



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



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

THAILA GABRIELA DOS SANTOS

**RASTREIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM GESTANTES DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA E ESCOLA
DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO

Abril, 2024

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

THAILA GABRIELA DOS SANTOS

<http://lattes.cnpq.br/7007204923100768>

RASTREIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM GESTANTES DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA E ESCOLA
DO RIO DE JANEIRO

Artigo apresentado ao 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 Nutrição na Saúde Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Saunders

<http://lattes.cnpq.br/6995217299157396>

Coorientadora: Dra. Jacqueline de Souza Silva

<http://lattes.cnpq.br/1825800123998349>

Rio de Janeiro

Abril, 2024

Marcia Medeiros de Lima – CRB-7/6815

SA237 Santos, Thaila Gabriela dos

Rastreio de comportamento de risco para transtornos alimentares em gestantes de uma maternidade pública e escola do Rio de Janeiro/ Thaila Gabriela dos Santos -- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2024.

34 f.; 31 cm.

Monografia (Residência) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal

Orientadora: Cláudia Saunders

Coorientadora: Jacqueline de Souza Silva

Referências bibliográficas: f. 23.

1. Transtorno alimentar. 2. Compulsão alimentar. 3. Picamalácia. 4. Gestação. I. Saunders, Cláudia. II. Silva, Jacquelina de Souza. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. IV. Título.

CDD -

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

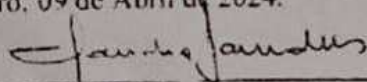
THAILA GABRIELA DOS SANTOS

RASTREIO DE COMPORTAMENTO DE RISCO PARA TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM GESTANTES DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA E ESCOLA
DO RIO DE JANEIRO

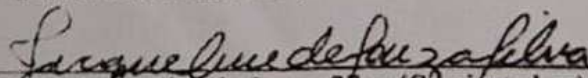
Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase Nutrição na Saúde Perinatal.

Aprovado em:

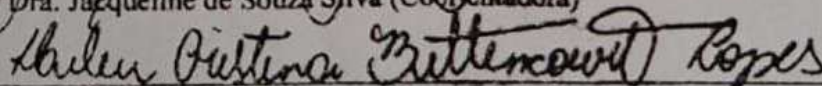
Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2024.



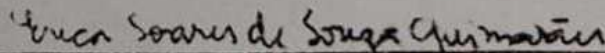
Prof.^a Dra. Claudia Saunders (Orientadora e Presidente da Banca)



Prof.^a Dra. Jacqueline de Souza Silva (Corientadora)



Prof.^a M.a Helen Cristina Bittencourt Lopes (Examinador Externo)



Prof.^a M.a Erica Soares de Souza Guimarães (Examinador Interno)

RESUMO

OBJETIVO: Rastrear e descrever os comportamentos de risco para transtornos alimentares em gestantes adultas e adolescentes atendidas em uma Maternidade Pública e Escola do Rio de Janeiro.

MÉTODOS: Gestantes que apresentavam os seguintes critérios de inclusão foram avaliadas por meio da entrevista de picamalácia, da Escala de Compulsão Alimentar (BES - Binge Eating Scale) e do questionário de Hay: idade entre 15 a 49 anos; baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade segundo Índice de Massa Corporal pré-gestacional; Diabetes Mellitus prévio; Diabetes Mellitus Gestacional; Síndromes Hipertensivas da Gravidez; histórico de cirurgia bariátrica; e idade gestacional menor ou igual a 28 semanas. A análise estatística descritiva dos dados foi realizada a partir das medidas de tendência central, média e desvio padrão, e foram empregados o teste qui-quadrado e teste de Fisher para analisar a associação entre variáveis, sendo considerada significância estatística $p < 0,05$.

RESULTADOS: Foram estudadas 48 gestantes com média de idade 30,13 anos (DP=7,42). O percentual de participantes que praticavam a picamalácia foi de 8,3% (n=4), entre essas 50,0% (n=2; $p=0,030$) afirmou fazer uso de cigarro, 33,3% (n=2; $p=0,071$) tinha histórico de cirurgia bariátrica e 21,4% delas (n=3; $p=0,069$) referiu pirose. No que se refere a classificação da pontuação na classificação BES, 91,7% (n=44) das participantes não apresentou CA, 6,3% (n=3) apresentou CA moderada e 2,1% (n=1) CA grave. Entre as mulheres que pontuaram com risco para CA na BES, 50,0% (n=2; $p=0,030$) afirmou fazer uso de cigarro e 21,4% (n=3; $p=0,069$) tinha menos de 25 anos de idade. Em relação ao questionário de Hay, 10,4% (n=5) das participantes apresentou comportamento de risco para CA e 12,5% (n=6) realizou algum método compensatório. O risco para picamalácia ou CA pela BES ou CA por Hay foi associado ao uso de cigarro ($p=0,055$), histórico de cirurgia bariátrica ($p=0,038$) e IMC pré-gestacional $>24,9$ kg/m² ($p=0,042$).

CONCLUSÃO: O estudo aponta que gestantes com menos de 25 anos, com histórico de cirurgia bariátrica, com IMC pré-gestacional $>24,9$ kg/m² ou tabagistas constituem os principais grupos de risco. Os resultados evidenciam especialmente uma forte associação entre mulheres que fazem uso de cigarro durante o período gestacional e os comportamentos de risco para transtornos alimentares, fortalecendo a essencialidade de uma equipe multiprofissional para o cuidado integral da saúde da gestante.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar; Compulsão alimentar; Picamalácia; Gestação

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são condições psiquiátricas que cursam com alterações na alimentação, no comportamento alimentar e na forma como a pessoa percebe o próprio corpo e, que se manifestam com intensidade e duração suficientes para causar impacto na saúde física e no funcionamento psicossocial. Tal impacto decorre do consumo insuficiente ou excessivo de alimentos, podendo estar associado ou não a comportamentos compensatórios para a perda de peso, ou até mesmo do consumo de substâncias não alimentares (APA, 2014).

Os TA afetam predominantemente a população feminina podendo causar complicações para a saúde da mulher e para uma possível gestação, afetando também o cuidado das mães com a alimentação dos filhos (Dunker; Alvarenga, 2011). A gravidez é um período marcado por diversas mudanças biopsicossociais que podem contribuir para o risco de distúrbios psiquiátricos (Martínez-Olcina *et al.*, 2020), esse é o momento em que muitas mulheres apresentam preocupações com o ganho de peso (Öztürk; Ouyaba, 2024) e a imagem corporal (Öztürk; Ouyaba, 2024; Charbonneau; Seabrook, 2019).

Estudos sugerem que em torno de 5 a 7,5% das mulheres experienciam algum tipo de transtorno alimentar durante a gestação, tais como transtorno de compulsão alimentar (TCA), bulimia nervosa (BN), pica e anorexia nervosa (AN) (Martínez-Olcina *et al.*, 2020; Öztürk; Ouyaba, 2024; Charbonneau; Seabrook, 2019; Dörsam *et al.*, 2019).

Os comportamentos de risco para transtornos alimentares diferem dos TA em relação ao grau de gravidade e frequência da sintomatologia, com a alimentação desordenada ocorrendo em menor frequência e/ou menor nível de gravidade (Alvarenga, 2023). A compreensão da sintomatologia dos comportamentos de risco para TA já é bem estabelecida em não gestantes, porém a apresentação e manifestação de uma alimentação desordenada na gravidez é menos clara e de difícil identificação.

A compulsão alimentar (CA) é caracterizada pela ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria dentro de um período de tempo delimitado, acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que e o quanto está sendo ingerido. A CA tanto pode ocorrer isoladamente como uma manifestação clínica que não preenche critério para o diagnóstico de TA, como também ser um sintoma encontrado em quadros de TCA e BN (APA, 2014).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) descreve os critérios diagnósticos para o transtorno de pica. Esse transtorno envolve a ingestão persistente

de substâncias não nutritivas, não alimentares, como, por exemplo, sabão, terra, giz, talco, papel ou detergente, que são inapropriadas ao estágio de desenvolvimento do indivíduo e que não fazem parte de uma prática culturalmente aceita, durante um período mínimo de um mês (APA, 2014). A ingestão de substâncias não comestíveis ou de substâncias comestíveis de forma diferente do “normal” (farinha crua, gelo, arroz cru, etc) (Dunker; Alvarenga, 2011), ou, de combinações alimentares atípicas (por exemplo, manga verde embebida de água, sal e vinagre) pode ocorrer durante o período gestacional e é denominada picamalácia (Saunders *et al.*, 2009a) .

No Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (MS), os agravos alimentares ou nutricionais, que abrangem os transtornos alimentares (AN, BN, TCA), são consideradas condi es clínicas de alto risco que demandam que o local preferencial de acompanhamento da gestante seja em ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado (Brasil, 2022).

Os TA podem culminar em consequências negativas tanto durante o curso da gravidez quanto no desfecho do nascimento (D rsam *et al.*, 2019), afetando a saúde materna e fetal ( zt rk; Ouyaba, 2023). Pesquisas mostraram associa o entre TA e maior ganho de peso gestacional (Martínez-Olcina *et al.*, 2020; Charbonneau; Seabrook, 2019; Silvani *et al.*, 2020), maior reten o de peso pós-parto, obesidade (Martínez-Olcina *et al.*, 2020; Silvani *et al.*, 2020) e, recém-nascidos grandes para a idade gestacional (Martínez-Olcina *et al.*, 2020; Charbonneau; Seabrook, 2019). Alguns trabalhos sinalizam que a temática dos transtornos alimentares na gesta o necessita de mais investiga es, pois a literatura ainda é insuficiente ( zt rk; Ouyaba, 2024; D rsam *et al.*, 2019).

Considerando que os transtornos alimentares podem acarretar em diversas consequências na saúde perinatal, mas que provavelmente não são identificados com facilidade devido a dificuldade dos profissionais de saúde em realizar o rastreamento e diagnóstico na prática clínica; a discussão para amplia o do conhecimento científico sobre comportamentos alimentares de risco em gestantes e sobre a relevância do emprego de instrumentos de rastreamento de comportamentos de risco para transtornos alimentares nas consultas de pré-natal pode auxiliar a proposi o de estratégias que promovam uma assistência nutricional, psicológica e psiquiátrica ainda mais integral impactando positivamente na saúde materna e nos desfechos neonatais.

Perante o exposto, o estudo objetivou rastrear e descrever os comportamentos de risco para transtornos alimentares em gestantes adultas e adolescentes atendidas em uma Maternidade Pública e Escola do Rio de Janeiro.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento quantitativo, observacional e transversal conduzido com gestantes do ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), entre os meses de novembro de 2023 e fevereiro de 2024. Esta pesquisa é parte do estudo maior intitulado “Investigação de Comportamento de Risco para Transtornos Alimentares em Gestantes Atendidas em uma Maternidade Escola do Rio de Janeiro e Validação de Dois Instrumentos para essa População”, coordenado pela Dr^a Jacqueline de Souza Silva.

A ME-UFRJ é uma unidade vinculada ao Sistema Único de Saúde, que presta atendimento multidisciplinar e multiprofissional às gestantes de alto risco, como: com diagnóstico de hipertensão arterial, de diabetes, com doenças da tireóide, com gestação gemelar, adolescentes, com patologias fetais, obesidade grau I e II, pós cirurgia bariátrica e gravidez pós-doença trofoblástica gestacional.

O recrutamento da amostra foi realizado por conveniência e foram convidadas a participar da pesquisa as gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal da ME-UFRJ que estavam na sala de espera.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 15 a 49 anos; baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade segundo Índice de Massa Corporal pré-gestacional; Diabetes Mellitus prévio; Diabetes Mellitus Gestacional; Síndromes Hipertensivas da Gravidez; histórico de cirurgia bariátrica; e idade gestacional menor ou igual a 28 semanas. E os critérios de exclusão foram: gestação de fetos múltiplos, diagnóstico de transtornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia, não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), no caso de adolescentes.

O período da adolescência foi definido como o compreendido entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e, o situado entre 15 e 24 anos como juventude (Brasil, 2010). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado utilizando o peso pré-gestacional autorreferido

ou aferido no 1º trimestre. Para classificação das gestantes adultas, foram utilizados os seguintes pontos de corte: para valores de IMC $<18,5$ kg/m² foi classificado como baixo peso; entre 18,5-24,9 Kg/m² como eutrofia; entre 25-29,9 Kg/m² como sobrepeso e ≥ 30 Kg/m² como obesidade. Para a classificação do IMC das participantes até 19 anos, foi consultada a tabela de IMC (kg/m²) por idade para o sexo feminino dos 5 anos aos 19 anos (Brasil, 2011).

Para a investigação do comportamento de risco para transtornos alimentares foram utilizadas a Escala de Compulsão Alimentar (BES - Binge Eating Scale), o Questionário de Hay e a entrevista de picamalácia, sendo os dois primeiros autoaplicáveis e o último aplicado por um nutricionista treinado. Para as gestantes que possuíam baixa escolaridade ou dificuldades visuais e de leitura para a interpretação dos questionários, um avaliador treinado auxiliou no preenchimento dos mesmos.

A Escala de Compulsão Alimentar (BES - Binge Eating Scale) foi desenvolvida para avaliar a presença e a gravidade da compulsão alimentar, é constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas em uma escala do tipo Likert, que correspondem a um número de pontos que varia de 0 a 3, englobando desde a ausência (zero) até a gravidade máxima (três) da compulsão alimentar (Freitas *et al.*, 2001). A soma dos pontos de cada item resulta no escore final que é interpretado a partir de pontos de corte, sendo os valores ≤ 17 para a ausência de compulsão; pontuação ≥ 18 e ≤ 26 para compulsão moderada; e ≥ 27 para compulsão severa (Freitas *et al.*, 2001). A escala apresenta uma versão em português que foi traduzida e validada no Brasil com adequadas propriedades psicométricas (Freitas *et al.*, 2001).

O questionário de Hay avalia a frequência de comportamentos de compulsão alimentar e de métodos compensatórios nos últimos três meses. Foi validado em adolescentes, apresentando indicadores de confiabilidade aceitáveis, com valores de Kappa de 0,50 para compulsão alimentar e 0,92 para vômitos autoinduzidos. O questionário original continha duas perguntas, Ferreira e Veiga (2008) optaram por adaptá-lo subdividindo a segunda pergunta em quatro para maior compreensão. A primeira pergunta visa investigar a frequência da CA e as demais a frequência de métodos para controle de peso ou possíveis métodos compensatórios à ingestão alimentar excessiva. Para cada pergunta pode ser assinalada as seguintes opções de resposta: “nenhuma vez”, “menos que uma vez por semana”, “uma vez por semana” e “duas ou mais vezes por semana”. (Ferreira; Veiga, 2008).

De acordo com o DSM-5, para que seja realizado o diagnóstico de pica é necessária a ingestão de substância não alimentares durante um período mínimo de um mês. Ao investigar

o consumo de substâncias não alimentares, Oliveira e Cordás (2020) utilizaram como critério de rastreamento o período dos últimos 3 meses para aumentar a chance de casos positivos, uma vez que o estudo possuía um caráter exploratório e não diagnóstico. Visto que esta pesquisa tem caráter consonante à de Oliveira e Cordás (2020), a entrevista para investigação do consumo de substâncias não alimentares proposta por Saunders *et al.* (2009a) foi adaptada conforme os objetivos do estudo. A gestante foi questionada se teve vontade de ingerir alguma substância não alimentar ou combinação alimentar atípica durante a gestação, se a resposta foi "sim", a entrevista prosseguiu com perguntas sobre qual foi a substância, a frequência, a quantidade, se houve a ocorrência em gestações anteriores ou fora do período de gestacional, e o que motivou essa vontade.

Foi realizada a coleta de dados sociodemográficos (idade, local de moradia, escolaridade, ocupação, situação marital, cor da pele autodeclarada), clínicos obstétricos (uso de substâncias lícitas e ilícitas (álcool, tabagismo, drogas), idade gestacional, motivo de risco gestacional, história e intercorrências gestacionais anteriores, prática de atividade física) e nutricionais (peso pré-gestacional, estatura, sintomas gastrointestinais, anemia), por meio de registros nos prontuários e entrevistas face a face. Um formulário foi elaborado para coletar todos os dados pertinentes à pesquisa (Apêndice A). Os casos de anemia na gestação foram diagnosticados quando os níveis de hemoglobina foram inferiores a 11,0 g/dL (Brasil, 2022).

