INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAIS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL ESPECIALIZADO AUGUSTO NGANGULA, NO IIIº TRIMESTRE 2023.

Autor: Maria de Lourdes Muginga Maurício.

Orientador: Afonso Eduardo, Msc.

Luanda, 2023.

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAIS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL ESPECIALIZADO AUGUSTO NGANGULA, NO IIIº TRIMESTRE 2023.

Projecto apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para obtencao do grau de licencitura em enfermagem, sob orientação do professor, Afonso Eduardo, Msc.

Autor: Maria de Lourdes Muginga Maurício**.**

Orientador: Afonso Eduardo, Msc

Luanda, 2023

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Declaro que este trabalho escrito foi levado a cabo de acordo com os regulamentos do Instituto Superior de Angola (ISA) e, em particular das normas orientadoras para a preparação e elaboração do trabalho de fim-de-curso, produzidas pelo departamento de Assuntos Científicos (DAC). O trabalho é original excepto onde indicado por referência especial no texto (as citações). Quaisquer visões expressas são as do autor sob orientação do professor Msc. Afonso Eduardo, e não representam de modo algum as visões do ISA. Este trabalho, no seu todo ou em parte não foi apresentado por avaliação noutras instituições de ensino superior nacional ou estrangeira. Mas informo que a norma seguida para elaboração do trabalho escrito foi a:

Norma APA

Assinatura:_____

Data_____/_____/_____.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA DE LOURDES MUGINGA MAURÍCIO

Este trabalho de fim de curso, foi julgado e aprovado para obtenção do grau de Licenciatura em enfermagem pelo Instituto Superior de Angola. Foi apresentado e defendido perante o júri composto pelos professores:

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

CLASSIFICAÇÃO: _____

DATA DA DEFESA _____/_____/2024

Parecer Final:_____

_____

_____

_____

EPÍGRAFE

“Nem toda dieta resulta em transtorno alimentar, mas quase todo transtorno alimentar começa com uma dieta”

Polvy e Herman, 2005

DEDICATÓRIA

A minha abençoada família que é um presente de Deus em minha vida, em especial aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para que a elaboração deste trabalho fosse possível:

Primeiramente a Deus Todo Poderoso pela vida, força, sapiência e tudo que Tem me concedido;

Aos meus pais Mateus Tandala Domingos e Marquinha Adão Salvador, por estarem sempre ao meu lado, pela força e incentivo que sempre me deram e me fizeram avançar;

Aos meus irmãos, tios e aos meus avós pelo carinho, paciência incansável e pelos conselhos importantes para conseguir terminar esta etapa e pelo apoio que sempre me deram;

Ao orientador Dr Afonso Eduardo, por todo o tempo que dedicou e pelos conhecimentos essenciais que foi transmitindo durante esta etapa;

A todos os professores da coordenação de ciências de saúde do ISA que ao longo do curso contribuíram decisivamente para minha formação. Com os vossos conselhos e apoio foi possível chegar aqui;

À direcção do Instituto Superior de Angola (ISA) pela oportunidade de formação;

À direcção do Hospital Epecializado Augusto Ngangula pelo acolhimento e acompanhamento digno que tivemos ao longo da pesquisa;

A todos que, directa ou indirectamente, estão implícitos no apoio que me deram ao longo de todo este tempo.

Muito Obrigado à Todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TA- Transtornos alimentar

