



Alterações do comer intuitivo em fases relacionadas a gestação: antes, durante e após

Débora Maria Bastos Silva

Discente

Profa. Dra. Lílian Teixeira Gonçalves

Orientadora

Gabrielly Cássia de Paula Botelho

Co-orientadora

LAVRAS – MG

2021

Alterações do comer intuitivo em fases relacionadas a gestação: antes, durante e após

Changes in intuitive eating in pregnancy-related stages: before, during and after pregnancy

Resumo

A gravidez é uma fase em que o corpo da mulher passa por diversas transformações, inclusive aquelas associadas a alimentação. Esse estudo teve como objetivo investigar o comer intuitivo em mulheres antes, durante e após a gestação, e sua correlação com o índice de massa corporal (IMC) pós-gestacional. Foi realizado um estudo longitudinal na cidade de Lavras – MG com participantes recrutadas nas salas de espera de consultas de pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), ambulatórios médicos especializados (AME) e consultórios ginecológicos particulares do município. Os dados antropométricos foram compilados do cartão da gestante. O comer intuitivo foi avaliado por meio do *Intuitive Eating Scale-2*, autoaplicado. Foram recrutadas 109 mulheres, que responderam ao questionário em todas as avaliações. A média dos valores globais do comer intuitivo durante a gestação ($3,43 \pm 0,50$) foram superiores quando comparados aos valores do antes da gestação ($3,34 \pm 0,54$). Valores intermediários foram incluídos no pós-parto ($3,41 \pm 0,49$). Foi observada correlação negativa significativa entre o comer intuitivo durante a gestação ($-0,231$), no pós-parto ($-0,213$) e o IMC do pós-parto. As mulheres passam a comer de forma mais intuitiva durante a gestação e reduz a níveis intermediários no pós-parto. Além disso, comer de forma intuitiva está associado ao melhor estado nutricional depois da gestação.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Nutrição materna. Índice de massa corporal.

Abstract

Pregnancy is a stage where the woman's body pass through several transformations which may be associated with nutrition. This study aimed to investigate the women intuitive eating before, during and after pregnancy, and its correlation with post-pregnancy body mass index (BMI). A longitudinal study was carried out in the city of Lavras – MG. The participants were recruited in the waiting rooms of prenatal consultations in the Family Health Strategies (FHSs), specialized medical clinics (SMC) and in the private gynecological offices. Anthropometric data were compiled from the pregnant woman's card. The Intuitive eating was assessed by using the self-administered *Intuitive Eating Scale-2*. 109 women were recruited, who answered the questionnaire in all the necessary assessments. The average of the global values of intuitive eating during pregnancy (3.43 ± 0.50) were higher when compared to values before pregnancy (3.34 ± 0.54). Intermediate values were included in the postpartum (3.41 ± 0.49). There was a significant negative correlation between intuitive eating during pregnancy (-0.231), postpartum (-0.213) and postpartum BMI. The women started to eat more intuitively during pregnancy and reduced to intermediate levels in the postpartum period. In addition, eating intuitively is associated with better nutritional status after pregnancy.

Key words: Eating behavior. Maternal nutrition. Body mass index.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico natural que traz mudanças (anatômicas, hormonais, funcionais) para o corpo da mulher do início da gestação até o fim, com o objetivo de criar um ambiente propício para que o feto se desenvolva⁽¹⁾. Mesmo que a composição do corpo seja igual para todos os seres humanos, sua individualidade permanece, já que é por meio dele que se manifesta a individualidade e que acontece o relacionamento com o mundo e com as demais pessoas⁽²⁾.

Além das mudanças corporais naturais da gestação, a mulher pode vir a adquirir um novo ponto de vista quanto aos alimentos e sua forma de se alimentar. Gostos e cheiros de alguns alimentos podem ganhar uma nova perspectiva⁽³⁾.

A alimentação adequada é essencial em qualquer fase gestacional, visando promover, manter e recuperar a saúde, bem como prevenir doenças. Na gravidez os níveis de nutrientes nos tecidos e fluidos maternos se alteram e as necessidades nutricionais da gestante aumentam. Ajustes nutricionais devem ser realizados baseados no crescimento e desenvolvimento fetal, mas também no desfecho gestacional positivo⁽⁴⁾.

