



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



BARBARA MAYWORM ANTUNES

**TRANSTORNO ALIMENTAR E GRAVIDEZ DE
RISCO: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.**

RIO DE JANEIRO

2021

BARBARA MAYWORM ANTUNES

TRANSTORNO ALIMENTAR E GRAVIDEZ DE RISCO: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em nutrição na Saúde Perinatal

Orientadora: Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha

Coorientadora: Professora Doutora Cláudia Saunders

Rio de Janeiro, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA



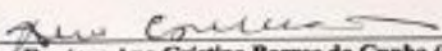
BARBARA MAYWORM ANTUNES

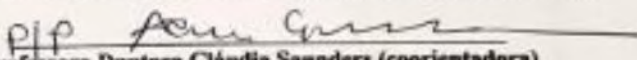
COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GESTAÇÃO DE RISCO:
UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.

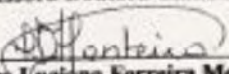
Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em nutrição na Saúde Perinatal.

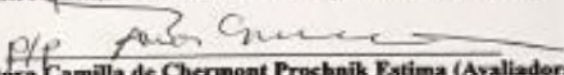
Aprovado em 04 de Março de 2021.

BANCA EXAMINADORA


Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha (Orientadora)


Professora Doutora Cláudia Saunders (coorientadora)


Mestre Luciana Ferreira Monteiro (Avaliadora Interna)


Professora Doutora Camilla de Chermont Prochnik Estima (Avaliadora Externa)

Obs.: "Assinada conforme Resolução CEPG n. 02 de abril de 2020 art. 1, parágrafo 6º, inciso V, alínea a."

AGRADECIMENTOS

A grande motivação para cursar a residência veio da dívida social criada a partir da minha formação em uma universidade pública, e o compromisso com o SUS permeou toda a minha jornada nos últimos dois anos. A oportunidade de ter o caminho atravessado por um sistema de saúde único, universal e equânime foi essencial para uma formação mais humana e questionadora. Obrigada ao SUS, que a luta em sua defesa seja forte e constante.

Algumas pessoas foram essenciais para o nascimento deste trabalho, cito minhas queridas orientadoras, Ana Cunha e Cláudia Saunders, que desde nossa primeira reunião enxergaram um potencial de pesquisadora que nem eu mesma acreditava que tinha. Com muita generosidade e carinho tive a honra e privilégio de absorver muito aprendizado das duas. Minha companheira de coleta de dados, Beatriz Blois, espero que essa pesquisa tenha despertado uma visão cada vez mais questionadora e desafiadora da nossa profissão, que seu caminho seja iluminado.

Agradeço pela oportunidade de acompanhar tantas gestações, tantas mulheres e ver a vida renascer todos os dias. Às mulheres que cruzaram meu caminho por esses dois anos, todo o meu afeto e agradecimento pela oportunidade de conhecer e aprender com suas jornadas.

À equipe de nutrição da Maternidade Escola da UFRJ, que me proporcionou trocas profissionais inestimáveis para minha formação. Cito em especial Vânia Trinta, que durante todo período foi um ponto de calma nas tempestades, um abraço no meio do caos e uma risada alegre junto com as vitórias, obrigada pela parceria e aprendizado. Minhas companheiras de residência que em muitos momentos aliviaram a tensão desses anos, em especial Letícia Andrade, companheira de almoços, de risadas e a principal responsável pela minha saúde mental durante os últimos dois anos, sua presença e amizade foi essencial nesse período, e que honra poder trocar e aprender tanto com você, com mulheres e pelas mulheres, sempre.

Minha família, Toni, Adriana e Caíque, que são os verdadeiros responsáveis por mais da metade de todas as minhas conquistas. Apesar do atípico ano, onde a saudade permeou as conversas virtuais, se fizeram presente em todos os meus dias de residência, da seleção ao fechamento. Pra vocês, todo o meu amor incondicional.

Cursar uma residência durante uma pandemia é uma experiência sem dúvidas mais desafiadora. O receio de transmissão, a preocupação com os nossos, e a apreensão com os desdobramentos sociais se transformaram em mais um desafio a ser enfrentado. Atravessar esse processo sem o meu companheiro de vida não seria possível. Daniel, meu melhor amigo e amor de toda uma vida, obrigada pelo apoio incondicional, pelas longas conversas sobre a vida, pelos abraços tranquilizantes e pelo amor que construímos todos os dias. Todo o meu amor e admiração por você.

Aos amigos e amigas de toda uma vida, obrigada pelas conversas aliviadoras de tensões, pelos conselhos, pela amizade, companheirismo e lealdade.