APA- American Psychological Association

AN- Anorexia nervosa

BN- Bulimia nervosa

IMC- Índice de massa corporal

TCA- Transtorno da compulsão alimentar

DA- Distúrbio alimentar

IOM- Institute of Medicine

RN- Recém Nascido

OMS- Organizacao Mundial da Saude

HEAN- Hospital Especializado Augusto Ngangula

DSM-IV- Manual Diagnostico e Estatisco de transtornos mentais

RESUMO

A presente pesquisa fala sobre os Transtornos alimentares em gestantes assistidas no hospital especializado Augusto Ngangula, no III trimestre de 2023, tem como principal objectivo conhecer os transtornos alimentares em gestantes, assistidas no hospital especializado Augusto Ngangula. Como metodo de pesquisa foi utlizada o metodo: Historico, Analitico, Dedutivo, Estatistico. Entretanto, o tipo de pesquisa utilizado para a elaboracao dapesquisa foi analitico de forma descritiva e observacional, tendo como modelo de pesquisa quali-quantitativo, permitindo um esforco para elaborar conhecimentos sobre aspecto da realidade na busca de solucoes para os problemas expostos, desta forma formula-se a seguinte pergunta de partida: ‘’Como a presenca dos Transtornos Alimentares interfere nas mulheres gravidas¨? Tendo como resposta antecipada, identificou-se que gravidas que relatam episodios frequentes de TA apresentam sintomas depressivos e ansiosos na mesma proporcao. Mulheres gravidas com TA apresentam alteracoes fiisicas, metabolica, nutricional, psiquicas e sociais, como resultado compromete a saude da mae quanto a do bebe, tendo participado directamente (5) cinco enfermeiros, (9) nove tecnicos de enfermagem , totalizando catorze (14) elementos, assim sendo concluiu-se que por possuirem ingestão e hábito alimentar inadequados, mulheres que possuem TA, durante a gestação , tem maior probabilidade de desenvolver uma gravidez de risco, principalmente pelo facto do TA acarretarem em comprometimento nutricional materno. Considerando os riscos gerados pelo TA para ambos, mãe e feto, devem-se monitora cuidadosamente através dos cuidados de enfermagem os comportamento alimentares destas gestantes.

Palavras-chaves: Transtorno alimentar,gestacao, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

ABSTRACT

The main objective of this research is to know the eating disorders in pregnant women assisted at the Augusto Ngangula specialized hospital, in the third quarter of 2023, its main objective is to know the eating disorders in pregnant women, assisted at the Augusto Ngangula specialized hospital, and its specific objective is to characterize nurses according to the sociodemographic variable, identify the main EDs that occur in the gestational period, describe changes in eating behavior of pregnant women due to the occurrence of these EDs. However, the type of research is analytic in a descriptive and observational way, having as a qualitative-quantitative research model, allowing an effort to elaborate knowledge about an aspect of reality in the search for solutions to the problems exposed, in this way the following starting question is formulated: "How does the presence of AT interfere in pregnant women"? Having Chan 2019 as an anticipated response identified that pregnant women who report frequent episodes of ED present depressive and anxious symptoms in the same proportion, pregnant women with ED present physical, metabolic, nutritional, psychic and social alterations, in this way this compromises the health of the mother and that of the baby, with the direct participation of (5) five nurses, (9) nine nursing technicians, Totaling 14 elements, thus concluded and it was suggested that they have inadequate intake and eating habits, women who have ED during pregnancy are more likely to develop a high-risk pregnancy, mainly because ED leads to maternal nutritional impairment. Considering the risks generated by ED for both mother and fetus, the feeding behavior of these pregnant women should be carefully monitored through nursing care.

Key words: Eating disorder, gestation, nervous anorxia, nervous bolimia.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....1
CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....5
1.1.Definições dos termos e conceitos.....5
1.2. Aspectos históricos, etiologia e epidemiologia dos Transtornos Alimentares...9
1.2.1 Aspectos históricos.....9
1.2.2. Etiologia.....11
1.2.3 Epidemiologia.....11
1.3 Período Gestacional.....13
1.3.1 Gravidez não planeada.....13
1.3.2 Reação emocional face à notícia da gravidez.....14
1.4 Estado nutricional da gestante.....16
1.5.Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.....18
1.6. Pica.....18
1.7. Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Alimentares.....19
1.8. Distúrbios Alimentares e Gravidez.....20
1.9. Efeitos Adversos Dos Distúrbios Alimentares Na Grávida E Na Lactante.....23
1.10. Efeitos Adversos Dos Distúrbios Alimentares Maternos No Bebé.....25
1.11. Estratégias De Diagnóstico Dos Transtornos Alimentares.....26
1.12. Estratégias De Intervenção Nutricional Nos Distúrbios Alimentares Na Gravidez.....27
1.13. Efeitos Fisiológicos Adversos Causados Pelos TAs Nas Gestantes/Puérperas.....28
1.14. Efeitos Psicológicos Adversos Na Mãe.....29
1.15. Critérios de diagnóstico.....31
1.16. Sinais e sintomas.....32
1.17. Consequências dos TAs.....32
1.18. Consequências Para O Feto.....33
1.19. Complicações fetais e neonatais.....34
1.20. Cuidados e orientações de enfermagem.....35
1.21. Diagnósticos e intervenções de enfermagem.....36
CAPITULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....**38**
2.1. Tipo de pesquisa.....38
2.2. Modelo de abordagem.....38

