



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DÉBORA BICUDO DE FARIA SCHÜTZER

DA TEORIA À PRÁTICA: A ANÁLISE DE CONTEÚDO CLÍNICO-
QUALITATIVA E AS VIVÊNCIAS DE MULHERES COM OBESIDADE EM
RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PARTO

FROM THEORY TO PRACTICE: THE CLINICAL-QUALITATIVE CONTENT
ANALYSIS AND *LIFE EXPERIENCES* OF WOMEN WITH OBESITY ABOUT
FEEDING IN POSTPARTUM

CAMPINAS

2018

DÉBORA BICUDO DE FARIA SCHÜTZER

DA TEORIA À PRÁTICA: A ANÁLISE DE CONTEÚDO CLÍNICO-
QUALITATIVA E AS VIVÊNCIAS DE MULHERES COM OBESIDADE EM
RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO NO PÓS-PARTO

FROM THEORY TO PRACTICE: THE CLINICAL-QUALITATIVE CONTENT
ANALYSIS AND *LIFE EXPERIENCES* OF WOMEN WITH OBESITY ABOUT
FEEDING IN POSTPARTUM

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da
Saúde na área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

*Doctoral Thesis presented to Programme Post Graduation in
Tocogynecology of School of Medical Sciences, State University
of Campinas – UNICAMP to obtain the title of Doctor of Health
Sciences, concentration area Maternal and Perinatal Health.*

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURATO

COORIENTADORA: FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA DÉBORA BICUDO DE FARIA SCHÜTZER, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 001
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7918-6714>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médica
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F225d Faria Schützer, Débora Bicudo, 1983-
Da teoria à prática: a análise de conteúdo clínico-qualitativa e as vivências de mulheres com obesidade em relação à alimentação no pós-parto / Débora Bicudo de Faria Schützer. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.

Coorientador: Fernanda Garanhani de Castro Surita.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Obesidade. 2. Período pós-parto. 3. Comportamento alimentar. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Análise qualitativa. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Surita, Fernanda Garanhani de Castro, 1964-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: From theory to practice : the clinical-qualitative content analysis and life experiences of women with obesity about feeding in postpartum **Palavras-chave em inglês:**

Obesity

Postpartum period

Feeding behavior

Qualitative research

Qualitative analysis

Área de concentração: Saúde

Materna e Perinatal **Titulação:**

Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]

João Luiz de Carvalho Pinto e Silva

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Cassia Baldini Soares

Maria Cecília de Souza Minayo

Data de defesa: 28-11-2018

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

DÉBORA BICUDO DE FARIA SCHÜTZER

ORIENTADOR: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

COORIENTADOR: PROFA. DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

MEMBROS:

1. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

2. PROF. DR. JOÃO LUIZ DE CARVALHO PINTO E SILVA

3. PROFA. DRA. ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA

4. PROFA. DRA. CASSIA BALDINI SOARES

5. PROFA. DRA. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO

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

A ata de defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta
no SIGA/ Sistema de Fluxo de Dissertação/ Tese e na Secretaria do Programa
da Unidade.

Data: DATA DA DEFESA 28/11/2018

À minha filha Lara, que nasceu durante o doutorado, por me permitir viver as aventuras e as desventuras da maternidade de forma tão encantadora.

À minha filha Marina, que ainda está em meu ventre, por me colocar em contato novamente com as expectativas da gravidez e do pós-parto e me fazer reler esse trabalho de forma mais sensível em sua reta final.

.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, por abrir espaços para o diálogo interdisciplinar dentro das ciências biomédicas e nos acompanhar afetuosamente nesse processo de amadurecimento acadêmico. Sua vitalidade e amor pela ciência permearam suas orientações e facilitaram todas as etapas de construção deste trabalho.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita, pela disponibilidade em abrir espaços no CAISM para uma práxis na área da saúde da mulher, que contemple as diferentes dimensões humanas. Sua dedicação a tudo o que faz, força, companheirismo e orientações me inspiram como mulher e foram fundamentais para a construção dessa tese.

Aos colegas do LPCQ, por tamanha disponibilidade em se envolver com as pesquisas do nosso grupo. Em especial aos meus amigos, parceiros de trabalho e coautores dos artigos, que compõem os resultados dessa tese: Rodrigo Bastos, Larissa Rodrigues e Vera Alves. Ao Aldair Weber por me auxiliar na formatação da tese. À Carla Vieira, por me incentivar e ensinar sobre o campo da alimentação e obesidade desde o mestrado. À amiga Lia Campos pelas trocas afetivas e de conhecimento em mais esta etapa, que nossos percursos profissionais se cruzaram.

Aos colegas do SARHAS por enriquecerem o diálogo interdisciplinar na área de saúde da mulher e contribuírem com esse trabalho. Em especial à Daiane Sofia pelas suas valiosas contribuições no campo da nutrição.

À toda a equipe de profissionais do Ambulatório de Revisão Pós-Parto, que me recebeu com muita gentileza e atenção e não mediu esforços para contribuir com essa pesquisa.

Ao meu marido, Rudolf que, ao assumir com generosidade e leveza suas responsabilidades como pai e marido, me permitiu ter tempo e fôlego para desenvolver este trabalho.

Aos meus pais, Almir e Janice, por me inspirarem até hoje a estudar e conhecer as profundezas psíquicas dos seres humanos. Por sempre vê-los estudando e trabalhando incansavelmente. Essas vivências foram fundamentais para despertarem em mim esse amor pela ciência e pelo conhecimento.

Aos meus sogros, Klaus e Darlene que, conhecendo de perto a vida acadêmica, me deram todo o apoio para conciliar a minha maternidade e a minha vida de pesquisadora.

Ao meu irmão Tiago que, de perto ou de longe, me ajudou nas apresentações visuais e me deu todo apoio.

Às mulheres entrevistadas, por dividirem comigo seu tempo e me confiarem algumas de suas intimidades.

À CAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

Introdução: O pós-parto é um momento de transição na vida da mulher, no qual ocorrem adaptações físicas e psíquicas e a deixa mais suscetível a intercorrências no corpo e na mente. Os cuidados consigo mesma e com a alimentação também sofrem modificações advindas dessa nova condição. Em mulheres com obesidade, as complicações no pós-parto são mais frequentes. Estas tendem a encontrar mais dificuldade em perder o peso ganho na gravidez, a desenvolverem alguma psicopatologia, a se alimentarem inadequadamente e amamentar por menos tempo. O presente estudo teve como pressuposto que um dos fatores associados à obesidade e que pode contribuir para mudanças no estilo de vida pós-parto, está ligado às vivências emocionais que as mulheres com obesidade têm em relação à própria alimentação. **Objetivos:** Compreender os significados psicológicos atribuídos por mulheres com obesidade à alimentação no pós-parto, seguida por uma proposta de sistematização da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. **Método:** Foram realizados dois estudos complementares, um teórico e um de campo. Para o estudo teórico metodológico, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura sobre a Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa e análises de conteúdo em pesquisas qualitativas. Essa revisão foi realizada por três pesquisadores qualitativistas em reuniões quinzenais de agosto a dezembro de 2016. Para a pesquisa de campo, foi utilizado o Método Clínico-Qualitativo. A amostra foi intencional e internamente homogênea, composta por mulheres com obesidade, que estavam nos primeiros seis meses após o parto. A amostra foi fechada pelo critério de saturação de informações. Foram realizadas entrevistas individuais, semidirigidas de questões abertas em profundidade. Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa por duas pesquisadoras qualitativistas concomitantemente. **Resultados:** O resultado da pesquisa teórica foi uma sistematização da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa, que compreende sete passos: 1) Edição do material de análise; 2) Leitura flutuante; 3) Construção de unidades de análise; 4) Construção dos códigos de sentido; 5) Construção de Categorias; 6) Discussão; 7) Validade. Na pesquisa de campo foram entrevistadas 16 mulheres. Da análise de conteúdo

emergiram dois grandes temas: a alimentação e o autocuidado/cuidados no pós-parto. Em relação à alimentação no pós-parto surgiram três categorias: 1) Da gestação ao pós-parto: mudanças no comportamento alimentar; 2) Comer para preencher o desamparo vivido no pós-parto; 3) Amamentação e cuidados com a alimentação do bebê. Do tema de autocuidado/cuidados foram reveladas três categorias: 1) Autocuidado no pós-parto; 2) Suporte da família; e 3) Atenção do serviço de saúde à mulher com obesidade no pós-parto. **Conclusões:** A qualidade da pesquisa clínico-qualitativa depende sobretudo da qualidade, reflexividade, rigor e preparo do Pesquisador, sobretudo na fase da análise de conteúdo. A pesquisa clínico-qualitativa parte da vivência clínica do pesquisador e seus resultados devem trazer retornos para a clínica. As conclusões da pesquisa de campo compreendem que as *mulheres* com obesidade representam psicologicamente o ato de comer enquanto carregado de sentidos frente a sentimentos desprazerosos percebidos no pós-parto. O pós-parto é um momento oportuno para introduzir mudanças no comportamento alimentar e cuidar da saúde psíquica dessas mulheres. As equipes de saúde precisam se reestruturar para um acompanhamento mais qualificado da mulher com obesidade no pós-parto em relação à sua saúde física e emocional.

Palavras-chave: Obesidade, Período Pós-Parto, Comportamento Alimentar, Assistência Integral à Saúde, Pesquisa Qualitativa, Análise de Conteúdo.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum is considered a transitional moment, in which physical and psychic adaptations occur. By virtue of this, the woman becomes more susceptible to interurrences in body and mind. Caring for oneself and food are also modified by this new condition of women's lives. In postpartum women with obesity, complications are more common. They tend to have more difficulty to lose weight gained in pregnancy, to develop some psychopathology, to feed poorly and breastfeed for less. The present study is based on the assumption that one of the factors associated with obesity and that may contribute to changes in the postpartum lifestyle is related to the emotional experiences that obese women have in relation to their feeding. **Objectives:** The general objective of this thesis was to understand the psychological meanings attributed by women with obesity to postpartum feeding, based on a proposal of systematization of the Clinical-Qualitative Content Analysis. **Method:** Two different studies were carried out, one theoretical and one field. For the theoretical methodological study, a literature review on the Clinical-Qualitative Content Analysis and content analysis in qualitative research were used. This review was carried out by three qualitative researchers in biweekly meetings from August to December 2016. For the field research, the Clinical-Qualitative Method was used. The sample was intentional and homogeneous, composed of obese women, who were in the first six months after giving birth. The sample was closed by the information saturation criterion. Individual in-depth interviews were conducted. Data were analyzed using the Clinical-Qualitative Content Analysis technique. **Results:** The result of the theoretical research was a systematization of the Clinical-Qualitative Content Analysis, which comprises seven steps: 1) Editing the analysis material; 2) Floating reading; 3) Construction of analysis units; 4) Construction of sense codes; 5) Construction of Categories; 6) Discussion; 7) Validity. In the field research, 16 women were interviewed. Two major themes emerged from the content analysis: food and self-care / postpartum care. Regarding postpartum feeding, three categories emerged: 1) From gestation to postpartum: changes in eating behavior; 2) Eat to fill the helplessness experienced in postpartum; 3) Breastfeeding and baby feeding. From the topic of self-care / care, three

categories were revealed: 1) Postpartum self-care; 2) Family support for mother; and 3) Care given by postpartum health service for women suffering from postpartum obesity. **Conclusions:** The quality of the clinical-qualitative research depends mainly on the quality, reflexivity, rigor and preparation of the Researcher, especially in the content analysis phase. The clinical-qualitative research part of the clinical experience of the researcher and its results should bring returns to the clinic. The findings from field research understand that obese women need to eat to quell the unpleasant feelings of postpartum. Postpartum is an opportune time to introduce changes in eating behavior and to take care of the psychic health of these women. Health teams need to restructure for more qualified follow-up of postpartum obese women in relation to their physical and emotional health.

Key words: Obesity, Postpartum Period, Feeding Behavior, Comprehensive Health Care, Qualitative Research, Content Analysis.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Hospital da Mulher
Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti.

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

IMC – Índice de Massa Corporal

KG - Quilograma

LPCQ – Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SARHAS – Grupo de Estudos Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO.....	15
2.1. O Pós-parto.....	15
2.2. Uma visão integral da obesidade	19
2.3. Uma visão biopsicossocial da alimentação.....	23
2.4. Alimentação e obesidade no pós-parto	29
3. OBJETIVOS	37
3.1. Objetivo geral	37
3.2. Objetivos específicos.....	37
4. MÉTODOS	38
4.1. Desenho do Estudo.....	38
4.1.1. Pesquisa Metodológica.....	38
4.1.2. Pesquisa de campo	40
4.2. Aculturação	41
4.3. Composição da amostra.....	42
4.4. Características do campo de pesquisa.....	43
4.5. Técnica para coleta de dados.....	44
4.6. Quadro de referenciais teóricos.....	45
4.7. Validação	46
4.8. Técnica de Tratamento e Análise de Dados	48
4.9. Aspecto Éticos.....	50
5. RESULTADOS	51
5.1 Artigo 1: Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical- Qualitative Content Analysis.....	52
5.2 Artigo 2: Eating behaviors in postpartum: a qualitative study of obese women ..	79
5.3 Artigo 3: Self-care and health care in postpartum women with obesity: A qualitative study	95
6. DISCUSSÃO	119
7. CONCLUSÃO.....	136
8. REFERÊNCIAS	137
9. ANEXOS.....	153
9.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
9.2. Anexo II – Roteiro de Entrevistas	156
9.3. Anexo III –Modelo de Ficha de Identificação das Participantes	158
9.4. Anexo IV- Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa	159

1. APRESENTAÇÃO

Diante da variedade de experiências vividas pelas mulheres com obesidade, foi dado enfoque aos significados atribuídos por elas às vivências em relação à sua própria alimentação. Entendendo que a alimentação está relacionada a um processo de cuidado e autocuidado, procurou-se no presente trabalho compreender: como elas se alimentam, se possuem uma rotina de cuidados e as mudanças de hábitos e comportamento alimentares da gravidez ao pós-parto. O conhecimento sobre as experiências, motivações, e o modo como estas mulheres lidam com a própria alimentação pode instrumentalizar os profissionais de saúde no acompanhamento e no tratamento da obesidade em mulheres em idade reprodutiva, assim como na assistência à mulher no pós-parto.

Esta pesquisa de doutorado é fruto das experiências vividas pela pesquisadora desde o seu mestrado, que teve como tema as vivências emocionais de mulheres com obesidade que tiveram variação de peso adequada na gestação. As indagações que vieram a partir desse trabalho anterior, tanto por parte da pesquisadora como de seus orientadores, foram utilizadas para pensar e estruturar este trabalho que aqui se apresenta.

A presente tese procurou relacionar três grandes temas: o pós-parto, a obesidade e a alimentação. Por si só, estes são constructos complexos e que podem ser analisados por diferentes dimensões: sociais, culturais, psicológicas e biológicas. Destaca-se que os esforços empregados nessa pesquisa concentraram-se na complexidade do diálogo interdisciplinar, prioritariamente entre as áreas de conhecimento da psicologia, nutrição e medicina. Buscou-se

considerar a alimentação e a obesidade em toda sua complexidade, a partir de uma visão integral do ser humano.

Para tanto, a introdução teórica desta pesquisa procurou abarcar os três temas que a abrangem: pós-parto, alimentação e obesidade. A revisão de literatura procurou trazer conceitos sociológicos, psicológicos e biológicos a partir de uma visão integrada dessas diferentes perspectivas sobre cada tema. Ao final da introdução está uma revisão bibliográfica de artigos atuais que abordam o tema da alimentação, da obesidade e do pós-parto conjuntamente.

Nos resultados e discussão deste trabalho, buscamos inter-relacionar estes temas a partir das vivências das entrevistadas, explorando a experiência vivida por mulheres com obesidade em relação a sua própria alimentação no pós-parto. A pesquisa de campo foi realizada no Ambulatório de Revisão Pós-Parto do CAISM/UNICAMP.

Durante esse percurso, em face aos diálogos com pareceristas de revistas conceituadas internacionalmente sobre o Método Clínico-Qualitativo, decidiu-se que a esta tese se integraria um estudo teórico. A principal questão foi sistematizar e divulgar em língua inglesa a forma como os pesquisadores clínico-qualitativistas fazem suas análises de conteúdo. Para tanto, integrou-se aos nossos objetivos, resultados e discussão a temática metodológica sobre os passos da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa.

2. INTRODUÇÃO

2.1. O Pós-parto

O parto é um marco na vida de uma mulher e inaugura um novo ciclo de experiências (1,2). O pós-parto é considerado um momento de transição, no qual ocorrem adaptações físicas e psíquicas orquestradas por mudanças hormonais. Em virtude disso, a mulher fica mais suscetível a intercorrências, tais como: depressão pós-parto, hemorragias, agravos relacionados à lactação, infecções puerperais e, por vezes, algumas intercorrências que podem levá-la a morte (3-6).

Garantir a vida da mãe e do bebê inclui alta qualidade de serviços integrados e com ampla cobertura. O pós-parto é um momento crítico que exige um contínuo de cuidados maternos e aos recém-nascidos, independentemente de ter havido intercorrências perinatais. Esses cuidados requerem toda a rede de apoio dessas mulheres ao longo de suas vidas: família, comunidade e serviços clínicos de saúde, assim como exige um olhar sobre as diferentes dimensões humanas das mulheres (7).

Compreende-se por pós-parto ou puerpério o período após o ciclo gravídico em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam a situação do estado pré-gravídico (8). Do ponto de vista sociocultural, o pós-parto é considerado um momento vulnerável para a mãe e o(a) filho(a) na maioria das sociedades. Inclusive, diversas culturas têm costumes pós-natal especiais, que incluem dietas específicas, isolamento,

descanso, e assistência para a mãe. É importante ressaltar que há uma relativa uniformidade dos costumes em diferentes culturas pelo mundo (9,10).

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza que o puerpério se inicia aproximadamente uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois, durante a lactação, a mulher continua a viver modificações no corpo. O puerpério pode ser dividido em três momentos: imediato, que é contado a partir do 1º dia até o 10º dia; tardio que é do 11º dia ao aproximadamente 45º dia; e remoto, que é considerado a partir do 45º dia (8, 11). A puérpera deve ser avaliada uma semana após o parto e deve retornar aproximadamente no 42º dia após o parto para a revisão puerperal tardia (8). A atenção pelos profissionais do serviço de saúde à mulher deve incluir a perspectiva de que ela é um ser integral e que os diferentes olhares da equipe multidisciplinar se fazem necessários. As orientações do Ministério da Saúde do Brasil ressaltam a importância de se avaliar os aspectos psicológicos, a fim de favorecer a relação da mulher com seu bebê e incentivar a amamentação (8).

Apesar das preconizações do Ministério da Saúde e das preocupações e esforços de profissionais da saúde em oferecer um atendimento mais humanizado aos cuidados de saúde da mulher em todo o ciclo vital, há ainda uma escassa atenção ao período pós-parto (12, 13). Além disso, Vieira et al. (14) afirmam que a abordagem apresentada ainda privilegia os aspectos biológicos em detrimento das vivências subjetivas e sociais da mulher nessa fase.

A gravidez, o parto e o pós-parto têm um forte impacto sobre o estado psicológico das mulheres no período pós-parto (15, 16). O pós-parto traz intrinsecamente à mulher a vivência da maternidade. O processo de construção

da maternidade é iniciado em etapas anteriores à gestação. Mas é a partir do parto que a mulher vivenciará concretamente “ser mãe”. Do ponto de vista psicológico, o pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes, tais como: euforia e alívio, medo de não conseguir amamentar, medo pelo sexo ou aparência física; medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e de não exercer bem a maternidade (17, 18). A maternidade traz questões importantes para a identidade psicológica e social das mulheres. As mulheres experimentam grandes modificações em sua vida, são obrigadas a lidar com novas exigências internas e externas, o que exige ajustes no âmbito físico, psicossocial e irá se refletir na forma com que cada uma se constitui integralmente (2, 19, 20).

A chegada do bebê na família modifica a rotina de todos que o cercam de cuidados e exige adaptações para o padrão do sono, desejo sexual, aleitamento materno, entre outros (2). Nessa fase, muitas vezes, as atenções se voltam para o novo membro da família e há uma expectativa de que a mulher assuma rapidamente o papel materno idealizado. Essa sensação é confirmada pelas ações de promoção à saúde, que nesse período estão, em sua grande maioria, centradas nos cuidados com o bebê e amamentação (2).

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica e se adaptar à maternidade incluem alterações na estrutura cerebral da mulher, mudanças que podem conferir uma vantagem adaptativa para a maternidade, tais como: facilitar a capacidade de uma mãe para reconhecer as necessidades de seu filho (21).

O período pós-parto também marca uma transição de vida significativa que pode afetar a qualidade da dieta e, conseqüentemente, colocar as mulheres em maior risco de sobrepeso ou obesidade (22, 23). Algumas mulheres adotam padrões alimentares mais saudáveis durante a gravidez, mas muitas delas abandonam esses hábitos após o parto (24-28). Isso se deve ao estresse gerado pelo aumento das demandas psicológicas, financeiras e de tempo, levando as mulheres a fazerem suas escolhas alimentares baseadas na conveniência e acessibilidade (29, 30).

O período pós-parto é um momento desafiador e propício para a mudança de comportamento de saúde materna, incluindo os hábitos alimentares. Price et al. (31) demonstraram em um estudo qualitativo que as puérperas recentes estavam mais dispostas e interessadas em falar sobre comportamentos e metas para os seus filhos do que para si mesmas. Entretanto, meses após o parto, no retorno ao trabalho há uma oportunidade de promoção da saúde materna, pois as mulheres começam a voltar o foco para si mesmas (31).

Os intervalos entre as gestações também são importantes para garantir a saúde da mulher, tendo em vista que a reprodução é um processo caro para a saúde. O tempo entre os partos permite que as mulheres melhorem seu próprio status de energia antes de se engajar em uma nova gravidez. Essa estratégia protege o organismo materno e otimiza-o (32)

O principal desafio para a saúde neste século é melhorar a qualidade de vida e saúde da população. Aumentar a qualidade de vida pós-parto é essencial para o planejamento da promoção da saúde (33). A puérpera com obesidade traz demandas ainda mais complexas para os profissionais e serviços de saúde,

tendo em vista que a obesidade compromete a endocrinologia reprodutiva (32) e aumenta o risco de doenças não transmissíveis para mulher e filhos (34). As intervenções controle de peso em mulheres grávidas com obesidade e sobrepeso, mostraram-se insuficientes, o que sugere que o foco da intervenção deve incluir os períodos preconcepção e/ou pós-parto (34).

2.2. Uma visão integral da obesidade

No século XIX, a medicina ligou ao corpo obeso maior susceptibilidade às morbidades. Mas é no século XX que as graduações de pesos e normas se tornaram mais uniformes e padronizadas, esquecendo-se as diferenças regionais e culturais. É também nesse século que se multiplicaram as patologias, os diagnósticos e as terapias (35). E no século atual a obesidade está caracterizada pela sua situação epidêmica e de doença. A OMS chegou a usar o termo “globesity” para fazer um alerta sobre a epidemia mundial de obesidade (36). Esse cenário demonstra que o conceito ainda está em transição. Há muitas divergências sobre a caracterização da obesidade como uma doença ou como um problema de saúde associado a algumas doenças (37, 38).

Considerada um dos principais problemas de Saúde Pública da sociedade contemporânea, sua prevalência vem aumentando sistematicamente ao longo das últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como em grande parte dos países em desenvolvimento. A obesidade alcançou globalmente proporções epidêmicas, com mais de 1,4 bilhão de adultos acima do peso, dos quais, aproximadamente, 300 milhões são mulheres. Os números indicados pela OMS afirmam que a obesidade afeta diretamente 20% da população mundial (38). A obesidade também é um dos principais fatores de risco para mortalidade entre

as doenças não transmissíveis como síndrome metabólica, câncer e doença cardiovascular (37, 39).

Existe uma tentativa de compreender a epidemia de obesidade, surgida nas últimas décadas, como decorrente de um declínio nos níveis de atividade física e um aumento no consumo calórico. Outra possibilidade de compreensão é a de que, na atualidade, existem muitos ambientes obesogênicos que influenciam na alimentação e na natureza automática de certos comportamentos. Atualmente, com o alto crescimento de ofertas de alimentação em restaurantes, praças de alimentação e *fast foods*, há um aumento considerável no tamanho das porções alimentares e uma percepção de que a quantidade de comida consumida aumenta à medida que o esforço para comê-la diminui (40).

Em 2015, o IMC elevado contribuiu 7,1% das mortes por qualquer causa em todo o mundo. Também influenciou 4, 9% de *disability-adjusted life-years* (DALYs), uma medida composta, que é definida pela soma de anos vividos com incapacidade devido à mortalidade prematura e anos de vida com deficiência. As doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte relacionados ao alto IMC, seguido pelas doenças renais crônicas(41). Estima-se que o impacto econômico global da obesidade é de aproximadamente US\$ 2 trilhões, o que significa 2,8% do PIB mundial. Entre as fontes de custo avaliadas, a perda da produtividade foi a mais significativa (42).

De acordo com o VIGITEL Brasil (43), os hábitos dos brasileiros têm impactado os altos índices de obesidade no país e também o aumento da prevalência de diabetes e hipertensão. Esta pesquisa revelou que

aproximadamente metade dos brasileiros apresentam sobrepeso ou obesidade, sendo de 18,9% a taxa de obesos no país. O número de obesos no Brasil aumentou 60% entre 2006 e 2016. O indicador de peso aumenta com a idade e está relacionado a menores níveis de escolaridade.

Do ponto de vista médico, a obesidade reflete um desbalanceamento entre o excesso de comida ingerida e o gasto energético do indivíduo (39,44). Entretanto, pesquisas recentes apontam também para a associação de aspectos genéticos na obesidade (45, 46). É consenso na literatura que a etiologia da obesidade é bastante complexa e de caráter multifatorial (39, 47), envolve, portanto, fatores históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais (48, 49). A epidemia de obesidade tem exigido grandes esforços dos profissionais de saúde de todo o mundo na tentativa de encontrarem tratamentos e meios efetivos de controlar e lidar com a questão. Os estudos sobre obesidade têm focalizado, principalmente, os aspectos biológicos relacionados ao estilo de vida, mais especificamente no que diz respeito ao binômio dieta e atividade física (39,47).

Ainda que haja consenso na literatura de que a vulnerabilidade à obesidade é fortemente determinada pelos aspectos biológicos, sua associação a fatores psicológicos é relevante para o manejo clínico (43). Na perspectiva psicodinâmica, a obesidade pode ser vista como a expressão de uma determinada estrutura psíquica, envolvendo dificuldades emocionais e de interação com o meio, vivenciadas em fases precoces do desenvolvimento humano (50). O corpo obeso pode conter inúmeros significados para o indivíduo. A investigação dos comportamentos, aspectos psiquiátricos, psicodinâmicos e

psicossociais mostram-se relevantes na avaliação e tratamento da obesidade (47). A obesidade está relacionada a fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional (50).

São inúmeros os estudos e tratamentos que visam à diminuição ou manutenção do peso. Deve-se ter como objetivo principal a melhora do bem-estar e da saúde metabólica do indivíduo, a fim de diminuir os riscos de doenças (51-53). A causa mais próxima do excesso de peso corporal é comer além das necessidades energéticas. Uma hipótese emergente para a ingestão excessiva de energia, levando ao ganho de peso e ao aumento da adiposidade, é o excesso de ingestão alimentar motivada hedonicamente, que postula que a resposta da recompensa neural a estímulos alimentares altamente palatáveis e que atua para anular os processos homeostáticos que, historicamente, equilibraram o consumo de energia, com gasto de energia (54-56).

As pessoas que vivem com obesidade relatam dificuldade em agir para reverter o quadro, indicando que as intervenções dos profissionais de saúde devem ser adaptadas para abordar tanto as necessidades individuais como as da comunidade e garantir que os estereótipos sociais sejam evitados (19, 57, 58). Entretanto, pessoas obesas geralmente são alvos de preconceito e discriminação importantes nas diversas situações cotidianas, inclusive por parte dos profissionais da saúde. (1, 2,59,60).

O tratamento da obesidade deve envolver ações inter e multidisciplinares que incluam farmacologia, dieta, atividade física, psicoterapia, intervenções cirúrgicas, entre outras. É importante considerar também as questões pessoais, familiares e sociais para que o indivíduo obeso inicie e dê continuidade ao

tratamento (61). Apesar do impacto da obesidade na morbidade e mortalidade, o tratamento continua sendo difícil, principalmente para os prestadores de atenção primária, que relatam desconforto no aconselhamento efetivo, tempo insuficiente e recursos limitados, entre outras (62).

Um estudo norte-americano indicou que 94% de sua população reconhecem a obesidade como um problema mais grave, que aumenta o risco de morte, mesmo que a pessoa não tenha outra condição de saúde. Por outro lado, apenas 38% da população consideram a obesidade por si só uma doença. O estudo também demonstra que 95% dos norte-americanos estão tentando perder peso por conta própria através de dieta e exercício físico; e que apenas 42% dos obesos estão buscando ajuda médica e 25% de um nutricionista (63).

