

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**Suellen Marques Pereira**

**PREGOREXIA: TRANSTORNOS ALIMENTARES NA GESTAÇÃO**

**RECIFE**

**2022**

**SUELLEN MARQUES PEREIRA**

**PREGOREXIA: TRANSTORNOS ALIMENTARES NA GESTAÇÃO**

**Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.**

**Área de concentração: Medicina e saúde**

**Orientador(a): Ana Paula Rocha de Melo**

**Coorientador(a): Raquel Araújo de Santana**

**RECIFE**

**2022**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Pereira , Suellen Marques .

Pregorexia: transtornos alimentares na gestação / Suellen Marques Pereira . -  
Recife, 2022.

47 : il., tab.

Orientador(a): Ana Paula Rocha de Melo

Cooorientador(a): Raquel Araújo de Santana

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de  
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Nutrição - Bacharelado, 2022.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Pregorexia. 2. Ganho de peso na gestação. 3. Anorexia nervosa. 4. Bulimia  
nervosa. 5. Transtorno de compulsão alimentar. I. Melo, Ana Paula Rocha de .  
(Orientação). II. Santana, Raquel Araújo de . (Cooorientação). III. Título.

610 CDD (22.ed.)

## **PREGOREXIA: TRANSTORNOS ALIMENTARES NA GESTAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de grau de Nutricionista.

Área de concentração: Medicina e saúde

Aprovado em: 14/09/2022.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Ana Paula Rocha de Melo (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Raquel Araújo de Santana (Co-orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares (Avaliadora interna)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Fabiana Cristina Lima da Silva Pastich Gonçalves (Avaliadora interna)

Universidade Federal de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Marluce, Ricardo e Jarbas, meus grandes incentivadores, que me fizeram acreditar que todo esforço vale a pena, principalmente quando se faz o que gosta. À Suenen e Suzany, minhas irmãs que amo incondicionalmente e ao meu querido Osvaldo Araújo, pela parceria, carinho, compreensão e amor de sempre. À nutricionista Andrea Amorim, que com muita generosidade me recebeu no seu consultório, permitindo a realização da pesquisa e compartilhando conhecimentos. Aos amigos que fiz durante a graduação, especialmente Raldney José Muller e Maria Eduarda Vilela, com os quais me diverti e aprendi bastante, dividindo as agruras do curso e do período da pandemia do covid-19, obrigada pelas boas risadas, companheirismo e momentos de descontração. Às professoras Ana Paula Rocha e Raquel Araújo, por toda a paciência, atenção, dedicação, comprometimento, conhecimentos transmitidos e pela crença no meu potencial. E a todos os professores do Departamento de Nutrição pela assistência prestada durante minha trajetória acadêmica.

## RESUMO

A gravidez é um período de diversas mudanças na vida da mulher, no qual muitas têm dificuldades em lidar com as emoções inerentes ao seu estado e terminam somatizando os problemas com comportamentos alimentares inadequados, que poderão evoluir para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA), que na gestação são reunidos sob o termo pregorexia. A presença deste problema interfere tanto na saúde da mulher quanto na do bebê no período pré e pós-natal. Este trabalho teve como objetivo averiguar o comportamento alimentar de gestantes atendidas em um consultório de nutrição materno-infantil na cidade do Recife-PE. Na coleta de dados primários, no dia da consulta, por meio de entrevista, as gestantes participantes responderam o Teste de Atitude Alimentar 26 (*Eating Attitudes Test 26 – EAT 26*), o questionário de dados socioeconômicos e antropométricos. Já os dados secundários consistiram nos resultados de exames bioquímicos provenientes dos prontuários das pacientes. Participaram da pesquisa 19 gestantes sem diagnóstico de TA, porém, 10,5% obtiveram pontuação sugestiva de transtorno. Quanto ao estado nutricional, a maior parte possuía IMC adequado no período pré-gestacional (63,2%) e gestacional (47,4%) e algumas apresentaram alterações no resultados dos exames bioquímicos. Quanto aos dados socioeconômicos, a maioria tinha ensino superior completo (94,7%) e renda familiar igual ou superior a 5 salários mínimos (94,7%), eram primíparas (87,5%) com idade entre 30-39 anos (89,5%) e com suporte de rede de apoio no puerpério (94,7%). Houve a presença de comportamento alimentar de risco de pregorexia, apesar de a maioria das gestantes ter apresentado um estado nutricional adequado.

Palavras-chave: pregorexia, ganho de peso na gestação, bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtorno de compulsão alimentar

## **ABSTRACT**

Pregnancy is a period of many changes in a woman's life, in which many women have difficulties in dealing with the emotions inherent to their condition and end up adding problems with inappropriate eating behaviors, which can progress to the development of eating disorders (ED), which during pregnancy are grouped together under the term *pregorexia*. The presence of this problem interferes with both the health of the woman and the baby in the pre and postnatal period. This study aimed to investigate the eating behavior of pregnant women attended at a maternal and child nutrition clinic in the city of Recife-PE. In the collection of primary data, on the day of the consultation, through an interview, the participating pregnant women answered the Eating Attitudes Test 26 (Eating Attitudes Test 26 – EAT 26), the questionnaire of socioeconomic and anthropometric data. Secondary data consisted of the results of biochemical tests from the patients' medical records. A total of 19 pregnant women without a diagnosis of AD participated in the study, however, 10.5% obtained a score suggestive of a disorder. Regarding nutritional status, most of them had an adequate BMI in the pre-gestational (63.2%) and gestational (47.4%) period, and some showed changes in the results of biochemical tests. As for socioeconomic data, most had completed higher education (94.7%) and had a family income equal to or greater than 5 minimum wages (94.7%), were primiparous (87.5%) aged between 30-39 years (89.5%) and with support from a postpartum support network (94.7%). There was a risk of *pregorexia* eating behavior, despite the fact that most pregnant women had an adequate nutritional status.

Keywords: *pregorexia*, weight gain in pregnancy, bulimia nervosa, anorexia nervosa, binge eating disorder

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
2.1	GESTAÇÃO E SUAS MODIFICAÇÕES NO CORPO .....	10
2.2	NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO .....	12
2.2.1	<b>Estado nutricional inadequado na gestação</b> .....	12
2.3	EXAMES BIOQUÍMICOS .....	19
2.4	TRANSTORNOS ALIMENTARES .....	20
2.4.1	<b>Tipos de transtornos alimentares mais comuns na gestação</b> .....	23
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	26
3.1	OBJETIVO GERAL .....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	27
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	27
4.2	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	27
4.3	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	28
4.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	21
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29
5.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO .....	29
5.2	ATITUDES ALIMENTARES DAS GESTANTES E SEU ESTADO NUTRICIONAL .....	32
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	38
7	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39
	<b>ANEXO - TESTE EAT-26</b> .....	44
	<b>APÊNDICE - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E ANTROPOMÉTRICO</b> .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas em um curto espaço de tempo, as quais afetam tanto a saúde mental e física da gestante, como também a saúde do bebê (MEIRELES et al., 2015). Garantir a saúde das mães e das suas crianças é um tema prioritário para a saúde pública no Brasil e no mundo. Evidências científicas mostram que o estado nutricional gestacional adequado traz vantagens de saúde para ambos, mãe e filho, não apenas na gestação, mas principalmente ao longo da sua vida (OZCARIZ, BANDEIRA E KNOBEL, 2019).

A sociedade está mais atenta ao desenvolvimento de transtornos alimentares, vários estudos estão sendo realizados para melhorar o diagnóstico e aperfeiçoar o tratamento dos indivíduos acometidos. Entretanto, são poucas as pesquisas que têm as gestantes como público-alvo.

Muitas mulheres saudáveis desejam melhorar a alimentação quando engravidam, mas o aumento do peso e alterações na forma física, associados ao medo de engordar são fatores de risco para desenvolver ou exacerbar o transtornos alimentares (VIANNA e VILHENA, 2016). Ou, inversamente, para as mulheres que já possuem o transtorno anterior à gravidez, pode ser uma chance de melhorar padrões alimentares devido à preocupação da mãe com o feto (SEBASTIANI et al., 2020).

Os transtornos alimentares, infelizmente, têm aumentado na população jovem feminina, principalmente. De acordo com Santos, Garcia e Santos (2015), atualmente estamos sujeitos a padrões corporais culturalmente impostos e socialmente construídos, prevalecendo o estético que elege a magreza e o corpo esbelto como padrão a ser alcançado por todas as mulheres

Dentro dos transtornos alimentares, temos a Pregorexia que é um conjunto dos transtornos alimentares desenvolvidos durante a gravidez. Aprofundar o conhecimento nesta temática mostra-se importante, devido à escassez de literatura nacional, servindo, portanto, como exemplo e estímulo para despertar o interesse em pesquisas relacionadas com este tema (VIANNA e VILHENA, 2016).

É vasta a quantidade de conteúdo sobre transtornos alimentares em várias camadas da população em todos os ciclos da vida, exceto durante a gestação. Mesmo a nível internacional, onde os estudos sobre a Pregorexia encontram-se

mais consolidados, ainda há muito a ser pesquisado, como ratifica Bannatyne et al. (2018).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Gestação e suas modificações no corpo**

O período de desenvolvimento embrionário-fetal é chamado de gravidez ou gestação que, em humanos, dura em média de 39 a 40 semanas (CONSTANZO, 2014). Para que a gestação aconteça, uma conjunção de fatores deve estar sincronizada para que a natureza siga seu curso, como: duração do ciclo menstrual, relação sexual no período ovulatório, fecundação e nidação bem sucedida no endométrio (SILVA, 2017).

De acordo com Constanzo (2014), a gestação é dividida em 3 trimestres, cada um com duração de cerca de 13 semanas. As modificações no corpo feminino já são detectadas desde a concepção e implantação, devido à produção de hormônios e substâncias que interferem no organismo como um todo. No sistema endócrino, os hormônios produzidos durante a gestação são responsáveis pelas mudanças corporais, que tem por objetivo viabilizar o desenvolvimento do conceito, o parto e o período de lactação (Quadro 1).