Que a luta pelo direito humano à educação e saúde, públicas, universais e de qualidade, sejam fortes e constantes, permeadas pelo afeto e justiça social.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever um diagnóstico situacional do comportamento alimentar em gestantes de risco atendidas em uma maternidade pública de caráter de ensino no Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODOS: Gestantes adultas (n=67) que apresentavam uma ou mais das seguintes condições clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional, Síndromes Hipertensivas, obesidade, baixo peso pré-gestacional e histórico de cirurgia bariátrica foram avaliadas por meio do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e de questionário misto para investigação sociodemográfica e gestacional, e coleta de dados psicossociais e nutricionais. A análise estatística descritiva dos dados foi realizada a partir das medidas de tendência central, média, frequência e desvio padrão.

RESULTADOS: As gestantes tinham em média 31,4 anos (DP=6,1), 28 semanas de gestação (DP=6,84) e IMC pré-gestacional de 29,7kg/m² (DP=5,24). O escore médio do EDE-Q foi 4,5 pontos, indicando potencial risco de transtornos alimentares. Quanto às comorbidades que qualificaram o risco gestacional, as mais frequentes foram obesidade (52,2%), diabetes mellitus gestacional (31,3%) e hipertensão arterial (31,3%). Entre as gestantes que pelo EDE-

obtiveram diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e 24% cursaram com quadro de anemia. A frequência de preocupação excessiva com o peso foi de 13,5% e com a forma corporal 14,9%, já a compulsão alimentar foi 22,4% e nenhuma gestante referiu comportamentos purgativos de controle de peso.

CONCLUSÕES: Mesmo com a maioria das gestantes não apresentando comportamentos alimentares inadequados, o valor de escore global do EDE-Q foi significativo para alertar sobre a necessidade do manejo baseado no aconselhamento nutricional e na desconstrução de mitos e crenças alimentares, bem como a necessidade de trabalhar a imagem corporal da gestante de alto risco em conjunto com informações claras sobre o ganho de peso gestacional.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar; Gravidez de risco; Obesidade; Gestação

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe a situational diagnosis of eating disorders in high-risk pregnant women who received prenatal care at a public maternity teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil, during the COVID-19 pandemic.

METHODS: Adult pregnant women (n = 67) who had type 1 or type 2 diabetes mellitus and/or gestational diabetes mellitus and/or hypertensive syndromes and/or obesity and/or pregestational low weight, and/or a history of bariatric surgery were evaluated using the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and a mixed questionnaire to collect sociodemographic, gestational, psychosocial, and nutritional data. A descriptive statistical analysis of the data was performed to calculate the means, frequencies, and standard deviations of the EDE-Q scores and other variables.

RESULTS: The participants were on average 31.4 years old (SD = 6.1), in the 28th week of gestation (SD = 6.84), with a pregestational BMI of 29.7 kg/m² (SD = 5.24). The mean EDE-Q score was 4.5 points, indicating potential risk for eating disorders. As for the comorbidities that qualified gestational risk, the most frequent were obesity (52.2%), gestational diabetes mellitus (31.3%), and hypertension (31.3%). Among the women whose global EDE-Q score was 4, 64% were obese, 32% were diagnosed with gestational diabetes mellitus, and 24% had anemia. The frequency of excessive weight concern and shape concern was 13.5% and 14.9%, respectively, while the frequency of binge eating was 22.4%. However, none of the participants reported purgative behaviors for weight control.

CONCLUSIONS: Even though most of women did not show inappropriate eating behaviors, the global EDE-Q score was high enough to sound a warning as to the need for a service based on nutritional counseling and the deconstruction of dietary myths and beliefs, as well as interventions on the body image of high-risk pregnant women based on appropriate information on gestational weight gain.

Keywords: Eating Disorders; High Risk Pregnancy; Obesity; Pregnancy.

Introdução

O período gestacional é um momento de investimento psíquico para a mulher, onde são experimentadas mudanças corporais, hormonais, mentais e comportamentais, que podem resultar em transformações físicas, psíquicas e sociais. Porém, quando pensamos nas gestações de risco, existem diferenças do que tipicamente se espera para uma gravidez de baixo risco, já que a experiência materna é mais desafiadora¹. Quevedo defende que durante a gestação de alto risco existe uma ferida narcísica, um defeito íntimo que denuncia o não funcionamento do corpo, o que impacta a qualidade da vivência da maternidade² e pode resultar em algum nível de sofrimento psíquico.

