tinha antes da gravidez pode prever a trajetória da imagem corporal durante a gravidez, ou seja, uma autoimagem negativa pré-gravidez, prediz uma imagem corporal negativa durante toda a gravidez (SKOUTERIS et al., 2007; CLARK et al., 2009). A pressão para voltar ao corpo pré-gravidez logo após o nascimento do bebê ou o quão mais rápido for possível, pode desencadear mudanças na imagem corporal, promover insatisfação corporal e conseqüentemente alterar os comportamentos alimentares e modificar o ganho de peso gestacional. No estudo de Harrison et al (2019), todas as mães sentiram pressão para voltar ao tamanho corporal pré-gravidez, essa pressão correspondia à quantidade de peso adquirida durante a gravidez. Neste mesmo estudo, muitas participantes descreveram perceber pressão externa para retomar à forma pré-

gestacional, o que afetou o humor e a percepção de si e como se sentiam em relação ao corpo (HARRISON et al, 2019).

As diversas alterações ocorridas na gravidez, podem desencadear ou aflorar estados emocionais que conseqüentemente podem influenciar nos comportamentos alimentares e também no ganho de peso (HARRISON et al., 2019). No estudo de Shloim et al (2018), as mulheres que apresentavam menor autoestima e estavam menos satisfeitas com o corpo apresentavam maior IMC.

Os autores Hatata et al (2009) e Cruz-Sáez et al (2015), descobriram que mulheres com insatisfação corporal tendem a mostrar um alto nível de ansiedade, principalmente aquelas com IMCs mais altos e que os altos níveis de ansiedade são acompanhados de comportamentos extremos de controle de peso.

Em estudo que buscou associação entre a preocupação com o peso e o ganho de peso em mulheres grávidas, encontrou que maior preocupação com o ganho de peso gestacional durante a gestação foi significativamente associado ao maior ganho de peso total no fim da gravidez e maior chance de ganho excessivo de peso (HEENRY et al., 2016).

No estudo de Roomruanwong e colaboradores (2017), as participantes com maior insatisfação corporal, eram mais jovens e apresentaram escores mais altos na avaliação de depressão e tiveram escores mais altos de ansiedade. Estas mesmas participantes também apresentaram maior peso corporal e IMC maior no início da gravidez.

Mesmo na gravidez, as mulheres já começam a se preocupar com o pós-parto e nas mudanças esperadas na sua forma corporal. Na pesquisa de Watson e colaboradores (2016), algumas mulheres reconheceram o longo período de recuperação da gestação após o parto e comunicaram algum nível de aceitação da necessidade de deixar de lado as expectativas para o corpo neste período. Embora elas reconheçam que as expectativas de recuperar imediatamente o corpo de antes da gestação sejam irreais, elas ainda se sentem insatisfeitas por não alcançarem essa imagem corporal no pós-parto (CLARK et al., 2009).

Insatisfação corporal durante o período perinatal esteve significativamente associado a história de bulimia (ROOMRUANGWONG et al., 2017), maiores sintomas depressivos, tendência à dieta e tabagismo (DUNCOMBE et al., 2008).

Os distúrbios alimentares estão associados à insatisfação corporal e os comportamentos alimentares desordenados relatados têm maior probabilidade de ter complicações pré-natais, incluindo retardo de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia, parto prematuro e nascimento de bebês abaixo do peso (LINNA et al., 2014). Outros estudos mostraram que os transtornos alimentares ocorrem mais em mulheres que mantêm um padrão

restritivo de alimentação e não conseguem manter seu comportamento estrito na dieta durante a gravidez e naquelas que tendem a comer demais em resposta ao humor depressivo (ABRAHAM; KING; LLEWELLYM-JONES, 1994; LINNA et al., 2014).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Natureza da pesquisa**

O presente estudo é parte de um projeto maior, intitulado “Avaliação do estado nutricional, comportamento e práticas alimentares nas fases da gestação, amamentação e introdução alimentar - Cageslact”, no qual é estudado de maneira qualitativa e quantitativa os aspectos do comportamento alimentar no público materno infantil. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras, sob o parecer número 3.362.629 (ANEXO A).

No presente estudo, que possui natureza básica, o enfoque foi a pesquisa qualitativa, a fim de compreender de que maneira os comportamentos alimentares são (re)construídos durante a gravidez.

O método de investigação deste estudo foi a pesquisa qualitativa-descritiva, que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1991). A abordagem qualitativa abrange aspectos relacionados a atitudes, crenças, opiniões e significados das relações humanas, em um maior grau de profundidade, e interpreta as percepções e comportamentos dos seres humanos (MINAYO, 2010).

No sentido de viabilizar a pesquisa proposta e atender seus objetivos, foi utilizado o método de estudo de caso, o qual é caracterizado como uma investigação empírica que indaga um fenômeno contemporâneo em profundidade em seu contexto de vida real. O método justifica-se pelo motivo do estudo ter como intuito compreender o comportamento de gestantes da rede privada e esta escolha foi feita para que os condicionantes de vulnerabilidade social não fossem determinantes para as escolhas alimentares.

Associou-se ao Estudo de Caso, a observação não participante, para auxiliar no registro das informações com a técnica de Diário de Campo, que caracteriza-se por ser um instrumento de registro de anotações da realidade que auxilia na descrição, análise e interpretação do sujeito estudado (TONIN et al., 2018). A observação não participante foi utilizada com o intuito de extrair informações que ultrapassam aquilo que é dito por palavras. Assim, o registro de gestos, sentimentos, silêncios e outros não ditos no caderno de campo foi bastante importante para completar as análises dos dados coletados durante as entrevistas. As informações do Diário de Campo foram redigidas no momento da fala da entrevistada e outras considerações sobre a entrevista ao final de cada uma delas. As notas do Diário de Campo serviram para compor as análises da pesquisadora e facilitar as reflexões, relatando como

aconteceram os encontros, como as narradoras manifestaram seus sentimentos durante as entrevistas, alterações na fala, gesto, expressão e entonação de voz.

### **3.2 Técnica de Coleta de Dados**

Para esta pesquisa, foram selecionadas entre as 200 mulheres que participaram da fase quantitativa do projeto Cageslact aquelas com idade superior a 20 anos, que estavam fazendo o atendimento pré-natal na rede particular e que estavam em sua primeira gestação. Esta escolha foi feita levando-se em consideração o fato de que as gestantes que optam pelo atendimento na rede privada são menos acometidas pela insegurança alimentar, o que reduz alterações no comportamento alimentar por motivo de escassez de alimentos. A escolha de ser primeira gestação foi para que as demandas com outros filhos, experiências passadas com outra gravidez não influenciassem a resposta acerca da gravidez atual.

As entrevistadas foram escolhidas por acessibilidade; mulheres que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa e que se dispuseram a falar. As entrevistas eram agendadas no dia e local mais confortável para a entrevistada. Foram entrevistadas nove mulheres, sendo este número fechado após atingir a saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA et al., 2008). A idade gestacional entre elas variou de 17 semanas a 36 semanas.

O estudo foi realizado com entrevistas presenciais<sup>1</sup>, individuais, em profundidade. A entrevista foi feita a partir de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas (APÊNDICE A). Para Minayo (2010), este tipo de entrevista fornece uma fonte de expressão de ideias e dos valores do sujeito da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado e também outras informações mais profundas do objeto a ser investigado. O roteiro foi elaborado com base na literatura científica e nas experiências e observação decorrentes da vivência da pesquisadora com o público específico. A partir disso, levantou-se informações e questionamentos pertinentes a montagem do roteiro. Para Duarte (2004), a elaboração da entrevista, um dos requisitos necessários é que o pesquisador conheça com profundidade, o contexto em que pretende realizar sua investigação.

---

<sup>1</sup> As entrevistas aconteceram antes de ser declarada a pandemia de COVID-19.

Além das entrevistas, o estudo conta com um caderno de campo, no qual está escrito todas as percepções dos encontros, por parte da pesquisadora. As informações contidas no caderno de campo foram registradas no momento da fala da entrevistada e ao final de cada entrevista eram anotadas percepções sobre o momento das entrevistas em si. As anotações foram: alteração no tom de voz, incômodos, choros, risos, desvio de olhar, tremor na voz, silêncios e desvios de perguntas solicitadas. Essas percepções contribuíram para a análise dos dados por dar veracidade ou intenção a fala, contribuíram também para perceber a emoção e sentimento ao tratar cada tema.

As entrevistas foram registradas através de gravador de voz, a fim de assegurar ao pesquisador a adequada revisão de cada resposta dada. Após a entrevista, as gravações foram transcritas na íntegra e enviadas para as entrevistadas, para que fossem confirmadas as informações, a veracidade das falas e o sentido intencional dado pelas informantes. Para que fosse possível extrair o máximo do conteúdo das entrevistas, a leitura flutuante e análise do material transcrito foi realizada em parceria pela pesquisa principal deste trabalho e por mais duas pesquisadoras envolvidas na pesquisa.

No item 4 são apresentadas as entrevistadas e suas particularidades em relação à gestação.

### **3.3 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que corresponde a um conjunto de técnica de análise das comunicações com a finalidade de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011). Assim, contemplaram a análise dos dados as três etapas estabelecidas por Bardin (2011):

a) 1ª fase – pré-análise: fase de organização dos dados, em que há realização de leituras flutuantes e o pesquisador familiariza-se com os documentos a serem analisados; nesta fase houve apenas a leitura do material como um todo, sem critérios analíticos.

b) 2ª fase – exploração do material: fase em que há a manipulação de forma ordenada do material a ser analisado e serão realizadas leituras mais aprofundadas de cada entrevista e registro do caderno, observando os significados que apareciam pela exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no material); homogeneidade (se obedeceu os critérios da escolha em relação a temas); representatividade (representação do universo) e

pertinência (os documentos foram analisados considerando sua adequação com objetivos da pesquisa). As perguntas foram agrupadas por temas, de acordo com os objetivos; as repostas foram organizadas em um quadro para, em seguida, comporem as categorias intermediárias e, posteriormente, as categorias finais. Após a separação, foram feitos recortes nas denominadas unidades de registro

c) 3ª fase – tratamento dos dados, inferência e interpretação: fase em que os dados são manuseados de forma a serem descritos através dos achados da pesquisa. Consiste em dar significado aos dados, bem como propor inferências a respeito do objeto de estudo, através da formulação de categorias e subcategorias. Nesta fase, as unidades de registro geraram os temas dentro de cada categoria.

Na categoria Atitudes Alimentares, os sentimentos e crenças moldaram as práticas alimentares, originando os temas da categoria. Na segunda categoria a imagem corporal, as orientações de saúde e a decisão de ser mãe apareceram como fatores condicionados pela sociedade, surgindo assim a categoria Condicionantes Sociais. Essa categoria também teve contribuição dos temas preço e cultura. A categoria Outros teve como temas procedência dos alimentos, valores afetivos da alimentação e aspectos sensoriais.

Nesse sentido, as duas primeiras categorias de análise foram estabelecidas a priori, com base no referencial teórico, e também a partir dos temas que surgiram a partir das entrevistas. A categoria Outros surgiu após análise dos dados.

O roteiro também foi elaborado a partir do referencial teórico e depois os temas foram alinhados as categorias: Atitudes Alimentares e Condicionantes Sociais e Outros (Quadro 2).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa consta com duas categorias de análise (Atitudes Alimentares, Condicionantes Sociais) definidas a priori e aprimoradas após análise dos dados. Com base nisso, o Quadro 2 foi produzido para elencar os temas encontrados para as duas categorias:

Quadro 2: Categorias de Análise e os Temas

CATEGORIA DE ANÁLISE	TEMAS
Atitudes Alimentares	Sentimentos Crenças Práticas
Condicionantes Sociais	Imagem Corporal Orientação nutricional Tomada de decisão Preço Cultura Procedência Aspectos sensoriais

Fonte: Elaborado pela autora.

A Categoria Atitudes Alimentares foi criada a partir da percepção de como sentimentos e crenças em torno da alimentação na gestação transforma-se em práticas alimentares. O nome da categoria “Atitudes Alimentares” partiu do pressuposto de atitude relacionada à razões para se alimentar de acordo com um objetivo, conhecimento ou momento de vida. Atitude insere-se neste contexto como parte do comportamento alimentar, este mais amplo e difere-se de hábito alimentar por conhecer o hábito como ação repetida de forma automática, apreendida e incorporada (DIEZ-GARCIA, 2005). Na Categoria Condicionantes Sociais levanta dados de como a Imagem Corporal, Orientações de Saúde são reflexos sociais do meio que a mulher está inserida e de valores sociais que está exposta. Assim como a decisão de ser mãe, o preço e a cultura aparecem como condição social para a escolha do alimento e maneira de se alimentar, assim como a procedência dos alimentos e aspectos sensoriais dos alimentos.