Quadro 1 - Ação dos hormônios sobre o organismo materno durante a gestação

Hormônio	Fonte primária de secreção	Efeitos principais
Gonadotrofina coriônica humana (hCG)	Células do trofoblasto e placenta	Impede a rejeição imunológica do embrião; estimula a produção de relaxina pelo ovário, peptídeo que, junto com a progesterona, inibe a contratilidade espontânea do útero, sendo útil para a manutenção inicial da gestação
Progesterona	Placenta	Reduz a motilidade do trato gastrointestinal, favorece a deposição materna de gordura; aumenta a excreção renal de sódio (efeito natriurético); interfere no metabolismo de ácido fólico
Estrogênio		Reduz as proteínas séricas; aumenta propriedades higroscópicas dos tecidos; afeta a função da tireoide; interfere no metabolismo do ácido fólico, promove as alterações mamárias, hiperpigmentação cutânea; modificações no metabolismo glicídico; alterações no tecido conjuntivo e vascular
Lactogênio placentário humano (hPL) ou somatomamotrofina coriônica humana (hCS)		Ação mamotrófica na gravidez, mas não está envolvido na produção láctea. Eleva a glicemia pela glicogenólise, ação contra-insulínica, promove lipólise, diminuição do consumo de glicose e glicogênese.
Tirotrópina coriônica humana (hCT)		Estimula a produção de hormônios tireoidianos
Hormônio do crescimento	Adeno-hipófise	Eleva a glicemia; estimula o crescimento dos ossos longos, promove a retenção de nitrogênio
Tireoxina	Tireoide	Regula a velocidade da oxidação celular
Insulina	Pâncreas	Reduz a glicemia, promovendo a produção energética e síntese de gordura
Renina-angiotensina	Rins	Estimula a secreção de aldosterona, promove retenção de sódio e água, aumenta a sede
Calcitonina	Paratireoide	Inibe a reabsorção óssea do cálcio

Fonte: Accioly, Saunders & Lacerda (2002).

No que se refere ao sistema digestório no primeiro trimestre da gestação pode ocorrer perda de apetite, devido a náuseas, enjoos e vômitos matinais. Mudanças nas preferências alimentares costumam aparecer, inclusive transformando-se em alterações do paladar, com o desejo de comer produtos que

não são alimentos, sendo este transtorno alimentar chamado de picamalácia (ACCIOLY, SAUDERS e LACERDA, 2002).

Algumas estruturas e funções do sistema digestório podem ser modificadas nesse período como: sialorreia (na gestação é passageira, causada por flutuações hormonais); pirose (ligada ao refluxo gastroesofágico, devido à redução do tônus do esfíncter esofágico inferior, do maior tempo de esvaziamento gástrico e do aumento da pressão intra-abdominal pelo útero gravídico); constipação (devido à hipotonia gastrointestinal, ocasionada pela ação de hormônios que relaxam a musculatura lisa, reduzindo a velocidade da passagem dos alimentos pelo trato intestinal) (ACCIOLY, SAUDERS e LACERDA, 2002; PEIXOTO, 2014).

## **2.2 Nutrição na gestação**

Planejar uma gravidez envolve vários aspectos da vida da mulher, dentre eles o da saúde. Mesmo antes da gestação acontecer, a mulher deveria procurar assistência de uma equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista, para saber como estão as condições de saúde atuais e mitigar/resolver problemas que possam impedir a gravidez ou interferir de forma negativa no seu curso.

Por exemplo, com relação ao estado nutricional e ao peso, o ideal é que a mulher esteja eutrófica, ou seja, seu Índice de Massa Corporal (IMC), deve estar situado entre 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Fora desta faixa ideal, a magreza e o excesso de peso podem interferir negativamente tanto na saúde da mulher quanto na do bebê.

Sob o ponto de vista nutricional, pode-se dividir a gestação em duas fases: materna e fetal. Na fase materna, que corresponde aproximadamente à primeira metade da gravidez, o organismo da gestante se prepara realizando as adaptações fisiológicas necessárias e fazendo um estoque de nutrientes, principalmente lipídios, para garantir a nutrição do concepto. Já na segunda metade da gestação, a fase fetal, boa parte das reservas nutricionais da mãe é utilizada, sendo necessário um bom aporte de nutrientes antes, durante e após o período gestacional (PARIZZI e FONSECA, 2010).

### **2.2.1 Estado nutricional inadequado na gestação**

Para realizar a avaliação nutricional no início da gestação, são utilizados os valores do IMC preconizados pela OMS, considerando o peso anterior a gravidez. Já durante o período gestacional, os valores de IMC usados são os da Tabela de

Atalah, que variam de acordo com a semana gestacional (ATALAH et al., 1997). O quadro 2 indica as recomendações do *Institute of Medicine* – IOM (IOM, 2009) sobre o ganho de peso ideal durante a gestação, considerando o IMC pré-gestacional.

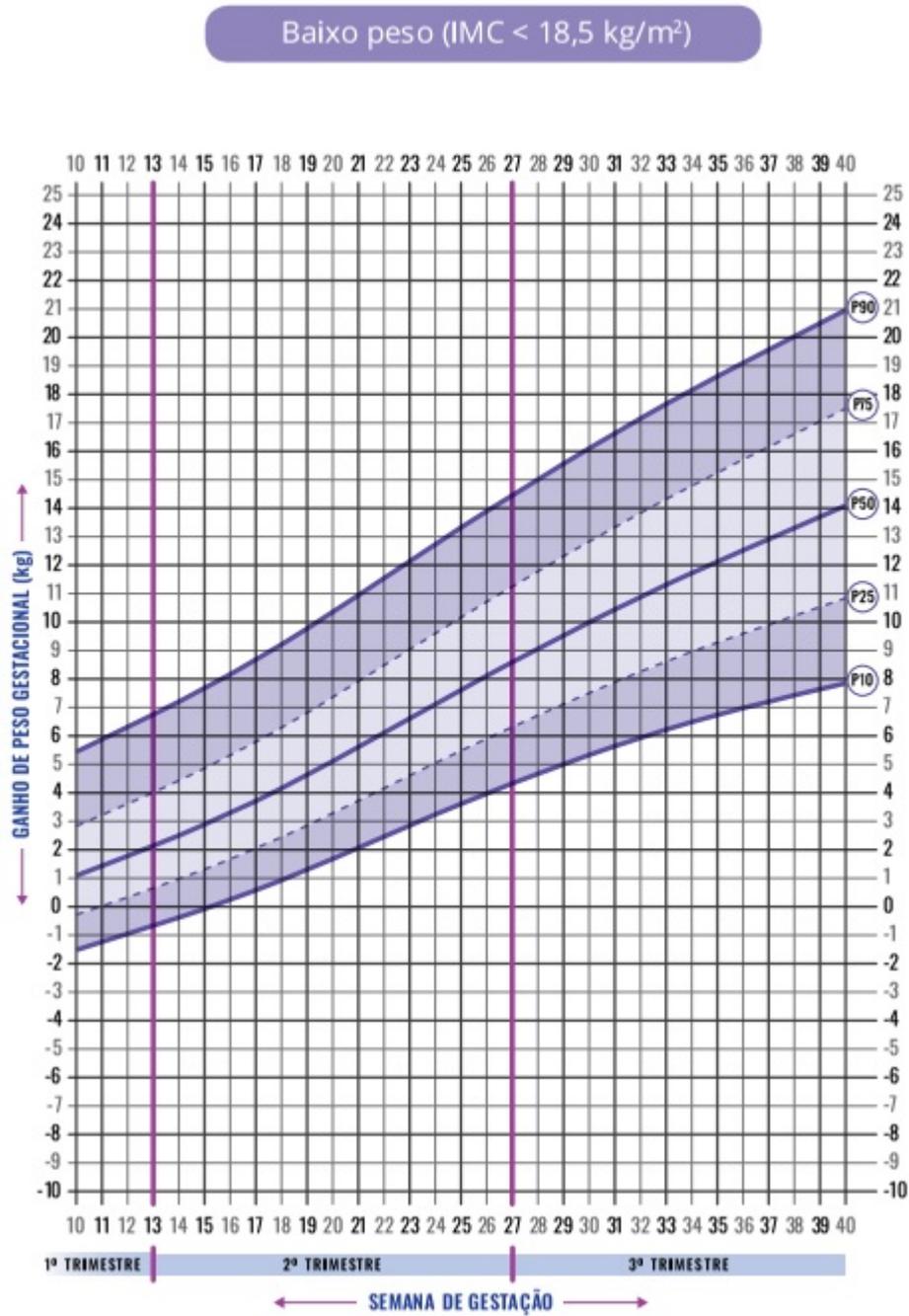
Quadro 2 - Recomendação de ganho de peso a partir do diagnóstico nutricional pré-gestacional.

<b>IMC pré-gestacional (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Estado nutricional inicial (IMC)</b>	<b>Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre</b>	<b>Ganho de peso (g) semanal médio no 2º e 3º trimestres</b>	<b>Ganho total de peso total (kg)</b>
<18,5	Baixo peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
18,5 – 24,9	Peso adequado	1,6	0,4	11,0 – 16,0
25,0 – 29,9	Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
>30	Obesidade	---	0,2	5,0 – 9,0

Fonte: IOM (2009).