2.3. Métodos.....38
2.4. Técnicas e instrumentos.....39
2.4.1. Instrumento.....39
2.4.2. Técnica.....39
2.5. População e amostra.....39
2.5.1. População.....39
CAPITULO III - DISCUSSÃO E RESULTADOS.....41
3.1. Resultados.....41
3.2. Discussão.....50
CONCLUSÕES.....52
SUGESTÕES.....53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....54
APÊNDICES.....56
ANEXOS.....62

INTRODUÇÃO

Com as mudanças fisiológicas e psicológicas apresentadas durante a gravidez, as mulheres se tornam mais propensas a manifestar ansiedade, baixa autoestima e percepções negativas sobre a maternidade. Além disso, podem apresentar insatisfação corporal que pode surgir em detrimento das intensas transformações que a mulher sofre ao longo das 40 semanas gestacionais, como: aumento do peso total, elevação da gordura corporal e aparecimento de alterações dérmicas. Na vigência desse quadro, o desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TAs) tendem a ser mais prevalentes, DRYER et al.,2020.

A gestação é período marcado por inumeras mudanças. As imediatamentes reconhecidas são as relacionadas ao corpo, em decorrência das demandas fisiológicas desse evento. Diante de todas as modificações possiveis de ocorrer, o potencial de influência de uma gravidez sobre a subjectividade da mulher nem é sempre possível.

A alimentação é uma necessidade humana básica, na qual, a comida e o ato de se alimentar representam elementos de interação familiar e social, além de todo um contexto cultural. Porém vivemos em uma época em que a mídia e o imaginário colectivo parecem estabelecer estreita relação entre o corpo magro e sucesso, o autocontrole, a aceitação, as conquistas amorosas e o sucesso profissional. Essa falsa imagem tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres gestantes, há verdadeiros sacrificios que podem comprometer à saúde, como dietas radicais e exercicios físicos em execesso, com intuito de chegar no corpo ideal, tanto desejado

A gestação é um periodo delicado de mudanças corporais, principalmente ponderais, que tanto pode gerar um quadro de insatisfação corporal, evoluindo para um transtorno alimentar (DUNKER, 2019; LOTHA, 2019). Com relação à alimentação durante a gestação, o conhecimento científico aponta que as necessidades nutricionais aumentam, sendo recomendadas alterações na dieta com vistas à saúde do binômio mãe-filho.

A gestação constitui um periodo de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma autopercepção negativa da imagem corporal, especificamente em mulheres com transtornos alimentares, previamente diagnosticados (LOTHA, 2019).

Durante a gravidez podem ocorrer alterações no padrão alimentar (excesso ou reijeção de alimentos e/ou bebidas específicas),bem como mudanças na percepção do paladar que, associadas às modificações corporais, podem estar na origem do desenvolvimento de um transtorno alimentar na gravidez.

No período gestacional inteiro, a mãe e o feto passam por uma fase de rápida transformação, com expressivas alterações fisiológicas, anatômicas e metabólicas, tornando esse período de maior vulnerabilidade a alterações da dieta. Prever situações de maior risco a deficiências nutricionais e corrigi-las oportunamente pode trazer importantes benefícios

para a saúde materna e do filho, em curto e longo prazo, incluindo saúde materna ideal, bem como saúde, desenvolvimento e crescimento do feto, redução dos riscos de defeitos congênitos e, ainda, redução de riscos de problemas crônicos de saúde para a mãe e seu filho. (EL BEITUNE at al. ,2020)

Desse modo, a gestante com transtorno alimentar necessita de um tratamento multidisciplinar, principalmente no pré-natal, com foco nos hábitos alimentares e preocupação com peso e forma corporal. Assim. A investigação e deagnostico precoce para transtornos alientares durante a gestação são importantes para que para que sejam estabelecidas internvenções mais efectivas de modo a reduzir comportamentos que puderem ser prejudiciais à mãe e ao feto (LOTHA, 2019).