#### 4.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Verbena – 30 semanas: Gravidez foi sonhada e planejada, fez tratamento para engravidar, após tentar por métodos naturais por 7 meses. Tinha 30 anos. Fazia dieta restritiva, com eliminação de grupos alimentares específicos e controle de quantidades antes de engravidar e muita atividade física. Com a gravidez, enjoos, quedas de pressão, intestino preso, parou de fazer a dieta e a praticar atividade física. O ganho de peso excessivo é motivo de preocupação e frustração. Idealizava uma gravidez perfeita, que para ela, seria com o ganho de peso de até 9kg ao final de gestação, manter a prática de atividade física e não ter sintomas como enjoo, náusea e queda de pressão. Ao falar sobre o corpo, imagem corporal, sempre se emocionava. Possui formação superior, emprego formal e remuneração que lhe garantia certo conforto.

Begônia – 36 semanas: Ela tinha 25 anos e estava com excesso de peso quando descobriu a gravidez que não foi planejada, levou muito susto ao descobrir. Logo no início da gestação apresentou problemas relacionados a glicemia. Desde então, iniciou um plano alimentar com nutricionista. Tímida, evitava contato visual, movimentava as mãos o tempo todo e o tom de voz sempre reduzia ao longo das falas. Estudou até o ensino médio, dona de casa.

Cravina – 27 semanas: 29 anos e uma gravidez planejada. Estava ansiosa, impaciente na cadeira e evitava respostas longas. Relatou estar nervosa e estressada devido às mudanças no corpo e preocupada com o pós-parto. Tem formação superior em educação física e é policial militar.

Azaleia – 30 semanas: A gravidez não foi planejada. Ela tinha 34 anos. Uma mulher alta, magra, olhos claros e branca, mas acreditava não ser um padrão de beleza. Estava preocupada com o ganho de peso excessivo e também com a qualidade da alimentação. Chorou ao falar sobre os medos e inseguranças em relação ao bebê e ao corpo. Formação superior, emprego formal e remuneração suficiente.

Calêndula – 17 semanas: Ela tinha 29 anos e teve dificuldades para engravidar. Iria iniciar um tratamento de fertilização quando descobriu a gestação. Relatou ser magra desde sempre, nunca fez dietas e nunca preocupou com a forma do corpo. No dia entrevista, de acordo com a sua percepção, ainda não tinha passado por nenhuma modificação imagética do corpo. Ensino médio e dona de casa.

Magnólia – 22 semanas: Estava com 31 anos, gestação planejada. Durante a entrevista, estava bastante preocupada em construir a “resposta certa”, com base no que ela acreditava

estar correto e não necessariamente naquilo que ela vivenciou durante a gravidez. Não teve sintomas comuns da gravidez, como enjoos, náuseas, azia, e tinha passada por poucas modificações na forma física do corpo. Formação superior, emprego estável e adequada remuneração.

Lótus – 20 semanas: Ela tem 23 anos e afirmou ser uma gravidez planejada. Estava tranquila na entrevista e respondia as questões de forma clara. Tinha preocupação com o ganho de peso excessivo e com o resultado pós-parto. Apesar de ter formação profissional superior, no momento da entrevista tinha escolhido ser dona de casa.

Peônia – 19 semanas: A gravidez não foi planejada. Estava pouco entusiasmada em responder as perguntas. Várias vezes durante a entrevista se perdia nas próprias falas ou esquecia o que ia falar. Evitava responder sobre questões mais profundas. Formação superior e no dia da entrevista estava cursando um doutorado. Após entrevista, enviou mensagem de texto para dizer que nunca tinha pensando sobre as questões da entrevista e que logo após, ficou pensativa a respeito.

Gérbera – 26 semanas: 23 anos, a gravidez foi planejada. Estava muito ansiosa e eufórica no dia da entrevista. Todas as questões eram respondidas após um tempo para pensar a respeito. Apresentava bastante preocupação com a qualidade da alimentação e com o estado de saúde do binômio mãe-bebê. Formação superior e no momento não estava trabalhando. Renda familiar acima de 5 salários mínimos.

#### **4.2 Como os sentimentos e crenças acerca da alimentação da gestante influenciam em suas práticas alimentares?**

Ao analisar a primeira categoria de análise, foi possível perceber que as atitudes alimentares (que determinam o comportamento alimentar) são construídas por crenças, sentimentos e práticas alimentares adotadas pela gestante. Neste sentido, é importante destacar que o comportamento, que é algo que se pode perceber por ações, se constrói a partir daquilo que a pessoa acredita. Esta crença pode influenciar nos seus sentimentos sobre o ato de alimentar-se e sobre o alimento em si, o que pode fazer com que ela adote uma prática alimentar ou outra. É neste sentido que esta análise se constrói.

Quando se fala em sentimentos que surgem no momento da gestação em relação ao ato de comer, o que se percebe é que eles são dúbios. Por um lado, há aquelas mulheres que comem alimentos nutritivos e, com isso, se sentem felizes e bem-dispostas. Por outro, há aquelas que se sentem ansiosas e inseguras em relação à alimentação.

*“Quando eu como alguma coisa, tipo uma fritura, aí, eu já sinto um pouco assim, de preocupação de tá comendo aquela fritura (...) mas eu já assim, pensei “estou comendo uma fritura (...) e vem uma coisa ruim na cabeça na hora” (MAGNÓLIA).*

No estudo de Bianchi et al (2016), os autores relataram que o sentimento de culpa ao comer alimentos considerados não saudáveis era sempre presente, achado que corrobora com esta pesquisa.

*“Se eu como muito, eu falo “não precisava ter comido isso tudo”. Por exemplo, se eu quero comer uma gordice [alimentos ricos em calorias], eu falo “ai, não precisava ter comido isso, faz mal”. Eu sinto um pouco de culpa, sabe?” (PEÔNIA).*

A entrevistada chamava de *gordice* alimentos como pizza, hambúrguer e porção de batata.

Outro sentimento relatado por todas as entrevistadas era o de bem-estar ao buscarem uma alimentação mais saudável por acreditar que faz bem para a saúde do bebê.

*“Eu tenho certeza que pra ela isso vai ser muito bom, essa prioridade que eu tenho dado para tentar me alimentar melhor, pra ela (bebê) eu tenho certeza que vai ser muito bom” (AZALEIA).*

Conforme Nikolopoulos e colaboradores (2017) esta é uma prática comum entre mulheres grávidas; elas fazem modificações, como reduzir alimentos com altas calorias e aumentam a ingestão de alimentos considerados saudáveis, como frutas e verduras. Achado este também encontrado nesta pesquisa:

*“eu sinto que me faz bem, assim, porque eu tô fazendo por ela mesmo, então eu fico muito feliz quando eu consigo comer assim, então eu forço a comer folha (verduras), por exemplo, que eu não gosto (...) eu fico realizada” (LÓTUS).*

Quando a entrevistada Peônia relata culpa ao comer alimentos considerados não saudáveis e Magnólia relata “e vem uma coisa ruim na cabeça na hora”, isto concomitante ao sentimento de bem estar ao seguir uma alimentação considerada saudável, relatado por todas as entrevistadas desta pesquisa, pode ser explicado pelo sentimento de medo, embora esse não tenha sido explicitado por nenhuma entrevistada. Medo pela própria vida e pela vida do outro. Ao adotar hábitos mais saudáveis de saúde e a auto recriminação quando fogem deste ideal

pode mostrar o quanto o medo está intrínseco por traz deste comportamento. Como não é possível controlar todas as questões que garantirão um desfecho desejável para a gravidez, as gestantes adotam hábitos alimentares mais saudáveis, pois isso é algo que elas podem ter controle, numa tentativa de reparar possíveis danos na própria saúde e na saúde do bebê. Este motivo pode ser uma força potencial para alterações dos comportamentos alimentares durante a gravidez e uma possibilidade de adoção deste comportamento para além da fase da gravidez. Em estudo qualitativo realizado no Brasil, com gestantes obesas, o medo e a culpa também apareceram como possibilidade de adotar hábitos mais saudáveis (FARIA-SCHÜTZER et al., 2015).

O convívio social, os laços afetivos também podem afetar o comportamento alimentar de mulheres grávidas. Para futura mãe, a sua própria mãe apresenta papel fundamental nas suas escolhas.

*“A minha mãe, influencia muito muito. Ela que começou com esse negócio de verdura [...] ela já comprou couve, laranja, cenoura, já fica aqui na geladeira pra eu fazer [...] eu falo: mãe, vou pedir uma pizza. Ela diz: não, você não via comer pizza. Vem aqui em casa, que você vai é jantar.”*  
(CALÊNDULA)

Para Canavarro (2001), na gravidez acontece o processo de reavaliação e reestruturação com os pais. Com a gravidez, a mulher inicia o processo de identificação materna; ela passa a buscar referências nos modelos maternos conhecidos, sobretudo sua própria mãe, tentando encontrar exemplos e comportamentos e se preparar para a chegada do novo elemento. Portanto, um padrão de alimentação materna ou o conselho materno, uma vez que a mãe da mulher grávida pode ser um modelo de comportamento a se inspirar. No entanto, apesar da gestante aceitar as recomendações da mãe e optar pelo jantar, não é uma escolha pautada na qualidade nutricional do jantar, pois a gestante ainda prefere seguir o mesmo modelo de comportamento alimentar de antes da gravidez e pedir pizza.

Além dos sentimentos como potenciais modificadores do comportamento alimentar durante a gravidez, as crenças sobre este momento também podem interferir (O'BRIEN et al., 2017). Uma crença que envolve somente grávidas no tocante do comportamento alimentar são os desejos (GROTH; SIMPSON; FERNANDEZ, 2016). Nesta pesquisa as mulheres relataram não acreditar nos desejos alimentares, relatando apenas vontades.

É importante destacar que, na filosofia os termos se diferem, de fato. Kant (1788, apud CISCATO, 2007, p. 61-80) afirma que desejo, é a busca de satisfação de uma necessidade a partir dos nossos sentidos e da nossa experiência. Já vontade representa a possibilidade de nos

contrapormos a nossos desejos quando eles apresentam a possibilidade de nos prejudicar ou prejudicar outras pessoas. A razão determina por si mesma a vontade e desejo é aquilo que foge à razão e vontade é construída no censo crítico. Se o desejo é produto de uma busca por satisfação de necessidades momentâneas, a vontade é produto de uma decisão racional sobre o que pode ser certo a fazer. Portanto, a racionalidade possibilita a soberania das necessidades materiais do momento – o desejo.

A partir dos pressupostos do filósofo, é possível dizer que ao relatarmos essa diferença, há nas gestantes uma racionalidade em torno da alimentação. A vontade, como única nas questões alimentares da gestação, estabelece um planejamento futuro que é capaz de pensar nas consequências e com isso moldar o comportamento.

Pode-se citar outras prováveis causas para a racionalidade alimentar apresentada por elas: uma delas pode vir do tipo de informações que elas têm acesso, como médicos, meios de internet, amigos e familiares ou das experiências de outras mulheres grávidas; outra é o fato das entrevistadas saberem que a pesquisa é feita por nutricionistas, o que pode ter induzido elas a responderem o que acreditam ser o certo em relação à nutrição e gestação e não o que elas realmente pensavam. Esta hipótese pode ser corroborada com notas do diário de campo.

*Quando ela fala da alimentação e principalmente das mudanças que ela fez, ela toda hora fala “né?” e fica esperando minha resposta, parece esperar minha aprovação ou buscando uma similaridade com a situação dela. (Notas de campo, 07/01/2020).*

Essa distinção entre desejos e vontades pode vir do fato delas acreditarem que desejo necessariamente precisa estar relacionado à combinações e alimentos não habituais.

Estes resultados são discordantes com o da pesquisa de Ferrari et al, (2013) no qual as mulheres consideram o desejo como um componente significativo da experiência da gravidez e que procurariam e consumiriam o alimento desejado. Nesta pesquisa ao serem questionadas sob o impacto que os desejos poderiam causar a ela e ao bebê, a preocupação era apenas em relação à avaliação de que o alimento a ser consumido fosse prejudicial à saúde. Diferente de Morrison e colaboradores (2019), estudo no qual as mulheres acreditavam que satisfazer os desejos seria importante para a saúde do bebê gerado, algumas até estocando os alimentos desejados.

Apenas uma gestante (BEGÔNIA) relatou ter tido e atendido o desejo:

*“Ahh, no começo eu atendi bastante, agora eu controlo. Igual hoje mesmo, eu tomei um golinho de refrigerante. Igual, dá vontade de comer um Mc*

*Donald, igual eu tô segurando, mas eu tô falando com meu esposo “vamo lá pra gente comer se não depois nasce e eu não comi” (BEGÔNIA).*

Os tipos de alimentos desejados e atendidos estão de acordo com Groth, Simpson e Fernandez (2016), que relata que os alimentos desejados eram do tipo fast-food, sorvetes e alimentos doces.