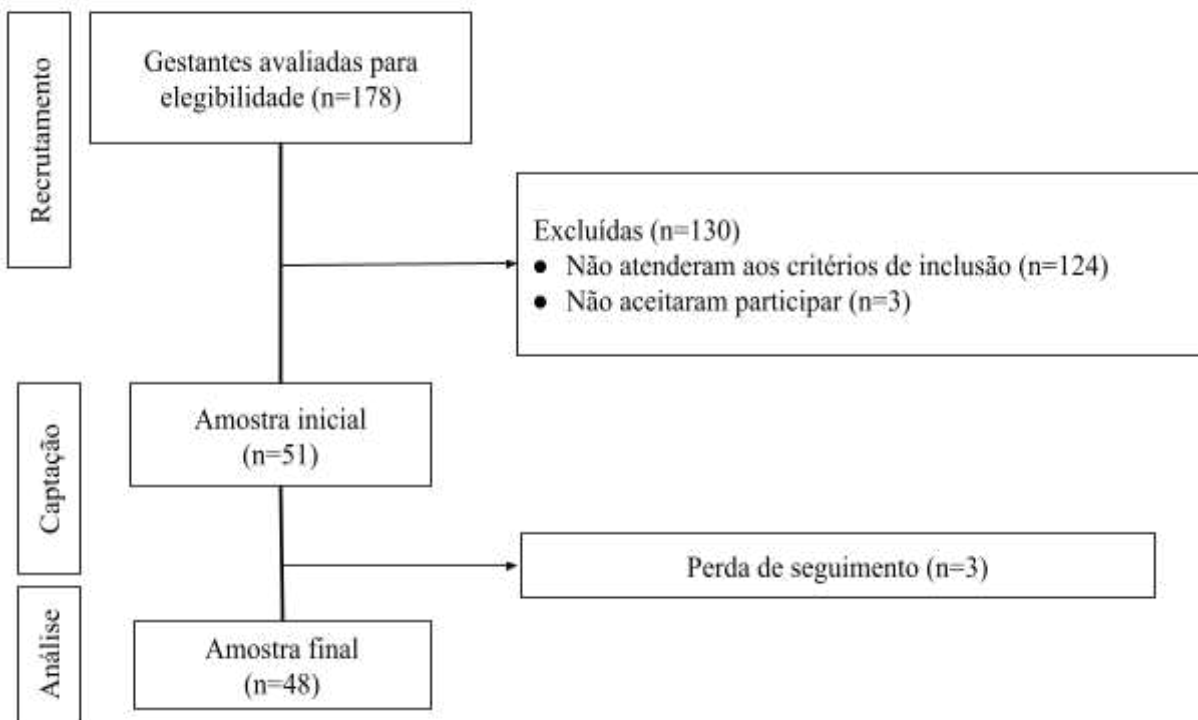
A análise estatística descritiva dos dados foi realizada com o software SPSS 21.0 - Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). Foram calculadas as medidas de tendência central, média e desvio padrão, e empregado o teste qui-quadrado e teste de Fisher para analisar a associação entre variáveis, sendo considerada significância estatística $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ (CAAE nº 71652923.8.0000.5275). As participantes adultas do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as adolescentes e seu responsável o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), após serem informados sobre os objetivos da pesquisa.

3. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por dados de 48 gestantes (figura 1), com idade média de 30,13 anos (DP=7,42). Quanto à naturalidade, 83,3% (n=40) das participantes eram nascidas em municípios da região sudeste, 12,5% (n=6) da região nordeste e 2,1% (n=1) da centro-oeste do Brasil, e, 2,1% (n=1) era de nacionalidade estrangeira. Em relação ao quesito cor, 70,8% das gestantes (n=34) se autodeclararam como negras (cor da pele preta ou parda), 81,3% (n=39) viviam com os companheiros e, 87,5% (n=42) apresentavam o ensino médio completo e em média 12,70 anos de instrução (DP =2,34). Em relação à região de moradia, 87,5% (n=42) das participantes residiam na Capital do Rio de Janeiro, região de localização da ME-UFRJ, enquanto 10,40% (n=5) residia na Baixada Fluminense e 2,1% (n=1) no Leste Fluminense. Quanto à ocupação, 64,6% (n=31) trabalhavam e 35,4% (n=17) não trabalhavam (tabela 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção das participantes



Fonte: Autoria própria, 2024.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das gestantes

Variáveis	n	%
Idade (anos) (n=48)		
< 25 anos	14	29,2
≥ 25 anos	34	70,8
Naturalidade (n=48)		
Sudeste	40	83,3
Nordeste	6	12,5
Centro-Oeste	1	2,1
Estrangeira	1	2,1
Cor/raça autodeclarada (n=48)		
Branca	14	29,2
Parda	22	45,8
Preta	12	25,0
Situação Marital (n=48)		
Vive com o companheiro	39	81,3
Vive sem o companheiro	9	18,8
Escolaridade (n=48)		
Ensino médio incompleto	6	12,5
Ensino médio completo	42	87,5
Local de Moradia (Região Metropolitana) (n=48)		
Baixada Fluminense	5	10,4
Capital	42	87,5
Leste Metropolitano	1	2,1
Ocupação (n=48)		
Trabalha	31	64,6
Não trabalha	17	35,4

As participantes apresentaram idade gestacional média de 20,39 semanas (DP=6,09) e, a média de gestações, partos e abortos foi de 2,31 (DP=1,49), 0,96 (DP=1,14) e 0,38 (DP=0,87), respectivamente. No que se refere ao estado nutricional pré-gestacional, a média

de IMC das gestantes foi de 30,02 kg/m² (DP=5,26) e 81,3% (n=39) apresentou IMC maior que 24,9 kg/m², ou seja, a maioria da amostra estava na faixa de classificação de sobrepeso ou obesidade (tabela 2).

Em relação às características clínicas que qualificaram risco gestacional, as mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica (25,0%; n=12), diabetes mellitus (DM) gestacional (18,8%; n=9), DM tipo 1 (14,6%; n=7) e DM tipo 2 (14,6%; n=7); e, 47,9% (n=23) das entrevistadas eram diagnosticadas com doença crônica (HAS crônica, DM tipo 1, DM tipo 2). No que se refere ao valor do exame de hemoglobina, 29,8% (n=14) apresentaram anemia gestacional.

Segundo a história pessoal de gestações anteriores, partos pré-termo (10,4%; n=5), macrossomia (10,4%; n=5) e óbito fetal/natimorto (10,4%; n=5) foram os desfechos que mais apareceram nos dados observados.

Os sintomas gastrointestinais mais relatados foram náuseas (39,6%; n=19), constipação intestinal (29,2%; n=14) e pirose (29,2%; n=14). O uso de cigarro na gestação foi relatado por 8,3% (n=4) das gestantes entrevistadas, o consumo de álcool por 20,8% (n=10) e nenhuma declarou uso de drogas. A maioria das gestantes (85,4%; n=41) relatou não praticar atividade física.

Tabela 2 - Perfil clínico, obstétrico e antropométrico das gestantes (continua)

Variáveis	n	%
Idade gestacional (trimestre) (n=48)		
Primeiro	7	14,6
Segundo	34	70,8
Terceiro	7	14,6
Número de gestações (n=48)		
Primigesta	19	39,6
Multigesta	29	60,4
Classificação do IMC pré-gestacional (n=48)		
Baixo peso	1	2,1
Eutrofia	8	16,7
Sobrepeso	16	33,3
Obesidade	23	47,9

Tabela 2 - Perfil clínico, obstétrico e antropométrico das gestantes
(continuação)

Variáveis	n	%
História obstétrica	Média	DP
Número de gestações (n=48)	2,31	1,49
Número de partos (n=47)	0,96	1,14
Número de abortos (n=47)	0,38	0,87
Anemia (n=47)		
Sim	14	29,8
Não	33	70,2
Uso de bebida alcoólica (n=48)		
Sim	10	20,8
Não	38	79,2
Uso de cigarro (n=48)		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7
Atividade física (n=48)		
Sim	7	14,6
Não	41	85,4

Em relação a vontade de comer substâncias não alimentares ou combinações alimentares atípicas durante a gestação, 12,5% (n=6) das gestantes responderam que tiveram o desejo. Porém, somente 4 (8,3%) declararam que realmente praticavam a picamalácia. Duas participantes disseram ter ingerido manga com sal, que, segundo elas, eram combinações atípicas de acordo com seus hábitos alimentares, uma relatou ter ingerido abacaxi com limão e a outra o consumo de talco.