O desenvolvimento dos transtornos alimentares acontece em função da combinação de diversos fatores – biológicos, psicológicos, culturais e familiares. A maioria das gestantes com transtornos alimentares apresentam determinados traços de personalidade em comum: baixa autoestima, sentimentos de desesperança e medo de se tornarem gordas. Para tanto, um TA estabelecido pode desencadear agravos irreversíveis na vida da paciente, tanto no aspecto físico, psicológico, familiar, como no aspecto comportamental, sexual e ocupacional. Ainda que pouco investigado seus impactos na gestação e lactação, evidências apontam efeitos negativos tanto para a mãe quanto ao bebê abrangendo alta prevalência de abortos, nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascerem, complicações obstétricas e depressão pós-parto, cabendo aos profissionais uma investigação e detecção vertiginosa.Este facto levou-nos a fazer a seguinte questão de partida:

- **Como a presença dos transtornos alimentares interfere nas gestantes assistidas no Hospital Especialzado Augusto Ngangula, no III^{0} trimestre de 2023?**
- ## Hipóteses

Assim, para o presente trabalho temos as seguintes hipóteses:

H1- Gestantes com transtornos alimentares apresentam alterações físicas, metabólicas, nutricionais, psíquicas e sociais, estas alterações afeta tanto para a mãe, quanto para o bebê.

H2- Gestantes com trantornos alimentares apresentaram sintomas depressivos e ansiosos.

- ## OBJECTIVOS

Portanto, formulamos os seguintes objectivos:

Geral

Conhecer os transtornos alimentares em gestantes, assistidas no Hospital Especializado Augusto Ngangula, no IIIº trimestre de 2023.

Específicos

- Caracterizar os enfermeiros segundo a variável sócia demográfica (nível académico, idade, sexo);
- Identificar os principais transtornos alimentares que ocorrem no período gestacional e as causas dos transtornos alimentares em gestantes;
- Descrever as mudanças no comportamento alimentar de gestantes mediante a ocorrência destes transtornos alimentares.

Delimitação e limitação do estudo

- **Delimitação**

A pesquisa delimitou-se no Hospital Especializado Augusto Ngangula, no IIIº Trimestre de 2023.

- **Limitação**

A pesquisa limitou-se com os transtornos alimentares em gestantes e ao público-alvo, técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam no internamento de obstetrícia do referido hospital.

- **Justificativa**

Os transtornos alimentares são seguidos de várias alterações relacionadas ao estado nutricional. Essas alterações ocorrem muitas vezes devidas a atos compensatórios inadequados para o controlo de peso. São realizado através da indução de vômitos, uso de diuréticos e laxativos de formas excessiva e prolongada. Diversas alterações aparecem em decorrência de diagnóstico e início do tratamento tadios, pois, muitas gestantes ocultam os sintomas e/ou recusam o tratamento.

É de extrema importância atentar para gestantes com comportamentos inadequados que sejam relacionados a transtornos alimentares, visto que estes distúrbios podem fazer parte da próxima fase (puerpério) afetando o bebé, tornando assim difícil a sua percepção sobre esses casos em outras pessoas.

Com esta pesquisa, apesar das suas limitações ou insuficiências, acreditamos estar a contribuir neste sentido uma vez que os dados constantes no trabalho poderão servir para a compreensão do problema estudado.

Acredita-se que este tema beneficiará o público-alvo da pesquisa, na melhoria dos seus atendimentos em pacientes com transtornos alimentares atendidos no serviço de obstretícia do Hospital Especializado Augusto Ngangula .

CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1.Definições dos termos e conceitos

Para melhor compreensão do tema apresentam-se as seguintes definiçõestermos e conceitos

•Transtornos alimentares

São definidos por uma alimentação perturbada por comportamentos inadequados, como episódios de restrição ou compulsão, comportamentos purgativos ou compensatórios e negação ou sentimentos ruins gerados pela ideia dese alimentar, que afetam de forma direta a saúde biopsicossocial do indivíduo acometido, comprometendo a absorção de nutrientes, e alterando os padrões de percepção da realidade, principalmente relacionadas à autoimagem corporal (HILUY et al., 2019).

De acordo com Silva, L. A & Pujals, C.(2017, p.180-184), transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que se caracterizam por perturbações graves e persistentes da conduta alimentar, que envolvem uma preocupação em excesso com peso e a forma corporal.