Além das particularidades psíquicas de uma gestação de risco, há também as mudanças corporais, como o aumento do peso e as mudanças da forma do corpo em curto período de tempo, principalmente durante os segundo e terceiro trimestres gestacionais, quando o corpo da mulher se distancia da forma anterior à concepção³. A vivência de todas essas alterações pode influenciar a construção da imagem corporal das gestantes. Conforme esse corpo grávido se afasta do ideal de padrão de beleza socialmente determinado e simbolicamente desejado, a representação mental do próprio corpo é afetada negativamente⁴, com impacto na alimentação da gestante por exemplo. Para melhor compreensão da influência desse fenômeno sobre a alimentação na gestação, é necessário analisar alguns construtos relativos à alimentação e nutrição.

Segundo Alvarenga *et al*, o comportamento alimentar é “um conjunto de ações em relação ao ato de se alimentar, como, quando e de que forma comemos” . O comportamento alimentar relaciona-se de forma mais íntima ao momento anterior ao ato de deglutição, estando, portanto, relacionado a crenças e conhecimentos sobre nutrição e alimentação da mulher e do seu contexto sócio familiar⁵. Durante a gestação é desejável uma alimentação adequada pela mulher; porém, concomitante a isso, as mudanças corporais de forma e peso, junto com o medo de engordar e a “mentalidade de dieta” muito frequente na sociedade ocidental, podem fazer com que a gestante se engaje em dietas restritivas e, conseqüentemente, inadequadas para o período gestacional^{5 6}. Perturbações persistentes dos comportamentos alimentares, como a restrição alimentar, os métodos purgativos para controle de peso, sentimento de culpa após refeições específicas, dentre outros, podem ser precursores de transtornos alimentares⁷, mesmo na gestação.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os transtornos alimentares (TAs) são doenças psiquiátricas caracterizadas por perturbação constante no padrão e comportamento alimentar, capazes de comprometer fisicamente e psicossocialmente o indivíduo. Os TAs descritos na última edição do DSM possuem critérios diagnósticos bem descritos para cada transtorno. A etiologia dos TAs é multifatorial, ainda que se compreenda que aspectos socioculturais, psicológicos, uso de dietas restritivas e vulnerabilidade biológica são fatores importantes para o desencadeamento, manutenção e perpetuação dos sintomas^{7 8}. Sabe-se que o estado nutricional materno pode ser um dos fatores predominantes para desfechos gestacionais e neonatais negativos, assim como de um desenvolvimento adequado da criança e do bem estar físico e emocional da mulher .

Sem consenso sobre como mulheres com TAs se comportam durante o período gestacional, práticas restritivas como meio de controle de peso e forma de evitar as mudanças

corporais da gestação são descritas, assim como evidências de remissão de sintomas com o receio de prejuízo fetal também são observadas em estudos científicos^{9, 11}. O risco aumentado para desenvolvimento de anemia e de hiperêmese durante o período gestacional são descritos em gestantes que já possuíam um diagnóstico de TA anterior¹¹. Bem como o risco aumentado de parto prematuro e microcefalia são desfechos neonatais encontrados em gestações concomitantes aos TAs¹².

A prática alimentar similar de mulheres saudáveis, bem como adesão a uma dieta vegetariana, são achados relacionados com remissão de comportamentos de purgação a partir do receio de prejuízo fetal. Concomitante a isso, as mudanças corporais oriundas da gestação podem servir de gatilhos para mulheres com TAs, potencializando os comportamentos de purgação^{13, 6}.

Considerando que a gestação de risco pode envolver algum nível de sofrimento psíquico, o qual pode influenciar no comportamento alimentar e na construção da imagem corporal de mulheres gestantes, a investigação sobre esses temas pode ser útil para prevenção, identificação e tratamento dos comportamentos e atitudes alimentares de risco para TAs na gestação. Além disso, os achados deste tipo de investigação podem auxiliar na proposição de estratégias para promover melhores desfechos na gestação. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever um diagnóstico situacional do comportamento alimentar em gestantes de risco sem diagnóstico prévio de Transtorno Alimentar.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, observacional e transversal, conduzido com gestantes usuárias do ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, entre os meses de setembro de 2020 e janeiro de 2021, durante a pandemia da COVID-19. Ressalta-se que a unidade hospitalar estudada é vinculada ao Sistema Único de Saúde. Participaram deste estudo 67 gestantes adultas, com idades entre 19 e 44 anos, sem diagnóstico prévio de qualquer Transtorno Alimentar, e que apresentavam uma ou mais das seguintes condições clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional, Síndromes Hipertensivas, obesidade, baixo peso pré-gestacional e histórico de cirurgia bariátrica. Foram excluídas aquelas que apresentavam gestação de fetos múltiplos, adolescentes e idade gestacional inferior a 14 semanas. O recrutamento da amostra foi realizado por conveniência e não houve limite mínimo ou máximo de participantes, sem que houvesse perda amostral.