Entre as participantes que ingeriram substâncias não alimentares ou as combinações incomuns, 50,0% (n=2) afirmou fazer uso de cigarro, enquanto 95,5% (n=42) das gestantes que negaram picamalácia também negaram o uso de cigarro (p=0,030). No que se refere às mulheres com histórico de cirurgia bariátrica, 33,3% (n=2) relataram picamalácia (p=0,071). Quanto às pacientes que referiram pirose, 21,4% delas (n=3) responderam ter comido substâncias não alimentares ou combinações alimentares atípicas (p=0,069) (tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre picamalácia e características clínicas e nutricionais na gestação

Ingestão de substâncias não alimentares ou combinações alimentares atípicas	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Uso de cigarro					
Sim	2	50	2	50,0	0,030**
Não	2	4,5	42	95,5	
Histórico de cirurgia bariátrica					
Sim	2	33,3	4	66,7	0,071**
Não	2	4,8	40	95,2	
Pirose					
Sim	3	21,4	11	78,6	0,069**
Não	1	2,9	33	97,1	

Legenda: *Teste Qui-quadrado ou Teste de Fisher; **Teste de Fisher

No que se refere a classificação da pontuação na classificação BES, 91,7% (n=44) das participantes não apresentou CA, 6,3% (n=3) apresentou CA moderada e 2,1% (n=1) CA grave. Entre as mulheres que pontuaram com risco para CA na BES, 50,0% (n=2) afirmou fazer uso de cigarro (p=0,030). Já o percentual de gestantes que atingiram pontuação menor ou igual a 17 e negaram o tabagismo foi de 95,5% (n=42). No que tange a idade das participantes, 21,4% (n=3) das com menos de 25 anos apresentaram risco para CA e 97,1% (n=33) das com idade \geq 25 anos chegaram a um score menor que 18 (p=0,069) (tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre compulsão alimentar na classificação BES e características clínicas e nutricionais na gestação

Score \geq 18	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Uso de cigarro					
Sim	2	50,0	2	50,0	0,030**
Não	2	4,5	42	95,5	
Idade					
< 25 anos	3	21,4	11	78,6	0,069**
\geq 25 anos	1	2,9	33	97,1	

Legenda: *Teste Qui-quadrado ou Teste de Fisher; **Teste de Fisher

Na tabela 5, são apresentados os dados do comportamento de risco para TA segundo um dos instrumentos adotados; seja pela entrevista de picamalácia, questionário de Hay ou BES.

Em relação ao questionário de Hay, 10,4% (n=5) das participantes apresentou comportamento de risco para CA e 12,5% (n=6) realizou algum método compensatório. Ao associar a cor da pele com método compensatório, 28,6% (n=4) das mulheres que se autodeclararam brancas disseram ter feito uso de método compensatório, em contraponto 94,1% (n=32) das gestantes negras negaram métodos compensatórios (p=0,052).

De acordo com dados colhidos em prontuário, uma participante apresentou diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno Depressivo Maior sem uso de medicação e, a outra apresentava TAG em uso de sertralina. É importante ressaltar que esta última gestante, foi uma das participantes com comportamento de risco para CA de acordo com a resposta no questionário de Hay.

Segundo o resultado dos instrumentos aplicados, uma gestante apresentou comportamento de risco para TA nos 3 instrumentos utilizados. Na entrevista de picamalácia, referiu ter ingerido 2 mangas com 1 pitada de sal 2 vezes ao dia e que o motivo dessa vontade seria "desejo". No questionário de Hay, a participante citada assinalou que comia de forma compulsiva duas ou mais vezes por semana e na BES teve um score de 24. A mesma relatou uso de 1 maço de cigarro por dia.

Três (6,3%) gestantes eram adolescentes, com idade mínima de 16 anos e máxima de 19. Todas eram primigestas e, a mais velha apresentava IMC de baixo peso e uma das mais jovens IMC de obesidade. Essa última referiu a prática de picamalácia e, no questionário de Hay, ficar sem comer ou comer muito pouca comida com o objetivo de perder peso ou não engordar.

O uso de cigarro, histórico de cirurgia bariátrica e IMC pré-gestacional foram identificados como as características associadas aos comportamentos alimentares de risco para TA. Entre as gestantes que faziam uso de cigarro, 75,0% (n=3; p=0,055) apresentou risco para algum tipo de comportamento de risco; e das com histórico de cirurgia bariátrica o percentual foi de 66,7% (n=4; p=0,038). Com relação ao IMC pré-gestacional, 33,3% (n=13) das com IMC > 24,9 kg/m² apresentaram risco, enquanto 100% (n=9) das que tinham IMC até 24,9 kg/m², não apresentaram comportamento de risco para TA (p=0,042) (tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre risco para picamalácia ou CA pela BES ou CA pelo questionário de Hay e características clínicas e nutricionais na gestação

	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Uso de cigarro					
Sim	3	75,0	1	25,0	0,055**
Não	10	22,7	34	77,3	
Histórico de cirurgia bariátrica					
Sim	4	66,7	2	33,3	0,038**
Não	9	21,4	33	78,6	
IMC pré-gestacional >24,9 kg/m²					
Sim	13	33,3	26	66,7	0,042**
Não	0	0	9	100	

Legenda: *Teste Qui-quadrado ou Teste de Fisher; **Teste de Fisher

Para evitar o constrangimento das gestantes e que outras pessoas tomassem ciência do caso, as entrevistas ocorreram em local reservado. As gestantes que apresentaram potencial comportamento de risco para transtornos alimentares foram encaminhadas para os serviços de nutrição, psicologia e psiquiatria da instituição, caso ainda não fossem acompanhadas. Devido a essa possibilidade de encaminhamento e aumento da demanda de atendimento pelos serviços citados, foi elaborado um termo de ciência que teve a apreciação dos serviços quanto a sua anuência em relação ao encaminhamento de pacientes em risco para TA.

4. DISCUSSÃO

Os dados de prevalência sobre transtornos alimentares na gestação ainda não apresentam robustez para consenso na literatura. As revisões sistemáticas e metanálises descrevem dificuldades nas análises dos estudos devido a heterogeneidade metodológica, principalmente em relação aos instrumentos e definições utilizadas, como, por exemplo, usar critérios diagnósticos do DSM-5 ou Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Öztürk

e Ouyaba (2023) apontam uma prevalência de TA em gestantes de 4,3%, sendo o TCA o mais comum durante a gestação (3,8%) e a AN o mais raro (0,4%); já Martínez-Olcina *et al.* (2020) indicam um percentual um pouco maior de mulheres que podem experimentar algum tipo de TA na gestação (5,1–7,5%).

Os transtornos alimentares geralmente afetam mulheres em idade reprodutiva (Martínez-Olcina *et al.*, 2020), no nosso estudo houve uma tendência entre CA pela BES e jovens com menos de 25 anos ($p=0,069$), dado semelhante ao de Öztürk e Ouyaba (2024), que encontraram uma maior prevalência de TA em gestantes com 30 anos ou menos. Gestar e ser jovem são períodos sensíveis do desenvolvimento em que se pode desenvolver problemas de saúde mental, incluindo o risco de transtornos alimentares (Öztürk; Ouyaba, 2023). Sabemos que em nossa sociedade as mulheres, principalmente jovens, são condicionadas desde cedo à performarem corpos magros, e com o advento das redes sociais se espalham imagens de corpos irreais com diversas modificações por programas de edição. Nesse sentido, gestantes também não fogem dessa dinâmica, sendo cobradas constantemente a manter uma rotina alimentar e de exercícios não por saúde, mas sim com a intenção de logo após o parto apresentar um corpo magro. Além disso, problemas financeiros e de saúde, dada a recente pandemia de covid-19 e o avanço da insegurança alimentar, por exemplo, podem trazer grandes impactos para a saúde mental dessa população contribuindo para o risco de transtornos mentais, incluindo os TA.

A associação entre IMC $>24,9$ kg/m² e risco para picamalácia ou CA pela BES ou CA pelo questionário de Hay foi significativa ($p=0,042$), mais de 80% das participantes que compuseram a amostra deste estudo apresentaram sobrepeso ou obesidade, sendo o IMC médio das participantes de 30,02 kg/m² (DP=5,26). Ao interpretar esses dados, há uma indicação de que a maior parte das mulheres está em risco para o desenvolvimento de comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento de picamalácia ou CA. Öztürk e Ouyaba (2024) descrevem em sua revisão sistemática e metanálise que a prevalência de TA pré-gestacional foi maior em gestantes com IMC de eutrofia, mas referem que em alguns estudos foi encontrado um IMC mais elevado em mulheres com TCA. É importante que na prática clínica o IMC seja um dado analisado de forma crítica, não olhando somente para o valor e forma corporal, mas sim para que possa ser um componente para o aprofundamento da investigação do estilo de vida e condições de saúde do paciente.