Atualmente, percebem-se muitos avanços em relação ao combate à obesidade. Há um aumento da conscientização da população em geral sobre o problema, aumento de políticas públicas e sociais para abordar o tema, novas opções de tratamento e base de evidências ampla para prevenção e estratégias de intervenção. Mas, se por um lado existem muitos progressos nas primeiras décadas do século XXI, por outro, as taxas de prevalência de obesidade não diminuem e as taxas severas continuam crescendo rápido e constantemente em todo o globo (62, 39).

2.3. Uma visão biopsicossocial da alimentação

A alimentação é um ato ligado primariamente à conservação da vida. Por isso, ao estudar o tema da alimentação, ela deve ganhar uma visão holística, que inclui disciplinas como a medicina, nutrição, psicologia, economia,

sociologia, antropologia, entre outros saberes (64). Algo que nos convoca, assim, a estudar e tratar este campo do saber de forma complexa e interdisciplinar.

A alimentação é uma atividade cotidiana de qualquer indivíduo, grupo social e está ligada primária e primordialmente a uma questão biológica. Os alimentos proporcionam a energia e os nutrientes necessários para o funcionamento do corpo humano. A fisiologia e anatomia humanas permitem aos seres humanos uma capacidade imensa de se adaptar a uma grande variedade de condições e possibilidades de alimentação (64).

Desde a tenra infância, os seres humanos aprendem como, o que e quanto comer. O comportamento alimentar vai se estabelecendo desde os primeiros anos de vida, de acordo com diversas práticas de alimentação, como: aleitamento materno; introdução de um alimento, apresentação de variedade de alimentos. O comportamento alimentar, por que comemos, como e o que comemos, influencia o peso corporal (65).

A regulamentação do comportamento alimentar geralmente é dividida em duas categorias distintas: controles homeostáticos e não homeostáticos. Os mecanismos homeostáticos controlam a alimentação em resposta ao déficit de energia geral ou a outros tipos de necessidade metabólica, ao passo que os mecanismos não homeostáticos incluem aprendizagem, memória e processos cognitivos que podem afetar a alimentação com base em experiências aprendidas e aspectos prazerosos da alimentação. Os caminhos neurais homeostáticos e não homeostáticos que regulam o comportamento alimentar não são facilmente dissociáveis (66).

A alimentação é uma característica individual, influenciada por diversos fatores - algumas pessoas tendem a comer mais rápido do que outras, ou vice-versa, assim como elementos culturais e econômicos influenciam na quantidade e qualidade da alimentação (67-69).

Cada vez mais pesquisadores têm-se preocupado em estudar a alimentação e sua relação com dietas, exercícios físicos e comportamento alimentar (35, 70). Desde o início do século XIX, números e medidas em relação ao peso e idade das pessoas passaram a fazer parte mais frequente da atividade médica. As análises químicas e energéticas também trouxeram muitas mudanças nessa área do conhecimento. Foi através dos estudos da química moderna, que a imagem do corpo mudou: “Os alimentos são para o corpo do animal o que o combustível é para a fornalha” (71).

É a partir dessa visão energética, de um corpo como uma “máquina” cujo excesso e rendimento podem ser calculados, que começaram os estudos e prescrições dietéticas. É nesse momento da história que há mudanças sobre a visão e a relação com os alimentos, por exemplo, o açúcar, que antes era visto um eficaz estimulante, passa a ser questionado. No século XX, as ciências médicas deram saltos sem precedentes na história sobre o corpo e sobre o desenvolvimento de fármacos e instrumentos para compensar falhas no funcionamento do corpo; e os transtornos alimentares passam a ser vistos de formas mais complexas (72). Para além da quantidade de comida ingerida, o peso depende também de mecanismos hormonais e neuro-hormonais, fatores genéticos, metabólicos e constitucionais (64).

A alimentação é imprescindível para a sobrevivência humana. A comida é um elemento básico na relação interpessoal em toda as fases de desenvolvimento humano. As práticas alimentares marcam as sociedades humanas e dão-lhes traços distintos. O alimento tem grande valor simbólico, principalmente em nossa cultura ocidental cristã influenciada pela presença de Cristo por meio da comida. O valor simbólico do alimento começa antes mesmo dele chegar à boca. O preparo do alimento é um marco entre a natureza e a cultura (70).

“Somos o que comemos”, Diga-me o que comes e eu te direis quem és” dizem os ditados europeus, que condicionam a realidade biopsicossocial presente no fenômeno alimentar (73). O comportamento alimentar pode estar relacionado ao desenvolvimento de determinadas doenças ou a um estilo de vida saudável. Entretanto, a escolha por uma alimentação saudável não depende exclusivamente de informações nutricionais adequadas; há condicionantes do consumo alimentar, como por exemplo: informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade (74).

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico. Nas orientações do Ministério da Saúde do Brasil sobre comensalidade, três orientações básicas são apresentadas: comer com regularidade e com atenção; comer em ambientes apropriados; e comer em companhia (74). O consumo alimentar dos brasileiros é caracterizado por uma alta densidade energética, com altos teores de gorduras e açúcares simples, em detrimento de carboidratos complexos e fibras alimentar (75).

Questões de gênero também influenciam diretamente na alimentação. Na maioria das sociedades do ocidente, é atribuída à mulher a responsabilidade pela seleção, preparo e distribuição dos alimentos no interior da família, além do cuidado com os filhos. Embora sejam responsáveis pelo preparo dos alimentos, as mulheres, geralmente, realizam essa tarefa levando em consideração somente o gosto do marido e dos filhos e não o seu próprio gosto (76).

A escolha de alimentos também está relacionada ao prazer associado ao sabor dos alimentos, às atitudes aprendidas desde a infância, e a outros fatores psicológicos comportamentais e intrapsíquicos. A saúde de um indivíduo depende, em certo grau, do comportamento e empenho de cada um. Entretanto, há hábitos que, uma vez adquiridos, são dificilmente alterados e podem estar associados a um número de doenças cujo tratamento implica a adoção de novos comportamentos (77). Portanto, para a compreensão do tema da alimentação e sua relação com o corpo/saúde e doença, é necessário incluir junto aos aspectos médicos e nutricionais, os aspectos psicossociais, pois suas compreensões trazem grande contribuição para a promoção de saúde através de medidas psicoeducativas para mudança de comportamentos (78).

A psicanálise também nos convida a olhar para o corpo humano e sua relação com a comida de um prisma diferente das ciências biológicas. O corpo da psicanálise é a visão do próprio corpo como subjetivo; o que interessa são os desejos, os afetos. A alimentação está vinculada não apenas à nutrição, mas também à troca, ao contato com o outro e a toda relação de amor e carinho estabelecida, neste caso, entre mãe e filho. Na psicanálise, a alimentação ganha papel central no desenvolvimento psíquico do ser humanos, pois afirma-se que

é através da amamentação que o ser humano começa a estabelecer-se como ser psíquico e desenvolver suas relações com a comida e com o outro (79-81).

O ato de amamentar está relacionado muito mais do que à nutrição, aos cuidados, afetos e segurança da mãe pelo bebê (82). Durante esse processo, muitas patologias podem ser desenvolvidas (79, 82). Nas experiências com o seio, o bebê começa a brincar, a criar, o que lhe possibilita um encontro com a mãe e uma comunicação com ela. Alimentação e sensação de prazer/desprazer vão deixando marcas indeléveis no psiquismo do indivíduo (82).

Não à toa que Freud (79), ao postular sua teoria sobre o desenvolvimento psíquico-sexual humano, denominou a primeira fase de “fase oral” e a define como período em que a zona de erotização do indivíduo é a boca, o prazer fica ligado à ingestão de alimentos e à excitação da mucosa dos lábios e cavidade bucal. Enquanto é alimentada, a criança é também confortada, acalentada e acariciada. Desse modo, a criança, num primeiro momento, associa o alimento ao prazer. Ao longo do desenvolvimento, alguma energia é permanentemente fixada ou catexizada nos meios de gratificação oral. Na vida adulta, muitos prazeres orais permanecem e se ampliam, como: comer, chupar, morder, beijar, elementos estes inclusive presentes na relação sexual (79).

Em diversas línguas e culturas percebemos o uso contínuo e persistente de metáforas alimentares, tais como: “Devorar um livro”, “comer com os olhos”, “engolir um sapo”, “ter sede/fome de conhecimento”, “alimentar a alma”, “é uma pessoa insossa”, “leva ele em banho-maria”, “cuspir no prato que comeu”. Sejam expressões de amor ou ódio a algum objeto, elas revelam desejos e emoções (70). Essas expressões nos demonstram a complexidade, os horrores e as

belezas das profundezas humanas e como as imagens da alimentação são incorporadas na subjetividade humana, às vezes de forma “nua e crua” e outras, com sabores sofisticados.

2.4 Alimentação e obesidade no pós-parto

A gravidez e o desenvolvimento do peso estão interligados pois existem padrões complexos nas mudanças de peso, durante a gravidez, que incluem o próprio desenvolvimento da gestação, mudanças nos fatores de estilo de vida, tais como o comportamento alimentar, atividade física, cessação do tabagismo e grau de lactação (51). No pós-parto, novos ajustes são exigidos para que a mulher se adapte à nova rotina de cuidados ao bebê e, gradualmente, retorne às condições fisiológicas e metabólicas pré-gravídicas (51).

No Brasil, o excesso de peso está presente em 25 a 30% das gestações, demonstrando a necessidade de acompanhamento mais eficiente de ganho de peso materno (83). A obesidade está associada à redução da fertilidade, ao aumento dos riscos maternos e fetais durante a gravidez e aos riscos de longo prazo para as mulheres. O excesso de peso aumenta o risco materno de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral isquêmico, diabetes mellitus tipo 2, osteoartrite, doença da vesícula biliar, hipertensão e alguns tipos de câncer, incluindo mama e cólon (84).

A retenção de peso pós-parto é um contribuinte significativo para o risco de obesidade um ano após o parto, inclusive para mulheres com peso normal antes da gravidez. Comportamentos pós-parto potencialmente modificáveis podem diminuir esse risco (85).

A retenção de peso ganho na gravidez contribui para o desenvolvimento da obesidade pós-parto (86). Além disso, uma quantidade substancial de mulheres continua a ganhar peso após a gestação (87). Ganho excessivo de peso gestacional contribui substancialmente para a obesidade e há consistente associação entre retenção de peso no pós-parto e posterior quadro de obesidade (88).

Fatores de estilo de vida no pós-parto, tais como: atividade física, sono, ingestão de energia, e as diretrizes para ingestão de ácidos graxos saturados, ganho de peso gestacional e nível educacional estão relacionados à mudança de peso pós-parto (89). Entretanto, Gunderson et al (90) descobriram que as mulheres que reportaram terem menos de 5 horas de sono dentro de um período de 24 horas aos 6 meses pós-parto estavam 2,3 vezes mais propensos a manter um mínimo de 5 kg corpo peso em 1 ano, independente da sociodemografia materna, IMC pré-gestacional, ganho de peso gestacional, paridade e comportamentos pós-parto. Nesse mesmo estudo, eles constataram que mulheres que relataram redução de horas de sono em um ano pós-parto tiveram duas vezes mais chances de ter uma substancial retenção de peso pós-parto.

A retenção de peso pós-gestacional em mães obesas também está associada com desconforto psicológico durante a gravidez precoce e gestão adequada de peso pré-natal. Por isso, o apoio psicológico é uma ação importante nos cuidados com mulheres com obesidade, ajudando também a prevenir a obesidade materna no longo prazo (91). A retenção de peso pós-parto é um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade na meia-idade. Algumas práticas podem influenciar significativamente a perda de peso no pós parto, são elas: tipo

de alimentação, tempo desde o parto, ganho de peso gestacional, consumo de energia, a prática da amamentação e duração do sono (86, 92).

O estudo de Estocolmo sobre gravidez e desenvolvimento de peso indicou que a retenção de peso pós-parto foi mais afetada por mudanças de estilo de vida durante e após a gravidez do que por fatores antes da gravidez (93). Intervenções das equipes de saúde no estilo de vida das mulheres, no pós-parto, podem ajudá-las a perder peso e melhorar a alimentação e autocuidado (94-96).

Lambert et al (97) identificaram benefícios e barreiras no pós-parto para perda de peso em mulheres com obesidade. Com base nos resultados, os pesquisadores concluíram que os participantes não percebem a gravidade do risco de ser obeso e têm pensamentos fantasiosos sobre a perda de peso. E que, por estas razões, há uma necessidade de se enfatizar a perda de peso a longo prazo, como objetivo da mudança de estilo de vida através de práticas alimentares saudáveis e de envolver a família e amigos nesse processo. Os autores também ressaltam a importância de abordar a baixa autoestima dos participantes, pois esta é um grande obstáculo ao sucesso da perda de peso.

A obesidade é também uma barreira na obtenção de serviços de saúde não obstétricos (98). As mulheres que são obesas recebem menos medidas preventivas de cuidados de saúde do que mulheres de peso normal (99, 100). A hipótese é que essas dificuldades estão associadas às baixas medidas de prevenção de saúde tomadas por indivíduos obesos, assim como o constrangimento que sentem e a imagem corporal negativa (99).

A alimentação no pós-parto também sofre modificações advindas dessa nova condição (14,80). Vieira et al. (14) demonstram que a maioria das puérperas apresentou nutrição desequilibrada, influenciadas por fatores culturais, psicológicos e econômicos. No pós-parto, a alimentação materna é modificada e influenciada por conselhos dados por membros da família, em especial de mulheres que já vivenciaram o puerpério. A alimentação é também influenciada pelo significado dado às questões do conhecimento científico. As crenças, os valores, os gostos, as prescrições e interdições alimentares têm grande importância para muitas mulheres no puerpério em várias culturas (75).

O pós-parto, de forma semelhante à gestação, é identificado como momento especial ao qual se aplicam algumas regras alimentares. Na linguagem popular o puerpério é conhecido como o período do resguardo, pós-parto, dieta, quarentena, durando cerca de quarenta dias e é repleto de grande significação cultural (75). Tradicionalmente, a mulher obedece a um regime alimentar severo, que visa garantir a recuperação da mãe e a qualidade do leite para a criança. Canja de galinha, canjica e outros alimentos são usualmente apontados como capazes de restabelecer a saúde da mulher e garantir um leite nutritivo para o bebê no Brasil (75).

Price et al. (31) afirmam que as mulheres no pós-parto encontram muitas barreiras para se alimentarem saudavelmente, pois sentem-se sem tempo e sem mãos livres para cozinhar. Os resultados de sua pesquisa apontam que um facilitador para uma alimentação mais saudável das puerperas é a presença constante de suas próprias mães ou sogras, após o nascimento, pois essas

peessoas ajudam no preparo de alimentos mais saudáveis, como legumes e vegetais.

O período pós-parto pode afetar a qualidade da dieta e, posteriormente, colocar as mulheres em maior risco de sobrepeso ou obesidade. As mães norte-americanas estudadas no pós-parto (23) atingiram níveis recomendados somente na ingestão de grãos e alimentos proteicos. Entretanto, há baixa ingestão de frutas, legumes, grãos integrais e alimentos proteicos e alta ingestão de bebidas açucaradas e grãos refinados. Os resultados desse estudo indicam que os padrões de ingestão dietética são estabelecidos precocemente e permanecem estáveis em todo o período do pós-parto o que indica que intervenções que visam à dieta das mulheres, durante o período pós-parto, são recomendadas.

Laraia et al. (101) afirmam que a insegurança alimentar - conceito multidimensional que abrange questões de estresse psicológico, qualidade da dieta e dificuldades económicas - vivida durante a gravidez ou no período pós-parto está associado a resultados negativos de saúde. As autoras acrescentam que as mulheres que iniciaram a gravidez com sobrepeso ou obesidade apresentam maior associação entre insegurança alimentar e aumento de peso no ano seguinte após o parto. Por isso, sugere-se que as mulheres com sobrepeso/obesidade, que enfrentam a insegurança alimentar, necessitam de uma assistência multifacetada que envolva aspectos psicológicos e nutricionais.

O padrão de ingestão nutricional ideal durante a gravidez e pós-parto é ainda mais importante para as mulheres com sobrepeso ou obesidade que,

geralmente, têm menor consumo dietético e maior probabilidade de aumento de peso em excesso (102-104).

A amamentação é também um elemento importante nesta fase e traz benefícios para a saúde da mãe e do bebê. Sua importância é reconhecida e incentivada globalmente, pois diminui a incidência e gravidade das infecções infantis, reduz a obesidade infantil, promove o desenvolvimento cognitivo e emocional para o bebê e favorece o relacionamento entre mãe-bebê (105).

As mulheres com obesidade apresentam mais dificuldades em relação à amamentação, tanto para iniciá-la quanto ao tempo de duração. Ambos os fatores podem contribuir para problemas com o peso e trazem consequências imediatas para a saúde da própria mãe (106-108). A normalização do peso corporal pode ser comprometida se a lactação não for bem-sucedida, assim como pode trazer influências à pressão sanguínea, lipídios séricos e mortalidade cardiovascular (109, 110).

As vivências da mulher no pós-parto incluem muitos desconfortos emocionais e físicos diante do novo papel assumido por elas de cuidados com o recém-nascido. Um estudo sobre retenção de peso com mulheres no pós-parto revela que, mesmo as mulheres com conhecimento sobre dieta saudável, podem utilizar o alimento como estratégia para aliviar os desconfortos dessa fase de vida. O alimento serviria como um mediador para aliviar o estresse sentido por ela, o que pode contribuir para uma maior retenção de peso no pós-parto (88).

As mulheres no pós-parto também percebem uma diminuição do suporte para perda de peso ou problemas psicológicos nesse período. As mulheres com

obesidade demonstraram mais mal-estar em relação à própria imagem corporal nessa fase de vida e, conseqüentemente, maiores preocupações e ansiedades em relação ao peso (88,111).

O período do pós-parto tem o potencial de influenciar não só a dieta materna, mas também a dieta dos filhos (112, 113, 114). O impacto que esses comportamentos alimentares maternos podem ter sobre os bebês não devem ser ignorados, pois padrões alimentares, que surgem durante a infância, têm efeitos duradouros sobre as preferências alimentares e controle do consumo mais tarde na vida (115).

Intervenções da equipe de saúde podem promover menor retenção de peso no pós-parto (111, 114), pois, durante o período pós-parto, as mulheres são mais receptivas à educação nutricional (116). Entretanto, os profissionais de saúde devem fazer essas orientações durante todo o período pós-parto, considerando que essa é uma fase que pode ser estressante para as mães que estão se ajustando às mudanças hormonais e de sono, assim como atendendo às demandas de cuidar de um recém-nascido e adaptar-se ao seu novo papel de mãe (115, 117).

A alta prevalência de obesidade materna associada à epidemia global de obesidade significa que a determinação de tais efeitos a longo prazo é uma prioridade nos serviços obstétricos. O período anterior, durante e após a gravidez, deve ser visto como uma “janela de oportunidades” para minimizar os riscos para a saúde a curto e longo prazo para as mulheres e seus filhos (34, 118).

O cuidado com o peso é uma área de interesse das mulheres e, por isso, sugere-se que as estratégias da equipe de saúde devem contemplar a participação das mulheres; ser adaptado para cada caso individualmente; e incluir recursos que ofereçam suporte à mudança de comportamento para diminuir o risco de problemas crônicos de saúde. As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a controlar o ganho de peso gestacional depois de ter filhos e manter o exercício regular, a fim de prevenir a obesidade pós-parto (119, 120). A identificação de fatores associados à mudança de peso no pós-parto pode contribuir para intervenções de estilo de vida saudáveis no acompanhamento dessas mulheres ao longo de suas vidas (19).

O presente estudo parte do pressuposto que um dos fatores associados à obesidade e que pode contribuir para mudanças no estilo de vida pós-parto, está ligado às vivências emocionais que as mulheres com obesidade têm em relação à própria alimentação. Conhecer aspectos psicológicos envolvidos no puerpério e obesidade com profundidade e complexidade pode contribuir para que se encontrem caminhos efetivos para o tratamento da obesidade e da saúde das mulheres. Nesse sentido, os esforços, neste trabalho, foram ouvir e dar voz a essas mulheres. A metodologia Clínico-Qualitativa propiciou uma expansão das experiências vividas entre pesquisador e pesquisado, permitindo analisar as entrevistas dentro da perspectiva das entrevistadas. Concomitantemente à pesquisa de campo com as mulheres com obesidade no pós-parto, foi realizado um estudo metodológico para sistematização das etapas envolvidas na Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender os significados psicológicos atribuídos por mulheres com obesidade à alimentação no pós-parto a partir de uma proposta de sistematização da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa.

3.2. Objetivos específicos

- Explorar a metodologia clínico-qualitativa para divulgação internacional do método e melhor apreensão do objeto de estudo.
- Interpretar e discutir o significado que as mulheres atribuem às mudanças na alimentação e de hábitos de vida da gravidez ao pós-parto;
- Explorar o significado emocional que as mulheres atribuem aos seus cuidados e ao autocuidado no pós-parto;

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do Estudo

A presente pesquisa foi dividida em dois momentos distintos com metodologias próprias: o primeiro dedicou-se a um estudo aprofundado teórico sobre a metodologia clínico-qualitativa, mais precisamente, à análise de conteúdo. Posteriormente, foi realizado o estudo original, através da pesquisa de campo

4.1.1. Pesquisa Metodológica

Para que os objetivos desta pesquisa se cumprissem e os resultados fossem apresentados com a qualidade, ética e rigor de validade exigidos, a pesquisadora se ocupou em aprofundar os estudos das metodologias qualitativas. O interesse em desenvolver, como parte desta tese, um estudo sobre análise qualitativa de conteúdo, partiu de um aprofundamento das concepções metodológicas do método Clínico-Qualitativo e da dificuldade em achar na literatura científica de língua inglesa uma técnica de análise de conteúdo, que atendesse as fronteiras, e “o entre” as ciências biológicas e humanas, a que se propõe o estudo original. Buscamos aprimorar uma técnica que fosse objetiva e, ao mesmo tempo, não perdesse a riqueza das experiências vividas pelos participantes. Parte dessa motivação decorreu, também, de diálogos com editores e revisores de revistas internacionais acerca do método.

Para este trabalho, que resultou no primeiro artigo apresentado nos resultados desta tese, foi revista a literatura sobre o método: O Tratado da Metodologia Clínico-Qualitativo (121) e pesquisas originais e metodológicas publicadas em periódicos indexados, utilizaram ou abordaram o método clínico-

qualitativo. Assim como foi também estudada a literatura disponível sobre análise de conteúdo nas pesquisas qualitativas. Toda a revisão da literatura foi realizada conjuntamente por três pesquisadores qualitativistas, membros do LPCQ (Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativo/ FCM/UNICAMP), com experiência prática com o Método Clínico-Qualitativo, que se reuniram quinzenalmente de agosto a dezembro de 2016. Após a revisão, o trabalho foi apresentado e discutido com outros três pesquisadores docentes da área de saúde.

A revisão de literatura para este trabalho incluiu capítulo de livro, artigos originais e artigos teóricos sobre o Método Clínico-Qualitativo. Primeiramente, focou-se o Capítulo 10 do Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa (121), intitulado: Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. Foram incluídos também oito artigos, advindos de pesquisas originais que utilizaram o Método Clínico-Qualitativo, lidos na íntegra e discutidos pelo trio de pesquisadores. Esses artigos foram selecionados pelas suas publicações em periódicos com alto fator de impacto em ciências médicas ou por descreverem mais detalhadamente os passos de análise de conteúdo do Método Clínico-Qualitativo. Assim como também foram lidos na íntegra e discutidos três artigos, que traziam aprofundamento teórico do Método Clínico-Qualitativo, em especial o artigo de Campos & Turato (122), que trata especificamente da Análise de Conteúdo na Pesquisa Clínico-Qualitativa. Tanto Turato quanto Campos participaram de discussões metodológicas com o trio de pesquisadores qualitativistas e revisaram o texto final deste trabalho, apresentado como artigo 1 da seção de Resultados desta tese.

4.1.2. Pesquisa de campo

Para o estudo original, foi utilizado o método clínico-qualitativo. A metodologia clínico-qualitativa propõe a investigação de significados que as pessoas atribuem às suas experiências de vida ao receberem cuidados de saúde (121).

Como parte fundamental desta estrutura metodológica, está o discurso do entrevistado. A investigação científica, neste caso, é pelo significado dado às experiências dos sujeitos, partindo do pressuposto de que este é um meio eficaz de apreender e inferir resultados que revelam nexos de sentido (123).

A coleta de dados se dá no cenário natural dos entrevistados, ou seja, no lugar onde as pacientes estão envolvidas em seus processos clínicos. A metodologia clínico-qualitativa possui três particularidades que a definem (121):

- Atitude Existencialista: valorização das angústias e ansiedades pelo adoecer;
- Atitude Clínica: valorização da acolhida dos sofrimentos emocionais da pessoa e do desejo de proporcionar ajuda;
- Atitude Psicanalítica: valorização dos elementos subjacentes à entrevista, admitindo ainda que aspectos inconscientes estão presentes na relação entrevistador-entrevistado.

No método clínico-qualitativo, o próprio pesquisador é instrumento principal para a coleta e análise de dados da pesquisa. O pesquisador, dentro desta proposta metodológica, compõe seu trabalho a partir das suas próprias experiências e seus saberes teóricos.

A seguir, apresentaremos os procedimentos científicos que compõem o método clínico-qualitativo, utilizado no estudo original.

4.2. Aculturação

A fase inicial da pesquisa clínico-qualitativa é a aculturação (121), na qual o pesquisador estabelece uma relação direta com os representantes da população a ser estudada, conhecendo e apropriando-se da linguagem e do modo de pensar daquela população, em uma relação contínua entre as diferentes culturas do pesquisador e do pesquisado.

A aculturação deste trabalho foi realizada, semanalmente, entre o início de janeiro e final de abril de 2017, no Ambulatório de Revisão Pós-Parto, no qual ocorrem as consultas de revisão de parto do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM/UNICAMP. A pesquisadora, neste período, pôde observar e acompanhar as pacientes em diferentes momentos: na sala de espera; grupos da enfermagem, pesagem, consultas individuais médicas e de enfermagem e discussão de casos entre os profissionais e entre profissionais e alunos da graduação.

Por se tratar de um ambulatório de revisão pós-parto, as consultas e informações focam aspectos fisiológicas e hormonais do pós-parto, métodos contraceptivos e amamentação. As pacientes costumam frequentar entre uma e três consultas nesse ambulatório e depois são encaminhadas para outros serviços.

As informações provenientes dessa fase, tanto percepções da pesquisadora como relatos de diálogos com profissionais ou puérperas foram

anotadas no diário de campo e utilizadas para reformular as perguntas inicialmente propostas para as entrevistas.

4.3. Composição da amostra

A construção da amostra foi intencional e homogênea, isto é, as participantes foram selecionadas pela soma de suas características em comum (121, 124, 125). Essa seleção foi feita pela própria pesquisadora, co-orientadora, médicos e enfermeiros do ambulatório, conforme os dados do cartão de pré-natal do CAISM.

O tamanho da amostra foi fechado pelo critério de saturação de informação, que consiste em considerar que, após a realização de certo número de entrevistas, novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos para a compreensão do assunto a ser focalizado (126). Toda a etapa de coleta e análise de dados foi acompanhado por outra pesquisadora qualitativista, Larissa Rodrigues (LR), que participou ativamente da discussão para o fechamento da amostra. Além disso, a avaliação também foi feita pelos orientadores desta pesquisa e na discussão com pares de dois grupos de pesquisa: LPCQ e SARHAS (Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis), ambos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

A amostra respeitou os seguintes critérios de inclusão:

- Maior de 18 anos de idade;
- Mulher com quadro clínico de obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) anterior ao período gravídico;
- Ser ou ter sido lactante*;
- Estar nos primeiros 6 meses após o parto;

- Estar consciente do tema da pesquisa e concordante em participar da entrevista após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1).

A priori, a composição da amostra não considerou: número de filhos, número de gestações; se possuía ou não companheiro fixo; condição financeira; escolaridade; número de consultas médicas e nutricionais; início do pré-natal e comorbidades. No entanto, esses dados foram coletados conforme descrito no Anexo II e fizeram parte da análise de dados para garantir que suas influências não se caracterizassem como vieses desta pesquisa.

* É consenso, na literatura, que altos índices de IMC têm um impacto negativo sobre o início e duração da amamentação (127). Entretanto, a fim de mantermos a homogeneidade da amostra e entendendo que o fato da mãe ser/ter sido lactante pode influenciar nas suas vivências em relação à própria alimentação, decidimos entrevistar apenas mães que tiveram alguma experiência com a amamentação.

4.4. Características do campo de pesquisa

O CAISM, inaugurado em 1986, é referência nacional na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, atendendo exclusivamente através do SUS, contando com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de promover o ensino, a pesquisa e a extensão.