Conforme o estudo de Bueno⁽⁵⁾, as gestantes nem sempre apresentam uma dieta apropriada quanto à quantidade de refeições diárias, a demanda energética e as recomendações de vitaminas, cálcio e ferro. Isso pode ocorrer devido a escolhas alimentares conforme a condição socioeconômica, aceitação ou não da gestação, faixa etária, horários próprios para realização das refeições, tabus e estética.

De acordo com Paterson⁽⁶⁾, o ganho de peso gestacional em excesso está associado a um aumento da incidência de resultados adversos à saúde para mães e crianças, incluindo muitas condições relacionadas à gravidez e, após a gravidez, a um aumento da probabilidade de obesidade entre mães e crianças. Ledoux⁽⁷⁾ citou como possíveis complicações perinatais o ganho de peso excessivo, diabetes gestacional, distúrbios hipertensivos, parto prematuro, macrossomia, recém-nascidos grandes para a idade gestacional e parto cesáreo. Entre os riscos pós-natais estão a retenção de peso pós-parto materna, obesidade materna e obesidade infantil. A obesidade pré-concepção combina riscos perinatais e pós-natais. Para Pereira⁽⁸⁾, a prática de exercícios físicos e a mudança de hábitos alimentares devem ser estimulados com finalidade de evitar ou reduzir tais complicações.

A fase do pós-parto, conhecida como puerpério, também traz alterações hormonais, transformações internas e externas, tais como mudanças de hábitos alimentares que permanecem e poderão interferir na saúde e no dia a dia da mulher⁽⁹⁾. Quando os hábitos

alimentares acompanham a cultura da região, a qual pode ser composta por alimentos calóricos, por exemplo, e sofre interferências familiares pode ocorrer uma nutrição desequilibrada trazendo efeitos negativos para o organismo da puérpera⁽¹⁰⁾. Nessa fase também são observadas intensas mudanças psíquicas que demandam cuidados nutricionais que deverão ir além dessa etapa⁽⁹⁾.

O estudo do comportamento de gestantes e puérperas se torna relevante, já que tanto durante, quanto após a gestação podem ocorrer transtornos alimentares que interferem de maneira negativa no desenvolvimento da criança, levando as futuras mães a insatisfação, angústia, culpa e vergonha⁽¹¹⁾.

O comer intuitivo é definido como a forma de comer alimentos ouvindo e adaptando-se à fome física, saciedade e sinais de saciedade dados naturalmente pelo corpo do indivíduo. O conceito de alimentação intuitiva também é caracterizado por definições como alimentação normal, alimentação adaptativa, alimentação sábia e alimentação consciente⁽¹²⁾.

É baseado em dez princípios: rejeitar a mentalidade da dieta, honrar a fome, fazer as pazes com a comida, desafiar o 'policia alimentar', sentir saciedade, descobrir o fator de satisfação ao comer o que sente vontade, lidar com as emoções sem usar a comida como válvula de escape, respeitar o seu corpo, praticar exercícios físicos de forma prazerosa e honrar a saúde usando conhecimentos nutricionais para optar por alimentos saudáveis, consumidos com consciência e prazer⁽¹³⁾.

O Comer Intuitivo é composto por subescalas: "Permissão incondicional para comer", que propõe o consumo alimentar associado com a identificação de necessidade física (fome) sem classificar ou restringir alimentos; "Comer por razões físicas ao invés de emocionais", que trata de formas de entender os contextos emocionais que permeiam o consumo alimentar; a "Confiança nos sinais de fome e saciedade" (maior no Grupo Compulsivo), que reflete quanto os indivíduos respeitam e se organizam, de acordo com a intensidade das sensações internas para iniciar e terminar a refeição⁽¹⁴⁾.

Um estudo recente nos Estados Unidos investigou a relação direta entre o comer intuitivo pré-gestacional e o ganho de peso gestacional, além de ser fator protetivo contra o ganho demasiado de peso durante a gestação⁽⁷⁾. Porém, ainda é pequena a quantidade de estudos que tentam identificar a correlação entre o comer intuitivo antes e ao longo da gestação, especialmente na população brasileira. Além disso, autores como Hazzard⁽¹⁵⁾ têm sugerido que o comer intuitivo seja inserido na prática clínica e nas intervenções educacionais

que têm como finalidade ajudar na saúde mental e diminuir a quantidade de condutas alimentares disfuncionais.

Na perspectiva do comer intuitivo, um estudo observou que essa prática vem auxiliando mulheres com diabetes mellitus gestacional a controlar a glicemia durante e depois da gestação⁽¹⁶⁾, pode trazer satisfação com imagem corporal, atitudes alimentares menos disfuncionais e baixo sintoma de depressão em mulheres depois do parto⁽¹⁷⁾.