Na visão de Coelho, A.C.Q. (2022, p.8), define transtornos alimentares, como um conjunto de perturbações persistente na alimentação e comportamento, relacionado com a alimentação que resulta no consumo alternado de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Os TA são comportamentosfísicos e alimentares inadequados e persistentes relacionados a emoções extremas que podem impactar diretamente na saúde física e psicossocial do indivíduo.

Atentando-se aos pontos expostos acima, o diagnóstico de um TA é envolvido por fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam a probabilidade de desenvolver o TA, como os TMC, determinantes biológicos, genética, padrões de beleza, entre outros determinantes sociais. Os fundamentos precipitantes são aqueles que fixam o surgimento dos sintomas como as dietas restritivas, situações estressantes do cotidiano, abusos sexuais, mudanças bruscas na puberdade e bullying. Finalmente, os fatores relacionados ao mantimento do transtorno e à retroalimentação da doença, como as alterações físicas e psicológicas, restrição e compulsão alimentar e a distorção da imagem corporal são denominados mantenedores (MORGAN; VECCHIATTI, 2002).

Há possibilidade de os primeiros sintomas de TA se apresentarem na infância, partindo de uma dificuldade alimentar, que pode ser caracterizada por restrição ou aversão a determinado alimento, como também um trauma que envolve o momento da refeição. Na adolescência os sinais se manifestam pela restrição calórica, prática de atividade física

excessiva e episódios de compulsão alimentar. No entanto, a detecção dos TA é complicada, já que os sintomas, como falta de apetite, perda de peso, suspensão de fluxo menstrual, hipotensão e bradicardia, oriundos dos sinais comportamentais supracitados, podem aparecer em diversas outras situações clínicas consideradas comuns, induzindo o diagnóstico clínico ao erro (BORGES, et al., 2006).

• Gestação

Denomina-se gestação, segundo Papalia e Feldman (2019), como o período que compreende desde a concepção até o nascimento de um indivíduo. Enquanto esse evento se trata meramente de um processo reprodutivo para as espécies de animais irracionais, para os seres humanos, têm um caráter social e carrega diferentes significados próprios a cada povo, cultura e faixa etária.

Segundo Cunningham, F.G., até al (2021), “gestante e definida como uma mulher que esta gravida, ou seja, que tem um feto em desenvolvimento no útero”.

A gestação é um dos períodos da idade reprodutiva da mulher que mais denota mudanças, das mais proeminentes que o corpo passa; podendo gerar temores, incertezas, sofrimentos, fantasias ou mesmo mera curiosidade a respeito das transformações que ocorrem no corpo humano. O desenrolar da gravidez é um evento complexo e a percepção das gestantes se direciona para o aumento do peso corporal, aumento mamário e abdominal, com destaque para as mudanças fisiológicas mais significativas no segundo e terceiro trimestre gestacional (COSTA et al., 2020).

Gestaçãoé um evento resultante da fecundação do ovulo pelo espermatozoide.

Considerando as mudanças alimentares vista nesse período, muitas mulheres modificam seu padrão de dieta com objetivo de proteção e bem-estar ao bebê, passam a buscar mais informações sobre o assunto, evitam alimentos ditos “não saudáveis” e consomem mais frutas, legumes e verduras. É válido ressaltar que o corpo da mulher no período gestacional manifesta-se através de desejos e enjoos à alimentos que antes não geravam as mesmas reações.

Embora a maioria dos estudos relate uma melhora na sintomatologia dos TA durante a gravidez, há conhecimento limitado sobre a ingestão real de alimentos e o comportamento alimentar geral de gestantes com TA. Em algumas situações, mulheres que engravidam com baixo peso pré-gestacional podem experiência um aumento da fome e a compulsão alimentar pode ocorrer para atender às necessidades metabólicas da gravidez, com potencial de desencadear um padrão de desregulação do apetite (BULIK et al., 2019; SOARES, et al., 2019).

• A anorexia nervosa (AN)

Segundo ADA, 2019 AN é um TA, caracterizado por recusa em se alimentar, ou alimentar-se de modo minimamente adequado, com uma busca insaciável pela magreza, recusa em manter o peso corporal normal, uma distorção da imagem corporal.

Schmidt e colaboradores (2008) definem anorexia nervosa (AN) vista no âmbito da prática clínica como negação da fome, a qual resulta em uma restrição alimentar exacerbada com intuito maior de perda de peso ou de atingir um corpo magro, segundo padrões discrepantes ao senso comum e as recomendações médicas.