Esta pesquisa foi feita especificamente no serviço ambulatorial, no qual ocorrem as consultas de revisão de parto que acontecem às quartas e sextas-feiras no período da tarde. Os atendimentos são realizados pelos médicos residentes do 1º ano e alunos do 5º ano do curso de medicina da FCM/UNICAMP, sob a supervisão de docentes e profissionais da área de

obstetrícia. Existe uma equipe multidisciplinar que atua no ambulatório composta por enfermeiros, nutricionistas, assistente social e psicólogo.

4.5. Técnica para coleta de dados

Foi realizada a técnica de entrevista semidirigida com questões abertas em profundidade (128), desenvolvidas a partir de um roteiro (Anexo 2), porém sem rigidez, permitindo à entrevistadora fazer as necessárias adaptações a partir das informações obtidas da entrevistada. Desse modo, permitiu-se que as entrevistadas discursassem sobre suas experiências vividas, a fim de possibilitar à pesquisadora uma análise das significações dadas por elas próprias a determinados fenômenos existenciais.

A entrevista semidirigida tem a característica de ser semiestruturada, ou seja, um roteiro de perguntas que fornece ao pesquisador um apoio que garanta que seus pressupostos sejam abordados na conversa. (129). Na entrevista semidirigida, o pesquisador utiliza de seu conhecimento técnico, sua competência sobre o assunto pesquisado e também sobre o universo cultural do pesquisado, para permitir a manifestação, o mais livre possível, do entrevistado, para explorar o seu tema-problema e também possibilitar os achados de serendipidade, aqueles que são encontrados por acaso. A formação clínica em psicologia e psicanálise da pesquisadora, seus estudos aprofundados sobre o método e suas técnicas e prática em pesquisas anteriores com o método clínico-qualitativo, garantiram a qualidade das entrevistas (121 e 130).

As participantes foram abordadas pela própria pesquisadora, deste estudo, pessoalmente, na sala de espera, no dia e período de agendamento de consulta ambulatorial de Revisão Pós-Parto e convidadas a participarem do

estudo e a concederem, no mesmo dia, uma entrevista individual. Os dados foram coletados em sala privativa e adequada do ambulatório, seguindo os seguintes critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo (121):

- Estabelecimento do *rapport*: sentimento de empatia, confiança e responsividade mútua entre entrevistadora e entrevistada;
- Esclarecimentos acerca do tema e objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- Coleta de dados de identificação da entrevistada e a solicitação da permissão para o uso de gravador;
- Aplicação da entrevista semidirigida de questões abertas, observando-se aspectos comportamentais da entrevistada, que foram registrados no diário de campo.

Os temas abordados durante a entrevista foram: autocuidado desde o nascimento do bebê; alimentação no pós-parto, dietas e cuidados com o peso; desafios para manter uma alimentação saudável nesse momento de vida; rotina com o bebê; alimentação da mãe e amamentação; sentimentos no puerpério.

As entrevistas foram gravadas e totalizaram aproximadamente 440 minutos de gravação. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, formando o chamado corpus transcrito do trabalho, juntamente com os dados da observação e auto-observação da entrevistadora, anotados em diário de campo, durante e após cada entrevista.

4.6. Quadro de referenciais teóricos

A questão central de qualquer metodologia qualitativa é a interpretação dos dados obtidos em campo, bem como a validade de seus resultados. É nesse

momento da pesquisa, na interpretação dos dados, que a psicanálise serve como recurso válido para a análise de dados (123)

Os dados transcritos, as citações literais de falas dos sujeitos e a compreensão dos significados atribuídos pelas entrevistadas sobre as questões pertinentes às suas experiências emocionais foram submetidos também a interpretações a partir da teoria psicanalítica, utilizando-se conceitos das características do inconsciente.

Além da literatura psicanalítica, a discussão dos dados desta pesquisa foi articulada com a literatura atual disponível no PubMed e Scielo.

4.7. Validação

A validade na pesquisa qualitativa está relacionada à postura científica do pesquisador, permanecendo como um espaço de discussão e debate no campo científico, composto pelas reflexões e estudos do pesquisador e pela validação externa com pares acadêmicos.

A validade interna de uma pesquisa clínico qualitativa é assegurada pela apreensão do pesquisador das vivências do entrevistado em situações específicas de sua vida. Toda entrevista deve apreender, isto é, garantir que os achados revelem uma experiência, uma realidade (121, 122, 128, 131). Nesse sentido a formação profissional e clínica da pesquisadora - em psicologia e psicanálise – foi importante para a escuta e observação cuidadosa e sensível das entrevistadas e viabilizou maior articulação das teorias psicodinâmicas publicadas na literatura, da mesma forma como seu aprofundamento teórico sobre a metodologia clínico-qualitativo, que resultou em uma reflexão crítica acerca dos processos executados a cada passo dessa pesquisa.

O rigor metodológico da validação externa se deu pela contínua supervisão do professor orientador, da co-orientadora, bem como pelos pares dos grupos de pesquisa aos quais está filiada – Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa/UNICAMP- e pelo Grupo de Estudos SARHAS – Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis/UNICAMP.

A validação externa é um processo que envolve a participação dos pares acadêmicos, do pesquisador e seus achados em relação à pesquisa. É uma interação na qual se apresentam e discutem os dados e resultados da pesquisa, procurando assim eliminar possíveis distorções ou vieses oriundos do pesquisador. Compreende-se como pares acadêmicos o orientador, grupos de pesquisa, eventos científicos e semelhantes (132). Em relação ao que se denomina validade externa ao pesquisador, Turato (121) afirma que os pesquisadores qualitativistas procuram convergência e estratégias de investigação que, sobrepostas, dão um rigor metodológico e garantem a validade dos achados e conclusões de uma pesquisa.

A validação externa, segundo Turato (121), é um processo que envolve o pesquisador com os achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos em uma *interação/debate afetivo-intelectual* da qual depreenderão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade dos achados da pesquisa.

Os resultados parciais desta pesquisa foram apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais, em formato de pôster e palestras, demonstrando, cientificamente, as consistências de sua metodologia e achados.

4.8. Técnica de Tratamento e Análise de Dados

A técnica utilizada para o tratamento dos dados foi a Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa (121). A Análise de Conteúdo Clínico-qualitativa foi um dos temas centrais no desenvolvimento da presente pesquisa e resultou no artigo 1 de resultados.

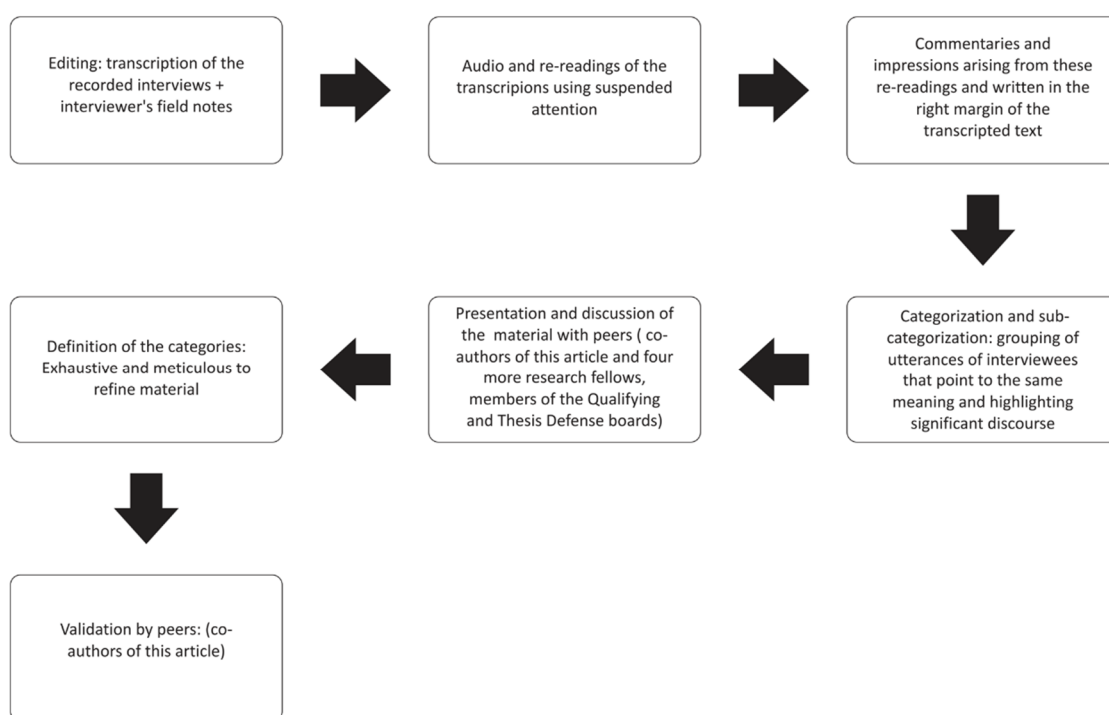
A análise de conteúdo é um procedimento frente aos dados qualitativos para emergir temas. Em análise de conteúdo, produzir inferências confere ao método relevância teórica. Neste caso, a produção de inferências sobre o texto objetivo, implica em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores (122). Procura-se constantemente, do ponto de vista operacional, atingir um nível profundo, que desvende sentidos escondidos e significados em mensagens obscuras para atingir uma possível representação do conteúdo (133). Em uma pesquisa qualitativa, a análise está presente nos diferentes estágios de investigação como parte integrante desde a coleta de dados (121).

Segundo Campos (134), *“a análise de conteúdo não deve ser um formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, ao mesmo tempo não pode ser tão subjetiva, que leve o pesquisador a impor suas próprias idéias ou valores”*.

No tratamento de dados qualitativos, é importante ressaltar dois conceitos fundamentais: o caráter polissêmico e a perspectiva êmica. O primeiro conceito considera a característica polissêmica presente na complexidade do discurso humano, ou seja, a pluralidade de sentidos atribuídos pelos sujeitos que vivenciam os fenômenos sob estudo (123). A perspectiva êmica de uma

pesquisa é aquela em que o pesquisador compreende seus dados a partir da perspectiva subjetiva dos indivíduos em estudo, interpretando os resultados de acordo com a própria lógica e significados atribuídos pelos participantes (132).

A técnica de tratamento de dados desta pesquisa foi profundamente estudada e aprimorada e resultou no artigo 1, apresentado na seção de resultados: *Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Analysis*. Um fluxograma de sete etapas já havia sido anteriormente publicado pela pesquisadora, conforme apresentado a seguir. A partir da pesquisa metodológica, parte integrante deste estudo, esses conceitos foram refinados e reformulados.



*Fluxograma extraído de Faria-Schützer DB, Surita FGdC, Alves VLP, Vieira CM, Turato ER. 2015.
(130)

Para a análise de conteúdo da pesquisa de campo, as transcrições das entrevistas foram realizadas por uma outra pesquisadora LR. A edição do material escrito, a partir das transcrições das entrevistas e análise de campo foi

realizado pela pesquisadora e autora desse estudo. Posteriormente, todo o material foi lido por duas pesquisadoras (DBFS e LR) separadamente. As mesmas pesquisadoras fizeram as primeiras etapas da análise de conteúdo e comentários individualmente. Em seguida, realizaram em conjunto a definição das categorias que, também, foram discutidas com os orientadores da pesquisa e, posteriormente, apresentadas e validadas pelos grupos de pesquisa LPCQ e SARHAS.

4.9. Aspecto Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em Campinas SP, sob o Número do Parecer 1.929.772, CAAE: 62565116.3.0000.5404. Toda a pesquisa seguiu as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde 2012 - Resolução 466/12.

Em toda a coleta de dados, foi estabelecida a concordância espontânea do sujeito, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). A pesquisadora teve todos os cuidados para preservar o anonimato dos participantes, omitindo e/ ou transformando todos os dados que pudessem permitir a identificação de qualquer um dos sujeitos envolvidos.

Destaca-se que as entrevistas clínicas não são um processo psicoterapêutico, embora possam provocar mobilizações e, quando observadas, foram realizados encaminhamentos necessários para a equipe multidisciplinar do ambulatório, realizados pela própria pesquisadora.

5. RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados em formato de artigos, seguindo a configuração alternativa de tese. Compõem esse trabalho três artigos:

- 1) Artigo completo submetido à revista Journal of Advanced Nursing: Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Analysis
- 2) Artigo completo (publicado em julho de 2018): Eating Behaviors in Postpartum: A Qualitative Study of Women with Obesity
- 3) Artigo a ser submetido à revista Midwifery: Self-care and health care in postpartim women with obesity: a qualitative study

5.1 Artigo 1: Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis

Carta de Submissão

Journal of Advanced Nursing <onbehalf@manuscriptcentral.com>

to me, surita, vera, almeidabastos.rodrito, ccampos, erturato

02-Oct-2018

JAN-2018-1047: Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis

Dear Dr Faria-Schützer:

Your manuscript has been successfully submitted to the Journal of Advanced Nursing. Please make a note of your manuscript ID:

JAN-2018-1047

Please note that all papers are subject to preliminary review by the Editor-in-Chief before being sent for review.

The review process is usually completed within 10 weeks, but can take longer, depending on reviewer availability (e.g. during holiday periods or if an alternative reviewer needs to be approached). This time frame includes selecting and inviting reviewers, awaiting their response to the request, consideration of the reviews by the assigned Editor and, finally, the Editor-in-Chief's decision and communication with the author. Please be patient during this process and it would be much appreciated if you would not email the Editorial Office to enquire about the status of your manuscript until a period of at least 10 weeks has lapsed. You can track the progress of your paper using the tracking facility in your author centre.

If there are any changes to your personal details or e-mail address, please login to ScholarOne Manuscripts at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan> and edit your user information accordingly.

You can keep track of your manuscript at any time by logging on to your Author Centre at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.

Thank you for submitting your manuscript to the Journal of Advanced Nursing.

Best wishes,

Jack Bromley
Journal of Advanced Nursing

Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Analysis

- Short Running Title: Seven Steps of Clinical-Qualitative Analysis

- **List of all authors**

Débora B. FARIA-SCHÜTZER, Psychologist, PhD Student, Programme Post Graduation in Tocogynecology, State University of Campinas

Fernanda G. SURITA, Obstetrician, PhD, Associate Professor, Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medical Sciences, State University of Campinas

Vera L. P. ALVES, Psychologist, PhD, School of Medical Science, University of Campinas

Rodrigo A. BASTOS, Nurse, PhD student, Programme Post Graduation in Tocogynecology, State University of Campinas

Claudinei J. G. CAMPOS, Nurse, PhD, Associate Professor, Nursing School, State University of Campinas

Egberto R. TURATO, Psychiatrist, Full Professor, Department of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Science, State University of Campinas

- Correspondence concerning this article should be addressed to Débora Bicudo de Faria Schützer, Faculty of Medical Sciences - State University of Campinas – **UNICAMP** - Campinas, São Paulo State, Brazil - Zip Code: 13083-887.

Contact: defarbic@gmail.com.br

- **Author contributions**

Criteria	Author Initials
Made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data;	DBFS, VLPA, RAB, CJGC, ERT
Involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content;	DBFS, FGS, VLPA, RAB, ERT
Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content;	DBFS, FGS, VLPA, RAB, CJGC, ERT

Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.	DBFS, FGS, VLPA, RAB, CJGC, ERT
---	---------------------------------

- **Acknowledgements**

We thank the research group from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (LPCQ) in the Psychiatry Department of the Faculty of Medical Sciences at the State University of Campinas. We thank Susan Pyne for providing language and writing assistance.

- **Conflicts of Interest**

The Authors declares that there is no conflict of interest.

- **Funding Statement**

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) -Finance Code 001.

Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical- Qualitative Content Analysis

ABSTRACT

Aims: To present a systematized and concise technique of step-by-step procedures for qualitative content analysis in the health field: Clinical-Qualitative Content Analysis.

Design: A discussion paper.

Data Sources: This analysis take part of the Clinical-Qualitative Method. The literature review was realized through: a book chapter, eight original articles and three methodological articles. All this material used or discussed the Clinical-Qualitative Methodology.

Implications for Nursing: The Clinical-qualitative Content Analysis technique aims to interpret meanings expressed in reports through individual interviews or statements and involves a process of organization, that comprises seven steps: 1) Editing material for analysis; 2) Floating reading; 3) Construction of the units of analysis; 4) Construction of codes of meaning; 5) General refining of the codes and the Construction of categories; 6) Discussion; 7) Validity. Nursing practice is based on systematized care also on the emotional issues of patients and familiars membrers. Clinical research that addresses these issues will improve care, embracement, and therapeutic listening to all health team.

Conclusion: It is a proposal for systematization qualitative content analysis procedures in order to bring clarity to the researcher who intends to do qualitative research and ensure quality of the analysis, which is the most dense phase of the work within a qualitative research. It is a technique indicated for questions arising in an assistance setting and that seek to encourage reflections an interventions for professionals faced with the life experiences of their patients and their environment.

Impact:

- **What problem did the study address?** The management of clinical situations in health based on the subjects' life experiences
- **What were the main findings?** A systematized content analysis strategy, specific for research in health contexts, will enable to use the subjects' life experiences to create strategies for understanding or managing situations. Nursing professionals, as well as the multidisciplinary team, can improve the systematization of care and management of specific situations in health practice contexts
- **Where and on whom will the research have impact?** This data analysis technique of clinical-qualitative research will enable to improve or create

instruments for the practice of multiprofessional health teams in care of patients, families and for themselves.

Key words: Nursing, Professional issues, Conceptual model, Data analysis, qualitative research, data quality, environment, psychological factors.

Main paper

INTRODUCTION

We perceive that qualitative research still has procedures that are not always understood and applied. In health context, these researches gain importance for the recognition of subjective issues that interfere in clinical practice. The nursing practice has gained highlight from this type of research, because the systematization of nursing care is necessarily built on objective and subjective issues (Pivoto, Lunardi Filho, Lunardi & Silva, 2017). The content analysis constitutes a methodological approach with its own characteristics and possibilities. Human origins, as well as several proposals related to the content analysis process and how many steps are involved in this work. the present article sought to integrate concepts of the human sciences and medical clinic and provide a step-by-step approach for health professionals. This article proposes to be a tool of assistance mainly for the nurse researcher in the field of health, who is not necessarily familiar with philosophical discussions or psychological understandings, but is interested in studying human and their relationships with/in the setting of health, including to understand a demand of their own clinical work or to do the service to whom it belongs.

BACKGROUND

The interesting in qualitative research in the field of health stems from the fact that it allows us to understand in depth the psychosocial meanings in this scenery which cannot be answered by quantitative studies. It deals with life experiences of those involved in health-illness processes; with the interpersonal relations in health settings; with the characteristics of the clinical services, physical environments and the professional, among others (Pope C & Mays, 2000). Qualitative method is especially appropriate to health environments research because can provide answers about how people feel about a particular space (Colorafi & Evans, 2016). Thus, many researchers from other methodological traditions in the health field are increasingly concerned with understanding qualitative methods, their application and results (Pope C & Mays, 2000). Nevertheless, we perceive that qualitative research still has procedures that are not always understood and applied (Turato, 2005).

Qualitative methodology encompasses several study modes, such as: grounded theory; phenomenological research; ethnography, psychoanalysis; among others. There are different schools of thought under the paradigm of qualitative research whose methods are derived from multiple humanistic disciplines with their own particular language. As a rule, when one of these formats is employed, it is defined as containing main three modalities (Patton, 1990): (1) in-depth individual or group interviews, (2) direct observation consisting of detailed descriptions of people's activities, behavior and interactions and (3) written data, usually taken from quotations, excerpts, extracts from personal diaries, reports, medical files and open answers to questionnaires (Baum, 1995). Qualitative research *"addresses the knowledge of a complex object: the*

subjectivity" (Gonzalez Rey, 2002) and understands the researched subject as an active agent throughout the research and not simply as a reservoir of answers (Turato, 2005).

For Denzin & Lincoln (1994), qualitative researchers scrutinize their object of study in its natural setting, endeavoring to interpret phenomena in the light of the meaning people attribute to them. This task in itself denotes that in this research model, the researcher has a different participation from the quantitative researcher. The presence of the researcher in the interactive situation represents an element of meaning that affects the involvement of the subject under study with the research in multiple ways (Gonzalez Rey, 2002). Thus, the importance of the researcher's affinity with the epistemology of qualitative research and expertise in the methodological technique used becomes of paramount importance (Turato, 2011).

Minayo postulates that to do Science is to work simultaneously with theory, method and techniques, within a perspective in which this trio mutually conditions itself. To this trilogy can be added that the quality of an analysis also depends on the researcher's art, experience and the capacity to go into depth (Minayo, 2011).

As the researcher composes his work a practical involvement with the method and with the object of study and context are required (Schützer, 2014). The involvement is of such importance that qualitative methods demand an acculturative phase. This initial phase, prior to the data collection, comprises a period in which the researcher establishes a direct relationship with the population to be studied and making use of the language and ways of thinking of

this population, making it possible to assign the method to be used and to refine the data collection (Turato, 2011).

Connelly and Peltzer (2016) describes three problems in qualitative methodological articles: unclear relationship to the underlying research method; depth in interviewing techniques, and lack of depth in the analysis. Those authors emphasized the importance of the time and effort that qualitative research requires of the researcher. A qualitative researcher should permanently improve their skills and practices.

Part of the quality of qualitative research stems from its very execution, its *modus operandi* in processing the material collected throughout the study (Flick, 2009), mainly from the data analysis phase (Seale, 1999). The analysis of qualitative data marks the challenging state when the researcher develops an understanding of the life experience of the participant(s) based on the objective of his study (Spencer, Ritchie, Ormston, O'Connor & Barnard, 2014). Pope, Ziebland and Mays (2000) affirm that qualitative research can produce great quantities of textual data. A thorough preparation and data analysis takes time and intensive effort, but they should not be seen as a systematic and rigorous analysis since analysis of textual data depends on the inductive and high quality scrutiny depends on the vision and integrity of the researcher.

Hsieh & Shannon (2005) shows that the content analysis is a widely used qualitative research technique and show different approaches. These approaches are used to interpret the meaning of the data content. The authors shows the importance of delimiting the specific approach to content analysis they are going to use in their studies.

In light of these findings, the aim of this conceptual text is to present a systematized and concise technique of step-by-step procedures for qualitative content analysis in the health field, that here we call Clinical-Qualitative Content Analysis (CQCA). This article seeks to instrumentalize in a clear and simple way the health researcher that intends to do qualitative research. While the method points the way forward, we intend to demonstrate how this way must be covered in content analysis in order to arrive at qualitative research results.

DATA SOURCES

In Brazil, many researchers consider that the qualitative research design, when applied to the field of health, can acquire a perspective analogous to approach in clinical practice, thus the denomination: clinical-qualitative content analysis CQCA (Turato, 2011). This analyses take part of the Clinical-Qualitative Method (CQM) that is considered as a specific refinement of the qualitative methods emanating from the Human Sciences and particularly applied to the field of health. It is a method that seeks to understand and interpret the psychological and psychosocial meanings that the individuals involved in the setting of health give to phenomena in the health-disease field. The Clinical-qualitative methodology has three together pillars that sustain the method and make it unique: 1) Clinical Approach: The researcher should use their clinical training for looking at those who carry a pain. A clinical approach is necessary in different phases of the study: data collect and data analysis; 2) Existentialist Approach: there is an existentialist demand of the patients and relatives studied, who suffer with their illness and reported it. This pillar is referred to as human anguish. We consider here the concept of anguish by Kierkegaard (1984); 3) Psychodynamic Approach: use of conceptions of psychological theories that consider the

dynamics of the individual's unconscious, both for the construction and application of techniques and instruments, and for theoretical reference in discussing the results.

We conceive that CQM can be defined as the study and construction of the epistemological limits of a certain qualitative method particularized in health settings, as well as the discussion about a set of techniques and procedures to describe and understand the meanings of humans phenomena in this field. The approach of the method is interpretative and not descriptive. The Clinical-Qualitative method was born from the experience of clinical assistance to patients, recognizing the conscious and unconscious emotions present in the patient's relationship with family members, health professionals and physical infrastructure of health services as facilitators or obstructors to patient adhering treatment (Balint, 2000).

The CQM has been developed and applied for the past 20 years, in investigations carried out by the *Laboratory of Clinical-Qualitative Research* (LPCQ), at the *Faculty of Medical Sciences*, State University of Campinas. It aims to register and analyze senses and meanings attributed by persons to phenomena relating to getting ill and caring their health problems. These are studies on the life experiences of patients, family members, members of the healthcare team and the community, already published in several scientific articles, as for example (Magdaleno, Chaim, Pareja , Turato, 2011; Galano, Turato, Succi, Marques, Negra , Silva, Carmo, Gouvea, Delmas, Côté, Machado, 2017; Machado, Galano, Succi, Vieira, Turato, 2016; Faria-Schutzer, Surita, Alves, Vieira, Turato, 2015; Vieira, Turato, Oliveira & Gracia-Arnaiz, 2014; Dias,

Oliveira, Turato & Figueiredo, 2013; Campos & Turato, 2009; Dias & Turato, 2006; Fontanella & Turato, 2005)

This article is part of an in-depth study of the CQ, through the experiences of the researchers from LPCQ. The proposal of systematization step by step of a qualitative analysis data is to instrumentalize researchers who aim to study the subjectivity and feelings of the people involved in the health setting. It is important to emphasize that the biomedical research model is predominate in this area of knowledge. Our study is fundamentated in literature consecrated in the area of qualitative research.

The CQCA was developed from content analysis of Bardin (2009). She proposed a consistent organization to produce scientific knowledge and understand meanings. The CQCA approaches the essence of the content analysis proposed by Bardin and described by Downe-Wamboldt (1992) as a technique that aims to provide insights from the phenomenon under study. However the CQCA has some applications particularities, since it is a technique developed for the clinical setting of health and uses medical psychology concepts.

The specificities of the CQCA technique concern the clinical attitude of the researcher. The researcher will carry out understanding through a clinical attitude, concentrating on the subject's anguish, that is transferred to the research context as an attitude of understanding the reported experience. This entails an interaction between researcher and participant does not generate an intervention, but rather gives rise to an understanding of the participant's life experience.

Equipped with these new concepts on how the persons think and why they act in certain mode, health professionals can improve their clinical practices.

Data collection takes place in the natural setting of the interviewees, that is, a place where patients are seen and where the researcher then develops acculturation. This initial experience of the researcher is reported by means of field notes, since it will be useful during the analysis (Pope & Mays, 1995; Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

For this study on Clinical-Qualitative Content Analysis a literature review was developed jointly by three qualitative researchers, members of the LPCQ (Clinical-Qualitative Research Laboratory / FCM / UNICAMP). These three researchers have practical experience with the Clinical-Qualitative Method and met fortnightly from August to December 2016. After the literature review the work was discussed with three other researchers in the health area.

The literature review for this paper included: Chapter 10 of the Clinical-Qualitative Research Methodology Treaty (Turato, 2011), eight original scientific articles and three theoretical articles. The Chapter 10 is entitled: Treating and discussing data for the researcher's contribution to rethinking scientific knowledge. The original scientific articles used the Clinical-Qualitative Method and were read and discussed by the researchers. The inclusion criteria of these original articles were: publications in journals with a high impact factor in the medical sciences; or detailed description of the content analysis steps of the Clinical-Qualitative Method. The theoretical articles provided theoretical insights on the Clinical-Qualitative Method, especially the article by Campos & Turato (2009), which discuss specifically the Content Analysis in Clinical-Qualitative

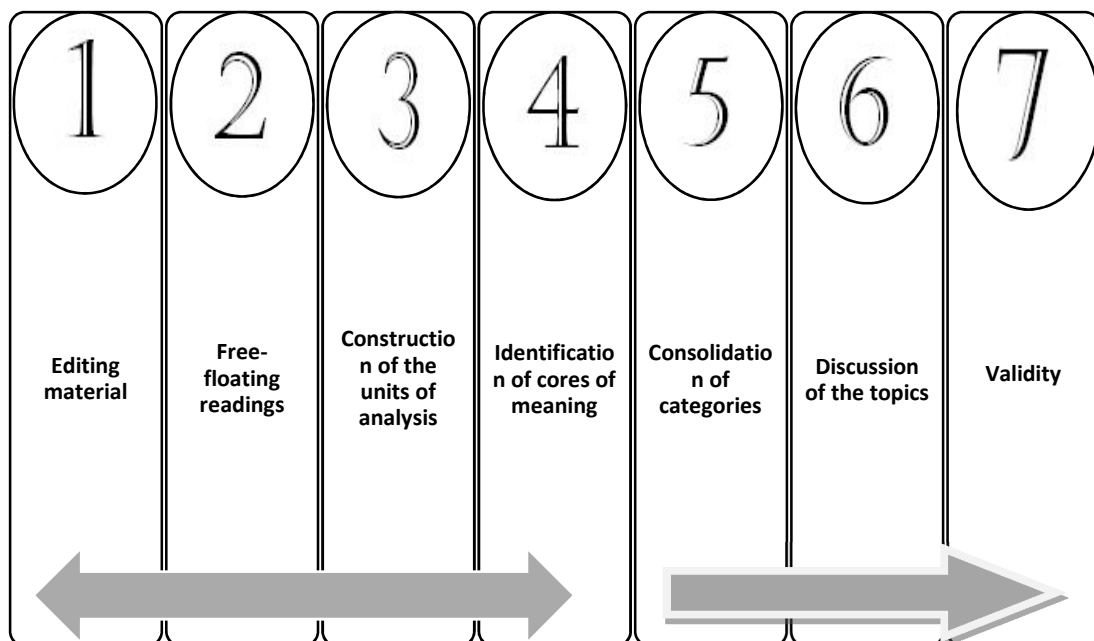
Research. Both Turato and Campos participated in methodological discussions with qualitative researchers and reviewed the final text of this work.