Existem algumas questões a serem consideradas ao avaliar a taxa de ocorrência de comportamento de risco para transtornos alimentares em mulheres gestantes, como o estigma

voluntário, que por vezes, fazem com que as gestantes se sintam relutantes em revelar suas práticas devido ao medo do julgamento, e também a dificuldade de identificação desse comportamento de risco e do transtorno alimentar, propriamente dito, por parte dos profissionais que atuam em pré-natais de linha de frente, tais como, obstetras, ginecologistas, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e enfermeiras.

Considerando que a etiologia dos transtornos alimentares, como a picamalácia, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar é multifatorial e complexa, fatores como os aspectos psicológicos, comportamentais, nutricionais, socioeconômicos e fisiológicos parecem influenciar esses comportamentos alimentares disfuncionais. A urgência negativa, entendida com a tendência de agir impulsivamente sob afeto negativo tem sido relacionada com a gravidade dos transtornos alimentares, dentre esses a picamalácia (Oliveira; Cordás, 2020).

Ao explorar a literatura, o fenômeno da ingestão de substâncias não alimentares ou alimentares atípicas no período da gestação ainda apresenta diferenças na nomenclatura, devido ao fato dos autores adotarem considerações variáveis em relação às substâncias nutritivas. Uma vez que neste estudo a investigação incluiu combinações de alimentos consideradas "estranhas" ao hábito alimentar das participantes, optou-se por utilizar o termo picamalácia.

Neste estudo o consumo de substâncias não alimentares ou combinações alimentares atípicas foi relatado por 8,3% da amostra estudada, essa proporção é próxima/similar a encontrada por Santos *et al.* (2017), em que entre 913 gestantes que frequentavam o hospital universitário terciário do município de São Paulo e compuseram a população de estudo, 5,7% apresentou picamalácia (Santos *et al.*, 2017). A proporção de mulheres que relataram picamalácia foi relativamente baixa quando comparada aos achados de Sanjari, Soleimani e Fakhraei (2023) e, J. Fawcett, M. Fawcett e Mazmanian (2016), que encontram prevalência de 34% e 27,8%, respectivamente. Segundo alguns autores, o fator escolaridade pode influenciar nos resultados, pois conforme a escolaridade aumenta as mulheres são mais propensas a ver a prática como “ruim” ou “anormal” e omitir a prática de picamalácia (Fawcett, J.; Fawcett, M.; Mazmanian, 2016). Um dos fatores que podem ter contribuído para uma menor prevalência de casos de picamalácia nos nossos achados é o estigma, muitas gestantes têm receio e vergonha de revelar práticas que imaginam que possam levar à críticas não só por identificarem o hábito como incomum de acordo com sua história alimentar, mas também por poder estar ingerindo

uma substância que possa ser prejudicial tanto para a saúde materna quanto para o desenvolvimento fetal.

Os resultados indicam uma tendência entre picamalácia e pirose ($p=0,069$). Em um estudo com 286 gestantes de uma unidade de saúde terciária no Gana, algumas participantes mencionaram que a prática de geofagia ajudava no combate à azia e aos enjôos (Konlan, 2019). O mesmo achado ocorreu no estudo de Saunders *et al.* (2009b) realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, 15% das mulheres justificaram que a picamalácia aliviava a sintomatologia digestiva. Akbar *et al.* (2018) apresentam um estudo de caso que descreve a história de uma mulher de 18 anos encaminhada para avaliação devido uma queixa de azia e dor abdominal crônica. Por meio da investigação médica foi obtida uma história positiva de tricofagia (ingestão de cabelo), mas sem ocorrência de alopecia, mudança no padrão alimentar, pensamentos de distorção da imagem corporal ou distúrbios psiquiátricos anteriores. A radiografia gastrointestinal mostrou um estômago distendido que parecia estar cheio de detritos e um duodeno normalmente preenchido; ao realizar a esofagogastroduodenoscopia foi visto um tricobezoar ocupando 75% da luz gástrica. Assim, chegaram à conclusão que a provável causa da azia e dor abdominal crônica era causada pela presença do tricobezoar gástrico.

Considerando que as participantes foram questionadas sobre o que motivava a prática da ingestão de substâncias não alimentares e combinações alimentares atípicas e nenhuma relacionou à sintomatologia digestiva, é possível que o tipo de substâncias ingerida pela gestante poderia desencadear o sintoma de pirose, visto que o talco não é apropriado para o consumo e pode não ser digerido ou ser somente parcialmente digerido, e, a manga verde e o abacaxi são alimentos que podem aumentar a acidez do estômago. Além disso, a pirose é um sintoma que pode surgir em consequência do relaxamento do esfíncter esofágico, provocado pelo aumento dos níveis de progesterona, e do aumento de pressão intra-abdominal (Montenegro; Filho, 2014), mas que pode piorar com o consumo de determinadas substâncias.

Na literatura é descrita uma associação entre picamalácia e anemia (Fawcett, J.; Fawcett, M.; Mazmanian, 2016; Saunders *et al.*, 2009b; Sanjari; Soleimani; Fakhraei, 2023), no nosso estudo não foi encontrada essa associação. Das 4 gestantes que praticavam picamalácia, 3 estavam realizando suplementação de ferro.

A prevalência de tabagismo durante a gestação neste estudo foi de 8,3%, resultado semelhante a um estudo conduzido na Austrália em que 8,8% das participantes relataram fumar em algum momento da gravidez (Desmet *et al.*, 2023). Em contraste, Grangé *et al.*

(2020) mencionam que a prevalência do tabagismo entre gestantes no mundo é estimada em 1,7%, enquanto na França existe uma grande discrepância entre as diferentes regiões, que varia de 9,4% a 24%. Os efeitos negativos do uso de cigarro tanto para a saúde materna quanto do feto já é bem estabelecido na literatura, aumentando o risco de aborto espontâneo, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, síndrome da morte súbita infantil, entre outros desfechos desfavoráveis (Grangé *et al.*, 2020; Damron, 2017).

Estudos indicam que entre as razões que motivam o uso de tabaco na gestação estão as relacionadas à saúde mental. Na revisão de Damron (2017) é apontada uma relação significativa entre fumar durante a gravidez e aumento do nível de estresse percebido pela mulher, 20 dos 24 estudos analisados evidenciaram essa associação positiva. Em outro estudo, mostrou-se associação positiva entre eventos estressantes da vida e tabagismo durante a gestação, como, por exemplo, o sofrimento emocional causado pela perda de recursos financeiros e sociais (Allen *et al.*, 2019).

Mulheres com comer transtornado e transtornos alimentares muitas vezes fazem uso de cigarro com o objetivo de inibir o apetite. Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, 577 pessoas que eram fumantes diários foram recrutadas com o objetivo de investigar a associação entre intolerância ao sofrimento e dependência de cigarros para controle de peso, apetite ou insatisfação corporal. Os resultados indicaram uma associação significativa entre a intolerância ao sofrimento e fumar para suprimir o apetite, para controlar a alimentação excessiva, para lidar com a insatisfação corporal e com os sintomas de abstinência relacionados com o peso (Burr *et al.*, 2020). Os achados de Mason *et al.* (2022) evidenciaram que as mulheres que fumam com a intenção de controlar o peso experienciam menor sensação de fome, seja fisiológica ou subjetiva, após fumar. A manutenção do tabagismo se daria justamente devido ao controle de peso que está associado a distúrbios alimentares e cognições de transtornos alimentares associados (Mason *et al.*, 2022).