Acredita-se que, durante o período gestacional existe maior motivação das gestantes para cuidar de sua saúde, o que inclui a atenção voltada para os comportamentos alimentares⁽¹⁸⁾. No entanto, essa conduta muda quando o bebê nasce, pois a mãe deixa de se preocupar consigo mesma e se volta completamente para os cuidados com o bebê. Torna-se prioridade amamentar o bebê, o que lhe deixa cansada e provoca dor física, aprender a lidar com o choro, a higienização e conforto dessa criança, além de problemas com o sistema familiar que pode incluir carência de espaço, dificuldade na realização de tarefas domésticas e até mesmo econômicas⁽¹⁹⁾.

Esse estudo teve como objetivo analisar o comer intuitivo antes, durante e depois da gestação e sua relação com índice de massa corporal pós-gestacional.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

O estudo realizado é de natureza longitudinal e integra um projeto prospectivo em andamento nomeado como Avaliação do Estado Nutricional, Comportamento e Práticas Alimentares nas fases da Gestação, Amamentação e Introdução Alimentar (CAGESLACT), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Lavras (CAAE: 10989519.5.0000.5148).

O cálculo do tamanho amostral – realizado para o projeto base – foi feito com o auxílio do programa Statcalc do software Epi-info 7.2, considerando o número total de média de nascidos vivos em Lavras nos anos de 2013 a 2017 (n=1.396), uma prevalência de 5,5%⁽²⁰⁾ de gestantes com preocupação excessiva em relação ao peso corporal, com precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando em um tamanho amostral mínimo de 76 gestantes. Devido à possibilidade de perdas amostrais e ao planejamento amostral Luiz⁽²¹⁾ sugeriu

acrescentar a amostra em 40%, perfazendo um total de 107 gestantes para realização da pesquisa.

Gestantes com idade igual ou superior a 18 anos que realizavam o pré-natal em Lavras foram convidadas a participar do projeto, durante a espera para a consulta médica nas estratégias da saúde da família e consultórios particulares de ginecologistas/obstetras do município. Nesse momento, as mulheres respondiam questões referentes ao período gestacional e ao período anterior à gestação. A coleta ocorreu de julho de 2019 a janeiro de 2020.

Depois de assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, realizou-se as entrevistas para coleta de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos. Dados antropométricos (peso e altura) foram coletados do cartão da gestante. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e classificado segundo a OMS⁽²²⁾ para o pré-gestacional e segundo Atalah⁽²³⁾, empregada pelo Ministério da Saúde⁽²⁴⁾, para o IMC.

Após 3-4 meses pós-parto, as mulheres foram contactadas, por telefone (devido ao isolamento decorrente da pandemia de COVID19) e usando formulários virtuais no Google Forms, enviados por e-mail, para nova entrevista (março de 2020 a fevereiro de 2021).

O comer intuitivo foi avaliado através do questionário *Intuitive Eating Scale-2*, que foi auto preenchido.

2.2 Avaliação do comer intuitivo

Silva⁽²⁵⁾ ao utilizar em seu estudo a *Intuitive Eating Scale-2*⁽²⁶⁾ que apresenta 23 itens, observou a segmentação em quatro subescalas:

- a) Permissão Incondicional para Comer (UPE): se permitir comer sem classificar os alimentos em proibidos e permitidos;
- b) Comer por Razões Físicas e Não Emocionais (EPRER): comer para satisfazer a fome e não para lidar com flutuações emocionais;
- c) Dependência de Sinais Internos de Fome e Saciedade (RHSC): para determinar quando e quanto comer;
- d) Congruência nas Escolhas Alimentares para o Corpo (B-FCC): permitindo uma boa nutrição para o corpo.

A escala citada acima foi autoaplicada, sendo adicionados para cada subescala as alternativas “antes da gestação” e “durante a gestação”. Da mesma maneira o questionário

virtual foi autoplicado no momento do pós-parto As respostas receberam pontuação de 1 a 5, onde 1 significa “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente” (tipo *Likert*).

2.3 Análises estatísticas

A tabulação dos dados foi realizada com o software EPI INFO versão 7.2 com dupla digitação e validação dos dados. As análises estatísticas foram realizadas usando o *software Statistical Pac Sciences (SPSS)* versão 20 e a obtenção dos aspectos de decisão estatística foram alcançadas adotando-se o nível de significância 5%. Avaliou-se a normalidade das variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk.