Systematization of the CQCA

This analysis technique, proposed in this paper, aims to listen, describe and interpret meanings reported by the research subjects. In the case of CQM the information needs to be found from the subjective viewpoint of the individuals being studied.

This form of analysis involves a process of organization, understanding and interpretation of material obtained through transcribing the individual interviews and statements that comprises **Seven Steps** to be carried out sometimes sequentially or simultaneously (Figure 1: Flow Chart of the Content Analysis).

Fig 1: Flow Chart of the Content Analysis



(1) Editing material

The first step occurs when the material is collected by means of an interview. It involves an editing process, since it organizes all the material collected, constituting a transcribed corpus and is here referred to as material for analysis.

The work of editing is made up of the literal transcripts of the interviews and the field notes of the researcher. The transcripts of the interviews when made by the interviewer is an opportunity to impregnate himself from the speeches. When it is carried out by a third party, the researcher must listen the interview recordings. This initial access to the audio recordings favors the perception of preliminary meanings, operating in accordance with this methodological proposal, which is to adopt a clinical attitude of listening vis-à-vis the material of each participant. With a view to this, at this point, the researcher also becomes involved with the forms of non-verbal expression (tear, tone of voice) used by the participant in the research. The use of non-verbal language, sometimes considered a disadvantage in scientific undertakings, is considered essential in CQM.

At this moment of analysis, the annotations made in the field diary of each interview should be separated from the text of interview. We recommend that these annotations should be separated from the interview text and included in the margin in such a way as to remind the researcher of these experienced and reported aspects at the time of analysis.

(2) Free floating reading

In this step, the researcher should allow himself to become impregnated by the reported life experience, by means of the called free-floating readings. It is a moment of reading with theoretical distancing in which there is not yet a direction for the aims and hypotheses of the research, since it involves an openness to all the experience related there. In a clinical attitude, this concentration refers to being alert to the completeness of the subject so as to capture the impressions of the researcher *vis-à-vis* the reported meanings life experience.

Free-floating reading does not cling to the repetition of words but to the psychodynamic movement of speech in the search for meanings attributed by participants and have the potential to answer the proposed research question. Also considered in this non-verbal reading are expressions of the interviewee.

(3) Construction of the units of analysis

In this step, part of the researcher's creative work dealing with the emergence of meanings is concentrated. Based on a clinical attitude towards the material under analysis, the researcher apprehends meanings, selects the fragments and develops the first reflections.

This is the moment when the researcher, reading certain excerpt, questions himself as to what this passage is expressing. He asks himself: what is the participant trying to say.

The operating of this step is carried out through reports of emerging commentaries to be noted throughout the material for analysis. These can take different shapes:

- a) grouping together the reports that suggest the same meaning;

b) highlighting significative reports, that albeit present solely in the material for analysis of just one participant in the research, reveal relevant meanings for the development of later understandings.

It is important to bear clearly in mind the motives behind choosing this or that fragment, since the relation between the researcher and the material for analysis is one of interdependence. Once again, it is a question of clinical and psychologic attitude in action, as if in the assistance setting, the patient and health professional were interacting.

(4) Identification of cores of meaning

The fourth step will proceed in the direction of the first codes of meaning. This is based on a re-reading of the units of analysis, previously identified, in order to give them a code (entitling them). In this way, other passages from the same material for analysis can be gathered under the same code expressing the same life experiences, thus addressing the aim of the study. Various units can be dismissed, since not everything that was expressed by the participant will be not directly connect with the aim of the study.

This same step will be reproduced with the material for analysis of each participant, allowing new codes to be created or previous ones recovered. Operationalizing this step takes into account the closure of the chosen sample, be it by saturation or exhaustion criterion. The closure of the sample, much used by clinical-qualitative researchers, demands that the analysis begin immediately after the interview is carried out or the testimony is obtained, thus making it possible to accomplish step two with the material of one participant, at the same

time as step four is carried out, for example, with the material of another participant.

(5) Consolidation of categories

While steps one to four were carried out with the material of each participant, step five works with the material of all the participants so as to construct categories. Nevertheless, it is important to highlight that steps one to four can be constructed in sequence and/or simultaneously for the material for analysis of each participant. However, all the material for analysis needs to reach step five so that the completeness of the analysis attains a second moment when the study categories will be configured. Step five is the moment when there will be initially a shaping of the organization of the material for analysis of all the participants with a view to categorization.

After the general refinement of the cores of meanings, the process of categorization begins. This consists of establishing a structure of thematic ideas, that is, the totality of the codes from the analysis that will explain the life experiences of all the participants, understood in accordance with the aim of the study. While the codification is intuitive and descriptive, involving an inductive approach, categorization is an analytical and theoretical moment.

The process of categorization, according to several possible criteria, must take place within the principle of relevance, thus avoiding a certain orthodoxy, present in the content analysis, for example. A spoken point is highlighted, without necessarily presenting a certain repetition of the material for analysis, but that from the viewpoint of the researcher constitutes discourse rich in content.

The categories need to be exhaustive and mutually exclusive. This means that no data related to the objective of the study, as aspects of visions under study, will be included in more than one category.

In the categorization process, it is important to verify the following possible situations:

- If there is consistent material to construct a category.
- If the codes arising from the different materials brought by the participants really point to the same meaning and/or to potentially aggregated meanings.

The final product is a greater clarity as to the categories to be interpreted and discussed and that will lead the researcher to the answer to his/her research question. In this phase is relevant to make successive presentations for academic peers, discussing the material, structuring it from those significative speeches and so clarifying them evolutionarily.

(6) Discussion of the topics

After refining the cores and their structuring into categories with their due understandings, based on the theoretical framework, the step to be developed is linked to the debate with the literature. The understanding and interpretation need to be underpinned and the interventions must begin to be mapped out. This is the proposal of Step Six.

The discussion of the categories is separated here from step five only for didactic purposes, since it can be done in conjunction. In this step, the researcher dialogues with the available literature, including the previously read and reflected

theory, which will now give scientific consistency to the results as well as to the insertion of new readings.

It is a dialogue included later to the understanding of the categories and that discusses the findings in such a way as to take into account the application of the conclusions for health professionals in their care for patients and relatives. It is a moment in which all the clinical attitude involved here produces a result that will return to this assistance setting.

(7) Validity

Qualitative research is sometimes perceived in function of pre-established criteria for this kind of research, thus its validity is also sought. However, far from the positivist scope, qualitative research cannot be measured by the criteria of absolute truth. This is not a process that occurs only at the moment of analysis; rather it exists since the creation of the research project. In this way, it must be emphasized that the proposed steps of the analysis always presuppose a reflection group to discuss the rigor and appropriateness of the method, of the theme, and principally the rigor *vis-à-vis* the clinical attitude applied to the material for analysis and to the subsequent understanding attained.

The CQM presupposes and involves a critical reflection on the processes carried out at each step. This reflection is understood here as an extremely rich process, if carried out collectively and/or in dialogue with other researchers with some proficiency in qualitative methods and not necessarily with regard to the subject under study

DISCUSSION

The Clinical-Qualitative Content Analysis utilizes emic perspective of genuine research, that is, the researcher respects the position of the insider, being faithful to the discourse of those interviewees, interpreting the results in accordance with their own logic, bearing in mind the relation of meaning they establish (Fontanella, Campos, Turato, 2006). It must be understood that the meanings given to a life experience are partially created by the way in which the message is communicated (Fontanella, Campos, Turato, 2006).

When the researcher, questions himself as to what this passage is expressing. He asks himself: what is the participant trying to say. This question will lead to an understanding, to a description of the phenomenon under study, which, according to Heidegger, is unavoidably an interpretation. Interpreting what is understood means articulating explicitly, making intelligible, unveiling, and thematizing as structures (Davidsen, 2013).

The codes concept used in step four, was based on what Gibbs (2009) described as way of organizing the researcher's thoughts so as to construct a text. As for the construction of the categories in step five we highlight that a category needs to encompass a set of codes, that are not simultaneously considered by other categories, since within a given category a homogeneity of ideas exists and between categories, a heterogeneity of ideas (Graneheim & Lundman, 2003). Nevertheless, due to the nature of human perception, it is not always possible to create mutually exclusive categories when the text deals with experiences. The categories answer the question *what?*, and can be identified by clues through the codes, which in turn answer the question *how?*. The category refers mainly to an underlying meaning (Graneheim & Lundman, 2003).

The validity of qualitative research aligns itself much more with the scientific posture of the researcher, emerging as a space for discussion and debate in the scientific field (Cho & Trent, 2006). The methodologic rigor in research process is a responsibility of researcher and it is what guarantees the scientific research. For Morse, Mayan & Olson (2002) without rigor, the study is worthless and loses the utility.

Guba e Lincoln (1981) development important benchmarks to ensure the trustworthiness of our qualitative research: containing four aspects: credibility, transferability, dependability, and confirmability. These were fundamental to situate this within a language appropriate to qualitative research.

The activity carried out in qualitative research settings called validation, is considered here as a process of reflexivity (Oliveira, & Piccinini, 2009), also already referred to by other authors as a critical reflection on the research, which lends it rigor. Peer review is also imperative and yet some care is needed as Botomé (2011) alerts that the evaluations among academic peers should avoid deviations, turning an academic evaluation into a political, ideological or personal evaluation.

Implications for Nursing

The goal of this conceptual contribution is to present a systematization of content analysis to improve the analysis process to the researchers nurses or other health professionals who develop qualitative research and to ensure the quality and scientificity of their study. The CQCA will enable a psychological experiences analysis of the interviewees, as health professionals, patients or family members. The results of these researches should favor multiprofessional

health team and instrumentalize it to improve care for patients and their families. Nursing practice is based on systematized care also on the emotional issues of patients and familiars membrers. Clinical research that addresses these issues will improve care, embracement, and therapeutic listening to all health team. As a clinician and researcher, the nurse, as well as the entire multidisciplinary team, will be able to recognize the problems of health contexts and act actively on them. The research question that leads to the clinical-qualitative study is part of the practice of health professionals in their clinical care and should therefore bring results to their practice, as shown in figure 2 (Figure 2: The Clinical-Qualitative Content Analysis based on clinical practice).

Figure 2: The Clinical-Qualitative Content Analysis based on clinical practice



CONCLUSION

Qualitative research in health field has gained space and recognition in the scientific sphere. However, this recognition and affirmation, in a field where quantitative methods prevail, is clearly characterized by the parameters and paradigms of Natural Sciences. We believe that this conceptual article brings depth to the methodological discussion of qualitative research, above all in the

clinical-qualitative analysis of data, based on paradigms and techniques that emerge from the praxis of qualitative researchers in the health field. . It is a proposal for systematization qualitative content analysis procedures in order to bring clarity to the researcher who intends to do qualitative research and ensure quality of the analysis, which is the most dense phase of the work within a qualitative research and in which researchers find it more difficult to articulate knowledge and apply procedures. It is a technique indicated for questions arising in an assistance setting and that seek to encourage reflections an interventions for professionals faced with the life experiences of their patients and their environment.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the research group from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (LPCQ) in the Psychiatry Department of the Faculty of Medical Sciences at the State University of Campinas for their important contributions and and management support throughout this study. We thank Susan Pyne for providing language and writing assistance.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no competing interest.

REFERENCES

1. Balint, M.(2000). The doctor, his patient and the illness. 2 ed. London: Churchill Livingstone.
2. Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70.

3. Baum, F. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*, 40(4), 459-68.
4. Botomé, S.P. (2011). Peer reviews in science and academy: Aspects of a clandestine evaluation not always scientific, academic or assessment. *Psicologia USP*, 22(2), 335-356.
5. Campos, C.J., Turato, E.R. (2009). Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-64.
6. Cho, J., Trent, A. (2006). Validity in qualitative research revisited. *Qualitative Research Journal*, 6(3), 319-340
7. Colorafi, K.J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environment Research & Design Journal*, 9(4),16-25
8. Connelly, L.M., Peltzer, J.N.(2016). Underdeveloped Themes in Qualitative Research: Relationship With Interviews and Analysis. *Clinical Nurse Specialist*, 30(1),52-7.
9. Davidsen, A. (2013). Phenomenological Approaches in Psychology and health sciences. *Qualitative Research in Psychology*, 10, 318-39.
10. Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (1994). Handbook of qualitative research. London: Sage Publication.
11. Dias, A.A., Oliveira, D.M., Turato, E.R., Figueiredo, R.M. (2013). Life experiences of patients who have completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. *BMC Public Health*, 19(13),595.

12. Dias, O.M., Turato, E.R. (2006). Cigarette smokers views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. *Sao Paulo Medical Journal*, 4;124(3), 125-9.
13. Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313–321.
14. Faria-Schutzer, D.B., Surita, F.G., Alves, V.L., Vieira, C.M., Turato, E.R. (2015). Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS One*, 10(11), e0141879.
15. Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
16. Fontanella, B.J., Turato, E.R. (2005). Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4),272-7.
17. Fontanella, B.J.B., Campos, C.J.G, Turato, E.R. (2006). Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
18. Fontanella, B.J.B., Ricas, J., Turato, E.R. (2008). Saturartion sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cadernos Saúde Pública*, 24(1), 17–27.
19. Galano, E., Turato, E.R., Succi, R.C., Marques, H.H.S., Negra, M.D., Silva, M.H., Carmo, F.B., Gouvea, A.F., Delmas, P., Côté, J., Machado, D.M.(2017). Costs and benefits of secrecy: the dilemma experienced by adolescents seropositive for HIV. *AIDS Care*, 29(3),394-398.

20. Gibbs, G. (2009). *Análise de Dados qualitativos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
21. Graneheim, U.H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
22. Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29, 75–92.
23. Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
24. Kierkegaard, S. A. (1984). *O desespero humano (The sickness unto death, 1849)*. 2ed. São Paulo, SP: Abril Cultural.
25. Machado, D. M., Galano, E., Succi, R.C.M., Vieira, C.M., Turato, E.R. (2016). Adolescents growing with HIV/AIDS: experiences of the transition from pediatrics to adult care. *Brazilian Journal of Infectious Disease*, 20(3), 229-34.
26. Magdaleno, R. Jr., Chaim, E.A., Pareja, J.C., Turato, E.R. (2011). The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*, 21(3), 336–339.
27. Minayo, M.C.S. (2011). Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
28. Morse, J.M., Barret, M., Mayan, M., Olson, K., Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22.
29. Oliveira, S. R., & Piccinini, V. C. (2009). Validity and reflexivity in qualitative research. *Cadernos EBAPE.BR*, .7(1), 88-98.

30. Patton, M. Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA: Sage Publication.
31. Pivoto, F.L., Lunardi Filho, W.D, Lunardi, V.L., & Silva, P.A. (2017). Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process. *Escola Anna Nery*, 21(1), e20170014. Epub January 16, 2017. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170014>
32. Pope, C., Mays, N. (1995). Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: an Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal*, 31(6996):42–45
33. Pope, C., & Mays, N. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50–52.
34. Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320(7227), 114–116.
35. Rey, F.L.G. (2002). *Qualitative Research in Psychology. Paths and challenges*. São Paulo, SP: Thompson Pioneira.
36. Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London: Sage.
37. Schützer, D.B.F. (2014). *Emotional experiences of obese women with adequate weight variation during pregnancy: a clinical qualitative study* (Master's Dissertation). Available from: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000937908>
38. Spencer, L., Ritchie, J., Ormstron, R., O'Connor, W. & Barnard, M. (2014). *Qualitative Research Practice: A Guide for social science students & researchers*. Los Angeles: Sage.

39. Turato, E.R. (2005). Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*, 39(3),507-514.
40. Turato E.R.(2011). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. (Treaty of clinical qualitative research methodology: theoretical-epistemological comparative discussion and application in the areas of health and human sciences). 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
41. Vieira, C.M., Turato, E.R., Oliveira, M.R., Gracia-Arnaiz, M.I. (2014). The pain and pleasure of being what one is: viewpoints of health professionals and patients about being overweight/obese. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6): 635–640.

5.2 Artigo 2: Eating behaviors in postpartum: a qualitative study of obese women

Carta de Aceite

From: BMC Pregnancy and Childbirth Editorial Office <em@editorialmanager.com>
 From: **Crystal Feng** <crystal.feng@mdpi.com>
 Date: qua, 4 de jul de 2018 11:27 PM
 Subject: [Nutrients] Manuscript ID: nutrients-311474 - Accepted for Publication
 To: Débora Faria-Schützer <defarbic@gmail.com>
 Cc: Fernanda Surita <surita@unicamp.br>, Larissa Rodrigues <rodrigues-larissa@uol.com.br>, Egberto Turato <erturato@uol.com.br>, Nutrients Editorial Office <nutrients@mdpi.com>

Dear Mrs. Faria-Schützer,

We are pleased to inform you that the following paper has been officially accepted for publication:

Manuscript ID: nutrients-311474
 Type of manuscript: Article
 Title: Eating behaviors in postpartum: a qualitative study of obese women
 Authors: Débora Faria-Schützer *, Fernanda Surita, Larissa Rodrigues, Egberto Turato
 Received: 17 May 2018
 E-mails: defarbic@gmail.com, surita@unicamp.br, rodrigues-larissa@uol.com.br, erturato@uol.com.br

http://susy.mdpi.com/user/manuscripts/review_info/da961fa36bcfac75680cf81639e87306

We will now make the final preparations for publication, then return the manuscript to you for your approval.

We also invite you to contribute to Encyclopedia (<https://encyclopedia.pub>), a scholarly platform providing accurate information about the latest research results. You can adapt parts of your paper to provide valuable reference information for others in the field.

Kind regards,
 Crystal Feng
 Assistant Editor
 Email: crystal.feng@mdpi.com

--

MDPI AG
 Nutrients Editorial Office
 St. Alban-Anlage 66
 4052 Basel
 Switzerland
 Tel. +41 61 683 77 34 (office)
 Fax +41 61 302 89 18 (office)

Autorização da revista para uso do artigo

Dear Mrs. Faria-Schützer,

Thank you very much for your email.

The request is approved. We wish you a success for your Ph.D. thesis.

Kind Regards,

Crystal Feng

Assistant Editor

E-Mail: crystal.feng@mdpi.com

Nutrients (<http://www.mdpi.com/journal/nutrients>)

Skype: crystal.feng_5

Dear Ms. Crystal Feng

We are writing to you in order to obtain a permission to re-use material included in the following article published in Nutrients for inclusion in my Ph.D. thesis.

"Eating Behaviors in Postpartum: A Qualitative Study of Women with Obesity"

doi: 10.3390/nu10070885.

This thesis is for academic use only and it is not going to be used for commercial, advertising or promotion purposes. I am planning to make 08 printed copies of my thesis. One of these copies will be displayed at The University (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brazil) library. In addition, an electronic version of the thesis will be made available at the University Thesis Database. I thank you very much in advance.

Best regards

Débora Bicudo de Faria Schützer



Article

Eating Behaviors in Postpartum: A Qualitative Study of Women with Obesity

Débora Bicudo Faria-Schützer ^{1,*} , Fernanda Garanhani Surita ¹ , Larissa Rodrigues ¹ and Egberto Ribeiro Turato ^{1,2}

¹ Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas, BR-13083881 Campinas, São Paulo, Brazil; surita@unicamp.br (F.G.S.); rodrigues-larissa@uol.com.br (L.R.); erturato@uol.com.br (E.R.T.)

² Department of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Sciences, University of Campinas, BR-13083881 Campinas, São Paulo, Brazil

* Correspondence: defarbic@gmail.com; Tel.: +55-19-35219304

Received: 17 May 2018; Accepted: 5 July 2018; Published: 10 July 2018



Abstract: In postpartum, women experience major changes in their lives; they are forced to deal with new internal and external demands for attention and care for themselves and the baby. Postpartum feeding also suffers changes in this stage of life, because women find more barriers to healthy eating, which can put them at greater risk of overweight or obesity. This is a qualitative study, through in-depth semi-directed interviews in an intentional sample with postpartum women with obesity, closed by saturation and qualitative content analysis. Sixteen women were included. Three categories emerged from this analysis: (1) from pregnancy to postpartum: changes in body and eating behavior; (2) eating to fill the void of helplessness felt during the postpartum period;

Eating Behaviors in Postpartum: A Qualitative Study of Women with Obesity

Débora Bicudo Faria-Schützer^{1,*}, Fernanda Garanhani Surita¹, Larissa Rodrigues¹ and Egberto Ribeiro Turato^{1,2}

¹ Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas

² Department of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Sciences, University of Campinas

* Correspondence: defarbic@gmail.com; Tel.: +55-19-35219304

Received: 17 May 2018; Accepted: 5 July 2018; Published: 6 July 2018

Abstract: In postpartum, women experience major changes in their lives; they are forced to deal with new internal and external demands for attention and care for themselves and the baby. Postpartum feeding also suffers changes in this stage of life, because women find more barriers to healthy eating, which can put them at greater risk of overweight or obesity. This is a qualitative study, through in-depth semi-directed interviews in an intentional sample with postpartum women with obesity, closed by saturation and qualitative content analysis. Sixteen women were included. Three categories emerged from this analysis: (1) from pregnancy to postpartum: changes in body and eating behavior; (2) eating to fill the void of helplessness felt during the postpartum period; and (3) breastfeeding and baby feeding. Women with obesity eat to relieve unpleasant feelings during the postnatal period. The postpartum period is an opportune moment to introduce long-term changes in the eating behaviors and mental wellbeing of these women. Healthcare teams need to restructure to provide more focused follow-up care for women with obesity during the postnatal period in terms of their physical and emotional health.

Keywords: pregnancy; nutrition; obesity; eating behaviors; qualitative study; low- and middle-income countries

1. Introduction

In postpartum, new adjustments are required for the woman to adapt to the baby's care routine and gradually return to the pre-gravid physiological and metabolic conditions. Due to this, women become more susceptible to physical and psychological complications [1–4]. It is impossible to dissociate postpartum from the experience of motherhood. The process of construction of motherhood begins in stages that precede gestation. However, it is from childbirth that women will realistically experience “being a mother”. From a psychological point of view, postpartum can be characterized by ambivalent feelings, such as euphoria and relief, fear of not being able to nurse, fear for the baby's health; fear of not being able to take care and respond to the baby's needs; or not being able to practice motherhood properly [5,6]. Motherhood brings out important issues to the psychological and social identities of women. They experience major changes in their lives that requires physical and psychosocial adjustments, and that will be reflected in the way each woman constitutes herself as a whole [7].

The transformations that begin in puerperium, with the purpose of restoring a woman's body to a non-pregnant situation and adapting it to motherhood also include alterations in her brain structure, which can grant adaptive advantages to motherhood, such as making it easier for a mother to recognize her child's needs [8].

Postpartum feeding also suffers from this new condition [9,10] and women find more barriers to healthy eating, which can put them at greater risk of overweight or obesity [11]. Vieira et al. [9] demonstrate that most puerperal women presented with unbalanced nutrition, influenced by cultural, psychological, and economical factors.

Women who initiate pregnancy with obesity present higher food insecurity, poorer quality of food and weight gain in the following year after childbirth [12–15]. The etiology of obesity is complex and multifactorial [16–19]. Obesity is strongly influenced by biology, however, understanding its association with psychological factors is paramount for clinical management [19]. From a psychodynamic perspective, obesity can be seen as an expression of a certain psychic structure, encompassing emotional struggles and difficulties in interacting with the environment that are experienced in early stages of human development [20].

Gender issues also influence nutrition directly. Most Western societies assign the responsibility of selecting, preparing, and sharing the food among the family to women, in addition to childcare. Even though they are responsible for preparing the food, women usually do that by taking into account only their husbands' and children's tastes, and not their own [21]. Post-gestational weight retention in mothers with obesity is also associated with psychological discomfort during pregnancy [22]. Women who become pregnant when overweight or obese have a greater association between food anxiety and weight gain after childbirth. These women need a multidisciplinary approach, including psychological and nutritional aspects [12].

Evaluation of psychological aspects of women with obesity during the postpartum period is recommended, in order to improve the mother-baby relationship, promote breastfeeding, and promote the integral health of women in the medium- and long-term [9,16,18]. Nourishment is related not only to nutrition, but also to the exchange, to the contact with the other, and to the entire relationship of love and care that is established between mother and child. Nourishment and the feeling of pleasure/displeasure leave indelible marks on the individual's psyche from the first breastfeeding [23].

The preceding stage, during and after pregnancy, should be seen as a "window of opportunity" to minimize short-and long-term health risks for women and their children [24,25]. Weight-watching and caring about nutrition are issues of interest to women in postpartum [26,27].

The present study emerged from the demands of previous studies carried out in this same Health Service and the professionals who provide prenatal care and perform postpartum review consultations. This study aimed to explore the psychological meanings that women with obesity attribute to their diet during the postnatal period: what they eat, whether they have a self-care regimen, their relationships with themselves and their baby, as well as their motivation to adopt a new lifestyle.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

A clinical-qualitative method with content analysis was adopted, which was composed of three characteristics: (1) existentialist attitude: value attributed to the angst and anxieties by the diseased; (2) clinical attitude: acceptance of suffering; (3) psychodynamic attitude: consideration that subconscious aspects are present in the interviewer-interviewee relationship and in the subject discussed [28–30].

2.2. Data Collection and Sample

A four-month period of observation of medical and nursing consultations, subgroups, and clinical discussions was performed at the data collection site, the Woman's Hospital Post-partum Outpatient Clinic of the University of Campinas, a university hospital, located in Southeastern Brazil. That period is referred to in the qualitative research as acculturation period. All information from that stage was recorded in the field diary and used to formulate interview questions.

The participants were selected and invited to participate in the study from the data recorded in the medical records. Participants were approached between April and August 2017 on the same day as their consultation, with each woman being approached intentionally based on the following criteria: older than 18 years of age; up to six months postpartum; and BMI ≥ 30 kg/m² before pregnancy. Women who opted not to breastfeed were excluded. The sample was closed by the information saturation criterion[31], after discussion and validation with two research groups from the Faculty of Medical Sciences: Clinical-Qualitative Research Laboratory (LPCQ) and Reproductive Health and Healthy Habits (SARHAS).

Based on the expectation that the interviewees would speak as openly as possible about their experiences in relation to aspects of feeding, weight, and feelings during postpartum, semi-structured individual interviews with the following open question were used to collect the data: *Tell me about how you have been feeling since your baby was born?*

The interview that began this way was planned based on a script with questions determined by the aim of the study, the acculturation period and the review of scientific literature, and that provided support for the researcher: Do you feel you have been taking care of yourself since then? How has your nutrition been since then? Do you think about or take care of your own nutrition? Have you thought about or done anything regarding your weight during pregnancy? Has any of that changed now? How do you see your body and its transformations since the baby was born? How do you feel you have been taken care of? Is there anyone helping you out at home? How do you feel while breastfeeding? When you are eating, do you think about breastfeeding? What challenges do you face at the moment in order to keep a healthy diet? What does food mean to you?

These were more cues than questions that were used in the appropriate moment of the interview, in case the interviewees had not broached these topics spontaneously.

All interviews were performed (by the first author DBFS) in a private room, recorded and transcribed, with an average duration of 440 min, adding the time of all interviews. Only one single interview was conducted with each participant, lasting an average of 27 min each. Interviewees spoke freely about their experiences and feelings of obesity and the postpartum period. Observational data and self-observation of the interviewer were recorded in a field diary, during and after each interview.

2.3. Data Analysis

Content analysis[28,32] was used. This form of analysis involves a process of organization, comprising seven steps, applied by the authors (according to their initials): (1) editing material—"transcribed corpus" (LR); (2) floating reading—the researcher become impregnated by the reported life experience (DBFS and LR, separately); (3) construction of the units of analysis—the researchers capture meanings, select the fragments, and develop initial reflections. The creative part of the researcher's work is focused on the development of meanings (DBFS and LR); (4) construction of codes of meaning—creation and structuring of the first codes of meaning (all authors); (5) construction of categories—organization of the material for analysis of all participants with a view to grouping (DBFS, LR), with consensus obtained after discussion with FGS; (6) discussion—a dialogue with the available literature (DBFS, FGS, LR); and (7) validity—validity involves the critical reflection on the processes carried out in each step (all authors and the COREQ-Checklist).

The Ethics Committee of the University of Campinas and Brazilian National Board of Health approved this research, under number CAAE: 62565116.3.0000.5404 and took into account the requirements laid down by the Brazilian National Board of Health. The validity period of the approval is four years and the researcher must keep the research data on file, under his responsibility, for a period of five years after the end of the research. We have received written informed consent from all participants.

3. Results

Sixteen interviews were conducted. Some characteristics of the interviewees are recorded in Table 1.

Table 1. Participants' characteristics.