As gestantes responderam um questionário misto, elaborado especificamente para este estudo a fim de coletar dados sociodemográficos (idade, renda familiar, escolaridade, ocupação), dados psicossociais (relação com o pai do bebê, história gestacional anterior), dados clínicos obstétricos (uso de substâncias, tabagismo, idade gestacional, peso pré-gestacional, estatura, motivo de risco gestacional) e dados nutricionais (sintomas gastrointestinais, picamalácia, anemia). Os dados gestacionais e antropométricos também foram obtidos por meio de consultas aos prontuários médicos. Para a análise do comportamento alimentar foi aplicado o *Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q)*¹⁴, validado por Machado *et al*¹⁵, e adaptado para o português brasileiro por Soares *et al*, em um estudo conduzido com gestantes¹. O EDE-Q é um questionário resultante da

entrevista clínica *Eating Disorder Examination*, sendo considerado um instrumento útil para o rastreio de TA e de aplicabilidade bem documentada ¹⁷.

Com a aplicação do EDE-Q são avaliados os comportamentos alimentares nos últimos 28 dias, dividido em quatro subescalas: 1) restrição alimentar (itens 1 a 5); 2) preocupação com a ingestão alimentar (itens 6, 7, 9, 15 e 34); 3) preocupação com a forma corporal (itens 10 a 13, 30, 33, 35 e 36); e 4) preocupação com o peso (itens 14, 29, 31 e 32). Os itens 8 e 16 a 28 são relativos às principais características dos transtornos alimentares, por esse motivo não pertencem a nenhuma subescala, sendo utilizados como indicadores de presença e frequência desses comportamentos-chave. Para cálculo das subescalas, utiliza-se a média aritmética, o resultado ≥ 4 é considerado positivo para inadequação do comportamento das determinadas subescalas (restrição alimentar, preocupação com a ingestão alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso), assim como para o score global, onde a partir da soma das quatro subescalas, seguindo o mesmo critério (≥ 4), considera-se potencial risco de TAs.

A análise estatística descritiva dos dados foi realizada com o software SPSS 17.0 - *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Chicago, II, USA). Foram calculadas as medidas de tendência central, média, frequência e desvio padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAAE nº 34756720.3.0000.5275). As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa. As gestantes que após responderem o EDE-Q indicaram potencial risco para transtornos alimentares foram encaminhadas para o serviço de psicologia e nutrição da instituição, caso ainda não fossem acompanhadas.

Resultados

Os resultados correspondem a dados de 67 gestantes, com idade média de 31,4 anos (DP=6,1), idade gestacional média de 28 semanas (DP=6,84) e IMC pré-gestacional médio de 29,7 kg/m² (DP=5,24). O escore médio do EDE-Q foi 4,5 (DP=4,74), indicando potencial risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Na tabela 1 estão descritos os dados de caracterização dessa amostra, incluindo as informações acerca do potencial risco para transtornos alimentares (EDE-Q escore global ≥ 4).

Quanto às comorbidades que qualificaram o risco gestacional, as mais frequentes foram obesidade (n=34; 52,2%), diabetes mellitus gestacional (n=21; 31,3%) e hipertensão arterial (n=21; 31,3%). Os sintomas gastrointestinais mais citados foram azia (n=49; 73,1%), enjôo (n=40; 59,7%), vômitos (n=27; 40,3%) e aumento de apetite (n=29; 42,3%). Entre as participantes, dezessete (25,3%) apresentaram anemia durante a gestação e apenas duas (2,9%) abriram quadro de pré-eclâmpsia.

Em relação ao EDE-Q, os resultados das subescalas e as frequências de comportamentos agravantes de transtornos alimentares encontram-se na tabela 2. Quando analisamos apenas o grupo de gestantes com IMC compatível com obesidade (n=34), encontramos um escore global médio de 5,7 onde dezesseis gestantes (47,1%) apresentaram potencial risco para transtornos alimentares. Enquanto apenas uma gestante (2,9%) apresentou

oito gestantes (23,5%) apresentaram escore ≥ 4 nas subescalas de preocupação com o peso e com a forma corporal.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de gestantes atendidas em um pré-natal de alto risco no Rio de Janeiro que responderam o EDE-Q (Maternidade Escola da UFRJ 2020-2021).