Foram realizadas análises de frequência e aplicado o teste ANOVA um fator com medidas repetidas, para análise da diferença entre a pontuação do comer intuitivo antes da gestação, durante e no período do pós-parto. O pós teste Bonferroni foi utilizado para avaliar a diferença entre os grupos. Além disso, foi utilizado correlação de Serman para as variáveis quantitativas do IMC pós-gestacional em relação ao comer intuitivo antes, durante e após a gestação.

3 RESULTADOS

Durante a coleta, foram recrutadas 200 gestantes. Dessas, 109 preencheram e relataram os todos os dados nos dois momentos da pesquisa. A média de idade das mulheres foi de 28,5 anos, sendo o mínimo 18 e máximo 42 anos. 66,1% (72) foram acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS e 33,9% (37) pelas unidades particulares. Em relação ao estado civil, a maioria 62,4% (68), possuía companheiro. Em relação à renda familiar, a maior parte das mulheres, 51,4% (56), relatou renda de um a dois salários mínimos (Tabela 1).

No que concerne ao IMC pré-gestacional, a média foi de 26,23 kg/m² (6,362) e se encontrava adequada a classificação. Quanto ao IMC gestacional 13,3% (14) foram classificadas como baixo peso, 34,3% (36), como adequado, 27,5% (30) como sobrepeso e 23,8% (30) como obesidade. 34,6% (36) das mulheres da pesquisa não ganharam peso de forma suficiente e 31,7% (33) ganharam peso excessivo. Em relação ao IMC do pós-parto, a média foi de 26,82 kg/m² (5,528) e 37,1% (36) estavam dentro do esperado sendo classificadas como eutróficas (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra estudada, segundo características socioeconômicas, demográficas e obstétricas.

Variáveis	% (n)
Idade – Média (DP)	28,5 (18, 42)
Tipo de assistência	
Sistema Único de Saúde	66,1 (72)
Particular	33,9 (37)
Cor da pele	
Branca	33,9 (37)
Negra	20,2 (22)
Parda	45,0 (49)
Escolaridade	
Ensino primário	10,1 (11)
Ensino médio	53,1 (58)
Ensino superior	36,6 (40)
Estado civil	
Sem companheiro	37,6 (41)
Com companheiro	62,4 (68)
Renda familiar	
< 1 salário*	14,7 (16)
1 a 2 salários	51,4 (56)
> 2 salários	34,0 (37)
Gestação planejada	
Não	60,6 (66)
Sim	43,0 (39,4)
Número de Gestação	
Primeira	41,3 (45)
2 ou mais	58,7 (64)
Trimestre gestacional	
Primeiro	15,6 (17)
Segundo	43,1 (47)
Terceiro	41,3 (45)
IMC pré-gestacional – Média (DP)	26,23 (6,362)
Baixo peso	2,9 (3)
Adequado	46,7 (49)
Sobrepeso	29,5 (31)
Obesidade	21,0 (22)
IMC gestacional	
Baixo peso	13,3 (14)
Adequado	34,3 (36)
Sobrepeso	27,5 (30)
Obesidade	23,8 (25)
Ganho de peso gestacional final	
Insuficiente	34,6 (36)
Adequado	33,7 (35)
Excessivo	31,7 (33)

IMC no pós-parto	26,82 (5,528)
Baixo peso	5,2 (5)
Adequado	37,1 (36)
Sobrepeso	35,1 (34)
Obesidade	22,7 (22)

* Salário mínimo de R\$998,00 (JULHO/2019)

Em média, os valores globais do comer intuitivo durante a gestação ($3,43 \pm 0,50^b$) foram superiores quando comparados aos valores do antes da gestação ($3,34 \pm 0,54^a$). Valores intermediários foram observados no pós-parto ($3,41 \pm 0,49^{a,b}$), ou seja, as mulheres começam a comer mais intuitivamente na gestação e no pós-parto isso é reduzido a valores intermediários (Tabela 2).