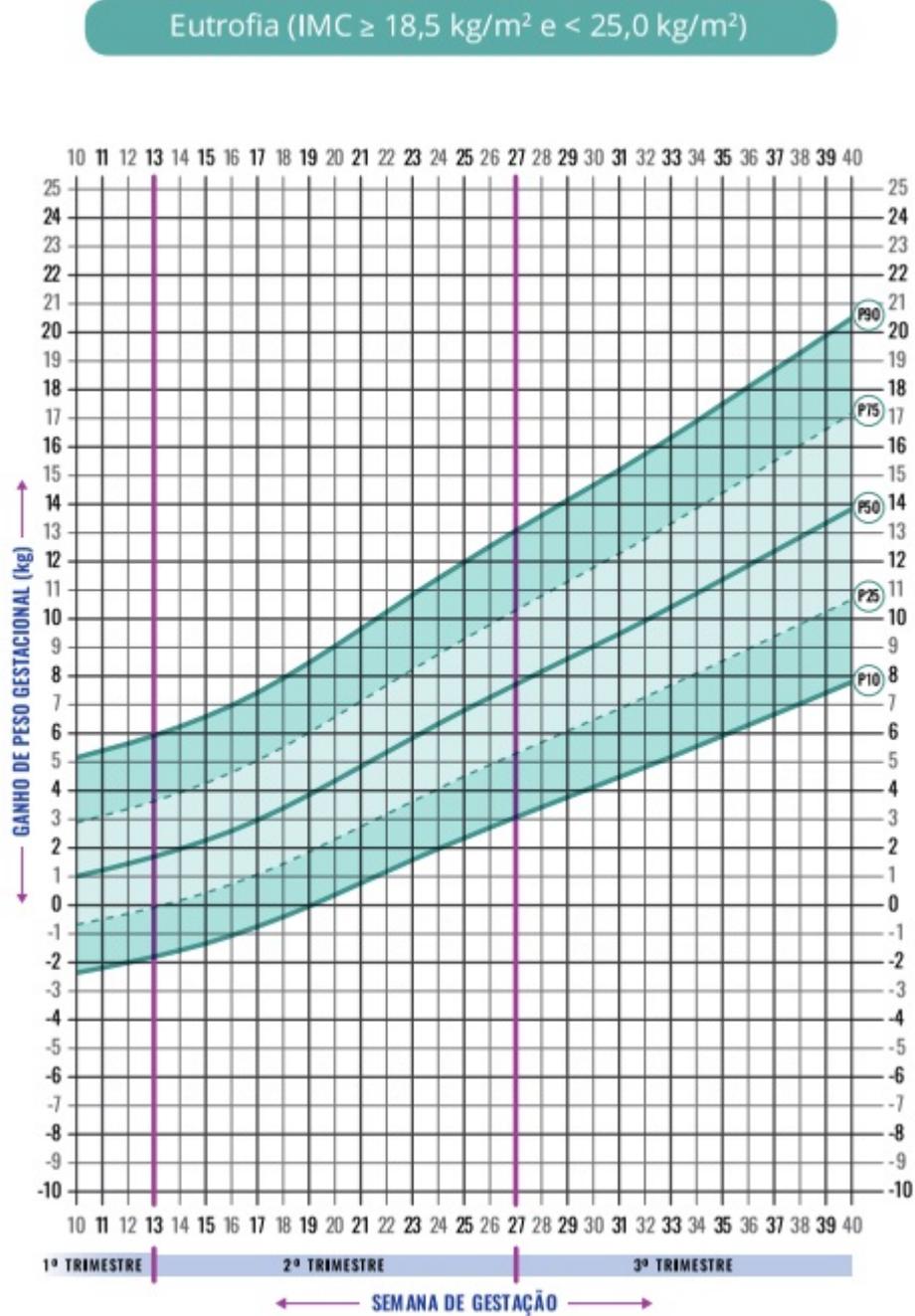
O Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) lançou em 2022 a nova versão da Caderneta de Saúde da Gestante, no qual o acompanhamento do estado nutricional da gestante é realizado por meio de curvas Ganho de Peso x Trimestre Gestacional, considerando o IMC pré-gestacional da mulher. A seguir, são mostradas as curvas para gestantes com IMC de baixo peso (Figura 1), eutrofia (Figura 2), sobrepeso (Figura 3) e obesidade (Figura 4).

Figura 1: Curva para IMC pré-gestacional de baixo peso.



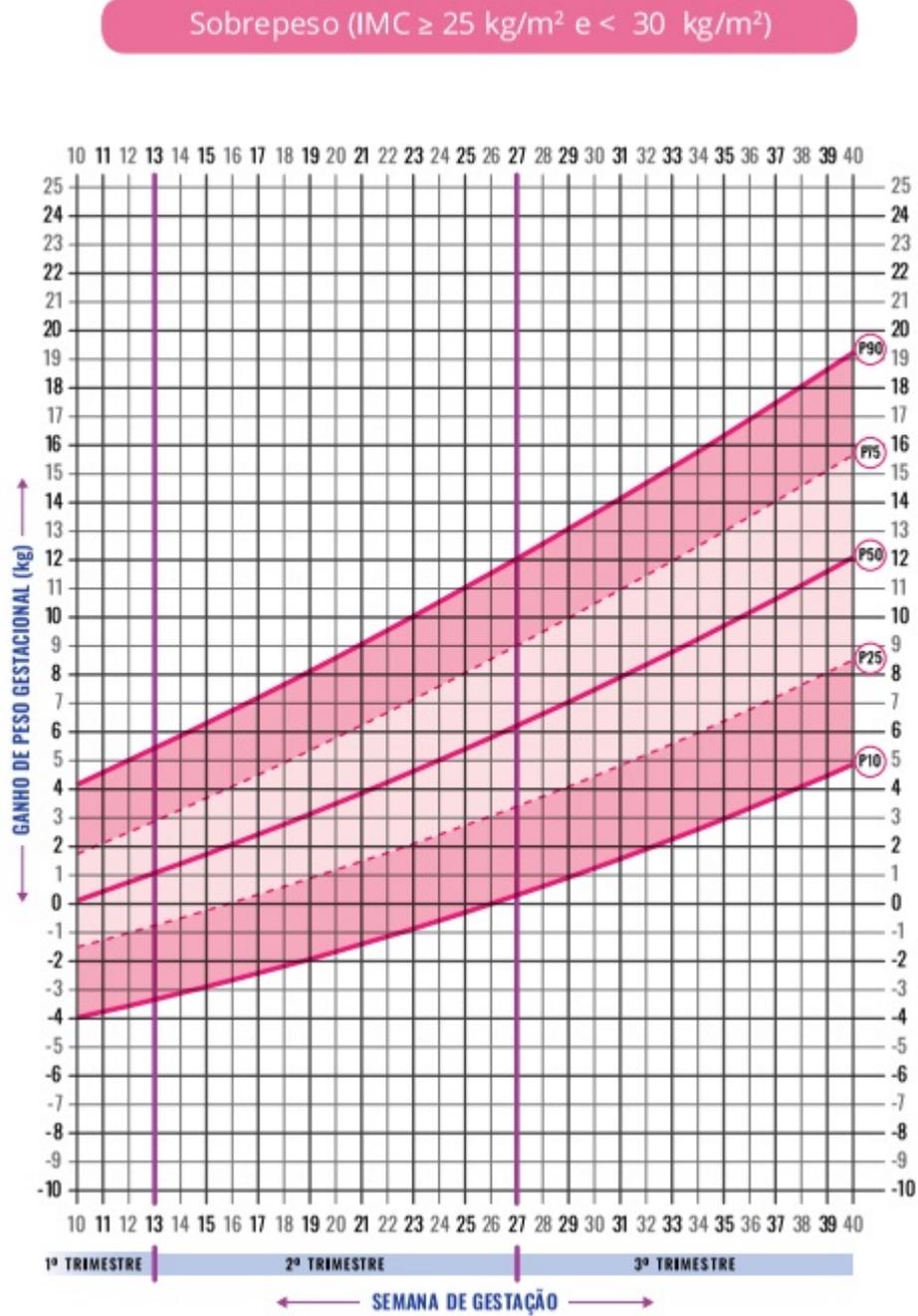
Fonte: Brasil (2022).

Figura 2: Curva para IMC pré-gestacional de eutrofia.



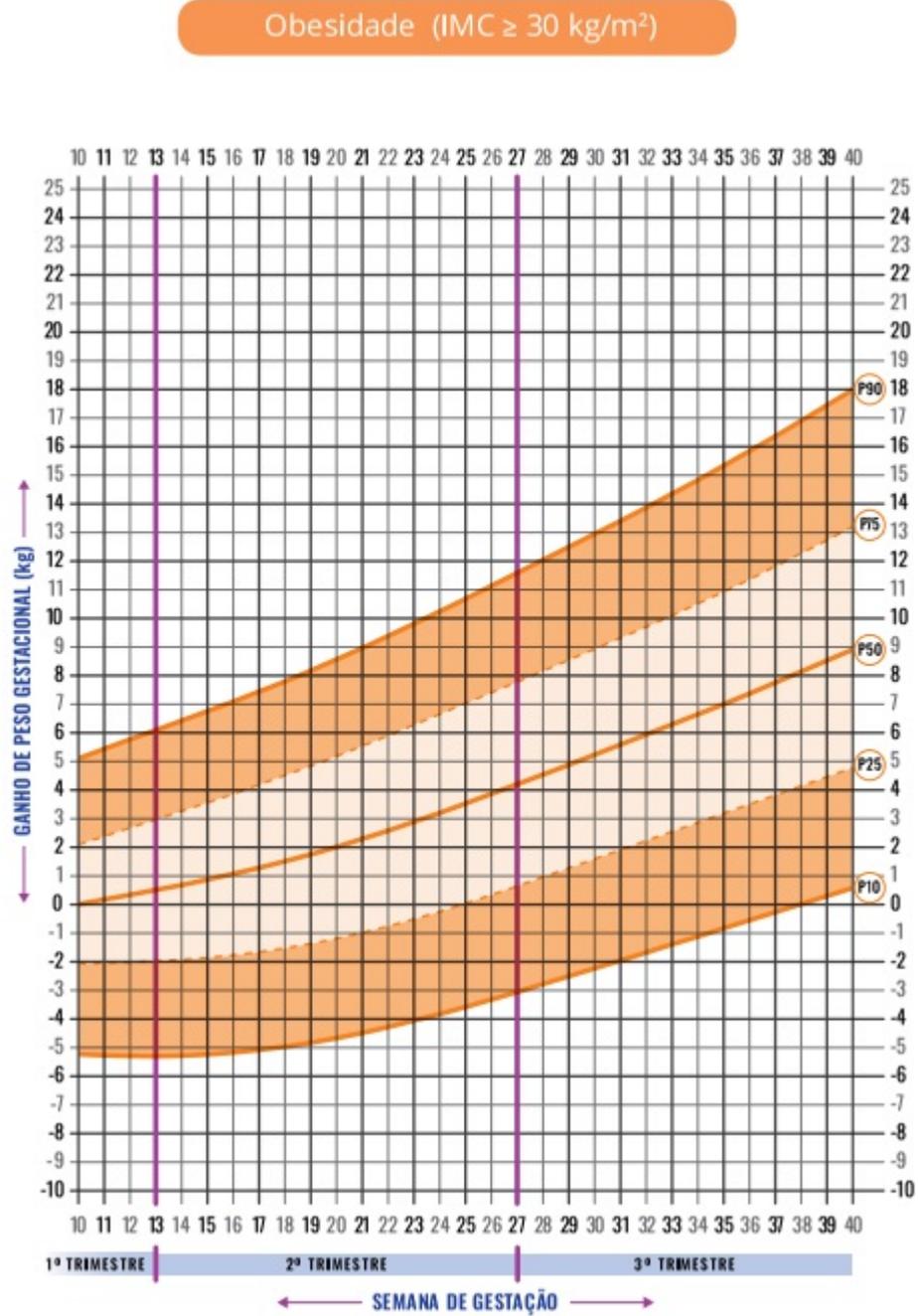
Fonte: Brasil (2022).

Figura 3: Curva para IMC pré-gestacional de sobrepeso.



Fonte: Brasil (2022).

Figura 4: Curva para IMC pré-gestacional de obesidade.



Fonte: Brasil (2022).