Características	Total (n=67)	EDE-Q ≥ 4
	n (%)	n = 25 n (%)
Idade (anos)		
19 - 30	26 (38,0)	12 (48,0)
> 30	41 (62,0)	13 (52,0)
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	12 (17,9)	7 (28,0)
Ensino fundamental completo	7 (10,4)	2 (8,0)
Ensino médio incompleto	12 (17,9)	4 (16,0)
Ensino médio completo	22 (32,8)	9 (36,0)
Ensino superior incompleto	6 (9,0)	1 (4,0)
Ensino superior completo	8 (11,9)	2 (8,0)
Renda familiar		
<1 salário mínimo	18 (26,9)	5 (20,0)
1 - 2 salários mínimos	36 (53,7)	17 (68,0)
3-4 salários mínimos	12 (17,9)	2 (8,0)
>5 salários mínimos	1 (1,5)	1 (4,0)
Ocupação		
Dona do lar	33 (49,3)	11 (44,0)
Atividade remunerada fora do lar	34 (50,7)	14 (56,0)
Uso de substâncias lícitas e ilícitas		
Álcool	2 (3,0)	2 (8,0)
Cigarro	3 (4,5)	1 (4,0)
Outras drogas	0 (0)	0 (0)
Estado conjugal com pai do bebê		
Casadas ou c/namorado	63 (94,0)	23 (92,0)
Sem relação	4 (6,0)	2 (8,0)
História gestacional		
Primigesta	13 (19,4)	3 (12,0)
Múltipara	54 (80,6)	22 (88)
História prévia de abortamento	23 (34,3)	8 (32)
Idade gestacional (trimestre)		
2º	33 (49,3)	12 (48,0)
3º	34 (50,7)	13 (52,0)
IMC pré gestacional (kg/m²)		
18,5 - 24,9	15 (22,4)	5 (20,0)
25 - 29,9	18 (26,9)	4 (16,0)
>30	34 (50,7)	16 (64,0)

Tabela 2 - Resultados das subescalas e comportamentos de risco dos transtornos alimentares segundo o *Eating Disorder Examination Questionnaire* em gestantes atendidas na Maternidade Escola da UFRJ (2020-2021).

	EDE-Q			
	< 4		≥ 4	
	n	%	n	%
EDE-Q escore global	42	62,7	25	37,3
Subescala restrição alimentar	66	98,5	1	1,5
Subescala preocupação com a ingestão	65	97,0	2	3,0
Subescala preocupação com o peso	58	86,6	9	13,5
Subescala preocupação com a forma corporal	57	85,1	10	14,9

Comportamentos agravantes de transtornos alimentares

	Ausente		Presente	
	n	%	n	%
Compulsão alimentar	52	77,9	15	22,4
Vômito autoinduzido	67	100	0	-
Uso de laxantes	67	100	0	-
Uso de diuréticos	67	100	0	-
Exercício físico intenso	67	100	0	-

Entre as gestantes que pelo EDE-Q apresentaram escore global ≥ 4 (n=25), 64% (n=16) apresentaram obesidade, onde quatro gestantes apresentavam obesidade e hipertensão arterial concomitantes e uma apresentava obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 concomitantes. Ainda no grupo que apresentou escore < 4 (n=42), 32% (n=8) receberam diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e 24% (n=6) cursaram com quadro de anemia.

As gestantes foram questionadas em relação ao ganho de peso e as mudanças corporais. Quando questionadas se desejavam não ter barriga 31,3% (n=21) responderam que sim, não desejavam ter barriga. Em relação à mudança de peso, 55,2% (n=37) relataram sentir medo de engordar, dentro deste grupo dezenove mulheres (28,4%) relataram sentir esse medo todos os dias. 55,2% (n=37) sentiram-se gordas e 29,9% (n=20) quiseram perder peso durante o período gestacional.

Discussão

Diversos são os estudos que procuram entender o processo dos comportamentos e atitudes alimentares durante a gestação, porém, estima-se que esse seja o primeiro estudo a abordar a gestação de alto risco nesse contexto. Como hipótese, considerou-se que durante a gestação de risco alguns comportamentos e atitudes alimentares de risco poderiam estar presentes.

Na amostra em questão a maioria das participantes já possuíam outros filhos e se relacionava com o pai da criança, característica envolvida com o estado emocional da gestante, podendo, juntamente com outras estruturas socioeconômicas favoráveis, criar uma

estrutura adequada para cursar a gestação sem problemas⁴. Porém, ao analisarmos os valores referentes à renda familiar, a maioria das entrevistadas possuíam renda familiar de até dois salários mínimos, podendo caracterizar uma estrutura econômica desafiadora para manter os padrões de alimentação e nutrição adequados à gestação.