Quando observadas as subescalas do comer intuitivo nos três momentos analisados, a subescala “Comer por razões físicas em vez de emocionais (EPRER)”, os valores médios durante a gestação ($3,63 \pm 0,86^a$) foram maiores que no momento de pós-parto ($3,42 \pm 0,85^b$). Na subescala “Congruência de escolha corpo-comida (B-FCC)”, durante a gestação obteve-se maior pontuação ($3,29 \pm 1,08^b$) em relação ao antes ($3,06 \pm 1,07^a$), e valores intermediários no pós-parto ($3,25 \pm 0,96^{a,b}$). Em contrapartida, “Dependência de sinais de fome e saciedade (RHSC)” mostrou maior pontuação depois da gestação ($3,29 \pm 0,78^b$), quando comparado com antes da gestação ($3,01 \pm 0,90^a$), e valores intermediários foram incluídos durante a gestação ($3,14 \pm 0,87^{a,b}$). Já a subescala “Permissão para comer quando está com fome (UPE)” não obteve significância em seus resultados.

Tabela 2 – Avaliação comer intuitivo e suas subescalas antes, durante e depois da gestação.

Comer intuitivo	Antes da gestação	Durante a gestação	Pós-parto
Pontuação Global	$3,34 \pm 0,54^a$	$3,43 \pm 0,50^b$	$3,41 \pm 0,49^{a,b}$
UPE	$3,53 \pm 0,72$	$3,55 \pm 0,68$	$3,59 \pm 0,64$
EPRER	$3,54 \pm 0,91^{a,b}$	$3,63 \pm 0,86^a$	$3,42 \pm 0,85^b$
RHSC	$3,01 \pm 0,90^a$	$3,14 \pm 0,87^{a,b}$	$3,29 \pm 0,78^b$
B-FCC	$3,06 \pm 1,07^a$	$3,29 \pm 1,08^b$	$3,25 \pm 0,96^{a,b}$

Permissão incondicional para comer quando está com fome (UPE); Comer por razões físicas em vez de emocionais (EPRER); Dependência de sinais de fome e saciedade (RHSC); Congruência de escolha corpo-comida (B-FCC). Teste ANOVA um fator com medidas repetidas. Pos teste Bonferroni. Letras diferentes indicam $p < 0,05$.

Constatou-se correlação negativa significativa entre o comer intuitivo durante a gestação (-0,231) e no pós-parto (-0,213), quando associado ao IMC pós-parto (Tabela 3). Em relação a subescala “Permissão incondicional para comer quando está com fome (UPE)”, a significância negativa foi apenas durante a gestação (-0,284). Já a subescala “Comer por razões físicas em vez de emocionais (EPRER)”, apresentou correlação negativa apenas depois da gestação (-0,220).

Tabela 3 - Correlação entre a pontuação do comer intuitivo e suas subescalas antes, durante e depois da gestação e o IMC 3-4 meses pós-parto. (continua)

Comer intuitivo	IMC pós-gestacional (3 – 4 meses)
Pontuação Global	
Antes	-0,198
Durante	-0,231 *
Depois	-0,213 *
UPE	
Antes	-0,129
Durante	-0,284 *
Depois	-0,093
EPRER	
Antes	-0,168
Durante	-0,178
Depois	-0,220 *
RHSC	
Antes	-0,225
Durante	-0,221
Depois	-0,144
B-FCC	
Antes	-0,191
Durante	-0,190
Depois	-0,018

Teste Correlação de Spearman *Correlações significantes ($p < 0,05$).

Permissão incondicional para comer quando está com fome (UPE); Comer por razões físicas em vez de emocionais (EPRER); Dependência de sinais de fome e saciedade (RHSC); Congruência de escolha corpo-comida (B-FCC).

4 DISCUSSÃO

Observou-se nesse estudo que o comer intuitivo trouxe melhorias para a mulher durante a gravidez e, apesar do estudo de Lee⁽¹⁷⁾ mostrar que isso pode perdurar após o parto, nesse estudo o comer intuitivo foi menos utilizado depois do parto. Pode ser que as mulheres comam mais intuitivamente durante a gestação, porque esse período é repleto de preocupações, mas no pós-parto elas relaxam os cuidados. Essas mesmas mulheres se

alimentam melhor antes da gestação, porém não mantêm a qualidade dessa alimentação no período gestacional.

O comer intuitivo aumenta durante a gravidez, o que talvez possa ocorrer em razão das diversas alterações pelas quais o corpo feminino passa nessa etapa^(1,2,3).