Quanto ao acréscimo calórico na gestação, o IOM (2009) faz a seguinte recomendação: no 1º trimestre não é imperativo o aumento das calorias; no 2º trimestre, acrescentar 340 kcal/dia; no 3º trimestre, acrescentar 452 kcal/dia. Para ser considerada gravidez de baixo risco algumas características devem ser observadas, entre as quais estão: ausência de doenças pré-existentes (hipertensão, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis, infecções no trato urinário), baixo peso ou obesidade, gestação multifetal (ARTAL-MITTELMARK, 2020). Para este grupo, considerando de mulheres adultas, o consumo de macronutrientes deve ser (IOM, 2009): carboidratos: 45% a 65% do valor energético total (VET), com no mínimo 175g/dia, com preferência por carboidratos de baixo índice glicêmico; proteínas: 1,1 g/kg (peso base pré-gestacional), com ingesta mínima de 71 g/dia; lipídios: 30 a 35% VET, com equilíbrio entre saturados e insaturados, de acordo com as recomendações para mulheres adultas.

A gestante e a equipe multidisciplinar de saúde também devem estar atentos ao consumo dos micronutrientes, principalmente aqueles de interesse neste período, como o ferro, cálcio, zinco, iodo, vitaminas do complexo B, vitaminas A, C e D, entre outros. Eles são importantes para a manutenção da saúde da gestante e para o desenvolvimento sadio do concepto (BYRD-BREDBENNER et al., 2014).

De acordo com Byrd-Bredbenner et al. (2014), o risco maior de danos ao desenvolvimento fetal devido à má nutrição materna acontece no 1º trimestre gestacional, sendo este um período crítico para que a gravidez avance ou não. As deficiências nutricionais ou a exposição a excesso de nutrientes, drogas, álcool, patógenos durante este período podem interferir no desenvolvimento e produzir efeitos que vão desde anomalias físicas ou mentais até abortos espontâneos. Os danos ao feto que podem ser causados devido ao estado nutricional materno nos 2º e 3º trimestres são mais fáceis de reverter, em partes, oferecendo uma nutrição pós-natal adequada ao bebê.

Segundo Petterson, Zandian e Clinton (2016), o recém-nascido de baixo peso possui risco aumentado para o desenvolvimento de obesidade e doenças cardiovasculares no futuro. Esta informação é consistente com a Teoria de Programação Fetal de Backer (BACKER, 1990; BACKER, 1992), que diz que quando o concepto é exposto a um ambiente intrauterino com baixos níveis de nutrientes, o organismo dele realiza adaptações metabólicas na expectativa de encontrar um ambiente extrauterino semelhante. Essas adaptações seriam ótimas

caso as condições pós-natais se mantivessem semelhantes às da vida intrauterina. Porém, ao se deparar com uma oferta normal de nutrientes, este organismo supereficiente metabolicamente termina por provocar consequências negativas a si próprio, com a predisposição ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (BACKER, 1990; BACKER, 1992).

### **2.3 Exames bioquímicos**

Na avaliação do estado nutricional, a solicitação de exames bioquímicos é um ponto importante, pois permite que o nutricionista detecte carências ou excesso de nutrientes, podendo se antecipar ao aparecimento de qualquer sinal e/ou sintoma clínico, além de monitorar o tratamento do paciente (SAMPAIO et al., 2012). Na gestação, alguns exames são mais comumente solicitados, como os que avaliam a glicemia, o perfil lipídico, hemograma (série vermelha), ferro sérico e ferritina.

A Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (SBD, 2022) alerta para o desenvolvimento do diabetes mellitus gestacional (DMG), cujos limites da glicemia de jejum estão situados entre 92 - 125 mg/dL e a hemoglobina glicada inferior a 57%. A DMG é a intolerância aos carboidratos que se inicia durante a gestação, mas que não preenche critérios diagnósticos do diabetes mellitus (DM) fora da gestação. A SBD (2022) afirma que os riscos do DMG na gestação podem ser minimizados com o planejamento e a otimização do controle glicêmico ao longo da gravidez.

Durante o período gravídico, mulheres saudáveis podem ter alterações no metabolismo lipídico à medida que a gestação avança, essas alterações são essenciais para o desenvolvimento fetal e ocorrem devido à adaptações fisiológicas hormonais. Os índices de referência gestacionais para o perfil lipídico são, segundo Feitosa et al. (2017), colesterol total (CT) <200 mg/dl , LDL-c <160 mg/dl e triglicerídeos <150 mg/dl e o HDL-c >50 mg/dl. A gestante é diagnosticada com dislipidemia quando apresenta pelo menos uma fração lipídica alterada. Segundo Lopes et al. (2019), a maior parte das mulheres têm aumentados os níveis de triglicerídeos no terceiro trimestre, o colesterol HDL reduzido na segunda metade da gestação e o colesterol LDL aumentado em todos os trimestres, sendo que, no final da gestação, o colesterol total pode aumentar de 25 a 50% e os triglicerídeos de 200 a 400%.

Normalmente, ocorre o aumento desproporcional do volume plasmático

resulta em hemodiluição, que é um fenômeno fisiológico. Nesta fase, o hematócrito (Hct) diminui de um valor entre 38 e 45%, em mulheres saudáveis e não gestantes, para cerca de 34% durante a gestação tardia de feto único, e para cerca de 30% na gestação tardia multifetal (FRIEL, 2021). Para indicar anemia, os níveis de hemoglobina (Hb) e Hct são classificados por trimestre gestacional, sendo as seguintes são classificados como indicativo de anemia (FRIEL, 2021):

- 1º trimestre: Hb < 11 g/dL; Hct < 33%
- 2º trimestre: Hb < 10,5 g/dL; Hct < 32%
- 3º trimestre: Hb < 11 g/dL; Hct < 33%

A anemia ocorre em mais de um terço das mulheres durante o 3º trimestre de gestação e a causa mais comum é a deficiência de ferro que, de acordo com Friel (2021), a anemia predispõe ao parto prematuro, o baixo peso ao nascimento e à infecções maternas pós-parto. Os níveis de ferro e ferritina em gestantes anêmicas estão abaixo de 50 mc/dL e 12 mg/dL, respectivamente (RODRIGUES e JORGE, 2010).

É de suma importância que a gestante passe por uma avaliação do estado nutricional detalhada, como exposto anteriormente, de forma que o nutricionista possa traçar condutas individualizadas e assertivas. A ocorrência de transtornos alimentares causa perturbações no estado nutricional e acarreta diversos problemas de saúde, que podem variar de acordo com o tipo de transtorno manifestado e que durante a gestação traz prejuízos também ao crescimento e desenvolvimento do bebê.

## **2.4 Transtornos alimentares**

Transtornos alimentares são definidos como distúrbios persistentes no comportamento alimentar que impactam de forma negativa na saúde física, mental e no relacionamento social. (WEBSTER-GANDY, MADDEN e HOLDSWORTH, 2012). Ximenes (2019) define os transtornos alimentares como doenças nas quais os indivíduos apresentam perturbações nas suas relações com o seu comportamento alimentar, podendo ocasionar desnutrição ou obesidade. Cuppari (2019) afirma que os transtornos alimentares são uma condição rara, que afetam principalmente adolescentes, adultos jovens, e em estudos realizados na Europa e nos EUA

apontam que ao longo da vida, pelo menos 5% das pessoas desenvolvem esta patologia.

Sintomas de transtornos alimentares geralmente são acompanhados de distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão, o que pode levar ao aumento ou redução da ingestão alimentar pela mulher. Conseqüentemente, ocorre a baixa adesão ao pré-natal, o abuso de drogas (lícitas e ilícitas), bem como complicações obstétricas e fetais como: aborto espontâneo, atraso no ritmo do crescimento intrauterino, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, baixo índice na Escala de Apgar, hiperemese gravídica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia/hipertensão arterial, maior frequência de parto cesariano e malformações diversas (SOARES et. al, 2009; SEBASTIANI et al., 2020).

Existem vários instrumentos que podem ser utilizados no rastreamento de transtornos alimentares, mas ainda não há testes específicos para gestantes. Para escolher o mais adequado a cada caso, deve-se conhecer o público-alvo (faixa etária, sexo) e os tipos de transtornos que se deseja rastrear. Entre os testes validados para adultos e traduzidos para a língua portuguesa, podemos citar: EAT-26, BITE, BES, QEWP-R, BSQ, Escala de figuras de Stunkard, BAQ, TFEQ, RS, NKS e DEAS (ALVARENGA, SCAGLIUSI E PHILIPPI, 2011).

Pode ser frequente a dificuldade de profissionais de saúde, isoladamente, em detectar os sintomas de transtornos alimentares em pacientes grávidas. Geralmente, as informações sobre os hábitos alimentares podem ser ocultadas por medo, culpa ou simplesmente por elas acharem que são inerentes à gravidez (CLAUDINO e ZANELLA, 2005). Entretanto, atualmente, as gestantes têm recebido mais atenção quanto ao desenvolvimento de relações conflituosas com a comida e com a sua aparência física, o que levou à criação de um termo exclusivo para identificar transtornos alimentares nesta fase: pregorexia.

Mulheres com histórico de transtornos alimentares há mais de 2 anos são mais propensas a oferecer mais riscos ao conceito, porque apresentam estado clínico já complicado devido à desnutrição, uso de laxantes, diuréticos, etc. No caso de anorexia nervosa (AN), há aumento de chances de abortos espontâneos e de mortalidade infantil logo após o nascimento, além de baixo peso ao nascer. Por outro lado, mulheres com episódios de compulsão alimentar tendem a ganhar peso em excesso, desenvolvendo risco aumentado para diabetes gestacional, eclâmpsia e hipertensão arterial (CLAUDINO E ZANELLA, 2005).

Para Bainbridge (2008), a gravidez é um dos períodos da vida da mulher que mais demandam um bom aporte nutricional e sem dúvidas, o foco deve ser colocar a saúde materna e fetal em primeiro lugar. Neste estado, até mesmo as mulheres mais preparadas podem se sentir ansiosas e vulneráveis, sendo que o que elas realmente precisam é de empatia, compreensão e acolhimento dos demais, buscando lidar da melhor forma possível com a relutância em aceitar as mudanças corporais advindas desta fase da vida.

Durante a gestação, a mulher se mostra suscetível ao recebimento de informações que possam ser revertidas em benefício ao bebê. Assim, este período torna-se uma etapa favorável para ações de promoção da saúde, devido ao interesse da gestante na incorporação e/ou alteração de hábitos, já que nessa etapa específica da vida da mulher ocorrem várias dúvidas que podem estimulá-las a buscar informações e, conseqüentemente, na adoção de novas e melhores práticas de saúde (MEIRELLES et al. 2015).

É chamado de pregorexia o conjunto dos transtornos alimentares desenvolvidos durante a gravidez, como a Alotriofagia, também conhecida Pica, que é o desejo de alimentar-se de produtos que não são alimentos, a Vigorexia (excesso de atividade física), Ortorexia (dieta inflexível), Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa, sendo estes três últimos os mais comuns.