Na etiologia dos Transtornos Alimentares encontramos evidências de maior prevalência em populações desenvolvidas e industrializadas⁸. Porém, ao analisarmos as condições econômicas e educacionais da amostra com escore global ≥ 4 no EDE-Q, logo com risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares, observamos que a grande parcela possui renda familiar de até 2 salários mínimos e não concluiu os estudos básicos. O abuso de substâncias, principalmente o álcool, é o comumente associado aos TAs³, e ao analisar a amostra em questão observamos que duas gestantes relataram fazer uso constante de álcool, e ambas possuíam escore global ≥ 4 no EDE-Q, caracterizando risco para desenvolvimento de TAs.

Os motivos de encaminhamentos para o pré-natal de risco mais encontrados foram o diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes mellitus gestacional e obesidade, condições associadas com o padrão alimentar durante a gestação, uma vez que medidas terapêuticas são realizadas para controle de ganho de peso gestacional e dos marcadores bioquímicos.

Visto que o IMC pré-gestacional mais frequente é compatível com obesidade, os escores globais ≥ 4 no EDE-Q também foram mais frequentes dentro deste grupo, onde a preocupação com o ganho de peso e com as mudanças da forma corporal foram verificadas como pontos críticos para estas mulheres. Assim como o medo de engordar, o desejo de perder peso e sentir-se gorda foram questões levantadas por muitas entrevistadas. Ao falarmos sobre peso é necessário abordar a questão do estigma de peso, que ocorre quando uma pessoa é discriminada ou estereotipada com base em seu peso, tamanho ou forma. É uma representação de crenças e atitudes, geralmente negativas, internalizadas que alguém tem sobre o tipo de corpo de outra pessoa, sendo particularmente prevalente nos serviços de saúde, inclusive nos que atendem gestantes^{1 19 20}. A hipótese de relação conflituosa com o ganho de peso gestacional, visto que no período pré-concepção a perda de peso era a orientação mais frequente, adicionada ao estigma de peso sugere que as atitudes e comportamentos alimentares de gestantes com obesidade poderão sofrer influência da preocupação com o peso e a forma corporal. Tais achados sugerem a necessidade de aprimoramento do acolhimento dessas questões para esse grupo, a partir da atualização de profissionais de saúde em questões relacionadas a gordofobia e estigma de peso institucional.

Quando comparamos estudos brasileiros similares com gestantes de risco habitual, observamos nesse estudo uma frequência maior de comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares a partir da análise do EDE-Q^{16 21 22}. Entretanto, observa-se que alguns comportamentos não são citados pelas participantes, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e diuréticos e prática de exercício físico intenso conforme descritos nos estudos de Soares¹ e Nunes²¹. Tal achado sugere o receio das gestantes em causar prejuízo fetal, a partir dessas práticas na gestação, assim como o maior conhecimento sobre a associação de tais métodos com os TAs possa inibi-las. Outra hipótese interpretativa relacionada a esse dado é o não diagnóstico anterior de TA, podendo sugerir um comportamento alimentar mais controlado nesse sentido.

Em uma coorte do sul do Brasil com 712 gestantes de risco habitual, os comportamentos de risco mais frequentes encontrados foram a compulsão alimentar (17,3%), preocupação exagerada com a forma corporal (5,6%) e preocupação com o peso (5,5%)¹⁶. Em comparação ao nosso estudo, observa-se uma crescente considerável dessas frequências, principalmente em relação a preocupação com a forma corporal e com o peso, onde os valores encontrados, 14,9% e 13,5%, respectivamente, ultrapassam o dobro dessa comparação. Como justificativa de tal achado sugere-se o modelo etiológico de desenvolvimento de comportamentos alimentares desordenados, onde a tríade família, amigos e mídia são fatores de influência sob esses comportamentos²³. Portanto, o crescente uso de mídias sociais entre a realização de ambos estudos poderia explicar o aumento da preocupação excessiva com a forma corporal e com o peso. Onde sugere-se que a influência da supervalorização de corpos magros, da exposição da perda de peso excessiva no puerpério, e da grande difusão de informações sobre alimentação e nutrição voltadas ao emagrecimento nas mídias sociais possa desencadear uma preocupação excessiva e conseqüente insatisfação corporal. Ainda dentro dessa tríade, podemos sugerir a influência da família nesse processo, onde uma preocupação excessiva com a alimentação da gestante pode fomentar comportamentos e atitudes alimentares disfuncionais.