Participants	Age (years)	Months Postpartum	Pre-pregnancy weight (Kg)	GWG (Kg)	Current weight (Kg)	Current BMI (Kg/m ²)
E1	22	5	93	4	93	36.3
E3	34	2	110	12	118	45.5
E3	33	5	118	-18	99	33.5
E4	23	2	102	6	94	31.8
E5	26	1	88	25	97	32.8
E6	23	4	120	-8	105	37.6
E7	34	2	90	6	91	34.7
E8	29	3	88	14	94	32.9
E9	27	1	95	5	79	31
E10	29	4	95	22	96	31
E11	43	2	110	8	99	34.3
E12	39	3	84	12	84	35.4
E13	23	5	140	-10	142	52.2
E14	29	2	85	4	79	31.2
E15	36	3	86	18	85	32.8
E16	20	2	82	10	82	30.5

GWG: Gestational Weight Gain, BMI: Body Mass Index. Three categories emerged from analysis: (1) from pregnancy to postpartum: changes in body and eating behavior; (2) rating to fill the void of helplessness felt during the postpartum period; and (3) breastfeeding and baby feeding.

3.1 From Pregnancy to the Postpartum Period: Changes in Body and Eating Behavior

As in pregnancy, the postpartum period places a woman into contact with food and their body, yet in a different way. Their relationship with life, activities of daily living, and with time itself changes, with their feelings become more intense and ambiguous. While pregnancy is full of expectations about motherhood and life with a baby, the postpartum period cements action and care for the newborn.

Even in pregnancy I said, I can continue as normal, I had a shock when the baby was born, and I saw that now another person depended totally on me. (Interviewee 6)

Those interviewees knew of their diagnosis of obesity and were aware of it being bad for their health, yet they did not know how to combat it. There was great discomfort and sadness regarding their weight and body.

When I weigh myself it is one of the saddest moment for me. (Interviewee 1)

I'm not feeling very good about my body. I cannot cope well with it; it makes me feel really bad. My biggest worry is that I'll get fat all over again. (Interviewee 15)

They spoke about the awareness that, in order to change, the initiative should come from them. They compared obesity to addiction or a personality disorder. They feel the “weight” of the body emotionally, but as if that is part of who they are, or something far than themselves can face.

I say that is it shameful, you know that person that smokes, that could stop smoking but doesn't want to, it's shameful.... I could stop eating, but I don't want to, I have to have this pleasure in life ... (Interviewee 6)

Eating habits and weight are not principal issues at this point in life. These women cannot focus their concentration on this during the postpartum period and seem to summon the healthcare team to ignore it too. To lose weight or to include healthy habits in your life must be desired by the individual involved.

Yes, I'm sorry ... it's that ... I want to lose weight.... let's see if I can go out walking now that I'm at home ... But now he's tiny, right? Forget it.... (Interviewee 2)

I don't have time, I do not even think about it. (Interviewee 5)

Pregnancy provided an opportunity to consider eating behaviors, resulting in changes during that period. After childbirth, however, they returned to their old eating habits.

I'm trying to take care of myself so I do not get fat ... I weighed 100.1 kilos ... it made me very sad, as I had said that I did not want to reach three digits again ... I realized during my pregnancy that eating is my problem, so if I could do it pregnant, why not now? (Interviewee 3)

As for weight gain during the postpartum period, interviewees with more than one child reported that retention of weight gained during pregnancy led to obesity.

Ah, with my firstborn I was much thinner, but then I gained weight and could not lose it anymore ... (Interviewee 8)

Additionally, the vast majority of interviewees reported that shortly after birth they lost weight, yet after the first six months, they had in fact gained weight.

After he was born I lost weight, however, I stayed indoors for months, so I got fatter, (...) There was no routine, and at home I eat, I get nervous, I eat all the time, I never ran out of candy, so I got fat. (Interviewee 8)

The discourse of the interviewees, besides weight gain, shows us how the psychological factors contribute to an inadequate diet or even a binge eating and, consequently, weight gain.

3.2 Eating to Fill the Helplessness Experienced during the Postpartum Period

This category refers to the often contradictory and intense feelings involved in the process of “becoming a mother”, and the resources these women with obesity have to deal with these feelings, which, in their case, involves food. This situation brings us to think of a food psychology, which is related to the influences that the feelings and the individual's way of dealing with them brings to the habits and eating behaviors.

... There is nothing specific, you feel lost, you do not know why you're crying.... you do not know why, it's strange, I think it comes from the past and mixes with things of the present. I don't know, I just know that I'm like this. (Interviewee 3)

In all of the interviews, besides the typical tiredness experienced by the woman in the postpartum period, the burden of loneliness and helplessness was present. There is a sense of loss of individuality and they feel that their loved ones do not recognize this pain.

... When he cries too much ... you already did everything you could and do not know why he is crying... It's mentally exhausting... I act as if nothing is happening so as not to get worked up anymore... And at night he wakes up to feed, two or three times before dawn ... and then 5:30 a.m. the alarm goes off. (Interviewee 3)

Postpartum requires hard and intense psychological work. It is emotional work that involves feelings of letting a new person occupy the most important place in your life, including more than yourself. Women also have to deal with changes in psychological and social roles.

The baby takes center stage at home and in their emotions, which prevents these women from focusing on self-care.

Ah, so, it's complicated, I ended up gaining weight sideways anyway, there's hair, nails to do, so I don't go out anymore, right? I just stay at home with him (the baby), so because of that it doesn't make much of a difference, but we do miss that as women, you know? (Interviewee 4)

During the postpartum period, there is a psychological responsibility of forsaking the place of being a daughter to effectively assume the role of mother (change of roles). These transformations are positive, yet they require a significant internal dialogue.

I start thinking, now I'm the mother, it's me that has to face things, before it was my mother that tackled everything face on ... And now, I have to take initiative for everything ... I think it's been good for me to grow up. (Interviewee 1)

Postpartum psychological processes are felt and perceived by women with obesity, but they find it difficult to labor with these unpleasant feelings. Mental elaborations often bring unpleasant feelings, and the woman with obesity finds it difficult to labor with these frustrations and eats to feel more relieved and to compensate for these displeasures by the pleasure of food. The feeling of helplessness and loneliness remain and they develop eating to fill the void of postpartum.

The emotional responsibility, linked to the subjectivity of these women with obesity in the postpartum period, generates a great deal of anguish and discomfort. Food, in this case, becomes a source of pleasure, used to deal with unpleasant feelings during the postpartum period.

I arrive and want to eat, and I start searching for whatever I can find and it satisfies me. It provides profound happiness! (Interviewee 3)

3.3 Breastfeeding and Baby Feeding

The interviewees expressed themselves in a divided manner about breastfeeding: loving or hating it. In this study many feelings were projected on to the baby, as if it were the baby expressing the opinions, not the mother:

My baby did not want to, he was disgusted which caused nausea. He snorted! He was anxious, did not want to feed, and cried for half an hour before feeding. (Interviewee 6)

I thought it was wonderful, I said I wanted it, but then it was too late (to breastfeed). (Interviewee 13)

Likewise, some of the gratification that the woman feels is associated to her experiences of pleasure and satisfaction with regards to eating behaviors:

And I like to breastfeed, it's the thing that I like the most ... (laughs) ... Because it's really wonderful, after they feed, they give that happy little smile, and you know that they are full. (Interviewee 1)

The relationship between these women and food influences the baby's eating behaviors. Psychological aspects, such as self-confidence to make adequate choices regarding ones' own food, as well as that of their child, are low and often require the help of others.

So you have to set an example, I want to teach him the best way, my husband says: you will not be able to give them the best in terms of food, that will have to come from me. (Interviewee 6)

The interviewees understood that breastfeeding is related to weight loss, however, they reported that this often left them more stressed and nervous. Rather than being an incentive, it became a complication or even a hindrance.

My mum kept saying: you don't want to breastfeed, but breastfeeding is what will help you to lose weight. It just kept putting the pressure on me and I got irritated. (Interviewee 13)

4. Discussion

Our results are in accordance with the literature in that during postpartum a new phase begins for women in their experiences and relations, very different from those perceived during pregnancy [33]. The careful eating and health habits suggested and supported by the prenatal care team that women with obesity have taken on during pregnancy were abandoned in postpartum. We understand that such abandonment is linked to internal and external influences experienced by women with obesity, which we highlight: (1) They feel uncomfortable with an obese body, but they do not know how to deal with their obesity; (2) Nutrition is not a central issue for a woman with obesity at that point in her life; (3) There is a return to old eating behaviors that have been developed since childhood/adolescence that are linked to obesity; (4) During postpartum there is a very present feeling of loneliness and helplessness, which strongly influences the eating behavior of women with obesity during that period.

It is perceived that some of those are intrinsic to that postpartum moment in a woman's life. However, it is possible to discuss some aspects of these women's health from psychological issues involved in the structure of obesity and its relation to nutrition.

Obesity, in itself, is a complex phenomenon that, as a health issue, demands deep, critical considerations. The study of individuals with obesity assumes that they have characteristics and psychological structures specific to people with obesity (intrapsychic elements) [34] and that obese people are usually subject to serious prejudice and discrimination in a number of everyday situations, including from health professionals (psychosocial elements) [7,34,35]. These psychological and psychosocial elements are important barriers to assess when it comes to healthy eating, and should be considered throughout the process of monitoring a woman with obesity during the postpartum period.

When women with pre-pregnancy obesity enter the postpartum period, they begin to feel responsible for their body habitus. Additionally, the influence of psychological and motivational issues regarding their eating behaviors is considered indisputable, as they have no control, which provokes a feeling of weakness and disbelief in their own abilities to transform their eating behaviors in the long-term. Furthermore, these women report disappointment in a derogatory or self-harming manner. Data from the present study on coping with helplessness are also consistent with another study [36], which demonstrated that BMI before pregnancy and postpartum are related and positively correlated with the overall severity index of body discomfort.

Interviewees talked about pregnancy as a possible moment to reconsider their eating behaviors, resulting in some behavioral changes, which could not be maintained after childbirth, with a return to old behaviors early on leading to weight gain. These results suggest the importance of specific attention to these issues during the postpartum period. These findings corroborate previous studies, which the attention and interventions of the health team should continue into postpartum so that the adoption of new habits is guaranteed [37].

Women suffer the highest cost as a direct result of reproduction, including pregnancy, lactation, and childcare. This has a major impact on women's health, particularly those with obesity, due to the association between parity, obesity, and non-communicable diseases. The results of this study demonstrate that after the birth and, with a new daily routine already installed, the interviewees described that they began gaining weight once again and how difficult it was for them to keep healthier eating habits that had been adopted during pregnancy. These findings corroborate previous studies [12,38] that indicate that from three months postpartum some women have a greater weight due to food insecurities and food behaviors. This study suggests to postpartum being a favorable moment to address changes in eating behaviors, since some of these changes have already been experienced during pregnancy [30,39–42].

This study demonstrates how living with the feeling of helplessness, alongside the psychological changes that these women go through during their new tiring routine of baby care, causes changes in their eating behaviors. Previous studies have shown an unbalanced nutrition during the postpartum period, which is influenced by cultural, psychological, and economic factors [9,12]. The current study developed these issues, revealing that unpleasant postpartum feelings can cause a woman with obesity to acquire a psychological-eating pattern, in which food becomes a compensatory mechanism for her disheartened feelings, and where food acts as a drug-like escape valve [43,44].

The constant presence of mothers and mothers-in-law support a more balanced postpartum diet, as they often help with the preparation of healthier foods [42]. The results of the present study also showed the importance of familial involvement with the postpartum routine, helping to promote feelings of improved security and self-esteem, thus reducing the sense of discontentment. However, some interviewees pointed out that some familial relations might be perceived by them as intrusive and/or as if the family did not feel that those women were capable of taking care of themselves and of taking care of the baby by themselves. Interviewees reported that this could be a significant stressor, and that it induced negative emotions. It is important for us, as health professionals, to think about the limits of those interventions in order to help these women develop their autonomy. As health professionals, we should always encourage them and help them find the best way to learn what to do by themselves or how to ask for help when needed, always respecting the uniqueness of each woman and their contexts.

Socio-economic and cultural aspects of the relationship with the partner, as well as the cultural role of the woman-mother in Brazil saturated the reports obtained from the interviewees in this study. However, the study method chosen did not allow for more in-depth sociological studies.

Considering the woman from her point of view, as the protagonist of the experience, could be of use to the healthcare team in terms of promoting adherence to treatments and changes in eating habits, as well as to provide an opportunity to practice preventative measures with regards to weight and mental health.

The postpartum woman's need to be looked after and supported is also reflected with regard to the healthcare team. The postpartum period is a moment that demands significant psychological attention with regard to the loss of her pre-maternity expectations. During that phase, oftentimes attentions are turned to the new member of the family and there is an expectation that the woman takes on the idealized maternal role quickly. That sentiment is confirmed by health promotion actions, which in this period are, in the great majority, centered around baby care and breastfeeding [7]. This study was able to identify how women with obesity deal with emotional peaks during the postpartum period, specifically that they eat to appease unpleasant feelings. The feelings experienced in the postpartum period are a "trigger" for binge eating. The relation of these women to the food is of compulsiveness and discharge of the anxiety experienced in the postpartum period. Our results are in accordance with the literature that postpartum begins a new phase for the woman in her experiences and that deserves the attention of the health professionals [37,45]. Those professionals that are willing to assist women with

obesity during the postpartum period should be aware of the mothers' emotional fragility, foster them, and give them support so that they overcome difficulties that arise from motherhood [46]. Just like the care that was perceived during the prenatal period, these women need to perceive that the postpartum care team is able to attend to their needs and motivate them to take care of themselves, especially in regard to eating and weight. Moreover, when needed, the team can take of that for them and encourage them to ask family members and friends for support, when they feel overwhelmed.

The results of this study also call attention to the type of care provided by the mother for her baby, since unhealthy food choices are often made, including when considering the weaning, which corroborates other studies that focus on the influence of food during the mother-child relationship [47,48].

This study sought to instrumentalize health professionals who accompany women in the postpartum period and/or call the attention of health professionals to the need for postpartum follow-up in women with obesity. Knowing what they feel and think can change their approach and clinical management. Our study indicates the need to include in the obesity treatments the psychological aspects, within a holistic view, that considers feeding and obesity as biopsychosocial phenomena.

5. Conclusions

The food and health care that women with obesity assumed during pregnancy and who were indicated and supported by the prenatal follow-up team were abandoned in the postpartum period. We understand that this abandonment is related to the internal and external motivations experienced by women with obesity, which we highlight the following: they feel uncomfortable with the obese body, but do not know how to deal with their obesity; food is not a central issue for women at this time of life. There is a return to old eating behaviors developed since childhood/adolescence; in postpartum there is a present feeling of solitude and helplessness, which influences the eating behavior; and caring for the baby becomes a priority than the care itself.

This study sought to instrumentalize the health professionals who accompany the woman in the postpartum period or to call the attention of the health professionals to the need for postpartum follow-up in women with obesity. Knowing what they feel and think can change the approach and clinical management. Health teams can be structured to improve care for this population, providing spaces for listening, welcoming, and counseling to these women and their environment.

Author Contributions: Conceptualization: D.B.F.-S., F.G.S., and E.R.T.; methodology: D.B.F.-S., F.G.S., L.R., and E.R.T.; validation: D.B.F.-S., F.G.S., L.R., and E.R.T.; formal analysis: D.B.F.-S. and L.R.; investigation: D.B.F.-S.; resources: D.B.F.-S.; data curation: D.B.F.-S. and L.R.; writing original draft preparation: D.B.F.-S. and L.R.; writing—review and editing, D.B.F.-S., F.G.S., and E.R.T.; and supervision: F.G.S. and E.R.T.

Funding: This research received no external funding.

Acknowledgments: We would like to thank the research group from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (LPCQ) in the Psychiatry Department of the Faculty of Medical Sciences and Group of Reproductive Health and Healthy Habits (SARHAS) of the Department of Obstetrics and Gynecology, both of the State University of Campinas, for their important contribution and management support throughout this study. We are also very grateful to the professionals of the Postpartum Outpatient's Clinics of CAISM (Hospital Jose Pinotti), particularly Patricia Rehder, Anderson Pinheiro and Tabatha Zumpano Santos. We would also like to thank Amy Louise Brown for providing language and writing assistance.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Hammoudeh, W.; Mataria, A.; Wick, L.; Giacaman, R. In search of health: Quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* **2009**, *9*, 123–132, doi:10.1586/erp.09.8.
2. Ghiasvand, F.; Riazi, H.; Hajian, S.; Kazemi, E.; Firoozi, A. The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. *Electron. Physician* **2017**, *9*, 4180–4189, doi:10.19082/4180.
3. Woolhouse, H.; Gartland, D.; Perlen, S.; Donath, S.; Brown, S.J. Physical depression in the first 12 months postpartum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery* **2014**, *30*, 378–384, doi:10.1016/j.midw.2013.03.006.
4. WHO; UNICEF; UNFPA; World Bank Group; United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2015.
5. Maldonado, M.T. *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério [Psychology of Pregnancy, Childbirth and Postpartum]*, 16th ed.; Saraiva: São Paulo, Brazil, 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher Brasília, 2001. Available online: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf (accessed on 10 April 2018).
7. Salim, N.; Santos Junior, H.; Gualda, D. Everyday Behavioral and Physical Changes in Women during the Postpartum Period—A Qualitative Approach. Online Brazilian Journal of Nursing. 2010. Available online: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2785> (accessed on 5 April 2018).
8. Hoekzema, E.; Barba-Müller, E.; Pozzobon, C.; Picado, M.; Lucco, F.; García-García, D.; Soliva, J.C.; Tobeña, A.; Desco, M.; Crone, E.A.; et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat. Neurosci.* **2017**, *20*, 287–296, doi:10.1038/nn.4458.
9. Vieira, F.; Bachion, M.M.; Salge, A.K.M.; Munari, D.B. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* **2010**, *14*, 83–89.
10. Gaillard, R.; Steegers, E.A.; Franco, O.H.; Hofman, A.; Jaddoe, V.W. Maternal weight gain in different periods of pregnancy and childhood cardio-metabolic outcomes. The Generation R Study. *Int. J. Obes. (Lond.)* **2015**, *39*, 677–85, doi:10.1038/ijo.2014.175.
11. Kay, M.C.; Wasser, H.; Adair, L.S.; Thompson, A.L.; Siega-Riz, A.M.; Suchindran, C.M.; Bentley, M.E. Consumption of key food groups during the postpartum period in low-income, non-Hispanic black mothers. *Appetite* **2017**, *117*, 161–167, doi:10.1016/j.appet.2017.06.023.
12. Laraia, B.; Vinikoor-Imler, L.C.; Siega-Riz, A.M. Food insecurity during pregnancy leads to stress, disordered eating, and greater postpartum weight among overweight women. *Obesity (Silver Spring)* **2015**, *23*, 1303–1311.
13. Rifas-Shiman, S.L.; Rich-Edwards, J.W.; Kleinman, K.P.; Oken, E.; Gillman, M.W. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: A US cohort. *J. Am. Diet. Assoc.* **2009**, *109*, 1004–1011.
14. Carmichael, S.; Abrams, B.; Selvin, S. The pattern of maternal weight gain in women with good pregnancy outcomes. *Am. J. Public Health* **1997**, *87*, 1984–1988.
15. Institute of Medicine: Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington DC: National Academic Press, 2009. Available online: <http://www.iom.edu/pregnancyweightgain> (accessed on 8 December 2017).
16. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight. Geneva 2014. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (accessed on 10 April 2018).
17. Wanderley, E.N.; Ferreira, V.A. Obesity: A plural perspective. *Ciência Saúde Coletiva* **2010**, *15*, 185–194.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, 2006. Available online: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf (accessed on 10 April 2018).
19. Stunkard, A.J. Factores determinantes de la obesidade: ópnion actual. In *La Obesidade em la Pobreza: Un nuevo reto la Salud Pública*; Peña, M., Bacallao, J., Eds.; OPAS: Washington, DC, USA, 2000.
20. Magdaleno, R.; Chaim, E.A.; Turato, E.R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* **2009**, *31*, 73–78.
21. Bleil, S.I. O padrão alimentar ocidental: Considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cad Debate* **1998**, *6*, 1–25.
22. Bogaerts, A.F.; Van den Bergh, B.R.; Witters, I.; Devlieger, R. Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity (Silver Spring)* **2013**, *21*, 1942–1949, doi:10.1002/oby.20352.
23. Winnicott, D. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas. (Tradução Davy Bogomoletz)*; Imago: Rio de Janeiro, Brazil, 2000.

24. Hanson, M.; Barker, M.; Dodd, J.M.; Kumanyika, S.; Norris, S.; Steegers, E.; Stephenson, J.; Thangaratinam, S.; Yang, H. Interventions to prevent maternal obesity before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diabetes Endocrinol.* **2017**, *5*, 65–76.
25. Arabin, B.; Stupin, J.H. Overweight and Obesity before, during and after pregnancy: Part 2: Evidence-based Risk Factors and Interventions. *Geburtshilfe Frauenheilkd* **2014**, *74*, 646–655.
26. Wilkinson SA, van der Pligt P, Gibbons KS, McIntyre HD. Trial for Reducing Weight Retention in New Mums: a randomised controlled trial evaluating a low intensity, postpartum weight management programme. *J Hum Nutr Diet.* 2015 Jan;28 Suppl 1:15-28. doi: 10.1111/jhn.12193
27. Lyu LC, Lo CC, Chen HF, Wang CY, Liu DM. A prospective study of dietary intakes and influential factors from pregnancy to postpartum on maternal weight retention in Taipei, Taiwan. *Br J Nutr.* 2009 Dec; 102(12):1828-37. doi: 10.1017/S0007114509991243.
28. Turato, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. [Treaty of clinical qualitative research methodology: Theoretical-epistemological comparative discussion and application in the areas of health and human sciences], 5th ed.; Vozes: Petrópolis, Brazil, 2011.
29. Fontanella, B.J.B.; Campos, C.J.G.; Turato, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem* **2006**, *14*, 812–820.
30. Faria-Schützer, D.B.; Surita, F.G.D.C.; Alves, V.L.P.; Vieira, C.M.; Turato, E.R. Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0141879.
31. Glaser, B.G.; Strauss, A.L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*; Aldine Transaction: New Brunswick, NJ, USA, 1999.
32. Bardin, L. *Análise de Conteúdo [Content Analysis]*; Edições: Lisboa, Portugal, 1979.
33. Parada, C.M.G.L.; Tonete, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface (Botucatu)* **2018**, *12*, 35–46.
34. He, X.; Hu, C.; Chen, L.; Wang, Q.; Qin, F. The association between gestational weight gain and substantial weight retention 1-year postpartum. *Arch. Gynecol. Obstet.* **2014**, *290*, 493–499, doi:10.1007/s00404-014-3235-3.
35. Østbye, T.; Peterson, B.L.; Krause, K.M.; Swamy, G.K.; Lovelady, C.A. Predictors of postpartum weight change among overweight and obese women: Results from the Active Mothers Postpartum study. *J. Womens Health (Larchmt)* **2012**, *21*, 215–222, doi:10.1089/jwh.2011.2947.
36. Mento, C.; Le Donne, M.; Crisafulli, S.; Rizzo, A.; Settineri, S. BMI at early puerperium: Body image, eating attitudes and mood states. *J. Obstet. Gynaecol.* **2017**, *37*, 428–434.
37. Christenson, A.; Johansson, E.; Reynisdottir, S.; Torgerson, J.; Hemmingsson, E. Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* **2016**, *11*, E0167731, doi:10.1371/journal.pone.0167731.
38. Jaakkola, J.; Hakala, P.; Isolauri, E.; Poussa, T.; Laitinen, K. Eating behavior influences diet, weight, and central obesity in women after pregnancy. *Nutrition* **2013**, *29*, 1209–1213.
39. Moran, L.J.; Flynn, A.C.; Louise, J.; Deussen, A.R.; Dodd, J.M. The effect of a lifestyle intervention on pregnancy and postpartum dietary patterns determined by factor analysis. *Obesity (Silver Spring)* **2017**, *25*, 1022–1032.
40. Rooney, B.L.; Schauburger, C.W. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: One decade later. *Obstet. Gynecol.* **2002**, *100*, 245–252.
41. Althuisen, E.; van der Wijden, C.L.; van Mechelen, W.; Seidell, J.C.; van Poppel, M.N. The effect of a counselling intervention on weight changes during and after pregnancy: A randomised trial. *BJOG* **2013**, *120*, 92–99.
42. Price, S.N.; McDonald, J.; Oken, E.; Haines, J.; Gillman, M.W.; Taveras, E.M. Content analysis of motivational counseling calls targeting obesity-related behaviors among postpartum women. *Matern. Child Health J.* **2012**, *16*, 439–447.
43. McDougall, J. *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*; W. W. Norton & Company: London, UK, 1989.
44. Goodman, A. Addiction: Definition and implications. *Br. J. Addict.* **1990**, *85*, 1403–1408.
45. Tully, K.P.; Ball, H.L. Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery* **2014**, *30*, 712–719.
46. Granato, T.M.M.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. Maternidade e colapso: Consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia* **2009**, *19*, 395–401.
47. Emerson, J.A.; Hurley, K.M.; Caulfield, L.E.; Black, M.M. Maternal mental health symptoms are positively related to emotional and restrained eating attitudes in a statewide sample of mothers participating in a supplemental nutrition program for women, infants and young children. *Matern. Child Nutr.* **2017**, *13*, e12247.

48. Fuemmeler, B.F.; Lovelady, C.A.; Zucker, N.L.; Østbye, T. Parental obesity moderates the relationship between childhood appetitive traits and weight. *Obesity (Silver Spring)*.**2013**, *21*, 815–823.



© 2018 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

5.3 Artigo 3: Self-care and health care in postpartum women with obesity: A qualitative study

Self-care and health care in postpartum women with obesity: A qualitative study

Débora Bicudo Faria-Schützer*

Fernanda Garanhani Surita

Larissa Rodrigues

Daiane Sofia de Moraes Paulino

Egberto Ribeiro Turato.

** Corresponding author:*

Conflict of interest: None declared

Ethical approval:

Funding sources: "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

Abstract

Objective: to explore the experiences of obese women in self-care and care received from family and health team after childbirth

Design: Clínical-Qualitative study

Setting: Postnatal Outpatients Clinic in Woman's Hospital of the University of Campinas, Brazil.

Participants: The sample was closed by the saturation criteria, with 16 women with obesity up to 6 months after childbirth.

Findings: The analysis comprised three categories: 1) Postnatal self-care; 2) Family support for woman after childbirth 3) Postnatal healthcare service for women with obesity.

Key Conclusions: Woman with obesity needs support from health team and her family after childbirth, when women are absorbed in the exhausting care of the newborn. Our study reveals how important it is for healthcare professionals to broaden their perception and care after childbirth from women with obesity.

Keywords: Self-care; Health Care; Postpartum; Childbirth; Obesity

Highlights

- Woman with obesity finds it difficult to give herself priority carewise, with the care of the baby as an excuse for not considering herself a prime concern at this time.

- Women with obesity need more family support and care. It is essential not to take away her autonomy.
- The brak of the relationship with the Prenatal heathcare team is experienced as emotionally negative.
- Women with obesity show a need to be heard and acknowledged by family members and health care professionals after childbirth.

Introduction

The period after birth is a critical moment of transition during which physiological and psychological adaptations take place, which leave women more susceptible to physical and emotional intercurrents (Ghiasvand et al., 2017; Woolhouse et al., 2014). The start of new maternity brings many challenges: besides her physiological recuperation, she has to deal with the routine of caring for her baby and for herself. During this period, significant changes in her life demand new adjustments, such as her body image, sleep deprivation, family relationships as well as her professional, health and dietary cares. (NCQA, 2014; Tully et al., 2017).

A continuum of maternal and newborn care is essential to guarantee maternal and neonatal health, irrespective of any complications at birth. This care requires a whole support network that these women have experienced during their lives: family, community and healthcare services (Jasienska et al., 2017).

The post-partum period is referred to by some authors as the 4th gestational trimester (Tully et al. 2017). It is a perspective which considers woman

and her baby as still being a mutually dependent unit, linked both physiologically and behaviorwise. The intention behind insisting on the postpartum as being the "4th Trimester" is to encourage actions to support women and their families during this critical period (Abt Associates, 2012; Tully et al., 2017).

Obesity before pregnancy brings repercussions in the fetal-maternal health both in the short and long term and has given rise to specific approaches to weight control and specific care for women during the postnatal period (Gould Rothberg et al., 2011; Horan et al. 2014; Endress et al., 2015). Most overweight and obese women have an excessive weight gain during pregnancy and many keep this weight after giving birth (Harrison et al., 2014). Post-gestational weight retention in mothers with obesity is also associated with psychological discomfort and unsatisfactory weight management during pregnancy, reinforcing the idea that psychological support is an important factor in the care of women with obesity in order to guarantee maternal health (Bogaerts et al., 2013).

The innumerable physiological, psychological and social changes that take place in the lives of women after childbirth constitute a learning process in changes in lifestyle. The development of public health interventions for this specific population, at this point in their lives, when they are so busy, remains a challenge (Ostbye et al., 2012).