Muitas são as teorias acerca do universo da gravidez, uma amplamente difundida é a questão do comer por dois, encorajada principalmente pelos familiares das mulheres grávidas, como uma forma de preocupação com ela e com o bebê que vai nascer (GROTH; SIMPSON; FERNANDEZ, 2016). O resultado deste estudo mostra que as mulheres recebiam este conselho, porém, elas evitavam acatar, relatando que reconheciam que as informações hoje em dia sobre alimentação da gestante são mais atualizadas e a informação de comer por dois é ultrapassada e sem sentido. Esse achado é corroborado pelo estudo de Bianchi et al (2016), com mulheres grávidas francesas, onde comer por dois estava longe da percepção das participantes sobre sua gravidez e a alimentação considerada saudável.

Porém, com base nas percepções anotadas no diário de campo, foi possível perceber que ao relatarem a falta de desejos próprios da gravidez, a descrença na teoria do comer por dois e na necessidade de não passar vontades alimentares, elas apenas reproduziam um discurso com base em orientação profissional, informações dos meios de internet e experiências de outras mulheres grávidas.

No decorrer das entrevistas também é possível perceber que a racionalidade em torno da gestação e da alimentação nessa fase é fruto do peso ideal desejado por elas. Aceitar os desejos e as crenças como parte importante da experiência da gravidez é abrir mão do controle exercido em torno da alimentação que tem como objetivo comer apenas o necessário com a finalidade do ganho de peso ser o mínimo e ficar mais próxima do ideal magro amplamente difundido pelos meios sociais.

A maioria das mulheres preocupa-se com seu comportamento alimentar, com a insegurança que seu comportamento alimentar fosse considerado de risco, o que significaria que elas não eram boas mães (BIANCHI et al., 2016).

A comida é uma recompensa natural potente e a ingestão de comida é um processo complexo. A recompensa e a gratificação associadas ao consumo de alimentos levam à produção de dopamina, que por sua vez ativa os centros de recompensa e prazer no cérebro (SINGH, 2014). A restrição pode gerar sentimentos de busca excessiva por comida, irritação e tristeza (HAYNOS, WANG, FRUZZETI, 2018). Nesta pesquisa, ao serem perguntadas qual

era o sentimento em relação à restrição, era sempre positivo, associado a força de vontade e cuidado materno

*“bem, que eu sinto que eu tô cuidando de mim mesma, além do neném, claro, mas eu sinto que eu tô cuidando de mim, da minha saúde”*  
(GÉRBERA).

Este sentimento de bem-estar, realização, satisfação com a própria força de vontade ao se realizar dietas restritivas pode ser explicado, pois na atualidade, fazer dietas restritivas é socialmente aceito e encorajado (HEERY et al., 2016). Existe uma desvalorização social devido ao excesso de peso, que geralmente se manifesta por meio de estereótipos, como por exemplo, pessoas gordas são preguiçosas ou fracassadas e pessoas magras são pessoas saudáveis e de sucesso, o que pode levar ao preconceito, rejeição social e tratamento injusto (EISENBERG et al., 2019; PONT et al., 2017). Outra hipótese para que a restrição dietética seja encorajada é que para as mulheres, ganhar peso na gravidez é inevitável, porém espera-se que após o parto, elas recuperem a forma do corpo pré-gravidez o mais rápido possível, então espera-se que ao fazer dieta restritiva durante a gravidez garantirá que o ganho não será excessivo e conseguirão retornar ao corpo o mais rápido possível (HEERY et al., 2016).

Durante a gestação, além das questões próprias da gravidez, como desejos e enjoos, a vontade de fornecer uma nutrição adequada para o bebê (ROOMNUANWONG, et al 2017) pode modificar e influenciar o comportamento alimentar da mulher. Nesta pesquisa, os achados corroboram com pesquisas anteriores (NIKOLOPOULOS et al, 2017, WISE, 2015; NICHOLS et al, 201), no qual as mulheres relataram que buscaram uma alimentação considerada mais saudável para que a alimentação fosse capaz de nutrir adequadamente o bebê. Também corroborando com os estudos citados, neste trabalho foi possível observar que verduras e legumes eram valorizados como ingestão saudável e limitar o consumo de açúcar e alimentos gordurosos (fritos) fazia parte da definição de alimentação saudável dessas mulheres. Estas foram as práticas alimentares mais citadas pelas gestantes nesse estudo como aquelas que adotaram por estarem gerando um bebê.

A partir dos resultados deste estudo, foi possível observar que além das intenções de ter uma alimentação saudável focando em resultados positivos ao nascimento do bebê, apenas duas entrevistadas responderam fome como motivação para comer. Porém, em seus relatos, isso não foi comprovado. Uma (BEGÔNIA) relatou estar em acompanhamento com nutricionista e que em seu plano alimentar deve comer de três em três horas. A outra (AZALEIA) relatou que durante a semana controlava a ingestão de alimentos e aos finais de

semana comia mais livremente. Este resultado nos mostra que todas as entrevistadas não se guiavam pelos seus sinais de fome e saciedade para escolher quando comer o e que comer, mas sim em normas impostas por padrões alimentares pré-estabelecidos.

Também foi possível observar que as mulheres idealizaram um modelo de alimentação saudável para a gravidez, no qual priorizava frutas e legumes e alimentos açucarados e fritos deveriam ser evitados. Mas ao serem questionadas quais eram as possíveis justificativas para não conseguir chegar nesta alimentação considerada ideal foram fatores como falta de tempo, cansaço e disponibilidade constante de alimentos saudáveis em casa. Achados semelhantes no estudos de Wise (2015) e de Morrison e colaboradores (2019), que encontraram como barreiras o estresse, a inconveniência, falta de tempo, comer refeições preparadas por outras pessoas, cansaço e disponibilidade.

*“Porque é tudo muito perecível né? Você não consegue, você tem que ir no supermercado a cada, sei lá, no máximo três dias a uma vez na semana. A gente faz muita coisa, eu acho difícil isso, tá sempre né, tendo tudo que você precisa em casa” (PEÔNIA).*

Outra barreira relatada pelas mulheres eram os sintomas comuns da gravidez, como náusea, indigestão, enjoos e azia, que muitas vezes causavam inapetência ou repulsa alimentar, o que as impedia de se alimentar conforme idealizaram.

*“Eu estava tentando comer mais frutas, verduras, comer mais comida, tentando comer o mais natural possível, ai assim, quando eu descobri a gravidez, eu tive muita dificuldade, porque eu tive muito enjoo, ai o que eu mais comia era fruta, que era a única coisa que meu estômago aceitava” (GÉRBERA).*

No estudo de Ferrari e colaboradores (2016), as mulheres afirmavam que muitas vezes faziam escolhas alimentares para diminuir sintomas físicos comuns da gravidez, como náuseas.

Portanto, percebe-se que a categoria atitudes alimentares foi explicada pelos sentimentos, crenças e práticas que modificaram o comportamento alimentar das gestantes. Ao temerem prejudicar o bebê com uma alimentação inadequada, modificam a maneira de se alimentar em torno da gestação, as crenças em torno da gestação tiveram sua veracidade questionadas pelas gestantes, que priorizavam uma maneira de se alimentar mais racional, mais controlada numa tentativa de controle do ganho de peso.

### **4.3 Como os condicionantes sociais de antes e durante a gravidez podem contribuir para a (re) construção do comportamento alimentar na gravidez?**

Ao analisar a segunda categoria de análise, no qual tem-se as discussões acerca de como os condicionantes sociais podem modificar o comportamento alimentar da mulher grávida, percebe-se o destaque para os temas: Imagem Corporal – como um reflexo da percepção da imagem corporal e da satisfação corporal como uma forma de condição social no qual a mulher está inserida; As Orientações de Saúde, recebidas de diversos meios, também como um reflexo social do meio e da atualidade; Também como reflexo e pressão social, surgiu o tema Tomada de Decisão; E apresenta-se também como condicionante social, o preço e a cultura que condicionam o que e como a mulher vai escolher se alimentar além dos aspectos sensoriais e procedência dos alimentos. Sabendo-se que os fatores sociais estabelecem condições para o comportamento alimentar, esta análise constrói-se nesta perspectiva.

A imagem corporal, trata-se de um conceito amplo, a definição mais aceita é conforme definida por Paul Schilder (1935), considera a constituição de três estruturas em uma relação constante: a fisiológica, a libidinal e a sociológica, enfatizando ainda que muito além de uma construção cognitiva, a imagem corporal é reflexo das emoções, dos desejos e a interação com os outros (o meio social).

Segundo Foucault (1979, p. 106, apud AZEVEDO E VEIGA-NETO, 2019) o controle da sociedade sobre os indivíduos não se faz apenas através da consciência ou da ideologia, mas também no corpo e com o corpo, além do quê, os modelos sociais de corpos forçam o indivíduo a estar dentro dos padrões de beleza e estética (CARVALHO, 2004). Dito isso, o corpo social é produto das regras as quais foi submetido, das determinações do meio no qual está inserido (CAETANO, 2006, p. 215). Neste sentido, não é possível dissociar as discussões em torno da imagem corporal das questões sociais.

Ademais, a percepção da imagem corporal compreende a maneira como o indivíduo se visualiza mentalmente, ou seja, o modo como seu corpo se apresenta para si próprio (FINATO et al., 2013; FIDELIX, 2003; LEITE et al., 2014) e não como ele realmente é. As gestantes dessa pesquisa, ao serem perguntadas como se enxergam de forma geral, o peso e a forma do corpo eram citados; as que relataram sempre terem sido magras, diziam se sentir ótimas e que nunca tiveram preocupação com o peso, por outro lado, as gestantes que antes de

engravidar, relataram tentar fazer alguma dieta ou exercício para emagrecer, relataram mais insatisfações com o corpo e com a auto estima.

*“Ótima, assim, ótima! Normal, a mesma coisa. Não me sinto que eu engordei, não inchei, só tô criando barriga mesmo. Nunca tive problema com o meu corpo” (CALÊNDULA).*

*“Uma balança na barriga [risos nervosos] [...] eu ainda me vejo uma pessoa enorme, eu tô me sentindo muito grande. Assim, tem hora que eu me sinto linda, tem hora que eu me sinto uma monstra. Eu tô meio que nesse conflito” (VERBENA).*

O relato da entrevistada Verbena, que caracteriza a si própria como muito grande e por isso sente-se uma “monstra” traz a esta pesquisa discussão sobre a percepção da imagem corporal associada a atributos considerados negativos da personalidade. Gordura, obesidade, desde os primeiros relatos de obesidade no mundo, denotam descuido, preguiça, desleixo e falta de disciplina e não como uma questão de saúde e que demande tratamento profissional. Schilder (1999) diz que a percepção da imagem corporal dá-se pelo grande número de experiências que o indivíduo acumulou durante a vida, isto é, ela é o retrato mental que a pessoa faz da sua própria aparência física e das atitudes e sentimentos em relação a ela.

Outra diferença encontrada nas respostas das entrevistadas quanto a percepção de si, foi quanto a idade gestacional. As gestantes que já estavam mais avançadas nas idades gestacionais, VERBENA (33 semanas) e BEGÔNIA (36 semanas), relatavam maior insatisfação com a percepção da imagem corporal. Insatisfação que era possível confirmar com as atitudes corporais delas: VERBENA relata se sentir frustrada com a forma física ao final da gestação e diz isso com olhos cheios de lágrimas e a voz engasgada (Notas de campo, 07/01/2020). BEGÔNIA fica com a voz de choro, o olhar para baixo e inquietação nas mãos ao relatar sobre a forma do corpo ao longo de toda gestação, demonstrando o quanto é desconfortável para elas falar sobre o corpo (Notas de campo, 08/01/2020). Por outro lado, as gestantes com pouca idade gestacional (CALÊNDULA, 17 semanas e LÓTUS, 20 semanas), não apresentavam ainda insatisfação com a forma corporal do corpo grávido. Achado este também encontrado em pesquisas anteriores (STRANG, SULLIVAN, 1985) que sugeriram que a maioria das mulheres ficam cada vez mais insatisfeita com sua aparência conforme a gravidez avança.

Também chama a atenção para este resultado o fato de nenhuma delas citar outros atributos ou qualidades ao responderem como se enxergam, uma vez que a pergunta não era específica sobre como elas enxergavam a forma do corpo.

Para Merleau-Ponty (1994), todo conhecimento, inclusive o de si mesmo, passa pelo corpo. A imagem do corpo é uma reconstrução constante do que o indivíduo percebe de si.