Em estudo mais recente entre 150 gestantes adolescentes no interior do Rio de Janeiro², os comportamentos de risco mais frequentes encontrados também foram a preocupação com o peso e com a forma corporal, 58,1% e 65,1%, respectivamente. Frequências superiores em comparação com o nosso estudo, porém a diferença entre a idade média dos dois estudos poderia justificar tal diferença. Uma vez que a gravidez concomitante com a adolescência pode constituir uma experiência mais desafiadora²².

Os achados que mais se destacam em nosso estudo são a preocupação excessiva com a forma corporal e com o peso, sabe-se que o descontentamento com a imagem corporal durante o período perinatal relaciona-se com maior engajamento com dietas restritivas, que podem desencadear episódios de compulsão alimentar, e com a depressão pós parto^{21 2^o 2}. Os achados referentes ao não desejo da barriga durante a gestação aciona um alerta em relação a pressão estética como influência negativa em mulheres gestantes, uma vez que a barriga é uma característica física da gestação mas também do excesso de peso.

Outro dado que chama atenção é o de 37,3% das gestantes apresentarem potencial risco para diagnóstico de transtornos alimentares, onde o risco de desenvolvimento de depressão pós parto pode ser até três vezes maior²⁵. Portanto, a identificação precoce de comportamentos alimentares de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares durante a gestação deverá ser o mais breve possível para a busca de um melhor prognóstico.

A insatisfação corporal desencadeia o chamado ciclo da compulsão alimentar⁸, seguido pelo comer descontrolado para conforto emocional seguidos de culpa e arrependimento. Um fator que pode alimentar esse ciclo é a mentalidade de dieta, termo definido como “controle social que atravessa as nossas experiências alimentares e corporais, sendo causa e efeito da não autonomia alimentar”. Tais definições em conjunto com os achados em relação à compulsão alimentar sugerem que mulheres gestantes possam ser influenciadas em relação a mentalidade de dieta e pressão estética determinante de um corpo

padronizado, conseqüentemente desencadeando ciclos de compulsão e impulsividade alimentar.

Porém, ao analisarmos os dados de compulsão alimentar destaca-se a importância de dois fatores, o uso de escalas de autopreenchimento, onde o viés da interpretação da participante pode influenciar no resultado. Assim como o contexto da pesquisa precisa ser levado em consideração, uma vez que a coleta de dados se deu durante a pandemia do novo coronavírus SARS COVID-19. Em estudo realizado na China com gestantes durante o período de isolamento exigido pela pandemia, os achados foram positivos para a relação entre as preocupações com a COVID-19 e o desencadeamento do que denominam no estudo como “comer emocional”, levando ao aumento da ingestão de alimentos de maior densidade calórica, favorecendo o ganho excessivo de peso durante o período gestacional²⁶. Fatores que poderiam estar envolvidos em uma maior sensação de perda de controle em relação a comida, fomentando desta forma ciclos de compulsão alimentar.

O pequeno tamanho amostral dessa pesquisa pode ter impedido um levantamento de evidências e associações mais aprofundadas. Devido às condições ambientais de saúde, não foi possível estabelecer um tamanho amostral mínimo e máximo, e todo o universo possível do serviço adotado como local do estudo foi contemplado. Por tratar-se de um estudo transversal, não foi possível analisar a diferença do comportamento alimentar em diferentes momentos gestacionais, bem como durante o puerpério, momento descrito na literatura como possível precursor de comportamentos alimentares inadequados e até mesmo desenvolvimento de transtornos alimentares.

Conclusão

O presente estudo traz resultados inéditos sobre a situação do comportamento alimentar de gestantes de alto risco. E mesmo com a maioria das gestantes não apresentando comportamentos alimentares inadequados, o valor encontrado pelo escore global do EDE-Q é significativo para alertar sobre a necessidade de um serviço baseado no aconselhamento nutricional, na desconstrução de mitos e crenças alimentares. Bem como a necessidade de trabalhar a imagem corporal da gestante de alto risco em conjunto com informações claras sobre o ganho de peso gestacional e mudanças corporais.

Recomenda-se futuros estudos sobre o tema, a fim de esclarecer as diferenças entre os momentos gestacionais, as possíveis influências desses comportamentos, além de analisar uma possível mudança ou agravamento de comportamentos de risco durante o puerpério.