Modern families have not received sufficient or quality support from family members or friends. Home visits by peers can help to improve mothers' emotional wellbeing and self-esteem as well as competence, family functioning, father-son/daughter relationship and problem solving. (Byrne et al., 2016)

The mother's well-being after the birth of her child is greatly influenced by her psychosocial being, as well as by her family and by her environment (Honggu He et al., 2018). Having a baby brings emotional experiences to a woman's life. New psychological elaborations are needed and some women feel more vulnerable to psychological problems during this period. Feelings of being overburdened and insecure about their capacity to be a mother are linked to distress in the after-childbirth (Honggu He et al., 2018).

The role of self-care is an important component in motherhood (Coates et al., 2014). Time, limited resources and difficulty in accepting help have been identified as being obstacles to women' ability to care for themselves. (Barkin and Wisner, 2013).

This study endeavors to explore the experiences of women with obesity vis-à-vis their self-care and the care they receive during the post-natal period, both from family members and the healthcare team. We define self-care here in its broadest meaning, as any care an individual takes of himself. Thus we try to identify aspects that can enable healthcare professional to offer integral care suited to women with obesity after childbirth.

Methods

The Clinical-Qualitative method was used (Turato, 2011; Faria-Schützer et al., 2015), which allows us to understand the emotional experiences of people involved in a healthcare setting. A fundamental part of this methodological structure is the interviewee's discourse. In this case, the scientific investigation is through the significance the interviewee gives to the experiences, based on the

premise that this is an efficient way of learning and inferring results that reveal nexus of meanings (Turato, 2011). The clinical-qualitative method possesses three particularities that define it (Turato, 2011): a) Existentialist Attitude: valorization of angst and anxieties arising from falling ill; b) Clinical Attitude: valorization of the reception of the emotional suffering of a person and the desire to provide help; c) Psychoanalytic Attitude: valorization of the elements underlying the interview, also admitting that unconscious elements are present in the interviewer-interviewee relations.

Setting

This research was carried out in the Postnatal Outpatients Clinic in the Woman's Hospital, University of Campinas, a tertiary public teaching hospital, in the Southeast of Brazil, which is a national benchmark in public care for women's and neonatal health. To this end, it relies on a multi-professional and interdisciplinary team, as well as promoting teaching, research and further education. The Postnatal Outpatients Clinic monitors postpartum women.

The initial phase in clinical-qualitative research is acculturation (Turato, 2011), through which the researcher establishes a direct relation with the population to be studied. The main researcher went to the Postnatal Outpatients' Clinic for three months (between January and April 2016). The information gathered in this phase, both the perceptions of the researcher and the reports of dialogues with the professionals or women after childbirth were noted in a field diary and used to formulate the questions initially proposed for the interviews.

Participants

The set-up of the sample was intentional: women over 18 years; up to 6 months after delivery and BMI ≥ 30 Kg/m² before pregnancy were included. Non-breastfeeding women were excluded. The sample was closed by the information saturation criteria (**Glaser and Strauss, 1999**), after discussion and validation with two research groups from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (LPCQ) and Reproductive Health and Healthy Habits (SARHAS). The participants were women from the Postnatal Outpatient Clinic and were selected according to record data, on the same day as their medical consultation. They were approached face to face by the interviewer (the main researcher) and invited to take part in a study by means of an interview.

Data Collection

Data collection took place in the outpatient clinic where they are involved in their clinical processes. The interviews took place between April and August 2017. All participants signed the informed consent form before interview. The interviews took place in a private room, thus guaranteeing confidentiality. A single, semi-directed interview was carried out with each participant, with open-ended questions allowing for depth (Morse, 1995), developed from a script, but not rigid, thus allowing the interviewer to make the necessary adaptations based on the information given by the interviewee. Below we have selected the questions referring to the theme of this article which were approached during the interview.

⇒ Trigger question: Tell me a little about how you have been feeling since your baby was born.

- Are you taking care of yourself?

- In what ways do you feel cared for?
- Do you have anyone to take care of you at home?
- How do you think the healthcare team can help you at this time?

Data Analysis

Data analysis followed the seven steps set out in the Analysis of Clinical-Qualitative Content (Faria-Schützer et al, 2015): 1) Editing of the material: transcription of recorded interviews and convergence with material written in the field diary; 2) Suspended reading of the collected material: reading of material while suspending directed attention 3) Commentaries and impressions: taking notes and highlighting in the right hand margin of the transcript; 4) Sub-categorization and Categorization: group and name significant speech within the same theme. However, the different categories contain heterogeneous ideas; 5) Discussion with academic peers about the analyzed material; 6) Category Definition: refinement of the categories; 7) Validation of analyzed material together with peers.

For the content analysis of the field research, the transcriptions of the interviews were carried out by another author (LR). The edition of the written material, based on the transcriptions of the interviews and field analysis, was carried out by the researcher and author of this study. At a later date, all the material was separately read by the two researchers (DBFS and LR). Both researchers completed the first stages of content analysis and commentaries individually. Following this they jointly carried out the category definition, which

was also discussed with the research advisors and then presented and validated by the research groups: LPCQ and SARHAS.

The research was approved by the Ethics Committee of the University of Campinas and the Brazilian National Board of Health in February 2017 under the number CAAE62565116.3.0000.5404. The COREQ Checklist was also used for this study.

Results

The 16 women approached agreed to take part in the study. There were no refusals. Women aged between 20 and 43 years, with BMI of 31 and 52 Kg/m² and who had given birth between 1 to 5 months previously..

The Clinical-Qualitative Content Analysis revealed three categories: 1) Post natal self-care; 2) Support from Family; and 3) Postnatal healthcare service for women with obesity.

1) Post natal Self-Care

The interviewees revealed a desire to take care of themselves, but the lonely routine with the baby made it difficult for them to think of doing anything for themselves. Caring for the baby was a priority, which is perfectly natural at this stage in which the helplessness of the baby demands a huge, intense effort:

I don't take much care of myself. I have to admit I am not very vain and now less than ever but I would like to...the weight problem is something I would like to (deal with) because weight brings a lot of problems: it brought hypertension, it

brought gestational diabetes, it brings, could bring me other problems that I don't want to deal with, I want to be healthy so she will be, you understand? (E11)

Ah I'm more worried about the baby...Not so much with myself, more about him. (E2)

The *breastfeeding* routine and other cares of the baby can aggravate this situation and constitute an “excuse to themselves” as to why they are not thinking or caring for themselves. We perceive that the question of self-care for some of these women was not part of their routine long before pregnancy. The interviewees associated the word self-care with vanity rather than as a health issue.

Ah, it's complicated, you see, I just let myself go, it's hair, nails, and now I don't even go out? I just stay at home with him (baby).

And there's no way I can go to the beauty parlor, you have to have time to have your nails done, have your hair done, right? And up until now I haven't managed, his feeding time is on demand, right? (E4)

From the health point of view, we perceived that despite identifying the post-natal period as a maturing process, they reveal a sense of negation of themselves in favor of the baby's emotional state, a feeling of the non-existence of a ‘being’ at this moment. They experience this process as something natural, because they feel that in some way they were already abnegating themselves in favor of pleasing others.

... We are trapped in a corner over there and you say, no, you are going to live for others and not for yourself. We have to understand ourselves and then the others, because if we are not well, we can't help others. Do you understand?

Mainly when we are mothers, there are times when we have to help, but if we are well, our child is well. During this 4 months' phase (of the baby), they feel everything you have, normally I'm well but the day when I was ill, the baby became ill, the day I'm feeling poorly, the baby is a bit poorly, (E6)

The interviewees reveal the importance of this phase after delivery and how powerful they are to bring about changes, as long as they have the support of family members, friends and/or healthcare professionals.. Encouraging the positive changes arising from pregnancy, so that these conquests continue after childbirth, is a way of guaranteeing the woman's health. The subjective experiences, the sensation of maturing and the intense relation of caring for the baby are important factors in insuring they are conscious of the need for self-care.

So I got it into my head, I myself am going to change, at the right moment, so I had planned the change so when he came , he helps me too and encourages me, because it is good to have an incentive in life, isn't it? (E9)

Ah, how people talk, my God! How you are prettier, you lost weight, see! And I feel better, something like tiredness, that kind of thing, it's much better, (your) disposition (E 14)

I think pregnancy was good for me. It's not that my body is more beautiful but I feel that it is more beautiful after I got pregnant. After I had my son, I wore a 'tubinho' (a straight, close-fitting dress), I'm 23 years old and I had never worn a 'tubinho' so for me, this was a discovery ...I can wear tighter -fitting clothes, I look prettier.(E6)

2) Support for women from family

The postpartum marks a change in a woman's attachment to healthcare services and family relationships. They reported a feeling of loss of the attention and care that they had received during pregnancy. This is experienced as a sudden and violent disruption, which corroborates the feeling of loneliness and helplessness.

Things that happen after pregnancy that make us feel so out of it that we think that nobody is helping us, but they are, you see? We don't feel cared for but they are taking care (of us). (E6).

The presence of family members, in addition to helping with the routine at home and with the baby, can also provide support and care, while embracing the insecurities and helplessness felt by the woman during the postpartum period.

My father wanted to come and spend time with me and I said "please come dad", then my friend said "but your dad will not change diapers", but I know that my father, he is caring ... And that he will take care of me. (Interviewed 4)

Participants with strong family support reported the ability to organize meals in a more routine fashion, while those who did not have this support, sought more practical and often unhealthy solutions.

I don't have much time to go to the supermarket, as fruit and vegetables have to be bought at least weekly ... So we are eating lots of tinned, fried, or preserved food, it's bad, but unfortunately ... (Interviewee 4)

It is a great challenge for a woman after childbirth and those surrounding her to balance support and care for this woman, without depriving her of her autonomy. The family can be more aware and available to attend the physical

and emotional needs of a woman: a caring gesture, the preparation of food, listening to her, holding her, always taking care not to see her as being fragile or less capable of making decisions about her life and that of her child(ren). As the woman finds herself in a period of greater emotional vulnerability, the care given by the family can be seen as invasive or threatening her autonomy.

Yes. I know that they are being excessively zealous towards me, I am grateful because few families, few pregnant women or new mothers get the opportunity of having their family close by to take care of a newborn child, I'm lucky but it bothers me that I can't be in charge of my own life (e11)

Relationships with partners were approached many times during the interviews. The women spoke of the changes in their relationships and of how they identified that their partners' behavior in relation to childcare as very different from their own, which was reinforced culturally and often by themselves, with feelings of guilt about delegating the care of their children to their partners.

It's difficult to find a father who helps a lot, who enters into the routine, who bathes and dress the baby, wow! It is difficult to find, most do not want to know, but I think it is cultural. (Interviewee 6)

There is no more conversation ... we love each other and we get on well, but that's the way it is ... (my partner) cared for me and suddenly stopped, we miss it, the same as to take something away from you (Interviewee 3)

3) Postnatal healthcare service for women with obesity.

The interviewees reported strong affective bonds with their antenatal team, with difficulties in disengaging themselves from their care. This caused an impact

on the eating habits of these women, who reported that it would have been easier to lose weight and maintain a healthy eating pattern under the constant supervision of the team.

Here (at this healthcare service) I was losing weight without realizing it, it was my dream. I tried to keep this going as my intention was to lose weight ... when you already have a tendency to enjoy eating, over the course of days I went back to my previous rhythm. To eat well. (Interviewee 11)

During the postpartum period, follow-up at the healthcare service becomes less frequent and focused on contraception and breastfeeding. This was considered a negative experience, as they had to deal with a loss of this bond. They reported the need for a support network, which should include both family and the healthcare service. The development of not only consultations, but also approaches that allow discussion of subjectivity, self-care, food and weight are required.

I really needed dietary follow-up, an incentive with someone saying you are doing everything right ... because when you look at yourself, you see that you really have that will power, you are putting faith in yourself that you will achieve it and improve your self-esteem (Interviewee 8)

... The healthcare team needs to give these push starts to the mother, as it really is too much for the mother. (Interviewee 11)

We perceived in the analysis of the interviews that women were keen to talk about their lives, showing interest in the possibility of being heard and welcomed. During the interviews, the moment in which the participants were most frequently emotional was when they were asked if they felt cared for. They

revealed experiences of great solitude and a very strong desire that their relatives and health team perceive, understand and care for them without taking away their autonomy.

Discussion

Our results show that women with post-natal obesity tend to neglect care of themselves as care of the newborn takes priority. Our interviewees report an experience associated with mourning for themselves, for their life up to this point and how they lose themselves in a kind of 'momentaneous depersonalization'. These results are similar to other studies of post-natal women, irrespective of their BMI (Barkin and Wisner, 2013; Christenson et al., 2016). In their experience of motherhood, even a woman considered psychologically healthy experiences a psychological withdrawal, giving up part of their interests as well as themselves in order to guarantee the baby's care. Mother and child become an autonomous unit that makes it possible for the mother to identify her baby's needs, something that is impossible to be identified by other people or in other circumstances (Winnicott, 1958).

However, in this discussion we would like to highlight that women with obesity deserve greater attention in the post-natal period because, as shown by the interviewees, before becoming pregnant these women had a behavior pattern of prioritizing others' needs over their own. This could reveal a difficulty to see themselves. A woman with obesity already feels that she is seen in a bad light, both by herself and by others. Our results are compatible with the literature that shows obesity is correlated with low self-esteem and self-control, social stigma, shame. (Keith et al., 2009, Brañas-Garza et al., 2016). As consequence, obesity

and excess of weight do not affect only health but also an individual's sociability. Obesity has a stigma, a form of social discrimination which can be responsible for many negative psychological effects in an individual. (Faria-Schützer et al., 2015; Oliver et al., 2017).

Another aspect to be emphasized in our study of the experiences of women vis-à-vis their self-care is that they show that this is an opportune moment for interventions, since they feel that the experiences of motherhood bring an important maturing and that since pregnancy they have become more inclined to acquire new habits. In the literature, we find that interventions by women's healthcare teams should be present during the pregnancy and continue throughout the puerperium in order to ensure that new habits be maintained (Christenson et al., 2016; Van der Pligt and Olander, 2016; Moran et al., 2017). Price et al. (2012) affirm that newly delivered mothers were more disposed and interested in talking about behavior and goals for their children but that months after the birth, mainly when returning to work, women begin to focus again on themselves and there is a window of opportunities to talk about their goals and behavior (Price et al., 2012).

Our study also points to a psycho-educational need of the interviewed since they limit self-care to aesthetic issues and do not realize it as being linked to health. Promoting health is linked to the strengthening of subjects' autonomy; self-care, valorization of subjective experiences as well as of the sociocultural contexts in which the individuals find themselves (Delormier et al., 2009; Poland et al., 2009). The advancement of health can guarantee an improvement in women's quality of life and is one of the greatest challenges of this century

(Akbarzadeh et al., 2012). We perceive that this ignorance may be associated with psychological and cultural issues and that healthcare professionals play an important role in this process of awareness as to the importance of self-care in health (Compean-Ortiz et al., 2013).

Bearing in mind the experiences related by women with obesity after childbirth in relation to themselves, their families and healthcare team, a discussion about the network of care for these women would be relevant in building strategies to give them attention and care. The postpartum period is a critical moment and demands a continuum of maternal care in its different human dimensions (Lipsky et al., 2012).

The intense care of the physical and emotional needs of a baby and its primitive psychological states also awaken/evoke states of primitive anxiety and a sense of internal solitude in the mother, as well as the mourning process a woman must face vis-à-vis her pregnancy and life prior to maternity. This concept of solitude was described by Klein (1984) as a feeling of loneliness, irrespective of the external context, of being among beloved people and surrounded by love and attention. We can perceive that there is a great internal struggle in this woman and that to have external care that ensures support by beloved and trustworthy people can greatly favor the psychological health of a woman in the postnatal period and lessen the development of pathological states.

Family relationships should be encouraged and strengthened at this time. It is important that families are aware of what constitutes this moment in a woman's life and her needs. The interviewees related that these relations can be conflictual and disrespectful and bring further emotional overload to the mother.

The literature describes how much a good family relationship can help these women have a better quality of life in the postnatal period Price et al. (2012) affirm that, during this period, women find many barriers to healthy eating and where there is the constant presence of a family member, they are able to eat better and have a healthier life.

Women during the post-natal period are emotionally very fragile and often have difficulty in perceiving themselves and their needs. (Granato and Aiello-Vaisberg, 2009). It is very important that healthcare teams be aware of the family relationships of these women so as to identify failures in the family support network as well as when the care offered takes away their autonomy.

The analysis of the interviews shows that for women with obesity to become aware of the need for self-care, it is important for the team to initiate, through assertive comments, and offer alternatives as to how this woman can care for herself, by showing that this is both an external and internal task. Our results correspond to those presented by Chug et al. (2013) in that the disposition to lose weight depends as much on self-motivation as on the incentive of the health professional. The study shows that the perception of the health professionals as to the lowest level of motivation for these women to lose weight can make this process even more difficult.

The need for support and care, as provided by the healthcare team, should remain similar to that of the care received during pregnancy, in terms of frequency and types of care, by analogy with the concepts presented by Winnicott (Winnicott, 1958; Abram, 2007; Salim et al. 2010) . It is paramount that the healthcare teams continue to care for and nurture the health of this woman, in

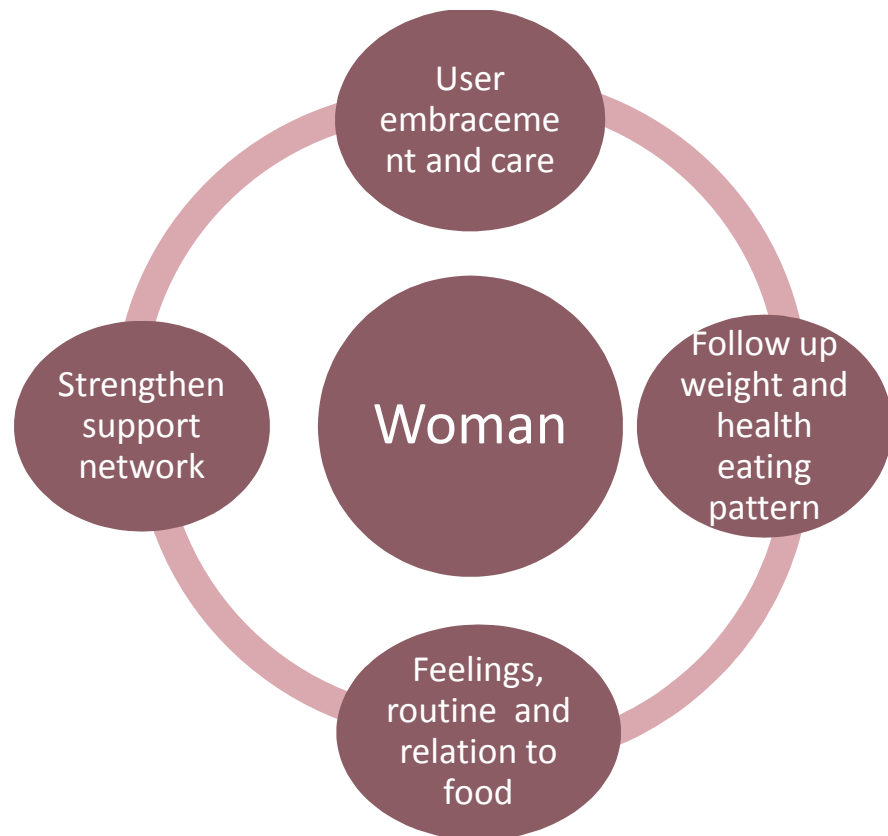
order to avoid feelings of helplessness and inability to care for oneself, as she herself must provide care for a fragile being (Freud, 2010).

The content of the care offered after childbirth must be developed in such a way as to include more priorities in women's health Studies (Schmied, 2010; Declercq et al., 2013) show that new mothers have multiple unsatisfied needs and that health institutions should be aware of these needs and provide them with support by means of clear and precise information, so they do not feel alone: sheltering them in their search for information and rights (Tully et al., 2017). Besides this, women have different ideas, experiences and expectations about losing weight in the post-natal period. Healthcare professionals can take care of the needs of each woman to promote her autonomy and better results in her health and life-style (Montgomery, 2013).

Below we propose a figure directed at healthcare professionals who care for women with postnatal obesity. Our study also sought to provide tools for healthcare professionals during the follow-up of these women. The follow-up should surround this woman with a sense of belonging and care; monitoring weight and nutrition; strengthening support network, whether with family, friends, or other women going through the postpartum period; in addition to creating environments in which these women are encouraged to talk about their feelings, routine and relationship with food. The idea is that the health service provides centrality for this woman and her experiences. The women showed throughout the interviews that more important than talking was the feeling that they were being heard.

The figure that we propose is a model of attention to and care for the psychological aspects of women with obesity. We emphasize the care already included in the gynecological and obstetric teams' routines of breast-feeding, contraception and clinical care.

Figure 1 – After childbirth Care for women with obesity.



Conclusions

The post-natal period is a landmark in the physiology, social and psychological life of a woman, capable of transforming her subjectivity and identity. For this reason, it is a period that requires interventions by health professionals. The obese woman already feels a discriminating attitude towards her, both by her and by others, which also brings risks of psychopathological disorders and in relation to her physical health and weight which are more evident after childbirth. The woman with obesity needs attention as well as the presence of the health team and of family members so as to take better care of her health, at a moment when women are already absorbed in the exhausting care of the newborn.

Our study revealed the need to devise broader strategies of assistance and care in after childbirth. Importance is given to the need for healthcare professionals to intensify their understanding and assistance to women in the post-natal period. Effective strategies are needed for women with obesity in post-natal period, thus guaranteeing their quality of life.

Acknowledgements

Profound thanks to colleagues from the two research groups at the Universidade Estadual de Campinas: the Clinical-Qualitative Research Group and the Reproductive Health and Healthy Habits Group. Thanks to Susan Pyne for the translation into English.

References

1. Abram J., 2007. The Language of Winnicott: A dictionary of Winnicott's use of words. 2nd edition London Karnak Books.
2. Abt Associates, 2012. Family and medical leave in 2012: Technical report. Available at: 19 <https://www.dol.gov/asp/evaluation/fmla/FMLA-2012-Technical-Report.pdf>.
3. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F., 2012. Effect of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Quality of life and Postpartum Blues. *Knowledge & Health* 7(2): 83-8.
4. Barkin, J. L., & Wisner, K. L., 2013. The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*, 29(9), 1050–1055.
5. [Bogaerts AF](#), [Van den Bergh BR](#), [Witters I](#), [Devlieger R](#)., 2013. Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity (Silver Spring)* 21(9):1942-9.
6. Brañas-Garza P., Espín A.M., [Lenkei, B.](#), 2016. BMI is not related to altruism, fairness, trust or reciprocity: Experimental evidence from the field and the lab. *Physiology & Behavior* 15;156:79-93.
7. Byrne, F., Grace, R., Tredoux, J., & Kemp, L., 2016. Structured social relationships: A review of volunteer home visiting programs for parents of young children. *Australian Health Review* 40(3), 262–269.
8. Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E., 2016. Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE*11(12): e0167731.
9. [Chugh, M.](#), [Friedman, A.M.](#), [Clemow, L.P.](#), [Ferrante, J.M.](#), 2013. Women weigh in: obese African American and White women's perspectives on physicians'

- roles in weight management. The [Journal of American Board of Family Medicine](#) 26(4):421-8.
10. Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R., 2014. Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1).
 11. Compean-Ortiz, L.G., Quintero-Valle, L. M., Ángel-Pérez, B. D., Reséndiz-González, E., Salazar-González, B. C., González-González, J. G., 2013. Education, Physical Activity and Obesity among Adults with Type II Diabetes from the Standpoint of Orem's Self-care Theory. *Aquichán* 13:(3), 347-362.
 12. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A., 2013. Listening to mothers III: New 9 mothers speak out. New York: Childbirth Connection.
 13. Delormier, T.; Frohlich, K. L.; Potvin, L., 2009. Food and eating as social practice: understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, Henley on Thames, United Kingdom 31: (2), 215-228.
 14. [Endres, L.K.](#), [Straub, H.](#), [McKinney, C.](#), [Plunkett, B.](#), [Minkovitz, C. S.](#), [Schetter, C. D.](#), [Ramey, S.](#), [Wang, C.](#), [Hobel, C.](#), [Raju, T.](#), [Shalowitz, M. U.](#), 2015. [Community Child Health Network of the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development](#). Postpartum weight retention risk factors and relationship to obesity at 1 year. [Obstetrics & Gynecology](#) 125(1):144-52.
 15. Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G. dC., Alves, V. L. P., Vieira, C. M., Turato, E. R., 2015. Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 10(11).
 16. Freud, S., 2010. Beyond the pleasure principle. London, Vienna: International Psycho-Analytical, 1922; 19-96. On line Published: August 2010 by Bartleby.com, Inc.
 17. Ghiasvand F., Riazi H., Hajian S., Kazemi E., Firoozi A., 2017. The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. *Electronic Physician* 9(4):4180-4189.
 18. Gould Rothberg B, Magriples U, Kershaw T, Rising S, Ickovics J., 2011. Gestational weight gain and subsequent postpartum weight loss among young, low-income, ethnic minority women. *American Journal Obstetrics & Gynecology* 204(1):52, e1–e11.
 19. Granato, T.M.M.; Aiello-Vaisberg, T.M.J., 2009. Maternidade e colapso: Consultas terapêuticas na gestação e pós-parto (Maternity and breakdown: therapeutic consultations during pregnancy and postpartum). *Paideia* 19, 395–401.
 20. Gunderson, E. P., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K. P., Taveras, E. M., & Gillman, M. W., 2008. Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. *American Journal of Epidemiology* 167, 178–187.
 21. Harrison, C. L., Teede, H. J., & Lombard, C. B., 2014. How effective is self-weighting in the setting of a lifestyle intervention to reduce gestational weight gain and postpartum weight retention? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 54(4), 382–385.
 22. [Honggu, H.](#), [Lixia, Z.](#), [Sally, W. C. C.](#), [Yap-Seng, C.](#), [Nana, J.](#), [Yiong, H. C.](#), [Nan, L.](#), [Shafaly, S.](#), 2018. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Web-Based and Home-Based Postnatal Psychoeducational Interventions for First-Time Mothers: Randomized Controlled Trial Protocol. [JMIR Research Protocols](#). 31;7(1):e35.

23. [Horan, M. K.](#), [McGowan, C. A.](#), [Gibney, E. R.](#), [Donnelly, J. M.](#), [McAuliffe, F. M.](#), 2014. Maternal diet and weight at 3 months postpartum following a pregnancy intervention with a low glycaemic index diet: results from the ROLO randomised control trial. [Nutrients](#) 23;6(7), 2946-55.
24. Jasienska, G., Bribiescas, R. G., Furberg, A. S., Helle, S., Mora, N. A., 2017. Human reproduction and health: an evolutionary perspective. *The Lancet* 29; 390(11093), 510-520.
25. Keith, L., Gillanders, D., Simpson, S., 2009. An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (4), 317-327
26. Kerber, K.J., Graft-Johnson, J.E., Bhutta, Z.A., Okong, P., Starrs, A., Lawn, J.E., 2007. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery 370: 1358–1369.
27. Klein, M., 1984. On the sense of loneliness. *Writings of Melanie Klein (1946-1963)*. New York: The New Library of Psychoanalysis 200-313.
28. [Lipsky, L.M.](#), [Strawderman, M.S.](#), [Olson, C.M.](#), 2012. Maternal weight change between 1 and 2 years postpartum: the importance of 1 year weight retention. [Obesity \(Silver Spring\)](#) 20(7), 1496-502.
29. Mamun, A. A., Kinarivala, M., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M., Najman, J.M., Callaway, L.K., 2010. Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight and obesity: evidence from 21 y postpartum follow-up. *The American Journal of Clinical Nutrition* 91(5), 1336–41.
30. Montgomery, K. S., Aniello, T. D., Phillips, J. D., Kirkpatrick, T., Catledge, C., Braveboy, K., Hatmaker-Flanigan, E., 2013. Experiences Accompanying Postpartum Weight Loss: Benefits, Successes, and Well-Being. *Health Care for Women International*, 34(7), 577–591.
31. [Moran, L.J.](#), [Flynn, A.C.](#), [Louise, J.](#), [Deussen, A.R.](#), [Dodd, J.M.](#), 2017. The effect of a lifestyle intervention on pregnancy and postpartum dietary patterns determined by factor analysis. [Obesity \(Silver Spring\)](#) 25(6), 1022-1032.
32. Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. 2 ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.
33. NCQA. Perinatal care. The state of health care quality, 2014. Available at: http://www.ncqa.org/Portals/0/Newsroom/SOHC/2014/The%20State%20of%20Health%20C4are%20Quality%202014_Slides.pdf. Retrieved August 29, 2016.
34. Oliver, M. D., [Datta, S.](#), [Baldwin D.R.](#), 2017. A sympathetic nervous system evaluation of obesity stigma. [PLoS One](#) 30;12(10), e0185703.
35. Ostbye, T., Peterson, B., Krause, K., Swamy, G., Lovelady, C. 2012. Predictors of postpartum weight change among overweight and obese women: results from the Active Mothers Postpartum Study. *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*. 21(2), 215–222.
36. Poland, B.; Krupa, G.; McCall, D., 2009. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, Thousand Oaks 10(4), 505-516.
37. Price S. N., McDonald J., Oken E., Haines J., Gillman M. W., Taveras E. M., 2012. Content analysis of motivational counseling calls targeting obesity-related behaviors among postpartum women. *Maternal and Child Health Journal* 16(2), 439–447.
38. Salim, N., Santos Junior, H., Gualda D., 2010. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period - a qualitative approach. *Online Brazilian Journal of Nursing* 9 (1). Available at:

- <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Date accessed: 11 oct. 2018.
39. Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C., Homer, C., 2010. The nature and impact of 11 collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing* 19 (23-24), 3516-3526.
 40. Tully, K. P., Stuebe, A. M., & Verbiest, S. B., 2017. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 37–41.
 41. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 2011. [Treaty of clinical qualitative research methodology: theoretical-epistemological comparative discussion and application in the areas of health and human sciences].
 42. Van der Pligt, P., Olander, E K., 2016. Maternal dietary intake and physical activity habits during the postpartum period: Associations with clinician advice in a sample of Australian first time mothers. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 812–4.
 43. Winnicott DW. *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. London Hogarth Press, 1958.
 44. Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., Brown, S.J., 2014. Physical depression in the first 12 months postpartum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*. 30(3): 378-84.