O corpo e a forma física também podem ser os citados como os únicos ao serem perguntadas como elas se enxergavam, também, por saber que a pesquisa era feita por nutricionistas. O nutricionista pode, devido a demanda de pessoas que desejam emagrecer, ser reduzido a profissional emagrecedor. As entrevistadas desta pesquisa podem ter acreditado que os fins emagrecedores eram a base desta pesquisa e, por desejarem atender as expectativas da entrevistadora principal, terem apenas citado a forma física como sinônimo de autoimagem.

Em relação aos sentimentos e percepções em relação ao ganho de peso gestacional, os relatos contavam com sentimento de frustração quando o ganho idealizado não foi alcançado, preocupação com a consequência que o excesso poderia trazer, auto estima baixa, insegurança, ansiedades e crises de choro e para somente uma gestante, o ganho de peso gestacional não era preocupação, era até desejado.

*“Porque mexe demais com o corpo da gente, a gente engorda, dá muitas estrias, sabe? Nossa, mas igual eu falo, é Deus que mandou, a coisa mais bonita da minha vida, então... mas, querendo ou não mexe com o psicológico da gente” (BEGÔNIA).*

Porém, mesmo dizendo estas palavras, Begônia não demonstrou entusiasmo e nem estabeleceu contato visual (Nota do diário de campo, 08/01/20) – o que pode demonstrar que as mudanças no corpo não são inferiores à felicidade de gestar.

Por outro lado, as mulheres podem ver a gravidez como um momento excepcional que o ganho de peso é permitido e comer mais é aceitável (CLARK, OGDEN, 1999; SHLOIM et al., 2014). A permissão para comer de maneira menos rigorosa motivada pelo inevitável ganho de peso foi relatada por Cravina:

*“Mas agora que eu tô grávida, a gente fica mais relaxada um pouco, não fica tão fissurada na questão do seu corpo, de ter que tá perfeito, claro que você vai engodar né” (CRAVINA).*

Duas palavras na frase desta entrevistada merecem destaque: relaxada e fissurada. Fissurada tem seu significado no sentido figurado na língua portuguesa como: forte obsessão por algo, vidrado, apego extremo e paixão. Mostra que as mulheres em geral têm extrema preocupação com a alimentação e com a consequência disso na forma do corpo, citar que a gravidez a deixou relaxada nos mostra como a certeza do crescente aumento da barriga a afasta do ideal corporal, o que a permite um menor controle com alimentação e relaxada em relação aos padrões de alimentação, na preocupação com o corpo e a forma física.

Em relação aos medos e preocupações do ganho de peso gestacional, a maioria das entrevistadas citaram o medo de ganhar muito peso na gravidez e por isso ser mais difícil voltar a forma que seu corpo tinha antes de engravidar, além do medo de complicações para a própria saúde e para o bebê que o excesso de peso poderia trazer. Essa preocupação com o bebê foi citada apenas por uma gestante:

*“é que eu sei que o excesso de peso, bebê muito gordo, vamos dizer assim, bebê acima do peso [...] faz mal pro bebê até atrapalha, o excesso de peso, porque pode vir diabetes, diabetes gestacional...” (VERBENA).*

Porém, com base nos seus outros relatos desta mesma entrevistada, é possível concluir que por mais que essa preocupação tenha sido citada, não é a que ela considera a mais importante para alterar a sua maneira de se alimentar.

O ganho de peso também pode ser uma fonte de avaliação corporal negativa e um motivo de preocupação, pois os quilos indesejados a mais podem ser mais difíceis de perder após a gravidez (SHLOIM et al., 2014).

E manter este peso adquirido na gravidez e se afastar do ideal magro socialmente desejado pode afetar diretamente a auto estima dessas mulheres, pois o corpo dito como ideal é um fenômeno socialmente construído quando as características físicas são imbuídas de julgamentos morais. Uma discrepância entre a imagem corporal das mulheres e esse ideal construído pode causar insatisfação corporal, possivelmente levando a um sofrimento psicológico significativo (HODKINSON; SMITH; WITTKOESKI, 2014).

A vigilância do ganho de peso gestacional faz parte dos protocolos de atendimento de pré-natal (BRASIL, 2006) e deve ser parte da conduta dos profissionais de saúde que atendam este público, como forma de garantir desfechos adequados para as gestantes e para os bebês que vão nascer. É sabido que o ganho de peso excessivo traz consequências como por exemplo o risco de diabetes gestacional, parto cesárea, hipertensão induzida pela gestação; (FARPOUR-LAMBERT et al., 2018) porém tem-se os riscos do ganho de peso insuficiente,

como restrito crescimento intrauterino, parto prematuro, (GOLDSTEIN et al, 2017; DEPUTY; SHARMA; HINKLE, 2015). Embora haja riscos tanto para o ganho excessivo como para o ganho insuficiente, nenhuma entrevistada citou como preocupação em relação ao ganho de peso, não ganhar peso de forma suficiente. A preocupação com o ganho excessivo, em relação ao ganho de peso, ser a única citada por elas, pode demonstrar que as questões estéticas, necessidade de se manter num corpo socialmente elegido como certo e belo estão acima do reconhecimento da funcionalidade e da necessidade do ganho de peso gestacional adequado. Outra razão talvez seja a abordagem profissional que essas mulheres experimentaram, na qual há grande foco nos malefícios do ganho de peso e pouca ou nenhuma explanação sobre os riscos do ganho de peso insuficiente, conforme observado nesta pesquisa.

As orientações de ganho de peso fazem parte da assistência pré-natal. O profissional de saúde deve orientar tanto sobre os malefícios do ganho de peso excessivo quanto do ganho insuficiente.

Todas as gestantes entrevistadas relataram ter recebido orientações quanto ao ganho de peso. A fonte da informação foram os médicos, nutricionistas, palestras sobre gestação, familiares e também na internet. Ao serem perguntadas como foi esta orientação recebida, todas elas relataram que o ganho deveria ser de apenas 1,0 a 1,5 por mês ou no final o ganho total deveria ser de 8,0 a 9,0 quilos. As gestantes também relataram que quando ganhavam um pouco mais de o valor mensal estipulado pelo médico, eram chamadas a atenção para que cuidassem da alimentação para não engordar mais.

As gestantes desta pesquisa não relataram qual a forma de cuidado na alimentação que os médicos recomendavam, embora possa supor, com base nos relatos das próprias gestantes, que toda a recomendação médica focava apenas em orientação de quantidade e não de qualidade. Pode-se supor também, com base no que foi falado nas entrevistas, que as recomendações médicas sobre alimentação ou as orientações recebidas em outros meios de informação e adotadas pelas gestantes como certas sejam de forma generalista, não individualizadas de acordo com a necessidade de cada uma, nem com suas condições socioeconômicas, nem sua realidade cultural e desconsiderando preferências alimentares. Há aqui também uma ideia generalista que alimentos saudáveis são apenas frutas, legumes e verduras e há uma reprodução desse discurso. A gestante tem suas necessidades nutricionais aumentadas, é importante que alguns micronutrientes, como ferro, vitamina A, ácido fólico, cálcio e zinco sejam atendidas para que o desfecho da gravidez seja o mais promissor possível

para mãe e bebê (PICK et al., 2005). E as recomendações e orientações recebidas relatadas pelas gestantes se quer chegavam perto de abordar a importância da qualidade da alimentação.

Antigamente, as informações de saúde eram obtidas exclusivamente por meio dos profissionais de saúde, livros e familiares. Com a expansão da tecnologia e dos telefones celulares, muitas gestantes estão recorrendo fontes online de informação. As mulheres grávidas usam a internet para buscar diversas informações relacionadas à gravidez, parto, amamentação e puerpério (LAGAN, SINCLAIR, KERNOHAN, 2011; ROGER et al., 2013). As gestantes deste estudo não foram perguntadas diretamente se utilizavam as redes sociais, sites e aplicativos de celular para buscar informações sobre gravidez, porém algumas citaram grupos de Facebook, Fóruns, sites e Instagram como meios de informação.

As mídias sociais já se mostraram como uma ferramenta eficaz para comunicar informações de saúde e inclui plataforma que as mulheres utilizam em base regular (SMITH et al., 2020). Entretanto, uma revisão sistemática mostrou que o uso de sites de redes sociais está associado à imagem corporal negativa pelas mulheres, de forma que as mulheres usam as redes sociais como comparação social baseada na aparência (HOLLAND; TIGGERMANN, 2016).

Embora a pesquisa de Lobo et al., (2020), corrobora com os achados deste estudo, ao mostrarem que a comunicação verbal dos profissionais de saúde continua sendo a fonte mais importante de informação para tópicos variados, mostrou porém, também como resultado a internet, que mostrou-se como a principal fonte de informação nutricional para a gravidez. Outro ponto no qual se faz importante a discussão sobre as mídias sociais nos resultados desta pesquisa é que pesquisa anterior (SMITH et al., 2020) mostrou que apenas 1,8% das gestantes de idade entre 18 a 34 anos afirmaram não usar qualquer forma de mídia digital para buscar informações sobre a gravidez.

Nesta pesquisa as gestantes relaram que as informações médicas recebidas não eram de acordo com as recomendações de ganho de peso do IOM; em pesquisas anteriores mostra que para a maioria dos prestadores de cuidado de saúde, independente do treinamento médico falta conhecimento e consciência das diretrizes do IOM (IOM, 2009). Entretanto, um outro estudo qualitativo descobriu que as mulheres recorrem a internet para obter informações antes de se consultarem com um profissional de saúde (KRASCHNEWSKI;2014), junto a isto, temos que tempo gasto nas redes sociais foi associado à insatisfação com a imagem corporal entre as mulheres grávidas e que ter a Internet como fonte aumenta as chances de ganho de peso abaixo das diretrizes do ganho de peso gestacional (HICKS, BROWN; 2016).

Todos esses achados anteriores a esta pesquisa podem ajudar a explicar o motivo pelo fato de que nenhuma gestante relatou recomendação de ganho de peso dentro das diretrizes do IOM. As gestantes desta pesquisa foram escolhidas exclusivamente por estarem na primeira gestação e por fazer acompanhamento pré-natal na rede particular. Todas elas tinham grau de instrução elevado, renda familiar adequada e acesso a informação sobre gravidez, nutrição e ganho de peso de diversos meios, inclusive a internet. Pode-se supor que elas já chegavam para a consulta de pré-natal munidas de informação sobre ganho de peso, expectativas de ganhar o mínimo de peso possível para continuar a manter ou a alcançar o padrão estético corporal desejado e aceito como certo e o médico, fonte principal do aconselhamento sobre ganho de peso, manter esta recomendação, devido a clientela atendida por ele: mulheres que desejam manter a posição de profissionais, manter o corpo dentro do padrão e ainda serem mães.

Quando os conselhos sobre ganho de peso vêm dos familiares e amigos, há duas questões que devem ser discutidas nesta pesquisa: uma que amigos e familiares podem não ter conhecimento das diretrizes atuais e, portanto, dar conselhos incorretos. O que foi encontrado na pesquisa de Dalhaug e Haaskstad, 2019; quando as gestantes relataram ter como principal fonte de informação sobre ganho de peso os amigos e familiares foi associado a ganhos acima das diretrizes. E a segunda questão é que quando os conselhos vêm de amigos e familiares, estes conselhos podem apenas ter como objetivo que a gestante não ganhe peso de forma que prejudique ou dificulte a perda deste peso no pós parto e mais uma vez reforça a necessidade da mulher estar dentro de um corpo padronizado como certo e belo. Conforme é relatado pela entrevistada BEGÔNIA, ao dizer que os familiares a alertavam sobre o ganho excessivo devido à dificuldade de perder peso no pós parto associado a quantidade de peso adquirido durante a gravidez.

Nesta pesquisa, as recomendações médicas de ganho de peso estavam abaixo do recomendado pelo IOM (2009), durante a entrevista algumas gestantes relataram conhecer a faixa adequada de ganho de peso de acordo com o as diretrizes, seja por informações vindas de nutricionistas ou da internet, porém achavam certo a média estipulada pelo médico e ficavam satisfeitas de receber este tipo de informação. Este achado mais uma vez mostra que para as gestantes desta pesquisa a valorização do corpo magro e padronizado está acima das necessidades fisiológicas do ganho de peso gestacional. É provável que as gestantes já cheguem para a consulta médica com uma ideia de ganho de peso, o mais próximo do mínimo possível e saem da consulta encorajadas pelo apoio médico, mesmo quando acreditam que

não seriam capazes de alcançar meta tão baixa, conforme relatado pelas gestantes desta pesquisa.