Um exemplo internacional positivo vem do Ministério da Saúde da Austrália, que criou o órgão chamado *National Eating Disorders Collaboration* – NEDC, que é especializado na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e pesquisa sobre transtornos alimentares, considerado um problema de saúde pública naquele país. O corpo técnico do NEDC elaborou uma cartilha voltada para profissionais de saúde, na qual constam orientações de como identificar e lidar com grávidas pregoréxicas.

Em geral, os sinais e sintomas da pregorexia podem se confundir com os normalmente vivenciados na gravidez. Porém, os profissionais de saúde devem estar atentos a estas mudanças, que podem ser de ordem psicológica, física e comportamental. A seguir, no Quadro 3, seguem algumas orientações constantes na referida publicação.

Quadro 3 - Sinais e sintomas sugestivos de transtornos alimentares em gestantes.

<b>Sinais Psicológicos</b>	Preocupação, angústia excessiva com o ganho de peso, mesmo quando está dentro da normalidade
	Insatisfação com as novas formas, apesar de as mudanças corporais já serem esperadas
	Atitudes negativas ou incomuns em relação à comida ou ao ato de comer
	Pensamentos negativos relacionados ao feto, à gravidez e ansiedade com os cuidados com o bebê
<b>Sinais Físicos</b>	Grave perda ou baixo peso em relação ao estágio da gravidez
	Grave ganho de peso ou peso excessivo em relação ao estágio da gravidez
	Desmaios, tonturas, dores de cabeça, falta de ar, fadiga, problemas gastrointestinais, baixa densidade óssea
	Histórico de infertilidade, problemas com o ciclo menstrual
<b>Sinais Comportamentais</b>	Indicações de restrição de ingestão alimentar e de certos alimentos, desaconselhados pelos profissionais de saúde
	Vômitos repetidos e autoinduzidos
	Evitar refeições ou apresentar mudanças no comportamento alimentar (exemplo: recusar-se a comer com outras pessoas)
	Evidência de uso de substâncias e medicamentos para a manutenção do peso.
	Insônia ou padrões de sono perturbados
	Comportamento suicida ou de automutilação (necessita de intervenção profissional com urgência)
Padrões de exercícios excessivos ou distorcidos, bem como sinais de angústia quando não é possível se exercitar	

Fonte: NEDEC (2015).

#### 2.4.1 Tipos de transtornos alimentares mais comuns na gestação

Os transtornos alimentares mais documentados na literatura e, por isso, mais facilmente identificados durante a gravidez são a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA). Eles estão catalogados no rol de doenças do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-5) da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014) e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1993).

A Anorexia nervosa é caracterizada pela perda intensa de peso devido à distorção da imagem corporal, na qual a pessoa se enxerga gorda. O transtorno

desencadeia alterações hormonais devido à desnutrição, sendo o medo de engordar e o rígido controle do peso os sintomas principais.

Alguns comportamentos são comuns aos pacientes anoréxicos como: esconder alimentos (no armário, no banheiro, em roupas), dividir as refeições em pequenas porções, preparar alimentos para os outros, mastigar lentamente pequenas quantidades de comida, ruminar o alimento (mastigação seguida de descarte do alimento ou deglutição seguida de regurgitação), evitar comer junto com outras pessoas, mostrar grande interesse por tudo o que está relacionado à culinária e dietas, possuir grande conhecimento sobre as calorias dos alimentos e sobre nutrição, acreditar que alimentos consumidos se transformam imediatamente em gordura corporal, evitar grupos alimentares específicos, muitas vezes com justificativas ideológicas (vegetarianismo, alimentação macrobiótica, etc.), crenças rígidas e perfeccionismo em relação a modelos estéticos e “saudáveis” (CORDÁS e KACHANI, 2010).

Em uma revisão de literatura realizada por Dunker, Alvarenga e Alves (2009), constatou-se que as pacientes com anorexia antes da gravidez foram resistentes no ganho de peso adequado durante a gestação, que a presença de hiperemese gravídica foi mais frequente e os seus bebês nasceram apresentando complicações como prematuridade e baixo peso. Entretanto, quando as gestantes que conseguiram ganhar peso deram à luz a bebês saudáveis. Além disso, as gestantes anoréxicas voltavam rapidamente ao peso pré-gestacional.

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso, como o vômito autoinduzido, uso de laxantes ou outros medicamentos e excesso de atividade física (CORDÁS e KACHANI, 2010; NEDEC, 2015). A bulimia nervosa possui semelhanças psicológicas com a anorexia nervosa, incluindo desconforto com a forma física e o peso. É comum um histórico prévio de AN de meses ou anos antes da bulimia nervosa se instalar definitivamente (WEBSTER-GANDY, MADDEN e HOLDSWORTH, 2012).

Em uma revisão de literatura realizada por Dunker, Alvarenga e Alves (2009), constatou-se que as pacientes conseguiam reduzir a ocorrência do comportamento bulímico conforme a gestação avançava, porém, a maioria volta a apresentar os sintomas do transtorno após o parto. Entretanto, diferente dos recém-nascidos de mães anoréxicas, os das mães com bulimia geralmente nascem com peso normal e

com melhor saúde.

O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) caracteriza-se por episódios recorrentes de descontrole alimentar, que devem acontecer uma vez por semana nos últimos 3 meses. Diferente da bulimia nervosa, o TCA não está associado a comportamentos purgativos ou esforços visando a perda ou a manutenção do peso (CORDÁS e KACHANI, 2010; NEDEC, 2015). Outra característica nestes casos é o início precoce de dietas, os indivíduos geralmente apresentam sobrepeso ou obesidade e têm maior prevalência de complicações psiquiátricas (MATOS, PAULA e FIGUEIREDO, 2017).

Os pacientes com TCA preferem comer sozinhos para evitar julgamentos, durante os episódios de descontrole alimentar, o indivíduo ingere grande quantidade de comida num curto espaço de tempo até se sentir desconfortável, mesmo não estando com fome. Após o episódio, sentem tristeza, vergonha e culpa, geralmente desenvolvendo quadros depressivos (CORDÁS e KACHANI, 2010).

Ao contrário dos recém-nascidos de mães anoréxicas e bulímicas, os bebês de mães com TCA tendem a nascer com macrossomia e a desenvolver todos os problemas de saúde decorrentes desta condição, devido ao sobrepeso/obesidade que as mulheres que desenvolvem este transtorno geralmente apresentam (NEDEC, 2015).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral:**

Avaliar o comportamento alimentar das gestantes assistidas num consultório particular de nutrição materno-infantil em Recife-PE.

#### **3.2 Específicos:**

- Identificar o perfil socioeconômico das gestantes (prática de atividade física, diagnóstico formal de transtorno alimentar, assistência de profissionais de saúde, renda familiar, escolaridade, rede de apoio, faixa etária e paridade)
- Investigar as atitudes alimentares das gestantes, bem como seu o estado nutricional
- Analisar exames bioquímicos: perfil glicídico, perfil lipídico, hemograma (hematócrito e hemoglobina), ferritina e ferro.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Caracterização do Estudo

Os dados foram coletados no período de 16/02/2022 a 17/08/2022, com gestantes com idade entre 18 e 39 anos, com gravidez de baixo risco e não gemelar, assistidas, de forma presencial, no consultório de uma nutricionista materno-infantil na cidade do Recife-PE. As pacientes foram convidadas para responder ao questionário após a realização da consulta com a nutricionista, nas dependências físicas do local.

A pesquisa foi do tipo quali-quantitativa/exploratória, analisando a frequência dos dados coletados, verificando se há correlação entre os dados obtidos e a ocorrência de preeclâmpsia. O estudo foi do tipo transversal-descritivo, pois não foi realizado acompanhamento da gestação das participantes. As informações sobre dados bioquímicos e antropométricos foram de fonte secundária, sendo considerados aqueles obtidos desde o início do acompanhamento nutricional, retrospectivamente, até o dia da aplicação dos questionários para avaliar a evolução ponderal da gestante.

A pesquisa usou o método não probabilístico de amostra por conveniência, que considera a disponibilidade de pessoas para fazer parte da amostra em um determinado intervalo de tempo. Deste modo, 19 gestantes concordaram em responder os questionários.

### 4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados dois questionários:

**a)** O Teste de Atitude Alimentar 26 (*Eating Attitudes Test 26 – EAT 26*), validado para uso no Brasil por Nunes et al. (2005), é do tipo Likert, composto por 26 questões objetivas, é um instrumento autoaplicável de rastreamento, que avalia e indica a presença de padrões alimentares em indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares. As respostas podem ser *SEMPRE* (3 pontos), *MUITO FREQUENTEMENTE* (2 pontos), *FREQUENTEMENTE* (1 ponto), *ÀS VEZES*, *RARAMENTE* e *NUNCA* (não pontuam). Os pontos são somados e convertidos em escores, sendo o resultado maior ou igual a 20 sugestivo de comportamento alimentar de risco para transtornos de alimentação (CORDÁS e KACHANI, 2010).

**b)** Questionário socioeconômico e antropométrico, no qual foram realizadas perguntas que permitiram traçar as características socioeconômicas das gestantes (prática de atividade física, diagnóstico formal de transtorno alimentar, assistência de profissionais de saúde, renda familiar, escolaridade, rede de apoio, faixa etária e paridade) e saber como está evoluindo o ganho de peso durante o período gestacional, respectivamente. Para a avaliação do estado nutricional foram utilizados o IMC pré-gestacional (OMS, 1995) e o IMC gestacional (ATALAH, 1997).

**c)** Os exames bioquímicos avaliados foram o perfil glicídico (SBD 2022), perfil lipídico (LOPES et al., 2019), do hemograma hematócrito, hemoglobina e hemácias (FRIEL et al., 2021) e ferro e ferritina (RODRIGUES e JORGE, 2010).

#### **4.3 Procedimentos para a coleta de dados**

Os dados foram coletados com a aplicação dos questionários por meio de entrevista presencial com as gestantes, de forma reservada, visando manter a sua privacidade, na mesma oportunidade da consulta no local de atendimento nutricional. Os dados antropométricos e dos exames bioquímicos foram de fonte secundária, cedidos pela nutricionista em momento posterior à entrevista presencial com as gestantes.

Para calcular o IMC gestacional foi utilizada a calculadora do Estado Nutricional da Gestante do Ministério da Saúde (<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=9>).

#### **4.4 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da UFPE (Comprovante nº: 122578/2021) e sua realização obedeceu os preceitos éticos da Resolução 466/12 ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil socioeconômico das gestantes

Com a exceção de apenas uma gestante, todas possuíam ensino superior e renda familiar com 5 ou mais salários mínimos, estavam inseridas no mercado de trabalho (Tabela 1), sendo a maior parte delas profissionais liberais e uma das gestantes com possível diagnóstico de TA é profissional de saúde.