Foi observada correlação negativa entre o comer intuitivo durante a gestação e no pós-parto, e o IMC pós-parto. Esses achados corroboram com estudos que revelaram que práticas alimentares mais intuitivas previam menores IMC pós-parto quando as mulheres continuam a praticar atividades físicas, o que pode mantê-lo IMC inicial e na gravidez^(6,27). O IMC também foi reduzido no estudo de Quansah⁽¹⁶⁾ ao avaliar gestantes com Diabetes Mellitus. Como a retenção de peso pós-parto é um desafio para muitas mulheres, seguir uma abordagem alimentar mais intuitiva para o consumo alimentar pode auxiliar na perda de peso pós-parto⁽²⁷⁾.

A subescala “Comer por razões físicas em vez de emocionais” nesse estudo foi maior durante a gravidez quando comparado a antes e depois do parto. Já a “Dependência de sinais de fome e saciedade” obteve maior pontuação depois da gestação. Quansah⁽¹⁶⁾ comprovaram que essas duas subescalas na primeira consulta de controle de diabetes mellitus gestacional (DMG) estavam associadas a menor peso quando comparadas antes da gravidez. Além disso, a subescala “Comer por razões físicas em vez de emocionais” foi associada à hemoglobina glicada (HbA1c) e à glicemia de jejum na primeira consulta de forma negativa. Porém, após a adesão ao comer intuitivo, essas mesmas subescalas foram associadas a menor peso ao final da gravidez, IMC e glicemia de jejum de 6 a 8 semanas após o parto.

A subescala “Permissão incondicional para comer quando está com fome”, não obteve significância em seu resultado, o que talvez se explique em razão das mulheres somente se alimentarem no momento em que sentem fome, pois essa subescala, segundo Oliveira⁽¹⁴⁾ sugere que o consumo alimentar esteja associado com a identificação de necessidade física (fome). Já a subescala “Congruência de escolha corpo-comida” foi maior durante a gestação em relação ao antes e depois, já que se trata de uma subescala que considera a inclinação do indivíduo para atender ao funcionamento de seu corpo⁽¹⁴⁾. Nesse sentido Duarte⁽²⁸⁾ ressaltou que comer intuitivamente pode ter um efeito protetor importante contra uma forma reativa de comer diante de experiências emocionais negativas. O cultivo da alimentação intuitiva pode promover a conscientização de quando comer ou não em uma alimentação com base em sinais internos de fome e saciedade, em vez de sinais emocionais.

Diminuir o peso adquirido durante a gravidez após o parto é possível, desde que a alimentação da mulher seja adequada e os alimentos consumidos sejam saudáveis e adequados para atingir o objetivo de perder peso, porém com qualidade de vida^(17,29).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que mulheres na fase gestacional se alimentam de forma mais intuitiva, o que é reduzido a níveis intermediários no pós-parto. Além disso, maiores pontuações do comer intuitivo foram associadas a menores IMC pós-parto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 Almeida IKC. Hábito alimentar gestacional intercorrências obstétricas: uma revisão de literatura [monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2015.
- 2 Gandolfi FRR, Gomes MFP, Reticena KO, Santos MS, Damini NMAV. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Braz J Surg Clin Research*. 2019 Jun./Ago;27(1):126-131.
- 3 Silva LS, Pessoa FB, Pessoa DTC. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. *Rev Fac Montes Belos*. 2015;8(1):2-16.
- 4 Barreto AS, Santos DB, Demétrio F. Orientação nutricional no pré-natal segundo estado nutricional antropométrico: estudo com gestantes atendidas em unidades de saúde da família. *Rev Baiana Saud Públ*. 2013;4(37):952-968.
- 5 Bueno AA, Beserra JAS, WEBER ML. Características da alimentação no período gestacional. *Life Style*. 2016;3(3):29-42.
- 6 Paterson H, Treharne GJ, Horwarth C, Haszard JJ, Herbison P, Hay-Smith EJC. Intuitive eating and gestational weight gain. *Eating Behaviors*. 2019 Jul;34:1-5.
- 7 Ledoux T, Daundasekara S, Beasley A, Robinson J, Sampson M. The association between pre-conception intuitive eating and gestational weight gain. *Eat Weight Disord*. 2021 Mar;26(2):467-474.
- 8 Pereira BG. Diabetes gestacional: seguimento após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2014;36(11):481-483.
- 9 Moreira LN, Barros DC, Baião MR, Cunha MB. “Quando tem como comer, a gente come”. *Physis*. 2018;28(3):e280321.