O conhecimento vindo de outros profissionais de saúde – como nutricionista- ou de pesquisas feitas na internet, no qual as diretrizes mostram o quanto é recomendado ganhar de peso corporal, apenas servem para gerar conforto psicológico, caso as expectativas irreais de ganho de peso não sejam atingidas.

O ganho de peso gestacional e as alterações na forma do corpo foram esperadas pelas gestantes e apreciadas, uma vez que entendiam essas transformações como esperadas e necessárias além do reconhecimento da funcionalidade do corpo grávido. Para Clark e Ogden (1999), é mais fácil para as mulheres grávidas explicarem a si mesmas que a gravidez é um momento especial na vida da mulher e é quando as preocupações com os padrões estéticos e a aparência do corpo não são tão importantes quanto à saúde do bebê. Ademais, algumas entrevistadas relataram sentimento de satisfação com o ganho de peso, mas explicavam que a satisfação vinham de terem esperado um ganho maior e isso não ter acontecido até o momento da entrevista ou por não se colocarem expectativas muito baixas em relação ao ganho de peso. Na pesquisa de Watson e colaboradores (2016) os achados sugeriam que as interpretações que as mulheres fazem sobre sua imagem corporal durante a gravidez podem ser influenciados por suas expectativas sobre como deve ser sua aparência socialmente imposta e se estão cumprindo essas ideias; achado semelhante ao desta pesquisa.

Porém, a velocidade do ganho de peso e alteração do corpo foi motivo de preocupação para elas, ao relatarem que era esperado, para uma desejado, porém levaram susto quando as roupas pararam de servir. As dificuldades encontradas com as roupas e vestuários foram relatadas por grande parte das entrevistadas, que não encontrem roupas que sirvam, não se sentirem bem nas roupas que usavam antes da gravidez e ter que trocar inclusive sapatos foi motivo de preocupação e tristeza para elas. Ademais, a entrevistada Lótus alegou trocar o tipo de vestuário por achar que as roupas de antes de gravidez não eram adequadas para o momento atual:

*“eu tô grávida entende? Não posso me vestir como antes” (LÓTUS).*

O vestuário, as roupas e o estilo de cada mulher é transitório dependendo da sua fase da vida. A questão das roupas relatada por elas, como a tristeza por não entrarem mais nas roupas de pré-gravidez e a necessidade de mudar o estilo pessoal devido a nova condição de grávida reflete as mudanças interiores e psicológicas que acontecem nessa mulher, ao transitar

da mulher para uma nova versão de si, agora mulher mãe. Mesmo sendo frequentemente esperado e desejado, o nascimento de um filho aciona um percurso irreversível, que modifica decisivamente a identidade dessas mulheres (RELVAS, 2004).

Para Chick e Meleis (1986) transição é “a passagem de uma fase de vida, condição para outra”, um conceito que engloba os elementos de processo, tempo e percepção. O desconforto por não usar mais as roupas antigas, além da questão da estética corporal que tem relação direta com as roupas que as mulheres usam, pode ser também, mesmo que inconscientemente, a percepção que a mulher de antes não existe e não existirá mais, nascendo junto com a gravidez, a mulher mãe.

É na transição da mulher para a mulher mãe, que as mulheres têm a consciência da irreversibilidade do processo, envolvem-se nele, têm a noção que envolve mudanças na sua vida que, por sua vez, determinarão diferenças na sua forma de ser, sentir e estar daí em diante (MELEIS, SAWYER, IM, 2010). Essa transição, implica que a mulher reestruture os seus objetivos, comportamentos e responsabilidades para atingir um novo conceito de si. É nessa transição que podem ocorrer as modificações de emoções, comportamento, e no cognitivo dessas mulheres e dentre essas alterações que podem levar a modificações na percepção corporal, no seu papel perante a sociedade, suas responsabilidades e isto conseqüentemente pode alterar o comportamento alimentar.

Se por um lado, a nova função mulher mãe, pode dar fim à necessidade de manter o corpo belo, dentro do padrão estético estabelecido, uma vez que o corpo tem a ver com desejo sexual, atração física, necessidade de ser aprovada pelo parceiro (FREDRICKSON et al., 1997; BATINDER, 2010) esta nova função da mulher, como mãe, também podem necessitar de manter algumas características de antes da gravidez a fim de ela consiga manter tudo igual. O desejo de aparência corporal, o comportamento em relação ao corpo, pode afetar significativamente a maneira como esta mulher vai se alimentar: uma alimentação nova ou o relaxamento quanto as regras alimentares ou uma alimentação restritiva numa tentativa de recuperar o eu de antes da gravidez (WATSON et al., 2016).

Outra questão levantada por elas, eram o cansaço e indisponibilidade para manter a vaidade de antes da gestação, motivo de tristeza e frustração, que junto também pode agravar a percepção da imagem corporal, (WATSON et al., 2016) levando-as para percepções mais negativas sobre si.

Além das questões próprias do ganho de peso, a gestação pode trazer outras modificações no corpo da mulher, como o aparecimento de estrias, manchas e celulites, (MOTOSKO et al., 2017) questão esta também abordada pelas mulheres entrevistadas nesta

pesquisa. Por temerem o aparecimento destas marcas no corpo, alegaram que estavam cuidando melhor da alimentação afim de que a modificação na alimentação para o que elas consideravam mais saudável como o aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes, pudesse evitar o aparecimento destas marcas.

A manutenção da autoestima e aceitação das transformações geradas pela gravidez foram também apontadas como consequência da aceitação e elogio do parceiro. Como demonstrado pela fala delas:

*“Aceitar as mudanças no corpo por causa da gravidez, tem muito a ver com influência do marido. O meu fala que eu tô linda, maravilhosa... e eu acredito nele né? Assim, se fosse diferente e ia ficar muito preocupada e talvez não fosse gostar tanto da minha forma grávida...”* (LÓTUS).

*“O meu marido assim, ele me apoia muito, às vezes eu fico “Nossa, eu tô horrorosa” e ele diz: “não, você tá linda” ou “Nossa, tá maravilhosa!” Ele hora nenhuma chegou pra mim e fala assim pra mim, até choro... [pausa, ela chorou- nota do diário de campo, 07/01/2020] Ele não fala pra mim “você está horrorosa, horrível, você tá feia”* (VERBENA).

O relato das gestantes em relação aos sentimentos sobre o comentários dos seus parceiros nos apresenta a Teoria da Objetificação (FREDRICKSON et al., 1997), que considerando que as mulheres aprendem desde a infância que os corpos femininos são objetos de constante observação, avaliação e potencial objetificação sexual, a teoria propõe que esse ambiente cultural objetificante as leva a interiorizarem esse comportamento e a tratarem a si mesmas como objetos a serem observados e avaliados de acordo com sua aparência. Corroborando com o registrado nesta pesquisa, Watson et al., (2016) têm achados semelhantes, no qual as mulheres relataram que o feedback positivo dos parceiros foi uma experiência positiva para as mulheres em todas as fases da gravidez e aumentou a satisfação com a imagem corporal dessas mulheres.

A aceitação do próprio corpo, frente as constantes mudanças e num período rápido, também está relacionada com o quanto a gravidez foi desejada e planejada. Nessa pesquisa, esta hipótese é corroborada pela fala de Calêndula, que mesmo relatando nunca ter tido problemas com a forma do corpo anteriormente, ajusta a blusa envolta da barriga para dizer:

*“É porque eu tava desejando muito, muito essa gravidez, acho que é isso”* (CALÊNDULA).

A participante relatou no início da entrevista que acreditava ter problemas de infertilidade e estava tentando uma gravidez de forma natural havia muito tempo e quando iria iniciar os exames para fazer um tratamento para engravidar, descobriu a gravidez. O desejo de vivenciar as transformações no corpo que a gravidez irá proporcionar, como o aparecimento da barriga, exposição da barriga grávida é legitimado quando percebe-se que é através do corpo que a mulher irá se sentir e se ver diferente e, paralelamente é através do corpo que a mulher vai poder interagir e relacionar com o bebê antes do nascimento, dando início a partir daí a nova mulher mãe (COLMAN e COLMAN, 1994).

Além de todas as questões próprias da percepção da imagem corporal, outro fator relatado pelas gestantes em relação sua imagem corporal e ao ganho de peso gestacional estava relacionado a comparação com outras mulheres grávidas; quando o ganho de peso gestacional foi inferior ao de mulheres próximas, as gestantes desta pesquisa consideravam o ganho próprio como mais aceitável e em seus relatos era possível perceber o quanto elas se sentiam bem ao dizer sobre isso. O comentário dos familiares sobre sua forma corporal também motivou a alteração do hábito alimentar.

*“tanto é que eu só engordei dez quilos, a minha outra cunhada que ficou grávida depois de mim engordou 24 kg” “mudei meu hábito alimentar e tudo e tal, por causa disso também, porque o povo não sabe dar uma palavra de incentivo pra gente, entendeu? Fala, “ah cuidado, você só está engordando” (BEGÔNIA).*

A Teoria Tripartite de Influência, proposta por Thompson et al. (1999), postula que há três fontes primárias de influência: amigos, família e mídia. É um modelo utilizado para avaliar a influência de aspectos sociais e familiares na aparência corporal dos indivíduos. Thompson et al. (1999) destaca que identificar a influência da mídia, família e amigos na aparência corporal é importante para compreender a relevância desses contextos na internalização e comparação das pessoas e assim, conseguir intervir na insatisfação corporal. Como mostrado nesta pesquisa, a comparação familiar -que exerce efeito na insatisfação corporal- demonstra efeito nos hábitos alimentares da gestante. A insatisfação, demonstra ter efeito direto sobre a restrição alimentar, devido, a crença de que a mesma é uma maneira de se obter a perda de peso (HARRISON et al., 2019)

Ademais, percebe-se que a preocupação das mulheres em ganhar pouco peso durante a gestação está mais relacionada com o pós-parto do que com o momento atual. No estudo de Harrison et al (2019), todas as mulheres sentiram pressão para voltar ao tamanho do corpo pré-gravidez, essa pressão correspondia à quantidade de peso adquirida durante a gravidez.

Ao serem perguntadas qual era a expectativa em relação ao corpo no pós-parto, mesmo reconhecendo e relatando que não seria fácil e nem rápido, todas as entrevistadas relataram que desejavam que o corpo voltasse rápido a forma pré-gravidez. Na pesquisa de Watson et al. (2016), as mulheres reconheceram o longo período de recuperação da gestação após o parto e comunicaram algum nível de aceitação da necessidade de deixar de lado as expectativas para o corpo neste período. Elas também relatavam que desejavam voltar a se alimentar de forma mais restritiva e praticar exercícios físicos na expectativa de perda de peso de forma mais satisfatória. A incerteza quanto à forma do corpo no pós-gravidez também foi relatado como motivo de choro e insegurança. Na pesquisa de Clark e colaboradores (2009), as gestantes reconheciam que mesmo que as expectativas de recuperar imediatamente o corpo de antes de gravidez sejam irreais, elas ainda se sentem insatisfeitas por não alcançarem essa imagem corporal no pós-parto. O que mostra que é preciso trabalhar com este público as expectativas de perda de peso, imagem corporal e insatisfação com a imagem corporal ainda na gestação.

Um relato curioso em relação a questão perguntada por elas sobre a expectativa de perda de peso no pós parto, foi o de citarem a amamentação como estratégia de perda de peso. As gestantes relatavam que esperavam conseguir amamentar de forma satisfatória e que isso poderia ajuda-las a perder de peso de forma mais rápida e eficaz. Na pesquisa de Schalla, Witcomb e Haycraft (2017) que pesquisou os motivadores para início e manutenção da amamentação, os dados indicaram que a perda de peso e recuperação da forma corporal de antes da gravidez foram as consequências positivas mais citadas da amamentação. Tanto os achados nesta pesquisa, quanto dos autores acima, nos sugerem que os ganhos imediatos e pessoais, relacionados à aparência, da amamentação são valorizados pelas mães. Muitos benefícios da amamentação que atualmente são promovidos são benefícios futuros (como por exemplo proteção do câncer de mama). Se as mensagens a favor da amamentação também enfatizarem os ganhos imediatos, como a recuperação da forma corporal pré-gravidez, menor retenção de peso no pós-parto, é possível que as taxas de início e manutenção da amamentação sejam aumentadas. Porém, é preciso cuidar de que maneira isto será incentivado, para que isso não se torne uma ansiedade e possa vir a prejudicar, tanto a mulher quanto à amamentação. Em estudo realizado no Brasil com gestantes obesas, as entrevistadas compreenderam que a amamentação está relacionada à perda de peso, porém, relataram que muitas vezes isso as deixava mais estressadas e nervosas. Em vez de ser um incentivo, tornou-se uma complicação ou mesmo um obstáculo (FARIA-SCHÜTZER et al., 2018).