Tabela 1 - Renda familiar e escolaridade das gestantes

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Renda familiar</b>	
< 1 salário mínimos	0 (0%)
1 a 2 salários mínimos	0 (0%)
3 a 4 salários mínimos	1 (5,3%)
5 ou mais salários mínimos	18 (94,7%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino fundamental	0 (0%)
Ensino médio	1 (5,3%)
Ensino superior	18 (94,7%)

Fonte: A autora (2022).

Sobre a rede de apoio, apenas uma gestante relatou que não contará com ajuda durante o puerpério. Já entre as que têm uma rede de apoio neste período, a maior parte citou que terá ajuda de babás ou funcionárias, seguidas pelos familiares: companheiros, avós e cunhada, sendo alguns deles citados mais de uma vez pela mesma gestante (Tabela 2).

Tabela 2 - Rede de apoio das gestantes

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Presença de rede de apoio</b>	
Sim	18 (94,7%)
Não	1 (5,3%)
<b>Integrantes da rede de apoio</b>	
Companheiro	5 (27,8%)
Avós	3 (16,7%)
Babás / funcionárias	10 (55,6%)
Cunhada	1 (5,6%)

Fonte: A autora (2022).

Segundo Leone e Portilho (2018), já não é mais comum que as mulheres com a carreira profissional consolidada abram mão da vida laboral para se dedicar ao casamento e à criação dos filhos. Nesta situação, é importante a construção de uma rede de apoio que possa auxiliar a mulher desde a gestação, passando pelo puerpério até a volta ao trabalho. Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) reforçam que as mulheres que contam com uma rede de apoio durante todo este período possuem menores índices de sintomas de estresse, ansiedade e depressão pós-parto. Neste sentido, a maior parte das gestantes contará com o auxílio de funcionárias/babás, o que denota que a renda familiar alta interfere diretamente na formação da rede de apoio, na falta de familiares que possam estar presentes em tempo integral.

Conforme as tendências nacionais e internacionais relacionando a idade materna e a primeira gestação, prevaleceu o perfil de primíparas com idade entre 30-39 anos, sendo a maior parte classificada no 2º ou 3º trimestre gestacional (Tabela 3). Este adiamento da maternidade acontece principalmente em virtude da entrada da mulher no mercado de trabalho e pela melhoria no acesso a serviços de saúde, de modo que é possível a realização de planejamento familiar (MYRRHA, TURRA e WAJNMAN, 2017).

Tabela 3 - Idade gestacional e faixa etária das gestantes

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Idade gestacional</b>	
1º Trimestre	4 (21%)
2º Trimestre	7 (36%)
3º Trimestre	8 (42,1%)
<b>Faixa etária</b>	
18-19 anos	0 (0%)
20-29 anos	2 (10,5%)
30-39 anos	17 (89,5%)
<b>Paridade</b>	
Primíparas	16 (84,2%)
Multíparas	3 (15,8%)
<b>Faixa etária das primíparas</b>	
18-19 anos	0 (0%)
20-29 anos	2 (12,5%)
30-39 anos	14 (87,5%)

Fonte: A autora (2022).

A gestação tardia e a quantidade reduzida de filhos também têm relação com a escolaridade, que permite a mulher ter maior progressão na carreira profissional e renda mais alta, fatos que foram explicitados na pesquisa, onde 94,7% das gestantes possuem ensino superior completo e renda familiar igual ou superior a 5 salários mínimos. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado pela ONU intitulado *Dinâmica e Fecundidade da População Brasileira* (UNFPA, 2018), no qual está documentado que a educação e a renda têm impacto direto sobre as taxas de fecundidade: a) as mulheres brasileiras mais escolarizadas tendem a ter menos filhos, por vezes menos do que o desejado, devido à falta de tempo para conciliar vida pessoal e profissional; b) com relação à renda neste estrato da população feminina, nos 20% dos domicílios com maiores rendimentos no país, essas mulheres apresentam taxas de fecundidade inferiores às taxas de reposição delas mesmas na população (ao redor de 1, frente à taxa de reposição de 2).

Os dados coletados nesta pesquisa mostraram a boa situação socioeconômica das gestantes, que pode proporcioná-las mais qualidade de vida,

um maior acesso a serviços de saúde, de estética, além de poder realizar escolhas de alimentos mais saudáveis, que juntos são fatores que podem minimizar o risco de desenvolver insatisfação com a imagem corporal. Como é sabido, a preocupação excessiva com a aparência sendo associada à alimentação, bem como outros problemas de ordem emocional, como ansiedade, são fatores precursores para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

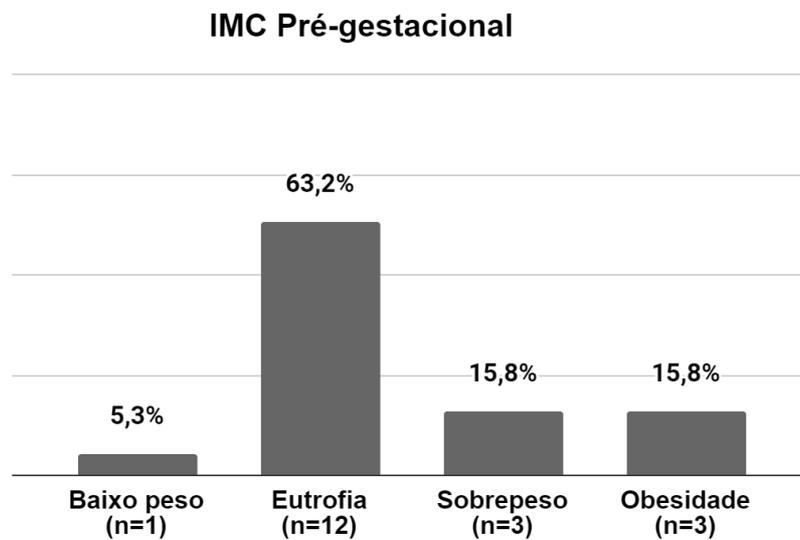
Além da renda, a escolaridade também é um fator importante de conscientização e acesso a informações, que permitem ações para a prevenção e percepção de problemas de saúde. O acesso à saúde privada possibilita que as mulheres possam ter o diagnóstico do transtorno alimentar, além de outras patologias de ordem psicológicas e psiquiátricas que possam evoluir para a doença. Ademais, a presença de uma rede de apoio estruturada já no período gestacional favorece a saúde mental da mulher neste período.

## **5.2 Atitudes alimentares das gestantes e seu estado nutricional**

Das 19 gestantes que participaram, 10,5% (n=2) apresentaram pontuação superior a 20, que corresponde ao ponto de corte do teste EAT-26, porém nenhuma apresentou diagnóstico formal de transtorno alimentar atestado por médico psiquiatra. A primeira gestante alcançou 31 pontos (sugestivo de bulimia nervosa) e a segunda atingiu 25 pontos, com sinais de risco de anorexia nervosa. Comparando com outros trabalhos, a proporção de gestantes com resultado sugestivo de TA nesta pesquisa foi mais alta, outros autores encontraram percentuais variando entre 5%-7,5% (EASTER et al., 2013; WATSON et al., 2014; SANTOS et al., 2017; POPOVICK et al., 2018).

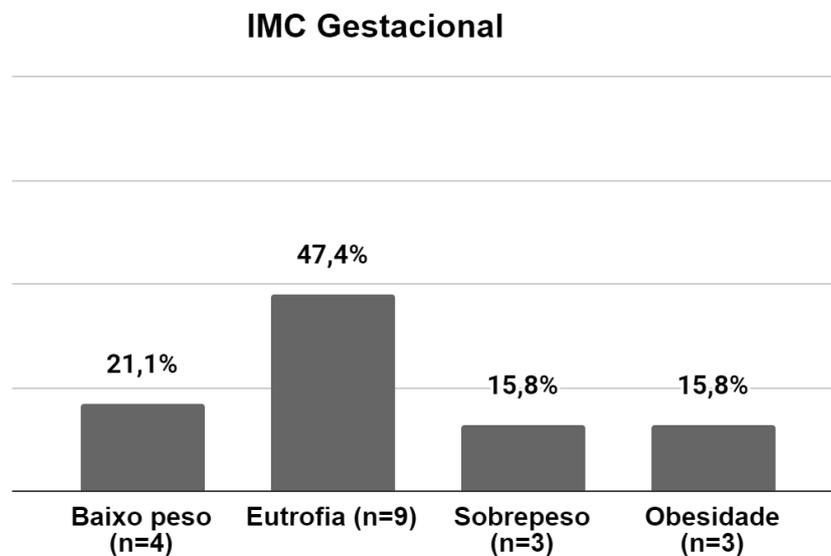
Os gráficos 1a e 1b apresentam os resultados da análise do estado nutricional das gestantes no período pré-gestacional (OMS, 1995) e no período gestacional (ATALAH, 1997).

Gráfico 1a - Classificação do estado nutricional segundo o IMC pré-gestacional das gestantes atendidas no período de 2022.



Fonte: A autora (2022).

Gráfico 1b - Classificação do estado nutricional segundo o IMC gestacional das gestantes atendidas no período de 2022.



Fonte: A autora (2022)

Os dados dos gráficos 1a e 1b mostram que a maioria das mulheres estava eutrófica antes da gestação e mantiveram o peso adequado. No momento da entrevista, algumas gestantes informaram que adotaram o costume de levar marmita

para o local de trabalho. Queiróz e Coelho (2017) dizem que apesar da maior demanda de refeições fora do lar devido ao trabalho fora de casa, as mulheres mais escolarizadas tendem a ser mais conscientes ao realizarem melhores escolhas alimentares, preferindo produtos dietéticos e menos calóricos. Deste modo, é possível relacionar a manutenção do peso dentro da faixa da normalidade à questão da renda, do acesso à informação e a serviços de saúde. Na pesquisa, todas as gestantes relataram estar acompanhadas por nutricionista, médicos e um percentual menor, 21,1% (n=4), por psicólogo. Além disso, a maior parte delas, 57,9% (n=11), realiza atividade física, o que também contribui para o controle do peso (SOARES et al., 2017) (Tabela 4).

Tabela 4 - Características das gestantes em relação ao autocuidado.

Variáveis	N (%)
Prática de atividade física	
Sim	11 (57,9%)
Não	8 (42,1%)
Acompanhamento por profissionais de saúde	
Nutricionista	19 (100%)
Médico (obstetra, psiquiatra, gastroenterologista)	19 (100%)
Psicólogo	4 (21,1%)

Fonte: A autora (2022).