- 10 Costa CC. Atenção nutricional materno-infantil no puerpério. *Ciência ET Praxis*. 2018;11(22):23-29.
- 11 Vianna M, Vilhena J. Para além dos nove meses: uma reflexão sobre os transtornos alimentares na gestação e puerpério. *Trivium*. 2016 Jun;8(1):96-109.
- 12 Bilici S, Kocaadam B, Mortas H, Kucukerdonmez O, Koksall E. Intuitive eating in youth: its relationship with nutritional status. *Rev. Nutr.* 2018;31(6):557-565.
- 13 Almeida CB, Furtado CC. Comer intuitivo. *Rev. Unilus Ens Pesq.* 2017 Out/dez;14(37):1-9.
- 14 Oliveira J, Cordás TA. Comportamento alimentar, consumo de substâncias não alimentares e urgência negativa em mulheres. *Einstein*. 2020;18:1-8.
- 15 Hazzard VM, Telke SE, Simone M, Anderson LM, Larson NI, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018. *Eating and Weight Disorders*, 2020.
- 16 Quansah DY, Gilbert L, Gross, Horsch A, Puder JJ Intuitive eating is associated with improved health indicators at 1-year postpartum in women with gestational diabetes mellitus. *J Health Psychol.* 2021 Jul;26(8):1168-1184.
- 17 Lee MF, Williams SL, Burke KJ. Striving for the thin ideal post-pregnancy: a cross-sectional study of intuitive eating in postpartum women. *J Reprod Inf Psychol.* 2020;38(2):127-138.
- 18 Carbonneau, E, Pelletier, L, Bégin, C, Lamarche B, Bélanger M, Provencher V. et al. Individuals with self-determined motivation for eating have better overall diet quality: Results from the PREDISE study. *Appetite*, 2021;165:105426.
- 19 Gonçalves ARS. Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Sísifo. Rev Ciênc Educ.* 2008;5:59-68.
- 20 Soares RM, Nunes MA et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. *Int J Eat Disord.* 2009 Jul;42(5):387–393.
- 21 Luiz RR, Magnanini MMF. Alógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saud Colet.* 2000;8(2):9-28.
- 22 Organização Mundial da Saúde – OMS. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO; 1995.
- 23 Atalah Samur E, Castillo LC, Castro Santoro R, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev méd Chile.* 1997;125(12):1429-1436.

24 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2021 Set 10]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>

25 Silva WR, Neves AN, Ferreira L, Campos JADB, SwamiV. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. *Eat Weight Disord.* 2020 Feb;25(1):221–230.

26 Tylka TL, Van Diest AMK. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Counsel Psych.* 2013;60(1):137-153.

27 Leahy K et al. The relationship between intuitive eating and postpartum weight loss. *Matern Child Health*, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2017.

28 Duarte C, Gouveia JP, Mendes A. Psychometric Properties of the Intuitive Eating Scale -2 and Association with Binge Eating Symptoms in a Portuguese Community Sample. *J Int Psicol Terap Psicol.* 2016;16(3):329-34.

29 Gomes CB, Vasconcelos LG, Cintra RMGC, Dias LCG, Carvalhaes MABL. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. *Cienc Saúde Colet;* 2019;24(6):2293-2306.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário sociodemográfico e clínico obstétrico

1. FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ID: _____

(1) SUS (2) PARTICULAR Local da coleta: _____

Equipe: _____

Data da coleta: _____

- Nome: _____
- Data de nascimento: ____/____/____
- Telefone/ celular: () _____
- Endereço completo (bairro): _____
- Estado civil atual: (1) Solteira (2) União estável (3) Casada (4) Divorciada (5) Outro: _____
- Qual a cor que você considera da sua pele: (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena
- Mais alto nível de escolaridade alcançada:
(1) Nenhuma
(2) Primário incompleto ou ensino fundamental incompleto (3) Primário completo ou ensino fundamental completo
(4) Ensino Médio incompleto (5) Ensino Médio completo
(6) Curso Técnico incompleto (7) Curso Técnico completo
(8) Curso superior incompleto (9) Curso superior completo
(10) Pós-graduação (11) Outro Qual? _____
- Qual o total da renda mensal da família (considere 1 salário igual a R\$ 998,00)? DISCO
(1) menos de 1 salário (2) 1 a 2 salários (3) 2 a 3 salários (4) acima de 3 salários
- Quantas pessoas vivem na sua casa (incluindo você)?
(1) até 2 pessoas (2) 3 pessoas (3) 4 pessoas (4) 5 pessoas (5) acima de 5 pessoas
- Qual a sua ocupação atual?
(1) Aposentada (2) Dona de casa (3) Trabalha fora (4) Estudante (5) Outro: _____