Além das questões do corpo, imagem corporal e percepção da imagem corporal, outros fatores aparecem como fatores sociais em relação a alimentação na gestação, como: preço, cultura, religião e geografia. Para esta pesquisa, foram encontrados como condicionantes social relatado e percebido o preço e a cultura. Não foi possível fazer inferências dos outros condicionantes sociais, por não aparecem nas perguntas ou nas respostas do roteiro da entrevista.

Para esta pesquisa, foram selecionadas mulheres que tivessem fazendo o acompanhamento pré-natal em consultório particular, pois esse público tem menor risco de ser acometido pela insegurança alimentar, o que reduz as alterações no comportamento alimentar por motivo de escassez de alimentos. Por este motivo, não fazia parte do roteiro de perguntas questões relacionadas ao preço dos alimentos. Todas as gestantes desta entrevista possuíam renda adequada e emprego qualificado, só duas não possuíam formação superior e optaram por não trabalhar fora de casa.

Para a maioria delas, as questões financeiras e de renda não foram citadas e nem percebidas como uma questão que pudesse afetar as escolhas alimentares, porém uma delas citou o preço, o que é torna possível concluir que alimentar-se também está relacionado à comer o que é acessível financeiramente e não apenas o que é mais rico em nutrientes ou saboroso.

*“Dependendo do alimento, às vezes o preço [faz com que eu não compre].. Se for [um vegetal] da época e for muito mais caro, eu prefiro trocar e comprar outro” (MAGNÓLIA).*

É possível perceber também através dos relatos delas, que não houve uma investigação criteriosa para a seleção dos alimentos a serem consumidos, com base no que é alegado por elas, como alimentação saudável, que prioriza os alimentos mais rico em nutrientes. Elas apenas citam insistentemente que o maior consumo de alimentos vegetais é saudável, sem nem saber o motivo e nem a distinção entre os tipos.

Além das questões financeiras, a geografia e a cultura que a mulher está inserida também é um fator que pode condicionar as práticas alimentares dessas mulheres. Todas as mulheres desta entrevista eram residentes da mesma cidade e tinham renda familiar parecida. A cultura alimentar regional não foi citada como contribuinte das escolhas alimentares, apenas a cultura familiar foi citada por duas entrevistadas, porém ao citar a cultura familiar ambas citaram em tom de reprovação (conforme notas de campo), as escolhas alimentares familiares, alegando ser sempre muita quantidade de comida, encontros movidos a fartura de

alimentos e muitos carboidratos. Elas relatavam também que não aprovavam e não compartilhavam destas práticas familiares e ao expor a situação, demonstravam satisfação por não comerem de forma “*desregrada*” como a família. A palavra “*desregrada*” foi usada pela gestante Verbena ao relatar a forma que a família se alimenta:

*“Minha família gosta muito de cozinha, gosta muito de fazer quitanda, essas coisas, então conforme eu ia, fazia aquela coiserada, aquela comidaiada, muito desregrada”* (VERBENA).

Ao dizer desregrada ela revira os olhos para cima, tom de reprovação. (Notas de campo, 07 de Janeiro de 2020).

Esta gestante, durante os relatos, apresentou bastante preocupação com a forma do corpo, com o ganho de peso gestacional e relatou desejar ter mais controle da alimentação quando a gestação terminasse, da mesma forma que tinha antes da gravidez, que conforme relatado por ela, era bastante restritiva. A gestação apresentou-se como uma perda do controle o que a afastou do ideal magro, levando-a, como dito por ela, à frustração.

Além das questões que foram citadas como possíveis (re) construtores do comportamento alimentar, ao serem perguntadas o que influenciava e/ou motivava suas escolhas alimentares uma regra externa relatada por elas era a procedência do local para realizar refeições. As gestantes desta pesquisa, relataram que devido a gestação, procuravam se alimentar em locais que conheciam a procedência de higiene e limpeza e se sentiam confiantes para se alimentar no local; além de evitar comer alimentos crus, tanto em casa como em restaurantes. A comida japonesa também foi citada como alimento a ser evitado por elas, devido a característica predominante de alimentos crus deste tipo de culinária.

*“É a gravidez, eu adoro japa (comida japonesa), não tô comendo, porque medo de, de não ser tudo limpinho e tal, procedência, então, hoje em dia as escolhas são essas”* (LÓTUS).

A prática de excluir alimentos crus ou de procedência duvidosa é comum entre mulheres grávidas, seja por meio de orientação profissional ou partindo do senso comum. O objetivo principal desta prática é evitar a infecção por toxoplasmose, que tem como fonte mais importante de infecção por *Toxoplasma* são os cistos de tecido resistentes presentes em carne crua ou mal cozida e os oocistos encontrados nas fezes de gatos infectados (GANGNEAUX, DARDÉ; 2012); porém nenhuma gestante justificou essa prática com este objetivo, o que sugere que muitas vezes as gestantes apenas reproduzem discursos

relacionados à alimentação durante esta fase ou escutam conselhos de outras mulheres grávidas e adotam como práticas verdadeiras e confiáveis a se seguir na gestação.

Outro fator relatado por elas como motivador de suas escolhas eram as características sensoriais do alimento. Para a maioria delas, o alimento precisava ter além do aspecto de integridade, boa aparência, que despertasse o apetite. Para algumas gestantes, elas só comiam o que fosse de aceitação do paladar e que tivesse um sabor agradável. Neste quesito houve uma divisão no tipo de resposta. Por um lado, para algumas gestantes, se o alimento não fosse algo apreciado por elas, mesmo que tivesse benefícios para a saúde dela e do bebê, elas não optariam por comer. Para outras, se aquele alimento trouxesse benefícios superiores a outros alimentos que ela já consome, ela optaria por comer mesmo não gostando, priorizando a saúde do bebê.

Com este tipo de relato não foi possível apontar qual tipo de benefícios superiores seriam estes. Mas é possível perceber por todo o contexto das falas delas que elas reproduzem o discurso que alimentos como verduras, legumes e frutas são superiores nos benefícios nutricionais e que isso garantirá a elas e ao bebê mais saúde. Apesar da alimentação não ser o único fator que pode determinar o sucesso do desfecho da gravidez, tanto para mãe como para o bebê, a alimentação foi citada fortemente como preocupação central em relação à saúde, por ser um fator que é possível de ser controlado e diretamente influenciado pela mãe.

No estudo de Groth, Simpson e Fernandez (2016) resultados semelhantes em partes foram encontrados. As mulheres relatavam que para consumir, os alimentos tinham que ter um gosto bom e o gosto era considerado um fator importante na escolha. E diferente do relatado nesta pesquisa, as gestantes da pesquisa de Groth optariam por não comer um alimento que não gostassem, mesmo se soubessem que era saudável e bom pro bebê.

Outros fatores como religião e crenças não foram citados por elas e nem percebidos através dos relatos como possíveis de alteração no comportamento alimentar durante a gestação.

Com este resultado, é possível perceber o quanto as mulheres têm se alimentado baseando-se em regras externas que necessitam de alto controle para se alimentar, em vez de atender aos seus sinais internos e fisiológicos. Percebe-se também como as pressões sociais sofridas pelas mulheres ultrapassam até as questões midiáticas, estando presente inclusive nas orientações de saúde, conselhos familiares e de amigos.

Um fato no processo das entrevistas merece destaque. Uma das entrevistas, que alegou ter tido uma gravidez planejada, não respondia as questões de forma coesa, perdia-se durante as falas, não completava o raciocínio e diversas vezes esquecia o que ia falar. Ao final da

entrevista, enviou uma mensagem de texto para dizer que nunca tinha pensado nas questões abordadas na entrevista e que após isso, ficou reflexiva. (Notas de campo, 14, Fevereiro, 2020). Ao relatar nunca ter refletido sobre as questões da entrevista, que aborda aspectos importantes da gestação, pode mostrar que nem sempre a gestação passa pela tomada de decisão da mulher e pode ser também uma pressão social – que espera da mulher a maternidade. Mansur (2003) afirma que a invenção dos métodos contraceptivos deu à mulher a oportunidade de romper com a identidade feminina totalmente vinculada à maternidade. Fez-se possível que elas ocupassem um lugar de forma inteira, de sujeito do próprio desejo e se tornassem protagonistas de suas próprias histórias. Mas apesar das conquistas, a autora aponta para as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em seus percursos, uma vez que, mesmo com todas as possibilidades aberto a elas, existe ainda no imaginário social uma idealização da maternidade como valor pessoal e social (BADINTER, 2010).

O preço, a cultura familiar, aspectos sensoriais, a procedência dos alimentos e a tomada de decisão apresentaram-se também como uma condição social que compõem a prática alimentar da mulher gestante, mas estes não apareceram com contribuição tão significativa da mesma forma que as questões da imagem corporal e orientações de saúde surgiram. É possível perceber o quanto as questões do corpo e da satisfação com o corpo são causas mais fortes para adotar certos comportamentos alimentares, a fim de evitar o surgimento ou agravamento da insatisfação corporal.

Por mais que as questões dos aspectos sensoriais do alimento, procedência, tenham sido citados como questões que podem alterar a maneira como a mulher se alimenta devido à gravidez, foi possível perceber, que estes fatores apenas aparecem como complementos de toda a (re)construção do comportamento alimentar, não sendo portanto pontos fortes e consistentes que justifiquem a alteração no comportamento como um todo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu levantar novas perspectivas para começar a compreender de que maneira o comportamento alimentar pode ser (re) construído durante a gestação. O termo construção e reconstrução do comportamento alimentar aparece nesta pesquisa com destaque, por acreditar-se que o comportamento alimentar durante a gestação não é algo que é possível de controle e nem planejamento, mas sim construído e reconstruído por objetivos pessoais, metas, crenças, valores, história de vida de cada um, meios de comunicação, sociedade em que a pessoa está inserida, além do próprio evento da vida - a gravidez - objeto de estudo desta pesquisa.

Com base nessa (re) construção na categoria Atitudes Alimentares, percebeu-se que os sentimentos em relação a gestação eram a felicidade, ansiedade, bem-estar e insegurança; havia também o sentimento de bem-estar ao buscar uma alimentação considerada mais saudável, pro acreditar que isso faria bem tanto para ela quanto para o bebê – inferências estas que deram origem ao tema Sentimento. O tema Crenças, surgiu após o debate das crenças em torno da gestação, como a ideia de comer por dois ou os desejos alimentares que nesta pesquisa apresentou-se como descrença pelas gestantes, o que permitiu concluir que há uma racionalidade na decisão em torno das escolhas alimentares. Racionalidade esta que surgiu com o objetivo de controlar a alimentação e conseqüentemente o ganho de peso. Com a gestação também surgiu um modo de se alimentar que acreditavam na restrição calórica, nos benefícios da prática de dietas, na troca de alimentos considerados pouco saudáveis para alimentos considerados saudáveis, a partir dessa análise, surgiu o tema Práticas.

Na categoria de análise, denominada Condicionantes Sociais, a Imagem Corporal surgiu como tema quando numa análise ampla dos relatos, percebeu-se preocupação com o ganho de peso, desejo de não ganhar muito peso gestacional e expectativa de perda de peso pós parto, quando estas temáticas foram tratadas como sociais, mostradas através dos relatos como uma expectativa social em relação a mulher e ao seu corpo e a necessidade de atender essa expectativa social e manter-se ou tornar-se o que é socialmente aceito em relação a forma do corpo. Nesta pesquisa, as gestantes tinham grande preocupação com o corpo e um desejo de após a gravidez não terem a forma do corpo alterada para algo que pudesse trazer mais insatisfação para elas. Além da imagem corporal, o tema Orientações de Saúde surgiu após a reflexão dos relatos das gestantes dos conselhos médicos, meios de informação de internet, parentes e amigos; estas orientações de saúde também foram percebidas como um reflexo social do meio que a mulher vive, que mais uma vez preza pela forma corporal padrão e o

peso considerado ideal. A tomada de decisão em relação a gestação também surgiu como um tema dentro desta categoria, mostrando que nem sempre a gravidez passa pelo processo decisório da mulher e é mais uma pressão social para a maternidade. Outros temas como preço e cultura também surgiram nesta categoria, mas com pouco poder influenciador, assim como a procedência e os aspectos sensoriais dos alimentos.