Sendo assim, a associação significativa do uso de cigarro com picamalácia ($p=0,030$), com CA pela BES ($p=0,030$) e, com risco para picamalácia ou CA pela BES ou CA pelo questionário de Hay ($p=0,055$) poderiam estar relacionadas tanto ao estresse percebido durante esse ciclo da vida quanto à própria etiologia dos comportamentos de risco para transtornos alimentares. Considerando que as participantes do estudo frequentavam uma maternidade de médio e alto risco fetal, pode-se inferir que é possível existir uma ansiedade e uma angústia relacionada ao que estar nesse espaço significa, principalmente, para a saúde fetal. Receber a notícia de uma gestação de risco demanda uma organização psicossocial da

mulher em relação às expectativas sobre a gestação, o parto e as condições de saúde do recém-nascido. Nesse sentido, ter a assistência de uma equipe multiprofissional que acolha as dúvidas e anseios da gestante pode contribuir para que ela consiga reconhecer e lidar com os seus sentimentos reduzindo o nível de estresse e a adesão a comportamentos de risco para transtornos alimentares. Para esclarecer melhor as motivações do tabagismo durante a gestação e comportamentos de risco para TA, estudos futuros podem incorporar instrumentos validados voltados para a percepção de estresse, ansiedade e métodos de controle de peso.

Os resultados sugerem que durante o pré-natal de gestantes com histórico de cirurgia bariátrica seja dada especial atenção para os comportamentos de risco para transtornos alimentares. O pós-cirúrgico dessa intervenção demanda diversas fases que implicam em modificações alimentares, não só de consistência dos alimentos mas também de hábitos alimentares e estilo de vida; logo, a perda de seguimento desse paciente com profissionais capacitados poderia ocasionar comportamentos alimentares de risco. Discutir sobre a compulsão alimentar subjetiva é de extrema importância ao abordar pacientes com histórico de cirurgia bariátrica, pois uma vez que a capacidade gástrica está reduzida o aspecto relacionado à ingestão de uma grande quantidade de alimento pode não ser contemplado. Dessa forma, a investigação da CA em pacientes pós cirurgia bariátrica precisa ser singular no que se refere às quantidades e deve valorizar os aspectos emocionais relatados.

Os estudos de revisão sistemática e metanálise descrevem que as evidências relacionadas ao comer transtornado ou transtornos alimentares após a cirurgia bariátrica apresentam controvérsias e em muitos casos são difíceis de serem estabelecidas devido aos diferentes métodos de avaliação dos estudos. Nossos achados indicam uma associação significativa entre o histórico deste tipo de cirurgia e risco para picamalácia ou CA pela BES ou CA pelo questionário de Hay ($p=0,038$). Em virtude dos métodos não padronizados de diversos estudos, Taba *et al.* (2021) encontraram dificuldades de determinar a relação entre a cirurgia bariátrica e o desenvolvimento de TA, mas dizem que a possibilidade não deve ser descartada porque há evidências de que outros tipos de cirurgia, como cirurgia cardíaca ou cirurgia de câncer gastrointestinal, estão associados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Também chamam atenção para o fato da cirurgia bariátrica atuar no desenvolvimento de transtornos impulsivos, especificamente o abuso de substâncias, assim concluem que deve haver risco para transtorno de compulsão alimentar, síndrome do comer noturno e sintomas associados (Taba *et al.*, 2021).

Na instituição em que o estudo foi realizado há um protocolo voltado para a assistência à gestante com histórico de cirurgia bariátrica em que é destacada a relevância da equipe multiprofissional e multidisciplinar na identificação e no cuidado das possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico, como deficiências nutricionais, risco de restrição do crescimento fetal e de recém-nascidos (RN) com baixo peso (ME-UFRJ, 2016). A obtenção do dado de tendência entre picamalácia e histórico de cirurgia bariátrica ($p=0,071$) neste estudo parece um achado importante e que requer notabilidade, posto que não foram encontrados estudos que relacionam esses dois fatores. É possível que a escassez de evidências relativa à picamalácia e a população de gestantes pós cirurgia bariátrica se dê por muitos profissionais de saúde ainda desconhecerem sobre a prevalência desse comportamento durante a gestação.

Em outra revisão sistemática da literatura, os autores também encontraram variações entre os estudos analisados, enquanto em um foi observado que houve menor redução do IMC em pacientes com TCA em comparação ao que não apresentavam o transtorno, em outro os indivíduos que obtiveram uma perda de peso maior que 10% no final do tratamento tinham uma tendência de maiores sintomas para TCA. Ainda colocam que o valor de IMC elevado se associa à uma autoestima baixa e que a maneira que as pessoas com obesidade se sentem em relação ao seu corpo implicam no desenvolvimento de condições psicopatológicas e na probabilidade de perda de peso contínua (Pietrabissa *et al.*, 2022). Dawes *et al.* (2016), declararam encontrar evidências de qualidade moderada de que questões de saúde mental pré-operatórias são comuns em pacientes que buscam por cirurgia bariátrica, estimou-se que 17% foram diagnosticados com algum transtorno alimentar.

É importante destacar que quanto ao cuidado integral à saúde das mulheres, houve recentemente, em novembro de 2023, uma sanção da Lei nº 14.721/2023. Publicada no Diário Oficial da União, a normativa altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para ampliar a assistência psicológica às mulheres no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Ao alterar os artigos 8º e 10º do ECA (Lei nº 8.069/1990), que versam sobre os direitos assegurados durante o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e as obrigações dos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes (públicos e particulares), a lei recém sancionada tenta prevenir e tratar eventuais danos à saúde mental neste período específico da vida. Além disso, a Lei nº 14.721/2023 define o desenvolvimento de atividades de educação e conscientização a respeito da saúde mental da mulher no período da gravidez e do puerpério (Brasil, 2023). Os resultados desse estudo podem ser uma

referência quanto aos cuidados da saúde mental da mulher gestante, além de ser usados para auxiliar na identificação do comer transtornado e dos transtornos alimentares durante a gestação e puerpério.

Profissionais que atuam em pré-natais de linha de frente, tais como, obstetras, ginecologistas, médicos de clínica geral, nutricionistas, psicólogos, enfermeiras, todos em contato com mulheres durante a gravidez podem, portanto, ter dificuldades para identificar transtornos alimentares nas gestantes, particularmente quando os sintomas variam entre o alívio e a exacerbação, dependendo do curso e do estágio da gravidez. Em muitos casos, a equipe assistente carece de treinamento necessário para essa identificação desses casos, sendo importante a utilização e validação de instrumentos de investigação de transtornos alimentares na gestação que possam auxiliar a facilitar a identificação precoce e tratamento adequado.

Sendo assim, esse estudo pode contribuir para a adoção de medidas preventivas e de tratamento para esse grupo de risco e proteção da saúde materna infantil, visando evitar a ocorrência de desfechos desfavoráveis à gestante e ao concepto; encorajar e auxiliar no treinamento da equipe multiprofissional para aumentar a consciência, o conhecimento e a compreensão da expressão e manifestação dos transtornos alimentares durante a gravidez, com uma postura mais acolhedora, uma escuta mais atenta e sensível a esse sofrimento oculto que essa mulher carrega, provavelmente, antes do período gestacional.

5. LIMITAÇÕES

Como limitações do estudo, citamos a construção do banco de dados, com parte da casuística obtida por coleta de dados aos prontuários, o que dificultou o acesso à algumas informações; o tempo curto de coleta de dados e o tamanho amostral. Adicionalmente, é preciso considerar a barreira adicional para a identificação de transtornos alimentares na gravidez, pois o estigma voluntário sugere que as mulheres que experimentam o comer transtornado ou transtornos alimentares na gravidez são relutantes em revelar seus sintomas devido ao medo do estigma

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo traz resultados significativos que sustentam a necessidade de que os comportamentos de risco para transtornos alimentares sejam investigados durante o acompanhamento da gestante na assistência pré-natal. O estudo aponta que gestantes com menos de 25 anos, com histórico de cirurgia bariátrica, com IMC pré-gestacional $>24,9$ kg/m² ou tabagistas constituem os principais grupos de risco. Os resultados evidenciam especialmente uma forte associação entre mulheres que fazem uso de cigarro durante o período gestacional e os comportamentos de risco para transtornos alimentares, fortalecendo a essencialidade de uma equipe multiprofissional para o cuidado integral da saúde da gestante.

Recomenda-se futuros estudos sobre o tema, a fim de acompanhar os desfechos obstétricos e neonatais, além de identificar o agravamento do comportamento de risco e/ou a possível evolução para as síndromes completas durante a gestação e o puerpério.

7. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p.329-354, 2014.
2. DUNKER, K. L. L., ALVARENGA, M. Transtornos Alimentares e Gestação. *IN: ALVARENGA, M. et al. Nutrição e transtornos alimentares*. Barueri, SP: Manole, 2011, p. 223-231.
3. MARTÍNEZ-OLCINA, M. *et al.* Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. **Medicina**, v. 56, n. 7, 2020. Doi: 10.3390/medicina56070352.
4. ÖZTÜRK, P. Ç., OUYABA, A. T. Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 309, n. 2, p. 397-411, 2024. Doi: 10.1007/s00404-023-07051-3.
5. CHARBONNEAU, K. D.; SEABROOK, J. A. Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, v. 80, n. 3, p. 131-136, 2019. Doi: 10.3148/cjdpr-2018-044.

6. DÖRSAM, A. F. *et al.* The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. **Nutrients**, v. 11, n. 4, 2019. Doi: 10.3390/nu11040840.
7. ALVARENGA, M. **Nutrição Comportamental**: ciência, prática clínica e comunicação. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2023.
8. SAUNDERS, C. *et al.* Assistência Nutricional Pré Natal. *IN*: ACCIOLY, E. *et al.* **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009a.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 08 maio 2023.
10. SILVANI, J. *et al.* Impact of binge eating during pregnancy on gestational weight gain and postpartum weight retention among women with gestational diabetes mellitus: LINDA-Brasil. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1818-1825, 2020. Doi: 10.1002/eat.23361.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 01 março 2024.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 01 março 2024.

13. FREITAS, S. *et al.* Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001. Doi: 10.1590/S1516-44462001000400008.
14. FERREIRA, J.E.S., VEIGA, G.V. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 393-401, 2008. Doi: 10.1590/S1415-790X2008000300006.
15. OLIVEIRA, J.; CORDÁS, T. A. Comportamento alimentar, consumo de substâncias não alimentares e urgência negativa em mulheres. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. 1-8, 2020. Doi: 10.31744/einstein_journal/2020AO5269.
16. SANTOS, A. M. *et al.* Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. **Midwifery**, v. 51, p. 12–15, 2017. Doi: 10.1016/j.midw.2017.05.005.
17. SANJARI, S.; SOLEIMANI, M. R. M.; FAKHRAEI, A. A. Update on the Global Prevalence of Pica in Pregnant Women: A Meta-analysis. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, v. 11, n. 3, p. 99-110, 2023. Doi: 10.15296/ijwhr.2023.18.
18. FAWCETT, E. J.; FAWCETT, J. M.; MAZMANIAN, D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 133, n. 3, p. 277–283, 2016. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.10.012.
19. KONLAN, K. D. *et al.* Practices of pica among pregnant women in a tertiary healthcare facility in Ghana. **Nursing Open**, v. 7, n. 3, p. 783–792, 2020. Doi: 10.1002/nop2.451.
20. SAUNDERS, C. *et al.* Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 9, p. 440-446, 2009b. Doi: 10.1590/S0100-72032009000900004.
21. AKBAR, S. *et al.* Trichobezoar-Induced Heartburn in a Teenage Girl: A Case Report. **Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports**, v. 6, p. 1–3, 2018. Doi: 10.1177/2324709618776345.

22. MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. Rezende: obstetrícia fundamental. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
23. DESMET, C. *et al.* Clustering of smoking, alcohol consumption and weight gain in pregnancy: prevalence, care preferences and associated factors. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 799, 2023. Doi: 10.1186/s12884-023-06090-7.
24. GRANGÉ, G. *et al.* Smoking and smoking cessation in pregnancy. Synthesis of a systematic review. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v. 49, n. 8, 2020. Doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101847.
25. DAMRON, K. R. A Review of the Relationships Among Psychosocial Stress, Secondhand Smoke, and Perinatal Smoking. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 46, n. 3, p. 325-333, 2017. Doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.012.
26. ALLEN, A. M. Stressful life events are associated with perinatal cigarette smoking. **Preventive Medicine**, v. 118, p. 264–271, 2019. Doi: 10.1016/j.ypmed.2018.11.012.
27. BURR, E. K. *et al.* Distress Intolerance in Relation to Reliance on Cigarettes for Weight, Shape, and Appetite Control. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 27, n. 2, p. 247–254, 2020. Doi: 10.1007/s12529-020-09858-9.
28. MASON, T. B. *et al.* Understanding daily life experiences of women who smoke: The role of smoking-related weight control expectancies. **Addictive Behaviors**, v. 134, 2022. Doi: 10.1016/j.addbeh.2022.107413.
29. TABA, J. V. *et al.* The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v. 13, n. 7, 2021. Doi: 10.3390/nu13072396.
30. PIETRABISSA, G. *et al.* Psychological Aspects of Treatment with Intra-gastric Balloon for Management of Obesity: A Systematic Review of the Literature. **Obesity Facts**, v. 15, n.1, p. 1–18, 2022. Doi: 10.1159/000518200.
31. DAWES, A. J. *et al.* Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. **JAMA**, v. 315. n. 2, p. 150-163, 2016. Doi: 10.1001/jama.2015.18118.
32. MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ (ME-UFRJ). Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola. **Assistência à gestação pós cirurgia bariátrica**. Rio de Janeiro: ME-UFRJ, 2016. Disponível em:

https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/assistencia_a_gestacao_pos_cirurgia_bariatrica_2.pdf. Acesso em: 08 março 2024.

33. BRASIL. **Lei n. 14.721, de 8 de novembro de 2023**. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 08 março 2024.
34. BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 08 março 2024.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Projeto:

Investigação de Transtornos Alimentares e Comportamento de Risco em Gestantes atendidas em uma Maternidade Escola do Rio De Janeiro e Validação de Dois Instrumentos para essa População

Nome: _____

Prontuário: _____ GPSMI: _____

Pesquisadores: _____

Data de ingresso: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Bairro: _____ Zona: _____ Cidade: _____

Telefone fixo: () _____ Celular: () _____

Autoriza contato via WhatsApp (1) Sim Outro número: () _____ (2) Não

Autoriza contato via Instagram (1) Sim Nome da conta: _____ (2) Não

E-mail: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade entre 15 a 49 anos;
- Idade gestacional ≤ 28 semanas;
- Baixo peso pré-gestacional;
- Eutrofia pré-gestacional;
- Sobrepeso pré-gestacional;
- Obesidade pré-gestacional;
- Diabetes Mellitus prévio;
- Diabetes Mellitus Gestacional;
- Síndromes Hipertensivas da Gravidez;
- Histórico de cirurgia bariátrica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Gestação de feto múltiplo;
- Transtornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia;
- Não assinar o TCLE ou o TALE, no caso de adolescentes.

ATENÇÃO!

– **OBS 1:** Na segunda-feira e quarta-feira de manhã acontece o acolhimento de gestantes encaminhadas via SISREG, **SOMENTE APLICAR O QUESTIONÁRIO APÓS A GESTANTE ABRIR PRONTUÁRIO.**

– **OBS 2:** Preencher o TCLE ou TALE ANTES DA ENTREVISTA E, ENTREGAR UMA VIA PARA A GESTANTE.

DATA: ____/____/____

CONSULTA AOS PRONTUÁRIOS E/OU ENTREVISTA

Dados sociodemográficos

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Naturalidade: _____

Situação marital: (1) vive sem companheiro (2) vive com companheiro

Instrução: (1) Sabe ler e escrever (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior

Anos completos de instrução: _____ anos

Qual é a sua ocupação ou atividade profissional? (1) dona de casa (2) estudante (3) outra _____

Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (origem oriental) (5) Indígena

Avaliação clínica e obstétrica

Idade gestacional: _____ sem.

DUM: ____/____/____ Gesta: ____ Para: ____ Abortos (nº/tipo): _____

(1) DMG (2) DM 1 (3) DM 2 (4) HAS (5) HAG (6) Pré-eclâmpsia (7) Pós-bariátrica (6) Pré-eclâmpsia

Data do término da última gestação: ____/____/____ Aborto na gestação anterior? (1) Sim (2) Não

História pessoal: (1) BPN (<2,5 kg) (2) pré-termo (IG <37 semanas) (3) macrosomia (RN peso >=4,0kg)

(4) óbito fetal/natimorto (5) neomorto (6) malformação congênita (7) polidrâmnio

(8) intervalo entre as gestações superior a 10 anos (9) outros _____

História de intercorrências gestacionais ou no parto ou puerpério, informar a IG:

Estatura: _____ m Peso pré-gestacional: _____ kg

IMC pré-gestacional: _____ Classificação: (1) Baixo peso (2) Eutrofia (3) Sobrepeso (4) Obesidade

Hemoglobina: _____ g/dL Anemia? (1) Sim (2) Não

Sintomas gastrointestinais: (1) Constipação intestinal (2) Diarreia (3) Náuseas (4) Vômitos (5) Pirose (6) Refluxo (7) Outros. Quais? _____

Você usou ou está usando nesta gestação: (1) Bebida alcoólica (2) Cigarro (3) Drogas (4) Nenhuma

No caso do uso de alguma substância acima, descrever frequência e quantidade: _____

Você está ou esteve recentemente em uso de algum medicamento e/ou suplemento? (1) Sim (2) Não

Se sim, descrever qual medicamento, frequência e quantidade: _____

Realiza atividade física? (1) Sim (2) Não

Se sim, descrever tipo de atividade e frequência: _____

ENTREVISTA PARA A INVESTIGAÇÃO DA PICAMALÁCIA

Tem vontade de comer substâncias não alimentares ou combinações estranhas durante a gestação?