Segundo a nutricionista, os históricos de vida das mulheres com resultados sugestivos de TA foram os seguintes:

**a) Primeira gestante:** relatou sobrepeso/obesidade na adolescência e início da idade adulta, por este motivo foi vítima de bullying e passou a apresentar quadro de depressão, ansiedade e comportamento alimentar com episódios de restrição-compulsão-purgação (vômito e atividade física), compatível com bulimia nervosa. Desde então tem acompanhamento psiquiátrico, fazia uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos e nunca recebeu diagnóstico formal de transtorno alimentar. Durante a gestação os sintomas bulímicos estavam sob controle, entretanto, ela era bastante rígida com contagem de calorias, fazendo

questão de seguir um plano alimentar quantitativo. Tinha muito medo de engordar além do necessário, apesar de estar dentro da faixa de peso recomendada para o período gestacional.

Segundo Dunker, Alvarenga e Alves (2009), Soares et al. (2009) e Sebastiani et al. (2020) relataram que geralmente os pacientes portadores de transtorno alimentar também possuem perturbações de ordem emocional. Aparentemente, houve remissão da atitude alimentar de risco, conforme Sebastiani et al. (2020) afirmam ser comum em mulheres que apresentam estes quadros de saúde, com o objetivo de preservar o desenvolvimento do concepto.

**b) Segunda gestante:** relatou possuir familiares acima do peso, desde a adolescência tem muito medo de engordar e por isso faz um controle rígido das calorias e da qualidade dos alimentos, ou seja, experimentava um padrão de conduta compatível com anorexia nervosa. Apresentava IMC pré-gestacional baixo, embora eutrófico e no dia da entrevista tinha baixo peso para a 23<sup>a</sup> semana gestacional, o que poderia estar relacionado com comportamento de risco para transtorno alimentar, com possível restrição calórica. Anteriormente, a nutricionista havia aconselhado acompanhamento psicológico à paciente, que até o dia da entrevista não havia acatado a sugestão.

Esta segunda gestante poderia estar vivenciando anorexia nervosa, visto que o peso encontrava-se abaixo do recomendado para a semana gestacional. De acordo com Dunker, Alvarenga e Alves (2009), a resistência ao ganho de peso é uma situação típica em gestantes com anorexia, mesmo aquele recomendado para o período gestacional.

Bye et al. (2018) buscaram rastrear as barreiras para a identificação de transtornos alimentares na gravidez e no período pós-natal e os principais entraves encontrados foram: a relutância das mulheres em conversar com profissionais de saúde sobre a doença, seja por vergonha, constrangimento pelo estigma das doenças mentais ou por crerem conseguir manter a situação sob controle; por outro lado, observa-se a falta de conhecimento e de habilidade dos profissionais de saúde para lidar com transtornos alimentares, visto que a maior parte deles não recebeu treinamento técnico sobre a temática, desconhecem os riscos para o desenvolvimento dos conceptos, acreditam que a identificação do transtorno é dever apenas de psicólogos e psiquiatras e ainda há aqueles que enxergam a doença

como um tabu.

Entre as gestantes, uma delas, apesar de não ter ultrapassado o ponto de corte do teste EAT-26, alcançou 18 pontos, o que pode ser um indicativo de alerta para que os profissionais de saúde dispensem uma maior atenção à sua saúde psíquica. A análise das respostas do teste não permitiu identificar uma tendência para algum transtorno específico. No atendimento nutricional, a paciente demonstrava comportamento de ansiedade.

Houve três gestantes que não tiveram ganho de peso esperado para a gestação por problemas digestivos, inclusive, obtiveram pontuação baixa no teste EAT-26. Uma delas relatou que desde o início da gravidez até o presente momento teve graves episódios de hiperêmese, por isso não conseguiu engordar conforme o esperado. Quanto às outras duas, uma fazia atividade física e a outra não conseguia se alimentar por causa de náuseas, acarretando em déficit calórico.

Quanto ao excesso de peso, duas gestantes iniciaram a gestação com obesidade e continuaram acima do peso. Entretanto, ao longo deste período apresentaram perda de peso, que pode estar relacionado à reeducação alimentar promovida pelo acompanhamento nutricional e também aos sintomas comuns do primeiro trimestre.

Com relação aos exames bioquímicos das gestantes, 78,9% (n=15) compartilharam resultados com a nutricionista. Os exames solicitados na pesquisa foram os de glicemia, lipidograma, hemograma (série vermelha), ferro sérico e ferritina, mas algumas gestantes não possuíam todos os exames citados.

Ao analisar o perfil glicídico, 20,0% (n=3/15) apresentaram o nível glicêmico compatível com o diabetes mellitus gestacional (DMG) (Tabela 5) e, coincidentemente, duas delas iniciaram a gestação com diagnóstico de obesidade, que é fator de risco para o desenvolvimento do DMG. Já a hemoglobina glicada de todas as gestantes estava normal, inferior a 6,5%.

Com relação ao perfil lipídico, 8 pacientes que apresentaram exames e 5 possuíam pelo menos um resultado fora do intervalo recomendado (Tabela 5).

Ao analisar os níveis de ferro sérico, ferritina, hemoglobina e hematócrito, 02 gestantes encontram-se anêmicas, pois estavam com todos os resultados abaixo do intervalo recomendado (Tabela 5).

Tabela 5 - Exames bioquímicos com resultados fora dos intervalos de recomendação		
Variáveis	N	(%)
<b>Perfil glicídico</b>		
Glicose	3/15	20,0%
<b>Perfil lipídico</b>		
Colesterol total	5/7	71,4%
HDL-c	1/7	14,3%
LDL-c	1/8	12,5%
Triglicerídeos	4/8	50,0%
<b>Perfil do ferro</b>		
Ferro sérico	2/3	15,8%
Ferritina	6/9	66,7%
<b>Hemograma (série vermelha)</b>		
Hemácias	3/14	21,4%
Hemoglobina		
1º e 3º trimestre	2/14	14,3%
Hematócrito		
1º e 3º trimestre	2/14	14,3%

Fonte: Feitosa et al. (2017); Friel et al. (2021); Rodrigues e Jorge (2010); SBD (2022); .

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste trabalho corroboram com estudos anteriores sobre a presença de comportamento alimentar de risco na gestação, embora a maioria das gestantes tenha apresentado estado nutricional adequado. O percentual de resultados sugestivos de transtornos alimentares foi alto, comparado com estudos disponíveis na literatura. Este resultado serve de alerta para que os profissionais de saúde, sobretudo o nutricionista, estejam alerta sobre o relacionamento dos seus pacientes com a comida e possam realizar intervenções interdisciplinares, de forma que o paciente receba um tratamento integralizado.

Houve limitações no presente estudo, como o tamanho reduzido da amostra e sua homogeneidade, que se deveu ao curto tempo de coleta de dados e acesso apenas a gestantes com nível bom socioeconômico, fatos estes que não permitiram a realização de análises mais aprofundadas utilizando as variáveis abordadas.

Como proposta de pesquisa futura, sugere-se estudar gestantes que tenham acesso apenas ao serviço público de saúde, de forma a inferir se a escolaridade, a renda, facilidade ou dificuldade de acesso aos alimentos, e a presença ou ausência de rede de apoio, a prática de atividade física podem afetar a sua autoimagem, a saúde física e mental, podendo predispor ao desenvolvimento de transtornos alimentares.

## 7. REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E. SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARTAL-MITTELMARK, R. **Fatores de risco de complicações na gestação**. Manual MSD versão online para profissionais de saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/gesta%C3%A7%C3%A3o-de-alto-risco/fatores-de-risco-de-complica%C3%A7%C3%B5es-na-gesta%C3%A7%C3%A3o?query=gesta%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco>> Acesso em: 23 Set. 2022.

ATALAH E; CASTILLO, C.; CASTRO, R.; ALDEA, A. Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. **Revista Médica de Chile**, v. 125, n. 12, p. 1429 – 1436, 1997. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9609018/>> Acesso em: 19 mai. 2021.

ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILLIPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares**. Barueri: Manole, 2011.

BAINBRIDGE, J. Pregorexia: body image over baby? **British Journal of Midwifery**, Londres, v. 16, n. 9, 2008.

BANNATYNE, A. J.; HUGHES, R.; STAPLETON, P.; WATT, B.; MACKENZIE-SHALDERS, K. Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 262, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1849-3>> Acesso em: 15 mar. 2021.

BARKER, D. J. The fetal and infant origins of adult disease. **BMJ**, v. 301, n. 6761, p. 1111-Nov 1990.

BARKER, D. J. The effect of nutrition of the fetus and neonate on cardiovascular disease in adult life. **Proc.Nutr. Soc.**, v. 51, n. 2, p. 135-144, Aug 1992.

BRASIL. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BYRD-BREDBENNER, C.; MOE, G.; BESHGETOOR, D.; BERNING, J. **Wardlaw: perspectivas en nutrición**. 9ª edición. Ciudad del México: McGraw Hill Education, 2014.

BYE, A.; SHAW, J.; BICK, D.; FASTER, A.; KASH-MACDONALD, M.; MICALI, N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, n. 18, v. 114, 2018.

Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-018-1745-x.pdf>> Acesso em: 23 Out. 2022.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

CONSTANZO, L. S. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

CORDÁS, T. A.; KACHANI, A. T. (Cols). **Nutrição em psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUPPARI, L. (Coord.) **Nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2019.

DUNKER, K. L. L.; ALVARENGA, M. S.; ALVES, V. P. O. Transtornos alimentares e gestação – uma revisão. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 58, n.1, p. 60-68, 2009.

EASTER, A.; BYE, A.; TABORELLI, E.; CORFIELD, F.; SCHMIDT, U.; TREASURE, J.; MICALI, M. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?. **Eur. Eat. Disorders Rev.**, v. 21, p. 340-344, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.2229>> Acesso em: 02 Set. 2022.

FEITOSA, A. C. R.; BARRETO, L. T.; SILVA, I. M.; SILVA, F. F.; FEITOSA FILHO, G. S. Impacto do Uso de Diferentes Critérios Diagnósticos na Prevalência de Dislipidemia em Gestantes. **Arq Bras Cardiol.**, v. 109, n. 1, p. 30-38, 2017. Disponível em: <[https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-20170070/0066-782X-abc-20170070-pt.x55156.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-20170070/0066-782X-abc-20170070-pt.x55156.pdf)> Aesso em: 29 Ago. 2022.

FRIEL, L. **Anemia na gestação**. Manual MSD versão online para profissionais de saúde, 2021. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/gesta%C3%A7%C3%A3o-complicada-por-doen%C3%A7as/anemia-na-gesta%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em 01 Set. 2022.