Uma das limitações deste estudo, é o fato das entrevistadas saberem que a pesquisa era conduzida por nutricionistas, o que pode ter induzido a darem respostas que consideravam certas do ponto de vista da nutrição e não o que realmente pensavam, sentiam ou praticam na sua alimentação. Outra limitação importante, é o recorte. Para esta pesquisa, foram selecionadas apenas mulheres da rede privada de atendimento médico e isso traz mulheres com maiores e melhores acessos a serviços de saúde, informações, maior grau de escolaridade e maior renda, fatores importantes no comportamento alimentar. Pesquisas futuras que englobem pacientes assistidas pelo sistema público de saúde poderão trazer outros resultados e que irá contribuir com o processo de compreensão destas categorias de análise.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M.S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.59, n.1, p.44-51, 2010.
- ANDREATO, L.M. et al. Factors associated with excessive gestational weight gain among patients in prenatal care at a public hospital in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad Saúde Pública**. v.22. p.2401-2409. 2006
- ATALAH, E. et al. Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. **Rev Med Child**. v. 125. p. 1429-1436. 1997
- ATKINSON, L., SHAW, R.L., FRENCH, D.P. Is pregnancy a teachable moment for diet and physical activity behaviour change? An interpretative phenomenological analysis of the experiences of women during their first pregnancy. **British Journal of Health Psychology** v. 21 n. p. 842–858. 2016
- AZEVEDO, R.O.; VEIGA-NETO, A.J. Biopoder, vida e educação. **Pro. posições**. v.30 2019.
- BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutricao**, v. 19, n. 2, p. 245–253, 2006.
- BAIAO, M.R., DESLANDES, S.F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (Brasil). **Ciências & Saúde Coletiva**. v.15 n. 2. 2010.
- BADINTER, E. O conflito: a mulher e a mãe, Rio de Janeiro: **Editora Record**. 2010
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: **Edições 70**, 2011.
- BIANCHI, C.M. et al. Concerns, attitudes, beliefs and information seeking practices with respect to nutrition-related issues: a qualitative study in French pregnant women. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 16. 2016
- BLAU, L.E. ; ORLOFF, N.C.; FLAMMER, A.; SLATCH, C. ; HORMES, J.M. Food craving frequency mediates the relationship between frequency emotional eating and excess weight gain in pregnancy. **Eating Behavior**. v. 31 p. 120-124. 2018
- BRANDÃO, T. et al. Gestacional weight gain and adverse maternal outcomes in Brazilian women according to body mass index categories: An analysis of data from the Birth in Brazil survey. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 37, p. 114–120, 2020.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e a informação em serviços de saúde. Manual Técnico. 2004.

CAETANO, G. J. Influência da mídia sobre o corpo do adolescente. **In: Educação Física: Ensino médio**. 2ª ed.: Curitiba: SEED-PR, 2006.

CANAVARRO, M.C. Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: **Quarteto Editora**. 2001

CANESQUI, A.M.; DIEZ-GARCIA, R.W. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. 20ª edição. Rio de Janeiro: Editora **FIOCRUZ**, 2005.

CARTER, S.K. Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. **Sociol Health Illn**. v.32 n.7. 2010

CARVALHO, P.H.B. et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 108-14, abr./jun. 2013

CARVALHO, Y. M. de. Corpo e história: o corpo para os gregos, pelos gregos, na Grécia antiga. In: SOARES, Carmen Lúcia (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2ª ed. 2004

CHICK, N.; MELEIS A. I. – Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L., *Nursing research Methodology*. **Reckeville: aspen**, p. 237-257; 1986.

CISCATO, M.A. A Ética do dever de Kant e a Ética do desejo de Lacan: Aproximações e Diferenças. **Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro PUC – RJ**. 2007

CLARK, A.; SKOUTERIS, H.; WERTHEIM, E.H; ET AL: The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. **J Health Psychol**. p.14:27. 2009

CLARK, M.; OGDEN, J. The impact of pregnancy on eating behavior and aspects of weight gain. **Int. J. Obes**. v.23. p.18-24. 1999.

COKER, E.L.; MITCHELL-WONG, L.A.; ABRAHAM,S.F. Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 92 n. 12. 2013.

COLMAN, L.L.; COLMAN, A.D. Gravidez – a experiência psicológica. Edições **Colibri**. Lisboa. 1994

CONWAY, R.; REDDY, S.; DAVIES, J. Dietary restraint and weight gain during pregnancy. **Eur J Clin Nutr**. 53:849-853. 1999

CRISS, S. et al. A qualitative study of gestational weight gain goal setting. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.16. 2016

- CRUZ-SÁEZ, S. et al. Normal-weight and overweight female adolescents with and without extreme weight-control behaviours: emotional distress and body image concerns. **J Health Psychol.** v. 6 p. 730–40. 2015
- DALHAUG, E.M.; HAAKSTAD, L.A.H. What the Health? Information Sources and Maternal Lifestyle Behaviors. **Interact J Med Res.** v.8 n.3 :e10355. 2019
- D'ARRIGO, T. Emotional eating. A sneak attack on weight loss. **Diabetes Forecast.** v. 60 n.23. 2007
- DAUNDASEKARA, S.S. et al Validation of the Intuitive Eating Scale for pregnant women. **Appetite.** v. 112, p. 201-209. 2017.
- DEPUTY, N.P. et al. Prevalence and characteristics associated with gestational weight gain adequacy. **Obstet. Gynecol.** v.125. p. 773-781. 2015
- DEVADER, S.R. et al. Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal pregnancy body mass index. **Obstet Gynecol.** v. 110. p. 745-751. 2007
- DIPIETRO, JA, MILLET, S, COSTIGAN, KA. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. **Journal of the American Dietetic Association** v. 103 n.10 p.1314–1319. 2003
- DODD, J.M. et al. The effects of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on neonatal health outcomes: The LIMIT randomized trial. **BMC Medicine.** v. 12, p. 163. 2014.
- DREHMER M.; CAMEY, S. SCHMIDT, M.I.; et al. Socioeconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública.** v. 26 p. 1024-1034. 2010
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar,** Curitiba, V. 4, n. 24, p. 213-225, 2004.
- DUMCOMBE, D.; WERTHEIME, E.H.; SKOUTERIS, H. et al. How well do women adapt to changes in the body size and shape across the course of pregnancy? **Journal Health Psychol.** v. 13 n.4. p. 503-515. 2008
- DUMITH, S.C. et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.17, n.9, p.2499-505, 2012
- EISENBERG, DAN et al. ASMBS position statement on weight bias and stigma. **Surgery for Obesity and Related Diseases,** EUA, v. 15, pp. 814–821, 2019.
- FANTINO, M. Plaisir et prise alimentaire: aspects physiologiques. **Cah Nutr Diét.** V.34 n.3. p. 149-152. 1990
- FAIRBURN, C., WELCH, S. The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. **Int Journal Eat Disorders.** v. 9. P. 153-160. 1990

- FARIA-SCHÜTZER, D.B. et al. Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. **PLoS ONE** v. 10. n. 11. 2015 2015
- FARIA-SCHÜTZER, D. B. et al. Eating Behaviors in Postpartum: A Qualitative Study of Women with Obesity. **Nutrients**, v.10 n.7 p.885. 2018
- FARPOUR-LAMBERT, N.J. et al. Obesity and Weight in Pregnancy and Postpartum: na Evidence Review of Lifestyle Interventions to Inform Matinal and Child Health Polices. **Front Endocrinol.** v. 9 p.546. 2018
- FERRARI, R.M. et al. A qualitative study of women's perceptions of provider advice about diet and physical activity during pregnancy. **Patient Education and Counseling.** v. 19. p. 372-377. 2013
- FIDELIX, Y.L. et al. Dados sociodemográficos, estado nutricional e maturação sexual de escolares do sexo masculino: exposição a insatisfação corporal com a imagem corporal. **Revista de Educação Física.** v.24, n.1, p.83-92, 2013.
- FIDELIX, Y.L. et al. Insatisfação com a imagem corporal em uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano.** v.13, n.3, p:202-7, 2011.
- FINATO, S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Paulista de Pediatria.** v.31, n.1, p.65-70, 2013.
- FLETCHER, G.E.; TEETERS, L.; SCHLUNDT, D. Maternal Conception of Gestational Weight Gain Among Latinas: A qualitative Study. **Health Psychol.** v. 37(2). P.132-138. 2018
- FOGARTY, S. et al. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-etnographic study. **BMC Pregnancy Childbirth.** v.18 n.1. 2018
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v 24(1). p. 17-27, 2008.
- FREDRICKSON, B.L.; ROBERTS, T. Objectification theory. **Psychol Women Q** v.21 n.2 p. 173. 1997
- FREITAS, M. C. S. et al. Hábitos alimentares e os sentidos do comer. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Mudanças alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan.** 35-42 2012
- GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa. 6ª ed. São Paulo. **Editora Atlas.** 1991
- GOLDSTEIN, R.F. et al. Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **JAMA.** v.371. p.2207-2225. 2017

GRAHAM, J. E. et al. Making Compromises: A qualitative study of sugar consumption behaviors during pregnancy. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. v. 45 n. 6. 2013.

GROTH, S.W.; SIMPSON, A.H.; FERNANDEZ, D. The Dietary Choices of Women Who are Low- Income, Pregnant, and African American. **Journal of Midwifery & Women's Health**. v. 61. p. 606-612. 2016

HARRISON, M.E. et al. Embodied Motherhood: Exploring Body Image in Pregnant and Parenting Youth. **Pediatr Adolesc Gynecol**. v.32 p. 44-50. 2019

HATATA, H. et al. Body image dissatisfaction and its relationships with psychiatric symptomatology, eating beliefs and self-esteem in Egyptian female adolescents. **Curr Psychiatry** v.16 n.1 p.35-45. 2009

HAYNOS, A. F., WANG, S. B., & FRUZZETTI, A. E. Restrictive eating is associated with emotion regulation Difficulties In A Non-Clinical Sample. **Eating Disorders: The Journal Of Treatment & Prevention**, v. 26 n. p. 5-12. 2018

HEERY, E. et al. Effects of dietary restraint and weight gain attitudes on gestational weight gain. **Appetite**. v. 107. p.501-510. 2016

HESLEHURST, N. et al. Implementation of weight and obesity control guidelines in pregnancy: a meta-synthesis of barriers and facilitators of health professionals using Theoretical Domains Framework. **Obesity Revista**. V. 15. 2014

HETHERINGTON, M.; ROLLS, B.J. Sensory-specific satiety: theoretical framwworks and central chatacteristics. In: Capaldi ED. Why we eat what we eat: the psychology of eating. Washington, DC. **American Psychological Association**. p. 267-290. 1996

HICKS, S.; BROWN, A. Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: the role of self-comparison. **Midwifery**. v.50 p. 132-140. 2016

HODGKINSON, E.L., SMITH, D.M., WITTKOWSKI, A. Women's experiences of theirpregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 14:1. 2014

HOLLAND, G., & TIGGEMANN, M. A Systematic Review of The Impact of The Use of Social Networking Sites on Body Image And Disordered Eating Outcomes. **Body Image**. V. 17. P. 100-110. 2016.

HURLEY, K.M. et al. Psychosocial Influences in Dietary Patterns During Pregnancy. **Journal of the American Dietetic Association**. v. 105 n.6. p. 963-966 p. 2005

HUTCHINSON, A. D. et al. Understanding maternal dietary choices during pregnancy: The role of social norms and mindful eating. **Appetite**, v. 112, p. 227-234, 2017.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. POF. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) and National Reserch Council (NRC) Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: **The National Academias Press**. 2009

IOM – Institute of Medice. Nutrition during Pregnancy, weight gain and nutrient supplements. Report of the Subcommite on Nutrition Status and weight gain during pregnancy, subcommite on Dietary intake and Nutrient supplements during Pregnancy, Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation, Food and Nutritrion Board. Washington DC. **The National Academy Press**. 1990

IOM – Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy and lactation: an implementation guide. Washington DC. **National Academy Press**. 1992

IOM – Institute of Medicine (US) and National Reserch Council (US) Comittee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidlines. In: Weight Gain During Pregnancy: Reexamning the Guidelines. Rasmussem, KM, Yaktine, AL, editors. The National Academies Press, 2009.

KABALI, C.; WERLER, M.M. Pre pregnant body mass index, weight gain and the risk of delivering large babies among non-diabetic mothers. **Int J Gynaecol Obstet**. v.97 p. 100-104. 2007.

KAC, G.et al. Gestational weight gain and pregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **J Nutr** v. 134. p. 661-666. 2004a

KAC, G. VELASQUEZ-MELELENDEZ, G. Gestational weight gain and macrossomia in a cohort of mothers and their children. **J. Pediatr** v. 81. p. 47-53. 2005.

KAZEMI, F.; NAHIDI, F.; KARIMAN, N. Disorders Affecting Quality of Life During Pregnancy: A qualitative Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v.11 (4). 2017

KEELY, A. . “If she wants to eat... and eat and eat.. fine! It’s gonna feed the baby”: Pregnant women and partners perceptions and experiences of pregnancy with a BMI > 40kg/m<sup>2</sup>. **Midwifery**. v. 49. p. 87-94. 2017.