2. QUESTIONÁRIO CLÍNICO OBSTÉTRICO

ID: _____

- Idade gestacional (semanas completas): _____
- Problema de saúde antes da gravidez: (1) Sim Qual: _____ (2) Não
- Problema de saúde durante a gravidez? (1) Sim Qual? _____ (2) Não
- Utiliza medicamentos/suplementos atualmente? (1) Sim Qual? _____ (2) Não
- Gravidez foi planejada? (1) Não (2) Sim
- (1) Primeira gestação (2) 2 ou mais gestações

CARTÃO DA GESTANTE

Data da Última Menstruação (DUM): ____/____/____ Data Provável do Parto (DPP): ____/____/____

Gestação: (1) Gestação múltipla (2) Gestação única

Peso pré-gestacional do cartão: _____ OU Peso pré-gestacional relatado: _____

Data do último peso: ____/____/____ Último peso: _____ Altura (m): _____

IMC (Pré-Gestacional): _____ Classificação: (1) BP (2) EU (3) SP (4) OB

IMC (Gestacional): _____ Classificação: (1) BP (2) EU (3) SP (4) OB

Exames bioquímicos: Hemoglobina: _____ Classificação: (1) Inadequado (2) Adequado

Glicemia: _____ Classificação: (1) Inadequado (2) Adequado

Outros exames relacionados com a nutrição: _____

ANEXO B – Questionário IES-2 (*Intuitive Eating Scale - 2*)

4. INTUITIVE EATING SCALE (IES-2)

ID: _____

Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos de acordo com a escala abaixo:

		5 Discordo fortemente	4 Discordo	3 Não concordo Nem discordo	2 Concordo	1 Concordo fortemente
1. Eu tento evitar alimentos com alto teor de gordura, carboidratos ou calorias	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
2. Eu me "pego" comendo quando estou me sentindo emotivo (por exemplo: ansioso, deprimido, triste), mesmo quando não estou fisicamente com fome	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
3. Eu me permito comer quando estou com um desejo por certo alimento	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5
4. Eu fico irritado comigo quando como algo não saudável	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
5. Eu me "pego" comendo quando me sinto sozinho, mesmo quando não estou com fome.	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
6. Eu confio no meu corpo para saber QUANDO devo comer	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5
7. Eu confio no meu corpo para saber O QUE comer	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5
8. Eu confio no meu corpo para saber o QUANTO comer	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5
9. Eu não me permito comer alimentos que eu considero proibidos	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
10. Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções negativas	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
11. Eu me "pego" comendo quando estou estressado, mesmo não estando com fome.	Agora	5	4	3	2	1
	Antes da gestação	5	4	3	2	1
12. Sou capaz de lidar com minhas emoções negativas (como ansiedade, tristeza, etc) sem recorrer à comida para me senti melhor.	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5
13. Quando me sinto entediado, eu NÃO como só para ter algo para fazer	Agora	1	2	3	4	5
	Antes da gestação	1	2	3	4	5

		1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Não concordo Nem discordo	4 Concordo	5 Concordo fortemente
14. Quando me sinto sozinho, eu NAO recorro à comida para me sentir melhor	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
15. Eu encontro outras maneiras de lidar com o estresse e a ansiedade além da comida	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
16. Eu sempre me permito comer o que desejo	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
17. Eu NAO sigo dietas ou planos alimentares que determinam o que, quando e/ou quanto comer.	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
18. Na maior parte das vezes, eu desejo comer alimentos nutritivos	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
19. Na maior parte das vezes, eu como alimentos que fazem meu corpo funcionar de forma eficiente.	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
20. Na maior parte das vezes, eu como alimentos que dão energia e vigor ao meu corpo	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
21. Eu me baseio nos sinais de fome do meu corpo para saber QUANDO COMER.	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
22. Eu me baseio nos sinais de saciedade do meu corpo para saber QUANDO PARAR DE COMER.	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤
23. Eu confio no meu corpo para saber quando devo parar de comer.	Agora	①	②	③	④	⑤
	Antes da gestação	①	②	③	④	⑤

Escalas	SCORE	
	Agora	Antes
Subescalas:		
Permissão incondicional para comer (UPE)		
Comer por razões físicas e não emocionais (EPRER)		
Dependência de sinais internos de fome e saciedade (RHSC)		
Congruência de escolha corpo-comida (B-FCC)		
Pontuação GLOBAL RESUMIDA		