IOM. **Weigh gain during pregnancy: reexamining the guidelines**. Washington-DC: The National Academies Press, 2009. Disponível em: <<https://www.nap.edu/download/12584>> Acesso em: 19 mai 2021.

LEONE, E. T.; PORTILHO, L. Inserção de mulheres e homens com nível superior de escolaridade no mercado de trabalho brasileiro. **Temáticas**, Campinas, v. 26, n. 52, pp. 227-246, Ago.- Dez. 2018. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11709/7025>> Acesso em: 16 Ago. 2022.

LOPES, M. N. S. C.; OLIVEIRA, C. C.; LOPES, L. C.; FRANCO, L. O. A.; SILVA JÚNIOR, W. T. Hipertrigliceridemia grave na gestação: relato de um caso. **Brasília Med**, v. 56, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<http://rbm.org.br/details/292/pt-BR/hipertrigliceridemia-grave-na-gestacao--relato-de-um-caso>> Acesso em 29 Ago. 2022.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH**, v. 22, n. 1, Jan./Jun. 2019. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012)> Acesso em: 22 Ago. 2022.

MATOS, C. S.; PAULA, L. A.; FIGUEIREDO, M. D. Comportamento alimentar e fatores emocionais em paciente pós-cirurgia bariátrica. **PAIC**, Curitiba, v. 18, n.1, 2017. Disponível em: <<https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/265>> Acesso em: 18 abr. 2021.

MEIRELES, J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Insatisfação corporal em gestantes: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2091-2103, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000702091&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702091&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Fev. 2021.

**NEDC. Pregnancy and eating disorders: a professional's guide to assessment and referral.** Sidney: Australian Government Department of Health, 2015.

Disponível em:

<<https://nedc.com.au/research-and-resources/show/pregnancy-and-eating-disorders-a-professional-guide-to-assessment-and-referral>> Acesso em: 13 abr. 2021.

NUNES, M. A.; CAMEY, S.; OLINTO, M. T.; MARI, T. T. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the test Eating Attitudes Test-26. **Braz Med Biol Res**, Ribeirão Preto, n. 38, p. 1655-62, 2005.

**OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

**OMS. Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

OZCARIZ, S.; BANDEIRA, C. KNOBEL, R. **Promoção do ganho de peso adequado na gestação.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

PARIZZI, M. R.; FONSECA, J. G. M. Nutrição na gravidez e na lactação. **Rev. Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 341-353, 2010.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014. Disponível em: <[http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304\\_Manual\\_Pre\\_natal\\_25SET.pdf](http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PETTERSON, C. B.; ZANDIAN, M.; CLINTON, D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. **Arch Womens Ment Health**, v. 19, p. 675-680, 10 mar. 2016. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-016-0619-3>> Acesso em: 03 abr. 2021.

POPOVICK, M.; PIZZI, C.; RUSCONI, F.; GAGLIARD, L.; GALASSI, C.; TREVISAN, M.; MERLETTI, F.; RICHIARD, L. The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study. **Int. J. Eat Disord.**, v. 51, n. 8, p. 842-851, May 2018.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29722053/>> Acesso em: 02 Set. 2022.

QUEIROZ, P. W. V.; COELHO, A. B. Alimentação fora de casa: uma investigação sobre os determinantes da decisão de consumo dos domicílios brasileiros. **Análise Econômica**, ano 35, n. 67, p. 607-104, Mar. 2017. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/57132/40800>> Acesso em: 16 ago. 2022.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, v. 32, suppl 2, Jun. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000057>> Acesso em: 23 Set. 2022.

SAMPAIO, L. R.; SILVA, M. C. M.; OLIVEIRA, A. N.; SOUZA, C. L. S. Avaliação bioquímica do estado nutricional. In: SAMPAIO, L.R., (Org). **Avaliação nutricional** [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 49-72. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/ddxwv/pdf/sampaio-9788523218744-05.pdf>> Acesso em 23 Set. 2022.

SANTOS, M. A.; GARCIA, R. W. D.; SANTOS, M. L. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. **Demetra**, v.10, n. 4, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/16117>> Acesso em: 16 mar. 2015.

SANTOS, A. M.; BENUTE, G. R. G.; SANTOS, N. O.; NOMURA, R. M. Y.; LUCIA, M. C. Z.; FRANCISCO, R. P. V. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. **Midwifery**, v. 51, p. 12-15, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817303492>> Acesso em: 02 Set. 2022.

SBD. **Diretriz oficial da sociedade brasileira de diabetes 2022**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/>> Acesso em: 28 Ago. 2022.

SEBASTIANI, G.; ANDREU-FERNÁNDEZ, V.; BARBERO, A. H.; ALDECOA-BILBAO, V.; MIRACLE, X.; BARRABES, E. M.; IBAÑEZ, A. B.; ASTALS-VIZCAINO, M.; FERRERO-MRTINEZ, S.; GÓMEZ-ROIG, M. D.; GARCÍA-ALGAR, O. Eating disorders during gestation: implications for mothers's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. **Front. Pediatr.**, v. 8, n. 587, sep. 2020. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2020.00587/full>> Acesso em: 13 abr. 2021.

SILVA, J. C. (Org.). **O caminho da cegonha**. Joinville-SC: Editora Univalle, 2017.

SOARES, R. M.; NUNES, M. A.; SCHMIDT, M. I.; GIACOMELO, A.; MANZOLLI, P.; CAMEY, S.; DREHMER, M.; MELERE, C.; HOFFMAN, J.; OZCARIZ, S.; MANENTI, C. N.; PINHEIRO, A. P.; DUNCAN, B. B. Inappropriate eating behaviors during

pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. **Int J Eat Disord**, v. 42, n. 5, p. 387-393, 2009.

SOARES, D. S. C.; SOARES, J. J.; GRAUP, S.; STREB, A. R. Atividade física na gestação: uma revisão integrativa. **R. Perspect. Ci. e Saúde.**, v. 2, n. 2, p. 71-84, 2017. Disponível em:

<<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/138/105>> Acesso em: 13 Set. 2022.

UNFPA. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Brasília-DF, UNFPA Brasil, 2018. Disponível em:

<[https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop\\_brasil\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf)> Acesso em: 16 Ago 2022.

VIANNA, M.; VILHENA, J. Para além dos nove meses: uma reflexão sobre os transtornos alimentares na gestação e puerpério. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 96-109, Jun. 2016. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-4891201600010012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-4891201600010012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Abr. 2021.

WATSON, H. J.; HOLLE, A. V.; HAMER, R. M.; BERG, C. K.; TORGERSEN, L.; MAGNUNS, P.; STOLTENBERG, C.; SULLIVAN, P.; REICHBORN-KJNNERUD, T.; MULIK, C. M. Remission, continuation, and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study on a population-based birth cohort. **Psychol Med.**, v. 43, n. 8, p. 1723-1734, Aug. 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206832/>> Acesso em 02 Set. 2022.

WEBSTER-GANDY, J.; MADDEN, A.; HOLDSWORTH, M. **Oxford handbook of nutrition and dietetics**. New York: Oxford University Press, 2012.

XIMENES, R. C. C. (Org.). **Transtornos alimentares e neurociência**. Curitiba: Apris, 2019.

**Anexo A - Teste EAT-26 (NUNES, 2005)**

**Teste de Atitude Alimentar (*Eating Attitudes Test – EAT*)**

Responda as questões marcando um X na coluna que melhor se aplicar:

<b>S</b> = sempre	<b>AV</b> = às vezes
<b>MF</b> = muito frequente	<b>R</b> = raramente
<b>F</b> = frequentemente	<b>N</b> = nunca

<b>Perguntas</b>	<b>S</b>	<b>MF</b>	<b>F</b>	<b>AV</b>	<b>R</b>	<b>N</b>
1. Costumo fazer dietas para emagrecer						
2. Consumo alimentos dietéticos						
3. Sinto-me mal após comer doces						
4. Gosto de provar novos alimentos bem apetitosos						
5. Evito alimentos com açúcar						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidrato (pão, arroz, batata, massas e cereais matinais, etc)						
7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser magro (a)						
8. Gosto de estar com o estômago vazio						
9. Penso em queimar calorias quando faço exercício						
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer						
11. Fico apavorado com excesso de peso						
12. Preocupa-me a possibilidade de apresentar gordura no corpo						
13. Sei das calorias do alimento que como						
14. Tenho vontade de vomitar após comer						
15. Vomito depois de comer						

16. Já passei por situações em que comi demais achando que não conseguiria parar					
17. Passo muito tempo pensando em alimentos					
18. Acho-me uma pessoa preocupada com os alimentos					
19. Sinto que o alimento controla a minha vida					
20. Corto os alimentos em pedaços bem pequenos					
21. Levo mais tempo que os outros para comer					
22. As outras pessoas acham que estou magro (a) demais					
23. Sinto que minha família e amigos prefeririam que eu comece mais					
24. Sinto que as pessoas me pressionam para comer mais					
25. Evito comer quando estou com fome					
26. Demonstro autocontrole em relação os alimentos					

**Pontuação:**

**0** – Nunca, Raramente, Às vezes

**1** – Frequentemente

**2** – Muito frequentemente

**3** – Sempre

**Resultado:** pontuação igual ou maior do que 20 é sugestiva de comportamento alimentar de risco para transtornos da alimentação.

**Apêndice - Questionário Socioeconômico e Antropométrico.**

**Nome (iniciais):** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

**Peso pré-gestacional:** \_\_\_\_\_ **Peso atual:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_

**IMC pré-gestacional (OMS):** \_\_\_\_\_ **IMC atual (Atalah):** \_\_\_\_\_

**Período gestacional:** \_\_\_\_\_ **semanas**

**É a primeira gravidez?**

( ) Sim

( ) Não Quantos filhos? \_\_\_\_\_

**Você tem ajuda para cuidar das crianças, dos afazeres domésticos?**

( ) Sim De quem? \_\_\_\_\_

( ) Não

**Quantas pessoas vivem com você?** \_\_\_\_\_

**Qual é o seu grau de escolaridade?**

( ) Sem instrução ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior

**Qual é a sua ocupação?** \_\_\_\_\_

**Qual é a renda familiar mensal?**

( ) menos de 1 salário mínimo ( ) 1 – 2 salários mínimos ( ) 3 – 4 salários mínimos

( ) 5 salários mínimos ou mais

**Você já teve diagnóstico confirmado de transtornos alimentares antes ou durante a gravidez?**

( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

( ) Não

**Recebeu acompanhamento médico, psicológico ou nutricional?**

( ) Sim Qual profissional? \_\_\_\_\_

( ) Não

**Você pratica alguma atividade física**

( ) sim

( ) não