7. DISCUSSÃO

“Eu ia andando pela Avenida Copacabana e olhava distraída edifícios, nesga de mar, pessoas, sem pensar em nada. Ainda não percebera que na verdade não estava distraída, estava era de

uma atenção sem esforço, estava sendo uma coisa muito rara: livre...Tive então um sentimento de que nunca ouvi falar. Por puro carinho, eu me senti a mãe de Deus, que era a Terra, o mundo. Por puro carinho mesmo, sem nenhuma prepotência ou glória, sem o menor senso de superioridade ou igualdade, eu era por carinho a mãe do que existe. Soube também que se tudo isso "fosse mesmo" o que eu sentia - e não possivelmente um equívoco de sentimento - que Deus sem nenhum orgulho e nenhuma pequenez se deixaria acarinhar, e sem nenhum compromisso comigo. Ser-Lhe-ia aceitável a intimidade com que eu fazia carinho. O sentimento era novo para mim, mas muito certo, e não ocorrera antes apenas porque não tinha podido ser. Sei que se ama ao que é Deus. Com amor grave, amor solene, respeito, medo e reverência. Mas nunca tinham me falado de carinho maternal por Ele. E assim como meu carinho por um filho não o reduz, até o alarga, assim ser mãe do mundo era o meu amor apenas livre. E foi quando quase pisei num enorme rato morto. Em menos de um segundo estava eu eriçada pelo terror de viver, em menos de um segundo estilhaçava-me toda em pânico, e controlava como podia o meu mais profundo grito". (Lispector, (135), p.41).

A arte literária de Clarice Lispector (135) aqui introduzida é uma tentativa de colocar o leitor na perspectiva de um olhar feminino e das angústias humanas, através da experiência impactante vivida pela protagonista. A presente tese de doutorado procurou, de forma geral, abordar dois distintos temas: o primeiro de ordem teórica, uma tentativa de sistematizar um conhecimento científico e pratico do Método Clínico-Qualitativo quanto a sua forma de analisar o conteúdo trazido pelos participantes sobre suas experiências vividas. E o segundo tema, de ordem pratica, por se tratar de uma aplicação do método em campo, teve o objetivo de compreender as vivências de mulheres com obesidade em relação a sua alimentação no pós-parto. Tanto a pesquisa teórica sobre o método Clínico-Qualitativo como a pesquisa de campo, na experiência direta com as entrevistadas e o material analisado, foram permeadas pela atitude clínica da pesquisadora de inclinar-se às angústias vividas pelas protagonistas da presente pesquisa e apreender os significados psicológicos dados às experiências impactantes vividas pelas mulheres entrevistadas.

O trecho escolhido para iniciar essa discussão (135), torna possível pensar as duas vertentes desse trabalho: o desafio do cientista diante dos mistérios da vida e suas descobertas e ao mesmo tempo suas frustrações ao

longo de suas investigações científicas. Assim também como as vivências conflitantes das mulheres com obesidade no pós-parto em relação à maternidade, definido pelo dito popular de que “ser mãe é padecer no paraíso”. Percebe-se que a mulher nos meses seguintes após o nascimento de um filho experiência desde sentimentos muito sublimes, que podemos denominar como sentimentos divinos relacionados ao amor de uma mãe para com seu bebê até as privações e medos mais terríveis (os ratos mortos da maternidade); ou mesmo com as vivências de uma alimentação compulsiva, que experimenta o prazer imensurável dos sabores, dos “manjares dos deuses” e as consequências nuas e cruas de um corpo obeso.

Isso posto, o profissional de saúde tem como uma de suas exigências de formação comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação profissional-paciente. Essa relação profissional-paciente traz para as ciências médicas o paradigma das ciências humanas. Conhecer, compreender e pesquisar essas relações, coloca sobremaneira os fenômenos humanos como objetivos de estudo. Quando se trata de um objeto científico que é o próprio ser humano, a abordagem, a maneira de atuar e pesquisar é sobremaneira peculiar. E foi considerando isso que a metodologia qualitativa surgiu nos séculos XVIII e XIX, a partir da busca de cientistas sociais e historiadores por uma metodologia própria para investigar os fenômenos humanos e sociais. O método qualitativo é o meio científico possível para compreender o homem em seu ambiente natural, em seu modo de funcionar dinâmico e imprevisível.

Percebe-se que as condições básicas para se desenvolver um trabalho científico se constituem num método científico que possibilite o pesquisador a se

aproximar da realidade, de como ela se constitui (136). O método está relacionado com a organização, com o plano ordenado, “o caminho” para se chegar ao objetivo proposto. Entrar em campo e fazer uso da pesquisa qualitativa pressupõe um domínio do método, tendo em vista que o pesquisador do ser humano, precisa *“ser alguém capaz de pensar. Porque ele não terá receitas, experimentos padronizados, questionários fechados, escalas validadas, e todos os instrumentos científicos que podem ser aplicados por qualquer leigo treinado. Ele terá que descobrir seus próprios caminhos, estando, avançando, recuando, ensaiando, corrigindo-se. E, por isso, deverá ter mais outras características que vão para além da disciplina técnica: a criatividade, a capacidade de indagar, a curiosidade com o não conhecido, e a ética”* (Cassorla, (136) p.25). A partir do contato mais aprofundado da pesquisadora com o método e na busca de descobrir seus próprios caminhos na pesquisa qualitativa, assim como descreve Cassorla (136), foi desenvolvido o estudo metodológico que favorecesse a apreensão do método para então dominá-lo e aplicá-lo.

Nesse sentido percebe-se que o primeiro objetivo específico desse trabalho foi alcançado. Nossos resultados sobre os estudos metodológicos se coadunam com estudos semelhantes sobre metodologias qualitativas, que abordam o constante desafio que é compreender os fenômenos humanos e que muitos pesquisadores ou até mesmo abordagens qualitativas apresentam falhas nessa compreensão, o que acaba por comprometer a qualidade dos estudos (137-139). Muitas vezes, parte dos problemas e dilemas em relação a metodologia qualitativa para um novo pesquisador da área vem da falta de conhecimento de abordagens filosóficas, que pertencem à ontologia e a epistemologia (138, 139).

A análise de conteúdo constitui-se em uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias. Nas ciências humanas existem muitas propostas diferentes sobre o processo de análise de conteúdo e quantas etapas estão envolvidas nesse trabalho (140). Nesse sentido, o primeiro artigo que compõe os resultados da presente tese, procurou integrar conceitos das ciências humanas e da clínica médica e propor um passo-a-passo para profissionais da saúde, que se dispõem a investigar os fenômenos humanos no setting da saúde. Esse artigo pode ser uma ferramenta de auxílio principalmente para aquele pesquisador do campo da saúde que, em sua formação privilegiou os aspectos biológicos, e que não necessariamente está familiarizado com discussões filosóficas ou de compreensões psicológicas, mas que tem interesse em estudar aspectos humanos e suas relações no setting da saúde, inclusive para entender à uma demanda de seu próprio trabalho clínico ou do serviço a que pertence.

Assim sendo, dentro da perspectiva da teoria à prática, integra-se a esta tese um trabalho de aplicação do método, no campo da ginecologia e obstetrícia, mais especificamente, na área da saúde materna. Havia o interesse em pensar o atendimento às mulheres com obesidade no pós-parto e compreender se o trabalho realizado com sucesso, no pré-natal de gestantes obesas em relação a mudanças de hábitos saudáveis, era mantido no pós-parto, sobretudo as mudanças no comportamento alimentar. Os objetivos dessa tese relacionados a pesquisa de campo se cumpriram e serão aqui discutidos de forma integrada, afim de favorecer um olhar menos compartimentado e objetivo para as vivências das entrevistadas em relação ao seu período pós-parto, sua obesidade, sua relação com alimentação e autocuidado e sua percepção sobre os cuidados recebidos.

Como bem explicitado no trecho do conto de Clarice Lispector (135), a maternidade é um encontro entre o poder de gerar uma vida, algo quase divino, e a fisiologia da gravidez ou do parto, algo tão biológico e humano. A mãe se sente esvaziada do poder da gestação no pós-parto e sente um vazio, do bebê em suas entranhas e de si mesma. O binômio mãe-bebê que se forma nos meses seguintes após o parto, faz as mulheres visitarem estados físicos e psíquicos fronteiriços. A maternidade tem um lugar sagrado no imaginário popular, a própria autora usa a figura de mãe como algo dotado de poder e amor e ao mesmo tempo traz a vivência de pânico, medo e o terror de viver, angústias intensas na vida de uma mulher. As mulheres com obesidade experienciam essas questões como quaisquer outras mulheres. A proposta desta tese não é patologizar a mulher com obesidade no pós-parto, mas sim pensar sobre o seu funcionamento emocional e oferecer possibilidades para o cuidado e assistência a essa população da forma mais humana e digna possível. Os resultados aqui apresentados apontam para algumas particularidades na relação delas com a alimentação na fase de vida do pós-parto e a importância dos profissionais da saúde em ter maior atenção e cuidado com essas mulheres.

Os achados dessa tese se alinham com a literatura de que no pós-parto se inicia uma nova fase para a mulher em suas vivências e relações, muito diferentes das vividas durante a gestação (141). Os cuidados com a alimentação e saúde que as mulheres com obesidade assumiram durante a gestação e que foram indicados e apoiados pela equipe de acompanhamento pré-natal, foram abandonados no pós-parto. Entende-se que esse abandono está relacionado a motivações internas e externas vivenciadas pelas mulheres com obesidade: Elas sentem-se desconfortáveis com o corpo obeso, mas não sabem como lidar com

sua obesidade; os cuidados com o bebê passam a ser prioritários aos próprios cuidados, portanto, a alimentação não é uma questão central para a mulher nesse momento de vida, ocorrendo um retorno a antigos comportamentos alimentares desenvolvidos desde a infância/adolescência.

Ao destacar essas vivências, percebe-se que algumas delas são intrínsecas a esse momento de vida específico da mulher e a forma como ela pode assumir a maternidade. Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa procuraram alcançar essas experiências vividas na mulher com obesidade, o que já traz em si uma outra condição de saúde física e psicológica.

A obesidade em si é um fenômeno complexo e que exige reflexões críticas e profundas como problema de saúde. Há características e estruturas psicológicas comuns às pessoas com obesidade, que podemos identificar como: o desconhecimento do que o corpo obeso representa; o porquê e como o corpo se tornou obeso; quais as responsabilidades que o indivíduo tem sobre aquele corpo. As entrevistadas deste estudo relataram que há uma certa consciência da obesidade e dos problemas que ela acarreta em suas vidas, inclusive na gestação; entretanto, é como se algo não se encaixasse, não ficasse bem explicado para elas mesmas e por isso não sabem o que fazer com o corpo obeso.

Os achados da presente pesquisa vão ao encontro do que Magdaleno (50) postulou ao estudar pessoas após a cirurgia bariátrica. O autor descreve que a estrutura psicológica do obeso mórbido é constituída por elementos primitivos, ligados a problemas em fases precoces do desenvolvimento emocional, com intensos sentimentos de ódio frente à frustração e à falta. E que

são sujeitos que têm como via preferencial para lidar com conflitos e tensões internas o corpo. Diante disso, constata-se o enorme desafio que a equipe de saúde tem para lidar com o fenômeno e como a equipe que acompanha as mulheres com obesidade no pós-parto pode favorecer que essas mulheres aprendam a lidar com seus sentimentos e pensamentos através de outros meios, sem ser o próprio corpo.

Ao mesmo tempo a experiência da maternidade também é um fenômeno complexo em si. Mesmo a mãe considerada saudável (sem intercorrências psíquicas) deve passar por um retraimento psicológico, renunciando parte de seus interesses e de si mesma, para garantir os cuidados do bebê. Mãe e bebê passam a compor uma unidade autônoma, que possibilita à mãe identificar necessidades do bebê, impossíveis de serem identificadas por outras pessoas ou em outras circunstâncias (82). Este processo traz um sofrimento materno intrínseco à própria maternidade. São ansiedades primitivas engendradas pelo processo de maternidade que contribuem para o colapso das defesas que mantinham a estabilidade emocional anterior (150). Os resultados da presente pesquisa demonstram que as mulheres com obesidade podem usar a compulsão alimentar para lidar com esses sentimentos. Suas defesas, já primitivas e relacionadas ao corpo, voltam, com muita força nesse momento, na tentativa de aliviar sentimentos negativos.

No presente estudo demonstra-se que as entrevistadas identificaram que, no pós-parto, elas retomaram comportamentos alimentares que tinham anteriores ao período gravídico e que estes foram adotados desde sua infância/adolescência demonstrando a dificuldade de mudar um comportamento

ou hábito (65, 66, 95) e corroborando a ideia de que a alimentação é vivida como fonte de prazer incondicional e, por isso, desenvolvem uma impulsividade em relação à comida (50), que foi contida na gravidez, devido os riscos intrínsecos à gestação de uma mulher com obesidade e comorbidades, mas que no pós-parto reaparece.

A associação entre alimentação, emoções e obesidade é consistente com achados anteriores (88, 142, 143). O período de gravidez com flutuações hormonais, problemas de relacionamento e a entrada em um novo papel, como mãe, pode ser emocionalmente desafiador e estressante, contribuindo para a retenção de peso, pois as mulheres usariam a estratégia de comer para sentir alívio. O alimento serviria como um mediador não só para fatores emocionais ou psicológicos, mas também para aliviar o desconforto físico dessa fase de vida, mesmo quando ela tem conhecimento de uma dieta saudável (88). O presente estudo vai além e identifica que, no pós-parto, há um sentimento muito presente de solidão, que influencia diretamente o comportamento alimentar das mulheres com obesidade, que passam a comer compulsivamente para preencher o vazio, que sentem. Há um ciclo vicioso vivido pelas pessoas com obesidade de baixa autoestima – incremento da ansiedade – impulso alimentar (50), que pode se intensificar no pós-parto recente, tendo em vista que esse momento exige da mulher muitas adaptações psíquicas, sociais e hormonais.

Kay et al. (23) destacam a necessidade de intervenção no comportamento alimentar materno no início da transição para a maternidade e durante todo o período do pós-parto, tendo em vista que esse é um momento estressante para a mãe, devido às mudanças hormonais, do sono e as exigências de cuidar de

um recém-nascido e adaptar-se ao papel de mãe. Semelhantemente a esse estudo (23), os resultados do presente trabalho também apontam para uma piora da alimentação da mãe na fase do pós-parto. As entrevistadas relataram que, devido à rotina de cuidados com o bebê, o consumo de alimentos frescos, frutas e vegetais, que necessitam ser comprados semanalmente, ficaram prejudicados. Entretanto, um estudo inédito (111) indicou que há uma mudança significativa de estilo de vida que se mantém da gestação ao pós-parto, quando feitas intervenções em padrões alimentares durante a gravidez e no pós-parto em mulheres com sobrepeso e obesidade. Há associações de que essas intervenções podem promover menor retenção de peso no pós-parto (111, 144).

As vivências relatadas pelas entrevistadas se assemelham aos sentimentos apresentados em outro estudo qualitativo com pessoas com obesidade (50): angústia, vazio, sentimento de tristeza, vontade de comer sem estar com fome. Destaca-se que durante a análise das entrevistas a quantidade de vezes que as mulheres falaram sobre comida, detalhando tipos de alimentos e marcas preferidas. Nas entrevistas, é como se elas sentissem prazer e alívio em falar dos alimentos e se deliciassem com a própria fala. Ao revelar esse traço impulsivo e concreto da pessoa com obesidade, as entrevistas também revelaram a importância e a necessidade de ter um espaço adequado para ouvi-las e conversar com elas sobre o assunto.

O intenso sentimento de solidão relatados pelas entrevistadas, está relacionado ao conceito apresentado por Klein (146) de solidão interior, como: *“o sentimento de estar sozinho independentemente de circunstâncias externas; de se sentir só mesmo quando entre amigos ou recebendo amor”* (Klein, (146)

p.341). Infere-se que esse sentimento de solidão vivenciado pela mãe esteja ligado às ansiedades do bebê projetadas na mãe; pelo luto que ela tem que fazer da gravidez e de sua vida antes dessa maternidade; e não menos importante é um processo de idealização da maternidade, isso em uma mãe saudável psiquicamente, que está num processo de integração e conexão afetiva com seu bebê. Esse processo de integração e perda da idealização é postulado por Klein (146) em seu texto “Sobre o Sentimento de Solidão” (1963), e aqui foi utilizado para pensar a mulher no pós-parto. Postula-se que esse sentimento de solidão pode estar ligado às desidealizações da maternidade e a todo o trabalho de luto, que esse processo envolve: luto do corpo, da identidade, da relação com o companheiro e da equipe de saúde. É um momento de muita renúncia de si mesma para o bebê e elaborações que podem trazer ansiedade e culpa para essa mãe.

Os dados do presente estudo sobre a alimentação, como meio de lidar com a solidão, também se coadunam com um estudo italiano (145) que concluiu que as mulheres com obesidade apresentaram níveis de mal-estar em relação ao corpo maiores no puerpério do que na gravidez, enquanto que as mães com peso normal mostraram mais controle no puerpério.

A mulher com obesidade sente um olhar ruim sobre ela, dela mesma e dos outros (130). No pós-parto, pelas próprias contingências do momento, ela “se deixa de lado” e sente que os outros a deixam também. Essa situação pode provocar estados mais primitivos de mente, nessa mulher que já precisa estar em outro funcionamento psíquico para se conectar com seu bebê (147). É importante ressaltar que, nesse sentido, percebe-se que a mulher com

obesidade precisa de mais apoio, mais acolhimento, mais contorno (continência), mais “pele” e contato. Além disso, as mulheres com obesidade desenvolvem uma linguagem do corpo, que deveria ser desenvolvido psiquicamente. Isto é, aquilo que não pode ser mentalizado, simbolizado pode desencadear estados de ansiedade e compulsão alimentar. Dessa forma, o corpo oblitera o contato com a mente (148) e pode favorecer o comer exageradamente no período pós-parto como forma de aplacar ansiedades.

Percebeu-se através das análises das entrevistas que o pós-parto é um marco psíquico transformador da subjetividade e da identidade daquela mulher, e ao mesmo tempo em que é um período oportuno para intervenções, se torna perigoso para questões psicopatológicas. No caso da mulher com obesidade, percebe-se uma maior cisão entre mente e corpo, que pode favorecer estados de ansiedade, que levem a mulher a engordar mais. O pós-parto tem o potencial de um trauma no sentido em que a psicanálise o define, como uma dificuldade do ego em lidar com o excesso de estímulos fisiológicos e psíquicos (149). Os resultados aqui apresentados revelam que a mulher com a obesidade resiste ao contato com a subjetividade e que ela precisa de mais ajuda para lidar com as emoções nesse momento, mesmo que, muitas vezes, elas mesmas não se apercebam disso. As atividades concretas do bebê podem favorecer um conluio mental com a mãe que já tem dificuldade com sua subjetividade, pois ela pode “mergulhar” nos cuidados concretos com o bebê e se afastar ainda mais dos seus sentimentos. Por isso, os cuidados com a mulher com obesidade no pós-parto devem incluir e incentivar conversas sobre as emoções. Não lidar com as emoções pode fazer com que elas preencham esse vazio de subjetividade com o corpo, através da compulsão alimentar. Os profissionais de saúde e familiares,

se focarem somente no cuidado concreto com elas e com o bebê, podem reforçar essa cisão corpo e mente que ela já faz.

Outro resultado importante indicado no presente estudo foi a amamentação e a nutrição do bebê. As entrevistadas relataram dificuldades na amamentação, confirmando a literatura de que as mulheres com obesidade têm mais dificuldade ao amamentar (127). A compreensão deste trabalho é de que, possivelmente, o ato de amamentar, de nutrir seu bebê traz consigo as maneiras primitivas com que essa mulher se relaciona com a própria alimentação. Se ela tem dificuldades de pensar e cuidar de sua alimentação, a tarefa de cuidar e alimentar o outro se torna mais difícil. A questão da amamentação e nutrição da mãe é um assunto que deve ser abordado e acompanhado pelo profissional de saúde no pós-parto. A análise dos dados mostrou que as crenças das mães e o seu padrão de comportamento alimentar, influenciam diretamente na forma de nutrir o filho mesmo durante a amamentação. Esses resultados são semelhantes a um estudo qualitativo com mulheres suecas no pós-parto, que complementa que há também uma crença de que a amamentação, automaticamente, leva à perda de peso substancial pós-parto, o que faz com que algumas mulheres abandonem as restrições alimentares anteriores (88).

Depreende-se que o pós-parto é um momento de vida da mulher, que a coloca em contato com o seu corpo e alimentação, o que faz com que esse momento seja particularmente especial para a mulher em relação à adoção de hábitos mais saudáveis para sua vida. Se por um lado no pós-parto, como já explicitamos, ela pode abandonar o comportamento alimentar mais saudável e uma rotina maior de cuidado consigo e sua saúde, vivenciada na gravidez; há

também a possibilidade de ela manter esses cuidados, e o pós-parto ser um momento oportuno para ela incorporar, de fato, essa rotina de cuidados em sua vida. Há estudos que comprovam que as mulheres são receptivas à educação nutricional no pós-parto e passam a ingerir mais vegetais e ter cuidados maiores com a alimentação quando participam de algum programa de intervenção (116, 151). Montgomery et al. (117) revelaram que o principal tema em relação à perda de peso no pós-parto, foram as experiências dessas mulheres pela necessidade de equilibrar a perda de peso com outras responsabilidades. Nesse mesmo estudo, os autores mostram como é relevante a percepção das mulheres sobre os benefícios relacionados à saúde da atividade física e comer bem para se atingir metas de gerenciamento de peso no pós-parto.

A gravidez é um período em que a mulher está mais disponível e motivada para adotar novos hábitos de vida (95, 130). Entretanto, os resultados aqui apresentados se coadunam com estudos anteriores de que essas intervenções da equipe de saúde devem continuar no pós-parto para que a adoção de novos hábitos seja garantida (88, 116).

Diante da constatação, na análise das entrevistas, de que os cuidados com o bebê passam a ser prioritários do que os próprios cuidados na vida dessas recentes mães e das dificuldades que elas têm em se perceber e se cuidar nesse momento de vida, ficamos com a pergunta: Quem cuida de quem está cuidando? Qual a rede de apoio dessas mulheres? Quem são as pessoas ao redor dessas mulheres que podem ajuda-las a adotar hábitos mais saudáveis de vida?

As mulheres discorreram sobre a importância do apoio familiar e dos profissionais de saúde/serviço de saúde durante esse momento de vida e o

quanto essa rede de apoio é precária por questões sociais, afetivas e estruturais, como no caso dos serviços.

Granato e Vaisberg (150) alertam aos profissionais de saúde que a identificação rápida e concreta das fragilidades do bebê pode, muitas vezes, fazer com que tanto familiares quanto as equipes e serviços de saúde se esqueçam das necessidades da mãe. Essa situação foi relatada com frequência e muita emoção pelas entrevistadas, de que parte de seu desamparo e solidão advém da falta de apoio e cuidado de outros com elas e que, quando este cuidado aparece, muitas vezes, é invasivo e permeado de julgamentos. Resultado semelhante foi percebido em estudo anterior, que aponta que as mulheres sentiram que o foco passou a ser exclusivamente para o bebê e que o suporte para perda de peso ou problemas psicológicos de cuidados médicos no pós-parto geralmente estava ausente (150).

Os profissionais que se dispõem a assistir as mulheres no pós-parto devem estar atentos à fragilidade emocional da mãe e acolher e dar suporte para que elas superem as dificuldades que surgem a partir da maternidade (150). As entrevistadas do presente estudo revelaram que assim como o cuidado percebido durante o pré-natal, elas precisam perceber que a equipe de saúde pode assistir seus cuidados após o parto, inclusive em relação ao peso naquelas com obesidade, e cuidar disso por elas e para elas, quando parecer sobrecarregá-las.

Os profissionais de saúde que assistem a mulher no pós-parto podem contribuir para a saúde materna e do bebê à medida que olham e cuidam da mãe para que ela olhe e cuide do bebê. Essa rede de apoio é mais facilmente

percebida pelas entrevistadas desse estudo nas relações familiares. Mas entende-se que a equipe de saúde deve estar atenta às redes de apoio das mulheres no pós-parto e, quando necessário, intervir.

As equipes de saúde que atendem a mulher no pré-natal e pós-parto devem estar atentas a essas mudanças para agir nesse momento de transição. Para isso, têm que considerar um atendimento multi e interdisciplinar, composto por: medico GO, nutricionista, psicólogo e enfermeiro. E pensar em estratégias para que essas mulheres consigam aderir aos serviços propostos, considerando a rotina cansativa e as suas prioridades em relação ao cuidado com os bebês. Nesse sentido, as entrevistadas apontaram que os grupos no celular e internet seriam uma boa forma de acessá-las, assim como integrar os dias de consultas e exames do bebê aos da mãe. Essas sugestões das entrevistadas vão ao encontro das alternativas apresentadas por mulheres no pós-parto na Suécia, de que pode haver um telefonema ou uma visita de acompanhamento, incluindo pesagem e possíveis grupos de exercícios organizados por unidades de maternidade (88).

Ao prescrever os cuidados com a alimentação, dieta, exercício físico, a equipe de saúde de atendimento a mulher no pós-parto deve estar atenta e preparada para lidar com as demandas emocionais envolvidas nesse processo de emagrecimento de uma pessoa com obesidade, criando espaços que incentivem e acolham sentimentos e pensamentos sobre sua relação com o corpo e autocuidado, oferecendo, dessa maneira, possibilidades dessas mulheres aprenderem sobre si mesmas e a enfrentarem o que a obesidade representa.

Uma questão fundamental para a equipe de saúde que presta assistência a mulher no pós-parto, é compreender que a alimentação não é um tema central para a mulher nesse momento de vida, que exige dela cuidados tão intensos ao bebê. Mas que essa é uma questão relevante para a equipe de saúde, devido ao risco de retenção de peso da gravidez e o reganho de peso no puerpério, que lhes agravaria o caso de obesidade, apresentando maiores riscos a sua saúde (88).

Trabalhar apenas questões comportamentais pode não ter resultados efetivos em mulheres com obesidade (151). É necessário incluir no trabalho as questões subjetivas, intrapsíquicas da obesidade. As intervenções com mulheres com obesidade deve incluir espaços de acolhimento, reflexão, e educação que abordem as formas como essas mulheres lidam com suas emoções (145, 153). Martin et al. (153) revelaram, em seu estudo, que, enquanto os médicos estavam predominantemente preocupados com complicações como infecção e sangramento, as mulheres estavam muito mais preocupadas com questões como o desconforto, a fadiga e a vulnerabilidade emocional. Da mesma forma, as entrevistadas do presente estudo revelaram não saber muito como os profissionais de saúde poderiam ajudá-las nesse momento de vida; há, portanto, uma lacuna nesse momento, que exige atenção dos profissionais, pois as mães não têm clareza sobre o tipo de profissional de saúde procurar no pós-parto (153, 154).

A equipe de saúde que atende a mulher no pós-parto deve ter em mente a importância do trabalho nesse momento de vida e procurar desenvolver ações psicoeducativas e nutricionais durante o pós-parto com frequência e

regularidade. Esse trabalho deve considerar a complexidade psicológica envolvida tanto na obesidade quanto no pós-parto, já que isso interfere diretamente no padrão alimentar. Oferecer espaços de escuta e acolhimento a essas mulheres é uma forma de melhorar a assistência e atendimento à saúde integral delas e prevenir doenças futuras. Devido às demandas dessa fase de vida, o acesso da mulher aos serviços de saúde é prejudicado, o que exige criatividade, disponibilidade dos profissionais de saúde na busca de meios alternativos para acessá-las, tais como: via web, visitas domiciliares ou telefonemas.