Referências

1. Antoniazzi, Marina, et al. “Aspectos Psicológicos de Uma Gestação de Alto Risco Em Primigestas”. [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015#:~:text=Para%20as%20mulheres%20que%20est%C3%A3o,m%C3%A3e%20\(Quevedo%2C%202010\)](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015#:~:text=Para%20as%20mulheres%20que%20est%C3%A3o,m%C3%A3e%20(Quevedo%2C%202010).). Accessed 15 Jan. 2021.
2. Quevedo, M. P. (2010). Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

3. Baião, Mirian Ribeiro, and Suely Ferreira Deslandes. "Gravidez E Comportamento Alimentar Em Gestantes de Uma Comunidade Urbana de Baixa Renda No Município Do Rio de Janeiro, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, no. 11, 1 Nov. 2008, pp. 2633–2642, www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100018, 10.1590/S0102-311X2008001100018. Accessed 28 Dec. 2020.
4. Meireles, Juliana Fernandes Filgueiras, et al. "Imagem Corporal de Gestantes: Um Estudo Longitudinal." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 65, no. 3, Sept. 2016, pp. 223–230, 10.1590/0047-2085000000128. Accessed 14 May 2020.
5. Alvarenga, Marle, et al. *Nutrição Comportamental*. 2a ed., Barueri [SP], Editora Manole, 2019.
6. Dunker, Karin Louise Lenz, et al. "Transtornos Alimentares e Gestação: Uma Revisão." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 58, no. 1, 2009, pp. 60–68, 10.1590/s0047-20852009000100010. Accessed 17 Jan. 2021.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Washington Dc, American Psychiatric Association, 2013.
8. Alvarenga, Marle, et al. *Transtornos Alimentares e Nutrição*. 1a ed., Barueri [SP], Editora Manole, 2020.
9. Claudino, Angélica, and Maria Teresa Zanella. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 1a ed., Editora Manole, 2007.
10. Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2020 Jan 27;28(2):141–55.
11. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 Feb;105(2):255–60.
12. Mantel Å, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020 Mar 1;77(3):285.
13. Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. *Nutrients* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Nov 4];11(4):840. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/4/840#cite>
14. Fairburn, Christopher G., and Sarah J. Beglin. "Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?." *International journal of eating disorders* 16.4 (1994): 363-370.
15. Machado, B. F., Machado, P. P., Klein, J., & Gonçalves, S. (2006). The eating disorder examination questionnaire: Reliability and norms for portuguese adolescent girls. In *Comunicação apresentada no 6th Internacional Conference on Eating Disorders (ICED)* "Eating disorders throughout the world: Exploring similarities and differences.
16. Soares, Rafael Marques, et al. "Inappropriate Eating Behaviors during Pregnancy: Prevalence and Associated Factors among Pregnant Women Attending Primary Care in Southern Brazil." *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, no. 5, July 2009, pp. 387–393, 10.1002/eat.20643. Accessed 17 Jan. 2021.
17. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002 Dec;24(suppl 3):34–8.
18. Academy For Eating Disorders Nutrition Working Group. *GUIDEBOOK for NUTRITION TREATMENT of EATING DISORDERS*. Academy For Eating Disorders; 2020.
19. Palmeira CS, Santos LS, Silva SMB da, Mussi FC. Stigma perceived by overweight women. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(suppl 4).
20. Pires CDC, Rodrigues ML, Capelli JDCS, Santos MMA de S, Baião MR. O Excesso de Peso na Perspectiva de Gestantes Assistidas na Atenção Primária à Saúde de um Município da Região do Norte Fluminense. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2018 Sep 30;13(3):555–68.
21. Angélica Nunes M, Poyastro Pinheiro A, Feliciati Hoffmann J, Inês Schmidt M. Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: A prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *International Journal of Eating Disorders*. 2013 Dec 13;47(4):426–30.

22. Oliboni CM, Alvarenga M dos S. Atitudes alimentares e para com o ganho de peso e satisfação corporal de gestantes adolescentes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015 Dec;37(12):585–92.
23. de Carvalho PHB, Alvarenga M dos S, Ferreira MEC. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*. 2017 Sep;116:164–72.
24. Coyne SM, Liechty T, Collier KM, Sharp AD, Davis EJ, Kroff SL. The Effect of Media on Body Image in Pregnant and Postpartum Women. *Health Communication*. 2017 May 8;33(7):793–9.
25. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Dec 21];245:340–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718316598>
26. Zhang, Jian, et al. “Emotional Eating in Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic and Its www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468999/, 10.3390/nu12082250. Accessed 28 Nov. 2020.

Confirmação de submissão para a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

17/08/2021 Manuscripts ScholarOne

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Lar

✍ Autor

Confirmação de envio 🖨 Impressão

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

ID do Manuscrito
RBGO-2021-0324

Título
TRANSTORNOS ALIMENTARES E GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Autores
Antunes, Bárbara
Cunha, Ana Cristina Barros
Saunders, Cláudia

Data Enviada
17 de agosto de 2021

Painel do Autor