(1) Sim. Qual(is)? _____

(2) Não

Caso a resposta anterior seja SIM, responda as perguntas abaixo:

Quando sente a vontade de ingerir a substância, realmente a ingere?

(1) Sim. Qual a frequência? Qual a quantidade? _____

(2) Não

Esse comportamento já ocorreu em outras gestações ou em períodos de amamentação anteriores ou mesmo fora da gestação?

(1) Sim. Quando? _____

(2) Não

Você sabe o motivo dessa vontade? _____

QUESTIONÁRIO DE HAY

1 - Eu gostaria de perguntar sobre episódios de comer excessivamente que você possa ter tido recentemente. Quando falo comer excessivamente ou compulsão alimentar, estou querendo dizer: comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia Parar de comer uma vez que tivesse começado).

Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

() nenhuma vez () menos que uma vez por semana

() uma vez por semana () duas ou mais vezes por semana

2 - Esta pergunta é sobre vários métodos de controle de peso que algumas pessoas utilizam.

Nos últimos 3 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

() nenhuma vez () menos que uma vez por semana

() uma vez por semana () duas ou mais vezes por semana

Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

() nenhuma vez () menos que uma vez por semana

() uma vez por semana () duas ou mais vezes por semana

Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso?

() nenhuma vez () menos que uma vez por semana

() uma vez por semana () duas ou mais vezes por semana

Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar?

() nenhuma vez () menos que uma vez por semana

() uma vez por semana () duas ou mais vezes por semana

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR (BES)

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, por que não irei até o fim?”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, como demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Resultado do score da BES: _____



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rastreio de transtornos alimentares em gestantes de uma Maternidade Pública e Escola do Rio de Janeiro

Pesquisador: THAILA GABRIELA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71652923.8.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.242.695

Apresentação do Projeto:

Projeto de Conclusão da Residência em Saúde Perinatal. Orientado pela Dra Claudia Saunders e Coorientado pela Dra Jacqueline de Souza Silva. Justificativa: Os transtornos alimentares podem acarretar em diversas consequências na saúde perinatal. O trabalho espera contribuir para a ampliação do conhecimento científico sobre comportamentos alimentares de risco em gestantes e sobre a relevância do emprego de instrumentos de rastreamento de transtornos alimentares nas consultas de pré-natal, estimulando a proposição de estratégias que promovam uma assistência nutricional, psicológica e psiquiátrica ainda mais integral impactando positivamente na saúde materna e nos desfechos neonatais.

Metodologia: Estudo de delineamento quantitativo, observacional e transversal que será conduzido com gestantes usuárias do ambulatório de pré-natal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ). O estudo é parte do estudo maior intitulado "Investigação de Transtornos Alimentares e Comportamento de Risco em Gestantes atendidas em uma Maternidade Escola do Rio De Janeiro e Validação de Dois Instrumentos para essa População".

Serão incluídas gestantes com idade entre 15 a 49 anos; baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade segundo Índice de Massa Corporal pré-gestacional; Diabetes Mellitus prévio; Diabetes Mellitus Gestacional; Síndromes Hipertensivas da Gravidez; histórico de cirurgia bariátrica; e idade

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 6.242.695

gestacional menor ou igual a 28 semanas. A coleta de dados será feita através de dois questionários autoaplicáveis (Escala de Compulsão Alimentar e o Questionário de Hay) e uma entrevista de picamalácia aplicada por um avaliador treinado. Também serão coletados os dados sociodemográficos, psicossociais, clínicos obstétricos e nutricionais diretamente dos prontuários.

A análise estatística descritiva dos dados será realizada com o software SPSS 21.0. Serão calculadas as medidas de tendência central, média e desvio padrão, e empregado o teste qui-quadrado e outros de acordo com a necessidade, apresentados dados descritivos e apresentados em forma de tabelas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

“Rastrear e descrever os transtornos alimentares em gestantes adultas e adolescentes atendidas na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ).”

Objetivos Específicos:

- “- Aplicar os instrumentos de investigação de transtornos alimentares Binge Eating Scale (BES) e Questionários de Hay, e a entrevista para investigação de pica;
- Descrever a prevalência de transtornos alimentares nas gestantes, bem como os fatores associados.”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos relacionados à quebra de sigilo dos dados das participantes e constrangimentos. Para evitar constrangimentos e que outras pessoas tomem ciência do caso, as entrevistas ocorrerão em local reservado. Para minimizar os riscos de quebra de sigilo, os questionários serão armazenados em um arquivo em uma sala com chave e os dados digitados em planilha em um computador protegido por senha onde terão acesso somente a pesquisadora, a orientadora e a coorientadora.

Benefícios: contribuição com a discussão do tema, propiciando que o conhecimento auxilie na tomada das melhores condutas possíveis na assistência ambulatorial e hospitalar para o cuidado em saúde da população estudada.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.242.695

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a instituição por proporcionar a identificação de transtornos que impactam negativamente a saúde da gestante e dos neonatos. Possibilita a elaboração do perfil institucional de pacientes com transtornos alimentares e pretende contribuir para um atendimento integral e interdisciplinar através de encaminhamentos para outros serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os componentes necessários para a avaliação (Introdução, Justificativa, Objetivos, Metodologia, Referências, Orçamento, Cronograma, TCLE e TALE para menores de idade).

Tanto o TCLE, quanto o TALE apresentam os objetivos da Pesquisa, os benefícios e os riscos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão, a forma de coleta de informações e como os dados serão utilizados. Ressalta que a participação será de forma voluntária e quais ações serão realizadas para manter a privacidade dos dados. Constam nos dois termos as formas de contato para o esclarecimento de dúvidas.

Recomendações:

- 1) Atualizar o telefone da Maternidade Escola no TCLE e TALE.
- 2) Incluir na metodologia o tempo destinado para a coleta de dados de dados, pois foi citado apenas no cronograma.
- 3) Incluir na metodologia o tempo necessário para o arquivo do banco de dados. A informação foi colocada apenas no TCLE e TALE.
- 4) Incluir na metodologia o tempo estimado para a resposta dos questionários. A informação foi colocada apenas no TCLE e TALE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando,

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 6.242.695

quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção

- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2174941.pdf	20/07/2023 21:31:42		Aceito
Outros	termoautorizacao.pdf	20/07/2023 21:27:00	THAILA GABRIELA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcr.pdf	20/07/2023 21:26:10	THAILA GABRIELA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	20/07/2023 21:04:02	THAILA GABRIELA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/07/2023 21:03:42	THAILA GABRIELA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	20/07/2023 21:02:56	THAILA GABRIELA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 6.242.695

RIO DE JANEIRO, 16 de Agosto de 2023

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



[Home](#)

[Author](#)

[Review](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Brazilian Journal of Psychiatry

Manuscript ID

BJP-2024-OA-3743

Title

SCREENING OF RISK BEHAVIORS FOR EATING DISORDERS IN PREGNANT WOMEN AT A PUBLIC MATERNITY TEACHING HOSPITAL IN RIO DE JANEIRO, BRAZIL

Authors

dos Santos, Thaila
de Souza Silva, Jacqueline
da Silva Carvalho, Ana Luísa
Gomes Marques, Jennifer
Moreira, Sendy Carla
Hora Rodrigues da Silva, Marcelle
Ramos Rodrigues, Laísa
de Souza Gomes, Erlaine
Saunders, Cláudia

Date Submitted

24-May-2024



SCHOLARONE™



© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2024. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@Clarivate for Academia & Government](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#) | [Definições de cookies](#) | [Accessibility](#)