KONNO, S.C.; BENICIO, M.H.D.; BARROS, A.J.D. Fatores associados à evolução ponderal de gestantes: uma análise multinível. **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 6, p. 995-1002. 2007.

KRASCHNEWSKI, J.L.et al. 'Dr. Google': does technology fill the gap created by the prenatal care visit structure? Qualitative focus group study with pregnant women. **J Med Internet Res**. V. 16 n. 6. 2014

LAGAN, B.M.; SINCLAIR, M.; KERNOHAN, G. What is the Impact of the Internet on Decision Making in Pregnancy? **A Global Study Birth** v. 38. p.3360 345. 2011

LEITE, A.C.B et al. Insatisfação em escolares em uma cidade de sul do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. v.24, n.1, p.54-61, 2014.

- LINNA, M.S. et al. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. **Am J Obstet Gynecol.** 211(4):392.e1–8. 2014
- LOBO, S. et al. Nutrition information in pregnancy; Where do women seek advice and has this changed over time? **Nutrition & Dietetics.** v.77. p. 382-391. 2020.
- MANN, T. et al. Medicare's Search of Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. **American Psychologist**, v. 62, n. 3, p. 220-233. 2007.
- MANSUR, L. H. B. Sem filhos: a mulher singular no plural, São Paulo: **Casa do Psicólogo.** 2003
- MELEIS, A. I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Aspen Publishers**, 12–28. 2000
- MELO, A.; ASSUNÇÃO, P.; GONDIM, S. Maternal nutritional status, gestational weight gain and birth weight. **Rev Bras Epidemiol** v. 10. p. 249-257. 2007.
- MERCER, R. T. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36:3, p. 226-232. 2004.
- MERLEAU-PONTY, M. Phenomenology of Perception . Londres: Routledge e Kegan Paul, 1962.
- MINAYO, M.C.S. Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2010.
- MORRISON, L. et al. Knowledge, behaviors, and social factors that influence pregnancy weight gain among youth ages 16-24 years. **J. Pediatr Adolesc Gynecol.** 2019
- MOURA, A.F.; ASCHEMANN-WITZEL, J. A downturn or a window of opportunity? How Danish and French parents perceive is healthy eating in the transition to parenthood. **Appetite.** v.150. 2020
- MOUSAVI, S.A. et al. Comparing the quality of life and psychological state of multiparous and primiparous women in ante-and postnatal periods: A cohort study. **Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.** v. 17 n.5 p.332-335. 2012
- MOTOSKO, C. C. et al. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. **International journal of women's dermatology**, v. 3 n.4 p. 219–224. 2017
- MUMFORD, S.; SIEGA-RIZ, A.; HERRING, A.; EVENSON, K. Dietary restraint and gestational weight gain. **Journal of the American Dietetic Association.** v., 108, n. 10, p. 1646-1653. 2008.
- NASH, M. Weighty matters: negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. **Feminism Psychol** v. 22. P. 307- 323. 2012
- NICHOLS, S.F.; GALESTOOT, S. BONDARIANZANDEH. D. et al. Dietary Changes Albertan Women Make During Pregnancy: Thematic Analysis of Self -Reported Changes and Reasons. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Reseach.** v.80 (1). 2019

- NIELSEN, J.N. et al. High gestational weight gain does not improve birth weight in a cohort of African American adolescents. **Am J Clin Nutr.** v. 84. p. 183-189. 2006
- NIKOLOPOULOS, H. et al. Women's perceptions of discussions about gestational weight gain with health care providers during pregnancy and postpartum: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth.** v. 17. n. 97 2017
- NOHR, E.A. et al. Combined associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. **Am J Clin Nutr.** v. 87. p. 1750-1759. 2008
- O'BRIEN, O. A., et al. Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. **Midwifery**, 47, 28–35. 2017
- PELCHAT, M. L.; SCHAEFER, S. Dietary monotony and food cravings in young and elderly adults. **Physiology & Behavior**, v.68(3), p. 353–359. 2000
- PHELAN, S. et al. Does behavioral intervention in pregnancy reduce postpartum weight retention? twelve-month outcomes of the Fit for delivery randomized trial. **Am J Clin Nutr.** v. 99 n.2 p. 302-311 2014
- PICK, M. E. et al. Assessment of diet quality in pregnant women using the Healthy Eating. **Journal of the American Dietetic Association.** v. 105, n. 2, p. 240-246. 2005.
- PLANTE, A.S. et al. Trimester-Specific Intuitive Eating in Association With Gestational Weight Gain and Diet Quality. **Journal of Nutrition Education and Behavior.** v. 0(0). 2019
- POLIVY, J.; COLEMAN, J.; HERMAN, P. The Effect of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters. **International Journal of Eating Disorders.** v.38 p. 301-309. 2005
- PONT, S.J. et. al. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. **PEDIATRICS**, v. 140, n. 6, 2017.
- RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Pregnancy and health-related quality of life: a cross sectional study. **Colombia Médica.** v.42(4): 476–81. 2011
- RELVAS, A. P. O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica (3ª ed.). Porto, Portugal: **Afrontamento.** 2004
- ROGER, D. et al. Pregnant women's use of information and communications Technologies to access pregnancy related health information in South Australia. **Aust J Prim Health** v. 19(4) p. 308-312. 2013
- ROOMRUANWONG, 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 & Reproductive Healthcare.** v.13 p. 103-109. 2017
- SCHALLA, S. WITCOMB, G.L.; HAYCRAFT, E. Body Shape and Weight Loss as Motivators for Breastfeeding Initiation and Continuation. **International Journal of Environmental Research and Public Health.** v.14 n.7. p. 754. 2017

- SCHIEVE, L.A et al. . Pregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. **Obstet Gynecol** v. 96 n.2. p. 194-200. 2000
- SCHILDER, P. F. **A imagem do corpo**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999.
- SEBASTIAN, G. et al Eating Disorders During Gestation: Implications of for Mother's Health, Fetal Outcomes and Epigenetic changes. **Frontiers on Pediatrics** v. 587. 2020
- SHLOIM, N. et al. Israeli and British women's wellbeing and eating behaviours in pregnancy and the postpartum. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. v. 37. p. 123-138 2018
- SIEGA-RIZ, A.M.et al. A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth and postpartum weight retention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 201. p. 339. 2009
- SINGH, M. Mood, food and obesity. **Front Psychol**. V.5 2014
- SKOUTERIS, H, CARR, R, WERTHEIM, EH. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. **Body Image** 2(4): 347–361. 2005
- SKOUTERIS, H. Body image issues in obstetrics and gynecology. In: Cash, T, Smolak, L (eds) **Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention**. New York: Guilford Press, pp. 342–349. 2011
- SMITH, M. et al. The relationship between digital media use during pregnancy, maternal psychological wellbeing, and maternal-fetal attachment. **PlosONE**. v. 15 n. 12. 2020.
- STRANG, V.R, SULLIVAN, P.L. Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. 14(4):332-7. 1985.
- STULBACH T.E. et al. Determinantes do ganho ponderal excessivo durante a gestação em serviço público de pré-natal de baixo risco. **Rev Bras Epidemiol**. v. 10, n. 1, p. 99-108. 2007
- SUI, Z., TURNBULL, D., DODD, J. Enablers and barriers to making healthy change during pregnancy in overweight and obese women. **Australasian Medical Journal** v.6 p.565–577. 2013a
- SUI, Z., TURNBULL, D.A., DODD, J.M. Overweight and obese women's perceptions about making healthy change during pregnancy: a mixed method study. **Maternal and Child Health Journal** v.17, p. 1879–1887, 2013
- THOMPSON, K.J. et al. Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance. **American Psychological Association**; 1999
- TONIN, L. et al. Diário de campo na pesquisa qualitativa de enfermagem: da teoria à prática. In: **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Vol.2.Porto Alegre: Moriá, p. 373-398. 2018

- VACHKOVA, E. et al. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. **Health Qual Life Outcomes**. v. 11. 2013
- VAN DER WIJDEN, C.L. et al. A longitudinal study on the relationship between eating style and gestational weight gain. **Appetite**. V. 83 p. 304-308. 2019
- VAZ, D.S.S.; BENNEMANN, R.M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá Review**. v.20 n.1. p. 108-112. 2014
- WATSON, B. et al: A qualitative exploration of body image experiences of women progressing through pregnancy. **Women Birth** 2016
- WHITAKER, K.M. et al. Patient and provider perceptions of weight gain physical activity and nutrition counseling during pregnancy: a qualitative study. **Womens Health Issues**. V. 26 n.1. p.116-122. 2016
- WISE, N.J. Pregnant Adolescents, Beliefs About Healthy Eating, Factors that Influence Food Choices and Nutrition Education Preferences. **J Midwifery Womens Health**. v.60 n.4. 2015
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
- YEE, L.M. et al. Social and Environmental Barriers to Nutrition Therapy for Diabetes Management Among Underserved Pregnant Women: A qualitative Analysis. **Journal Nutrition Education Behavior**. v. 48(3) p. 170-180. 2016

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Qual seu sentimento em relação a gestação? Como está se sentindo?
2. Me conta um pouco sobre sua alimentação agora que está grávida.
3. Como sua alimentação faz você se sentir? Como você descreveria isso? (Antes e agora).
4. Você ingere algum alimento que não gosta (gosto, textura, cheiro, sabor) por acreditar ser bom para sua saúde e para a saúde do bebê?
5. E os desejos? Me conte um pouco sobre eles (o que pensa sobre, se tem, já teve, atendeu, quais mitos em volta dos desejos).
6. Como você acha que os desejos alimentares impactam na sua saúde e na do seu bebê?
7. Como era sua alimentação antes da gravidez? (Regras/ dietas/oferta/escolhas).
8. O que você pensa sobre fazer dietas para controle de peso durante a gravidez?
9. Como você se sente ao restringir alimentos para controlar o peso?
10. O que pensa sobre isso?
11. Como você acredita que deve ser a alimentação da gestante?
12. Quais dificuldades você enfrenta?
13. Como você se enxerga? (Como é sua autoimagem).
14. Como é para você o corpo grávido?
15. Como se sente sobre ganhar peso na gravidez?
16. Como seus sentimentos atuais sobre seu peso e forma diferem daqueles que você teve antes da gravidez?
17. Como foram as orientações que você recebeu sobre ganho de peso na gravidez?
18. De quem foi?
19. O que você pensa sobre essas informações?
20. Como é para você as modificações causadas a seu corpo devido à gravidez?
21. Você fez alguma mudança nas suas escolhas alimentares devido à gravidez? Se sim: o que motivou essas mudanças? Se não, porque não?
22. O que influencia/motiva sua escolha pelos alimentos? Por que você come?
23. Como alterações de humor influenciam suas escolhas alimentares?

24. Como pessoas (parceiro (a), mãe, sogra, amigos, colegas de trabalho) influenciam no que e no quanto você come?
25. Como o sabor e gosto (qualidades sensoriais) dos alimentos interferem na sua escolha de consumi-los?
26. Isso (qualidades sensoriais) é um fator importante para você na hora de escolher o que comer?
27. Mais alguma coisa interfere na sua escolha de alimentos?
28. Diante de tudo isso que conversamos, tem algo que você julga importante e que não abordamos? Gostaria de acrescentar alguma coisa?
29. Você tem alguma expectativa em relação ao seu corpo no pós-parto?

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
LAVRAS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMENTO E PRÁTICAS ALIMENTARES NAS FASES DA GESTAÇÃO, AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR

**Pesquisador:** Lillian Gonçalves Teixeira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10989519.5.0000.5148

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Lavras

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.362.629

**Apresentação do Projeto:**

As participantes do projeto serão gestantes com idade igual ou superior a 18 anos. O estudo será dividido em 5 fases:

**1ª fase:** Caracterização da amostra a partir do recrutamento em consultas de pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família – ESF e

em consultórios particulares de médicos ginecologistas do município de Lavras, Minas Gerais com aplicação de questionários referentes aos dados sociodemográficos, obstétricos e ao comportamento alimentar. Além disso, haverá coleta de dados antropométricos e exames bioquímicos do cartão da gestante.

**2ª fase:** Avaliação

qualitativa com entrevista e análise em profundidade das práticas e comportamento alimentar na gestação a partir de uma seleção individual de participantes (amostra por saturação) que apresentarem comportamento alimentar disfuncional de acordo

com os resultados dos questionários aplicados.

**3ª fase:** Intervenção em grupo com abordagem baseada no Aconselhamento Nutricional

utilizando uma sistemática de atendimento

nutricional que significa autoconhecimento, consciência e intuição, baseado nos princípios da Alimentação Intuitiva - Intuitive Eating e na filosofia do