Muito tem se focado na questão do peso e atividade física para o tratamento da obesidade. É necessário ampliar os cuidados e incluir a qualidade da alimentação e os padrões nutricionais nos estudos e tratamento da obesidade. Essa possibilidade abre um leque importante de áreas do conhecimento a serem exploradas e aplicadas no combate e prevenção da obesidade. Dessa forma, a equipe que assiste as mulheres com obesidade no pós-parto, deve estar aberta para um trabalho interdisciplinar, com profissionais instrumentalizados de conhecimentos sobre o funcionamento psicodinâmico da obesidade e do pós-parto e serem capazes de incluir em sua escuta clínica os contextos culturais, sociais e econômicos de suas pacientes.

8. CONCLUSÃO

1. A qualidade da pesquisa clínico-qualitativa depende sobretudo da qualidade, reflexividade, rigor e preparo do Pesquisador. A pesquisa clínico-

qualitativa parte da vivência clínica do pesquisador e seus resultados devem trazer retornos para a clínica.

2. Os cuidados com a saúde e alimentação, que as mulheres com obesidade assumiram durante a gravidez e que foram indicados e apoiados pela equipe de acompanhamento pré-natal, foram abandonados no período pós-parto. Entendemos que esse abandono está relacionado às motivações internas e externas vivenciadas pelas mulheres com obesidade, as quais destacamos: sentem-se desconfortáveis com o corpo obeso, mas não sabem lidar com a obesidade; a comida não é uma questão central para as mulheres neste momento da vida, pois cuidar do bebê se torna uma prioridade. Há um retorno aos antigos comportamentos alimentares desenvolvidos desde a infância / adolescência; no pós-parto há um sentimento atual de solidão e desamparo, o que influencia o comportamento alimentar.

3. A mulher com obesidade sente um olhar discriminatório sobre ela, dela mesma e dos outros, o que pode trazer riscos psicopatológicos no período pós-parto. A mulher com obesidade precisa de mais acolhimento e presença da equipe de saúde e seus familiares para conseguir cuidar melhor de sua saúde nesse momento de vida. Para tanto, é necessário desenvolver estratégias mais efetivas de assistência e cuidado s mulheres com obesidade no pós-parto.

9. REFERÊNCIAS

1. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol. Reflex. Crit.* 2005; 18(2): 247-54.

2. Salim N, Santos Junior H, Gualda D. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period - a qualitative approach. Online Brazilian Journal of Nursing. [online] 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2785>.
3. Hammoudeh W, Mataria A, Wick I, Giacaman R. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009; 9(2): 123-32. doi: 10.1586/erp.09.8.
4. Ghiasvand F, Riazi H, Hajian S, Kazemi E, Firoozi A. The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. Electronic Physician. 2017;9(4):4180-4189. doi:10.19082/4180.
5. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S, Brown SJ. Physical depression in the first 12 months postpartum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. Midwifery. 2014; 30(3): 378-84. doi: 10.1016/j.midw.2013.03.006.
6. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division; 2015. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1
7. Kerber K.J, Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. 2007; 370: 1358–1369.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
9. Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Garthus-Niegel K, Eskild A. Postnatal care: A cross-cultural and historic perspective. Archives of Women's Mental Health. 2010;13:459–466

10. Jain A, Levy D. Conflicting cultural perspectives: Meanings and experiences of postnatal depression among women in Indian communities. *Health Care for Women International*. 2013; 34(11):966–979.
11. Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
12. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(7):517-25.
13. Strapasson, MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010; 31(3), 521-528.
14. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança, Esc Anna Neri Rev. Enfermagem 2010, 14(1):83-89.
15. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 1990;17:15–24.
16. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007; 7: 9. Published online 2007 Jul 4. doi: 10.1186/1471-2393-7-9
17. Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf.
19. Roque ATF, Carraro TE. Narratives on the experience of being a high-risk puerperal woman. *Esc Anna Nery*. 2015;19(2):272-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0272.pdf>
20. Laura Gutman. 8ª ed. Rio de Janeiro: Best seller; 2015.
21. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, Soliva JC, Tobeña A, Desco M, Crone EA, Ballesteros A, Carmona

S, Vilarroya O. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci.* 2017;20(2):287-296. doi: 10.1038/nn.4458.

22. Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA : The Journal of the American Medical Association.* 2014; 311(8).

23. Kay Mc, Wasser H2, Adair LS2, Thompson AL3, Siega-Riz AM4, Suchindran CM5, Bentley ME. Consumption of key food groups during the postpartum period in low-income, non-Hispanic black mothers. *Appetite.* 2017;117:161-167. doi: 10.1016/j.appet.2017.06.023.

24. Fowles ER, Gabrielson M. First trimester predictors of diet and birth outcomes in low-income pregnant women. *J Community Health Nurs.* 2005;22(2):117-30.

25. Fowles ER, Hendricks JA, Walker LO. Identifying healthy eating strategies in low-income pregnant women: applying a positive deviance model. *Health Care Women Int.* 2005;26(9):807-20.

26. George GC, Milani TJ, Hanss-Nuss H, Freeland-Graves JH. Compliance with dietary guidelines and relationship to psychosocial factors in low-income women in late postpartum. *J Am Diet Assoc.* 2005;105(6):916-26.

27. Walker LO, Sterling BS, Timmerman GM. Retention of pregnancy-related weight in the early postpartum period: implications for women's health services. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(4):418-27.

28. Wiltheiss GA, Lovelady CA, West DG, Brouwer RJ, Krause KM, Østbye T. Diet quality and weight change among overweight and obese postpartum women enrolled in a behavioral intervention program. *J Acad Nutr Diet.* 2013 Jan;113(1):54-62.

29. Eikenberry N, Smith C. Healthful eating: perceptions, motivations, barriers, and promoters in low-income Minnesota communities. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(7):1158-61.

30. Reyes NR, Klotz AA, Herring SJ. A qualitative study of motivators and barriers to healthy eating in pregnancy for low-income, overweight, African-American mothers. *J Acad Nutr Diet.* 2013;113(9):1175-81.

31. Price S. N., McDonald J., Oken E., Haines J., Gillman M. W., Taveras E. M. Content analysis of motivational counseling calls targeting obesity-related behaviors among postpartum women. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(2):439–447.
32. Jasienska G, Bribiescas RG, Furberg AS, Helle S, Mora NA. Human reproduction and health: an evolutionary perspective. *The Lancet*. 2017 Jul 4; 390: 510-520.
33. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Quality of life and Postpartum Blues. *Knowledge & Health*. 2012; 7(2): 83-8.
34. Hanson M, Barker M, DoddJM, Kumanyika S, Norris S, Steegers E, Stephenson J, Thangaratinam S, Yang H. Interventions to prevent maternal obesity before conception, during pregnancy, and post partum. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017 Jan;5(1):65-76.
35. Vigarello G. *As metamorfoses do Gordo – História da Obesidade*. Petrópolis: Vozes; 2012
36. World Health Organization (WHO). Controlling the global obesity epidemic. Geneva 2009. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>
37. World Health Organization (WHO). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva 2009: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/en/>
38. World Health Organization (WHO). World Health Statistics. Geneva 2015. Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world health statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/).
39. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Geneva 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
40. Cohen DA, Farley TA. Eating as an automatic behavior. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1).
41. GBD 2015. Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med* 2017;377:13–27.

42. McKinsey Global Institute. Overcoming obesity: an initial economic analysis, McKinsey and company. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Robert%20Kushner/Downloads/MGI_Overcoming_obesity_Full_report%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Robert%20Kushner/Downloads/MGI_Overcoming_obesity_Full_report%20(1).pdf).
43. Vigitel Brazil 2016: surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey: estimates of sociodemographic frequency and distribution of risk and protective factors for chronic diseases in the capitals of the 26 Brazilian states and the Federal District in 2016.
44. Dobrow I, Kamenetz C, Devlin M. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24 (3): 63-7.
45. Comuzzie AG, Allison DB. The search for human obesity genes. *Science*. 1998; 280:1374-7.
46. Smemo S, Tena JJ, Kyoung-Han K, Gamazon ER, Sakabe NJ, Gómez-Marín C, et al. Obesity-associated variants within FTO form long-range functional connections with IRX3. *Nature*. 2014; 507:371-5.
47. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (1):185-94.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf.
49. Stunkard AJ. Factores determinantes de la obesidade:ópnion actual. In Peña M, Bacallao J. La obesidade em la pobreza: un nuevo reto la salud pública. Washington DC: OPAS, 2000.
50. Magdaleno R, Chaim EA, Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Psiquiatr RS*. 2009; 31(1):73-8.
51. Rooney BL, Schauburger CW. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstet Gynecol*. 2002 Aug; 100(2): 245-52.
52. Gaillard R, Steegers EA, Franco OH, Hofman A, Jaddoe VW. Maternal weight gain in different periods of pregnancy and childhood cardio-metabolic outcomes. The Generation R Study. *Int J Obes (Lond)*. 2015 Apr;39(4):677-85.
53. Horan MK, McGowan CA, Gibney ER, Donnelly JM, McAuliffe FM. Maternal diet and weight at 3 months postpartum following a pregnancy

intervention with a low glycaemic index diet: results from the ROLO randomised control trial. *Nutrients*. 2014 Jul 23;6(7):2946-55.

54. Lowe MR, Butryn ML. Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiol Behav*. 2007;91(4):432–9.

55. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *J Nutr*. 2009;139(3):629–32.

56. Nansel TR, Lipsky LM, Siega-Riz AM, Burger K, Faith M, Liu M. Pregnancy eating attributes study (PEAS): a cohort study examining behavioral and environmental influences on diet and weight change in pregnancy and postpartum. *BMC Nutr*. 2016;2. pii: 45.

57. Gavard JA, Artal R. The association of gestational weight gain with birth weight in obese pregnant women of obesity class and diabetic status: a population-based historical cohort study. *Matern Child Health J*. 2014; 18(4):1038-47.

58. Klatzkin RR, Baldassaro A, Hayden E. The impact of chronic stress on the predictors of acute stress-induced eating in women. *Appetite*. 2018;123:343-351.

59. He X, Hu C, Chen L, Wang Q, Qin F. The association between gestational weight gain and substantial weight retention 1-year postpartum. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Sep;290(3):493-9. doi: 10.1007/s00404-014-3235-3.

60. Østbye T, Peterson BL, Krause KM, Swamy GK, Lovelady CA. Predictors of postpartum weight change among overweight and obese women: results from the Active Mothers Postpartum study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012 Feb;21(2):215-22. doi: 10.1089/jwh.2011.2947.

61. Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum*. 2007; 17(3):37-47.

62. Kushner RF, Kahan S. The State of Obesity in 2017. *The Medical clinics of North America*. 2018 Jan; 102(1):1-11.

63. NORC and ASMBS. New insights into Americans' perceptions and misperceptions of obesity treatments, and the struggles many face. Disponível em:

[http://www.norc.org/PDFs/ASMBS%20Obesity/Issue%20Brief%20B_ASMBS%20NORC %20Obesity%20Poll.pdf](http://www.norc.org/PDFs/ASMBS%20Obesity/Issue%20Brief%20B_ASMBS%20NORC%20Obesity%20Poll.pdf)

64. Hernández JC, Arnaiz, IG. Alimentacion Y Cultura- Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005
65. Nicklaus, S. The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. *Ann. Nutr. Metab.* 2017, 70, 241–245.
66. Liu CM, Kanoskia SE. Homeostatic and non-homeostatic controls of feeding behavior: Distinct vs. common neural systems. *Physiol Behav.* 2018 Feb 5. pii: S0031-9384(18)30055-6. doi: 10.1016/j.physbeh.2018.02.011
67. Lauzon-Guillain B, Musher-Eizenman D, Leporc E, Holub S, Charles MA. Parental feeding practices in the United States and in France: relationships with child's characteristics and parent's eating behavior. *J AmDiet Assoc.* 2009; 109(6):1064–9.
68. Vereecken CA, Keukelier E, Maes L. Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite.* 2004; 43(1):93–103.10.1016/j.appet.2004.04.002]
69. Gray WN, Janicke DM, Wistedt KM, Dumont-Driscoll MC. Factors associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children's food intake. *Appetite.* 2010; 55(2):332–7.
70. Rossi P. Comer – Necessidade, desejo, obsessão. São Paulo: Unesp; 2014
71. Liebig J. Aplicações da química orgânica na agricultura e fisiologia (1840) in *As metamorfoses do gordo.– História da Obesidade.* Petrópolis:Vozes; 2012
72. Campos S. Obesidade em jovens– a lógica psicanalítica do ganho de peso. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2016.
73. Arnaiz MG. Somos lo que comemos livro (Estudios de alimentacion y cultura em Espana). Barcelona: Ariel; 2002.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

75. Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. Rev. Nutr. [Internet]. 2006 Apr; 19(2): 245-253.

76. Bleil SI. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. Cad Debate. 1998; 6:1-25.

77. Viana V, & Almeida JP (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1, 29-40.

78. Viana e Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1641-50.)

79. Freud, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

80. Klein M. Klein, M. (1996). O desmame. In Klein, M. Obras Completas de Melanie Klein. Vol 1. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1936)

81. Deutsch H. La psicología de la mujer. Buenos Aires: Losada, 1951.

82. Winnicott D. Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas. (Tradução Davy Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago 2000.

83. Paiva LV, Nomura RMY, Dias MCG, Zugaib M. Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2012; 58(4), 453-458

84. Chescheir NC. Global obesity and the effect on women's health. *Obstet Gynecol* 2011;117:1213–22.

85. Endres LK, Straub H, McKinney C, Plunkett B, Minkovitz CS, Schetter CD, Ramey S, Wang C, Hobel C, Raju T, Shalowitz MU; Community Child Health Network of the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Postpartum weight retention risk factors and relationship to obesity at 1 year. *Obstet Gynecol*. 2015 Jan;125(1):144-52.

86. Gunderson EP. Childbearing and Obesity in Women: Weight Before, During, and After Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009 Jun; 36(2): 317–ix.
87. Lipsky LM, Strawderman MS, Olson CM. Maternal weight change between 1 and 2 years postpartum: the importance of 1 year weight retention. *Obesity (Silver Spring).* 2012 Jul;20(7):1496-502.
88. Christenson A, Johansson E, Reynisdottir S, Torgerson J, Hemmingsson E. Women's Perceived Reasons for Their Excessive Postpartum Weight Retention: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE.* 2016 Dec; 11(12): e0167731.
89. Althuisen E, van Poppel M, de Vries J, Seidell J, van Mechelen W. Postpartum behavior as predictor of weight change from before pregnancy to one year postpartum. *BMC Public Health.* 2011;11:1–7.
90. Gunderson, E. P., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K. P., Taveras, E. M., & Gillman, M. W. Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. *American Journal of Epidemiology.* 2008; 167, 178–187. *Public Health* 2013;13:1070–80
91. Bogaerts AF, Van den Bergh BR, Witters I, Devlieger R. Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity (Silver Spring).* 2013 Sep;21(9):1942-9. doi: 10.1002/oby.20352.
92. Dujmović M, Kresić G, Mandić ML, Kenjeric D, Cvijanović O. Changes in dietary intake and body weight in lactating and non-lactating women: prospective study in northern coastal Croatia. *Coll Antropol.* 2014 Mar;38(1):179-87.
93. Ohlin A, Rössner S. Factors related to body weight changes during and after pregnancy: the Stockholm Pregnancy and Weight Development Study. *Obes Res.* 1996 May;4(3):271-6.
94. Huseinovic E, Bertz F, Brekke HK, Winkvist A. Two-year follow-up of a postpartum weight loss intervention: Results from a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.* 2017 Oct 6.

95. Phelan S, Phipps MG, Abrams B, Darroch F, Grantham K, Schaffner A, Wing RR. Does behavioral intervention in pregnancy reduce postpartum weight retention? Twelve-month outcomes of the Fit for Delivery randomized trial. *Am J Clin Nutr*. 2014 Feb;99(2):302-11
96. Vinter CA, Jensen DM, Ovesen P, Beck-Nielsen H, Tanvig M, Lamont RF, Jørgensen JS. Postpartum weight retention and breastfeeding among obese women from the randomized controlled Lifestyle in Pregnancy (LiP) trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Aug;93(8):794-801.
97. Lambert, L., Raidl, M., Safaii, S., Conner, C., Geary, E. J., & Ault, S. (2005). Perceived benefits and barriers related to postpartum weight loss of overweight/obese postpartum WIC participants. *Topics in Clinical Nutrition*, 20(1), 16–27.
98. Forhan M, Salas XR. Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Can J Diabetes*. 2013 Jun;37(3):205-9. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.03.362
99. Friedman AM, Hemler JR, Rossetti E, Clemow LP, Ferrante JM. Obese women's barriers to mammography and pap smear: the possible role of personality. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 Aug;20(8):1611-7. doi: 10.1038/oby.2012.50.
100. Hellmann SS, Njor SH, Lynge E, et al. Body mass index and participation in organized mammographic screening: a prospective cohort study. *BMC Cancer*. 2015; 15:294.
101. Laraia B, Vinikoor-Imler LC, Siega-Riz AM. Food insecurity during pregnancy leads to stress, disordered eating, and greater postpartum weight among overweight women. *Obesity (Silver Spring)*. 2015 Jun; 23(6):1303-11.
102. Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Oken E, Gillman MW. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in Project Viva: a US cohort. *J Am Diet Assoc* 2009;109:1004-1011. 5
103. Carmichael S, Abrams B, Selvin S. The pattern of maternal weight gain in women with good pregnancy outcomes. *Am J Public Health* 1997;87:1984-1988.

104. Institute of Medicine: Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington DC: National Academic Press, 2009. Disponível em: <http://www.iom.edu/pregnancyweightgain>.
105. Chaput KH, Adair CE, Nettel-Aguirre A, Musto R, Tough SC. The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding Breastfeeding and the use of human milk. 2015 Pediatrics 2012;129:e827-41.
106. Winkvist A, Brantsæter AL, Brandhagen M, Haugen M, Meltzer HM, Lissner L. Maternal Prepregnant Body Mass Index and Gestational Weight Gain Are Associated with Initiation and Duration of Breastfeeding among Norwegian Mothers. J Nutr. 2015 Jun;145(6):1263-70. doi: 10.3945/jn.114.202507. Epub 2015 Apr 22.
107. Wojcicki JM. Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Initiation and Duration of Breastfeeding: A Review of the Literature. J Womens Health (Larchmt). 2011 Mar;20(3):341-7. doi: 10.1089/jwh.2010.2248.
108. Panagos PG, Vishwanathan R, Penfield-Cyr A, Matthan NR, Shivappa N, Wirth MD, Hebert JR, Sen S. Breastmilk from obese mothers has pro-inflammatory properties and decreased neuroprotective factors. J Perinatol. 2016 Apr;36(4):284-90. doi: 10.1038/jp.2015.199.
109. Brandhagen M, Lissner L, Brantsaeter AL, Meltzer HM, Håggkvist AP, Haugen M, Winkvist A. Breastfeeding in relation to weight retention up to 36 months post partum in the Norwegian Mother and Child Cohort Study—modification by socioeconomic status? Public Health Nutr 2013;6:1–10.
110. Natland Fagerhaug T, Forsmo S, Wenberg Jacobsen G, Midthjell K, Frost Andersen L, Nilsen TIL. A prospective population-based cohort study of laparotomy and cardiovascular disease mortality: the HUNT study. BMC
111. Moran LJ, Flynn AC, Louise J, Deussen AR, Dodd JM. The effect of a lifestyle intervention on pregnancy and postpartum dietary patterns determined by factor analysis. Obesity (Silver Spring). 2017 Jun;25(6):1022-1032.

112. Papas MA, Hurley KM, Quigg AM, Oberlander SE, Black MM. Low-income, African American adolescent mothers and their toddlers exhibit similar dietary variety patterns. *J Nutr Educ Behav*. 2009 Mar-Apr;41(2):87-94.
113. Robinson S, Marriott L, Poole J, Crozier S, Borland S, Lawrence W, Law C, Godfrey K, Cooper C, Inskip H; Southampton Women's Survey Study Group. Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. *Br J Nutr*. 2007 Nov;98(5):1029-37.
114. Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K, Bigus E, Brownley KA. Stress-induced eating in women with binge-eating disorder and obesity. *Biol Psychol*. 2018 Jan;131:96-106.
115. Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K, Bigus E, Brownley KA. Binge eating disorder and obesity: preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiol Behav*. 2015 Apr 1;142:20-7.
116. Van der Pligt P, K Olander E. Maternal dietary intake and physical activity habits during the postpartum period: Associations with clinician advice in a sample of Australian first time mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:812-4.
117. Montgomery, K. S., Aniello, T. D., Phillips, J. D., Kirkpatrick, T., Catledge, C., Braveboy, K., Hatmaker-Flanigan, E. (2013). Experiences Accompanying Postpartum Weight Loss: Benefits, Successes, and Well-Being. *Health Care for Women International*, 34(7), 577-591.
118. Arabin B, Stupin JH. Overweight and Obesity before, during and after pregnancy: Part 2: Evidence-based Risk Factors and Interventions. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2014 Jul;74(7):646-655.
119. Wilkinson SA, van der Pligt P, Gibbons KS, McIntyre HD. Trial for Reducing Weight Retention in New Mums: a randomised controlled trial evaluating a low intensity, postpartum weight management programme. *J Hum Nutr Diet*. 2015 Jan;28 Suppl 1:15-28. doi: 10.1111/jhn.12193
120. Lyu LC, Lo CC, Chen HF, Wang CY, Liu DM. A prospective study of dietary intakes and influential factors from pregnancy to postpartum on maternal

weight retention in Taipei, Taiwan. *BrJ Nutr.* 2009 Dec; 102(12):1828-37. doi: 10.1017/S0007114509991243.

121. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

122. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2009; 17(2):259-64.

123. Turato ER, Magdaleno Jr R, Campos LKS. Revista de Psicanálise da SPPA. 2010; 17(2):281-97

124. Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: an Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *BMJ*, 1995; 31(6996):42–45 doi: 10.1136/bmj.311.6996.42.

125. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturartion sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1):17–27. pmid:18209831 doi: 10.1590/s0102-311x2008000100003.

126. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick: Aldine Transaction, 1999.

127. Wojcuki JM. Maternal pregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Journal of Womens Health.* 2011Mar;20(3):341-7.

128. Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals. 2 ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.

129. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 Ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

130. Faria-Schützer DB, Surita FGdC, Alves VLP, Vieira CM, Turato ER Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS ONE* . 2015; 10(11).

131. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):389-94.
132. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14 (5): 812-20.
133. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):507–514. pmid:15997330.
134. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(5): 611-4.
135. Lispector C. Perdoando Deus. In: Felicidade Clandestina. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
136. Cassorla RS. Prefácio. In: Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
137. Corbally M, O'Neill CS. An introduction to the biographical narrative interpretive method. *Nurse Res*. 2014 May;21(5):34-9. doi: 10.7748/nr.21.5.34.e1237.
138. Markey K1, Tilki M, Taylor G. Reflecting on the challenges of choosing and using a grounded theory approach. *Nurse Res*. 2014 Nov;22(2):16-22. doi: 10.7748/nr.22.2.16.e1272.
139. Cunningham KB. Social research design: framework for integrating philosophical and practical elements. *Nurse Res*. 2014 Sep;22(1):32-7. doi: 10.7748/nr.22.1.32.e1276.
140. Moraes R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*. 1999; 22 (37): 7-32.

141. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface* (Botucatu) [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Mar 11]; 12(24): 35-46.
142. Braden A, Flatt SW, Boutelle KN, Strong D, Sherwood NE, Rock CL. Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program. *Journal of behavioral medicine. J Behav Med.* 2016 Aug;39(4):727-32.
143. van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RC, Winkens LH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite.* 2016;100:216–24.
144. Rooney BL, Schauburger CW. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *Obstet Gynecol* 2002;100:245-252. Obesity (Silver Spring). 2017 Jun;25(6):1022-1032.
145. Mento C, Le Donne M, Crisafulli S, Rizzo A, Settineri S. BMI at early puerperium: Body image, eating attitudes and mood states. *J Obstet Gynaecol.* 2017 May;37(4):428-434
146. Klein M. Sobre o sentimento de solidão. In: Inveja e gratidão e outros trabalhos 4 ed. Tradução de Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coord) e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago, 1991 (original de 1963).
147. Winnicott DW. A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago, 2000 (original de 1956).
148. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psico-soma. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago, 2000 (original de 1956).
149. La Planche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.
150. Granato TMM, Aiello-Vaisberg TMJ. Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia.* 2009 Set.-dez;19(44): 395-401.

151. Kominiarek MA, Peaceman AM. Gestational weight gain. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Dec;217(6):642-651.
152. Henriques A, Alves E, Barros H, Azevedo A. Women's satisfaction with body image before pregnancy and body mass index 4 years after delivery in the mothers of generation XXI. *PLoS One*. 2013 Jul 31;8(7)
153. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA. Views of women and clinicians on 14 postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014;18:707-713.
154. Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care 16 in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013;14:139.

10. ANEXOS

9.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Alimentação no puerpério: um estudo clínico-qualitativo sobre os significados psicológicos dados por mulheres com obesidade

Pesquisadora responsável: Débora Bicudo de Faria

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Co-orientadora: Profa. Dra. Fernanda Surita

Número do CAAE: (inserir após aprovação pelo CEP)

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O **objetivo** desta pesquisa científica é compreender os significados psicológicos atribuídos por mulheres com obesidade à alimentação no pós-parto. Essa pesquisa pretende obter resultados que possam instrumentalizar a equipe de profissionais da saúde que prestam assistência pré-natal e pós-natal a estimular mudança de estilo de vida das mulheres com obesidade durante a gestação e no período pós-gestacional.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a:

Participar de **uma entrevista**, que pode durar aproximadamente uma hora, em sala adequada e sigilosa, no dia de sua consulta de revisão pós-partos. Serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa, nas quais você nos contará um pouco da sua vida, de seus sentimentos e emoções sobre as suas vivências durante esse momento de puerpério, isto é, do período desde que o bebê nasceu até o presente momento.

A entrevista ocorrerá em sala adequada e sigilosa no momento em que estiver aguardando as consultas medicas ou exames pré-agendados no ambulatório, sem que a entrevista prejudique o seu atendimento no CAISM.

Cuidados éticos serão tomados nesta entrevista e pesquisa seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde 2012 – Resolução 466/12.

Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão sob **sigilo**. O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo **citações anônimas**, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, sem citar o seu nome.

As gravações ficarão armazenadas e em posse da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previsíveis para sua saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas ressaltamos que você poder ter lembranças e emoções durante a entrevista e que você receberá assistência e encaminhamentos adequados, se necessário.

Benefícios:

Este estudo poderá não lhe trazer benefícios diretos ou imediatos, além da oportunidade de poder conversar sobre suas questões, mas poderá haver mudanças no manejo e cuidados às gestantes em situações clínicas semelhantes às suas, após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Acompanhamento e assistência:

Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção médica ou psicológica, isso será conversado diretamente com a participante e mediante a autorização desta, faremos o encaminhamento para os serviços citados dentro do hospital em que a pesquisa será realizada.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

Como este estudo será feito durante a rotina de consultas da participante, não há necessidade de nenhum tipo de ressarcimento. Entretanto, asseguramos indenização caso sofra-se danos decorrentes dessa pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a própria pesquisadora, Débora Bicudo de Faria Schützer, na Secretaria de Obstetrícia do CAISM/UNICAMP através do telefone (19) 35219304 ou pelo e-mail defarbic@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de

Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

9.2. Anexo II – Roteiro de Entrevistas

ABORDAGEM INICIAL

Meu nome é Débora Bicudo de Faria sou pesquisadora aqui no CASIM. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre as vivências emocionais de puérperas com obesidade em relação a sua própria alimentação nesta fase de vida.

O seu nome me foi indicado pelo fato de você ser uma mulher com obesidade que fez o seguimento pré-natal no CAISM e está na consulta de revisão de parto.

Estou lhe convidando para participar do meu estudo e se for possível a sua cooperação, teremos um para falarmos consigo e levantarmos os dados necessários ao estudo.

Se concorda, continuo:

Para o nosso trabalho, é recomendável **que gravemos nossa conversa**, podemos contar com o seu consentimento?

Esclareço que a sua identidade será mantida em sigilo quando os dados forem apresentados em congressos ou publicados. Seus dados apenas serão usados para esta pesquisa.

Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lemos conjuntamente e na concordância, coletamos assinatura e entregamos uma cópia do **TCLE** a participante.

Coletar dados cadastrais

Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins (reações/manifestações contratransferências).

Roteiro da entrevista

 Questão disparadora: Conte-me um pouco sobre como tem se sentido desde que o seu bebê nasceu?

- Você está se cuidando?
- Como tem sido sua alimentação desde então? Pensa ou cuida da sua própria alimentação?
- Você pensou ou fez algo em relação ao seu peso na gestação? Mudou algo agora?
- Como vê o seu corpo e as transformações nele desde que o bebê nasceu?
- Como você se sente cuidada?

- Tem alguém te ajudando em casa?
- Como você se sente amamentando?
- Quando está se alimentando você pensa na amamentação?
- Quais os desafios para se manter uma alimentação saudável neste momento de vida?
- O que significa comida para você?
- Como você percebe que a equipe de saúde pode te ajudar nesse momento?

9.3. Anexo III –Modelo de Ficha de Identificação das Participantes

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ENTREVISTADA N° _____