Sendo assim, a Classificação Internacional de Doenças (CID 11), apresenta duas possíveis avaliações levando em consideração o emagrecimento, primeiro por uma perda de peso acima de 15% ou um índice de massa corporal (IMC) igual ou abaixo de 17,5. É válido ressaltar que esta perda de peso é realizada a partir de uma restrição calórica premeditada, baseada em uma distorção de imagem (SCHMIDT; MATA, 2008).

Anorexia nervosa e um TA caracterizado por uma busca incessante pelo emagrecimento, uma imagem corporal distorcida e a restrição do consumo alimentar.

Já quando associada a um exercício físico exaustivo é nomeada como Anorexia Nervosa Restritiva, e por fim, quando há presença de episódios de compulsão e purgação, denomina-se compulsão periódica-purgativa, segundo a classificação do DSM-V (APA, 2014). Dentre os distúrbios psiquiátricos, a AN apresenta a maior taxa de mortalidade totalizando em 0,56% ao ano, sendo complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio as principais causas da morte por conta dessa patologia (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

• A bulimia nervosa (BN)

É um TA caracterizado por episódios repetidos de compulsão alimentar, seguido por métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso – como vômitos provocados, abuso de laxantes e diuréticos entre outros medicamentos, dietas, jejuns e atividade física excessiva; e uma preocupação intensa com o peso, ADA,2019.

A bulimia nervosa (BN) é um TA caracterizado por episódios repetidos de compulsão alimentar, seguido por métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso – como vômitos provocados, abuso de laxantes e diuréticos entre outros medicamentos, dietas, jejuns e atividade física excessiva; e uma preocupação intensa com o peso.

O DSM-V (APA, 2014) define a bulimia nervosa (BN) pela presença de episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgativos. Os episódios de compulsão são caracterizados pela maior ingestão de determinada quantidade de alimento em um período de tempo relativamente curto, seguida de um sentimento de culpa e descontrole. Ao mesmo tempo, os comportamentos purgativos, como vômitos auto induzidos, uso de

laxantes e exercício físico excessivo, objetivam impedir o ganho de peso e, de forma secundária, aliviar a culpa gerada pelo episódio de compulsão.

1.2. Aspectos históricos, etiologia e epidemiologia dos Transtornos Alimentares

1.2.1 Aspectos históricos

O acto alimentar pode ser compreendido como um processo adaptativo, empregado pelo ser humano construído e reproduzido socialmente, em função das suas condições particulares de existência que variam no tempo e no espaço. Enquanto alimentar-se e um ato nutricional, comer e um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos e condutas.

Para além do plano biológico, a alimentação e uma construção cultural e simbólica que, em cada sociedade, apresenta um perfil de consumo, com expectativas e valores em torno dela. A diminuição voluntária da quantidade do alimento ingerido não é pratica exclusiva do mundo moderno, assim, considera-se essencial uma reflexão acerca das questões em torno dos transtorno alimentares.

A recusa alimentar foi preconizada em momentos diferentes da história, sua indicação esteve dotada de diferentes significados e objetivos. Na antiguidade, era vista como pratica religiosa e abstinência alimentar era utilizada como forma de purificação. Os jejuns eram curtos e tinham como proposito especifico apossibilidade de entrar em um estado de transe e propicio para televisões sagradas. Para as filosofias orientas tratava-se de uma forma de afastamento do mundo material e foi mantida, algumas vezes, até a morte, pois para alcançar a perfeição divina acreditava-se ser necessário extremo autocontrole e austeridade. Na Grécia clássica o jejum não era indicado como privação e mortificação, mas como pratica curativa e era uma recomendação medica.

Em meados dos séculos XIII e XIV, a abstinência alimentar teve maior expressividade com as santas jejuadoras, com profundo significado espiritual e religioso. Nesse período, o jejum religioso apresentava um cunho de poder, pois, dessa forma, as santas podiam conservar sua virgindade, opor-se a casamentos arranjados, além de serem capazes de sobrepor-se

as autoridades religiosas, assumir a pratica do ensino, aconselhamento ou reformar regras da igreja. Essas mulheres optavam por uma vida de reclusão e contemplação e abstinência alimentar longa e duradora e era visto como umsacrifício heroico. Com o advento da reforma protestante, a abstinência alimentar passou a ser considerada como heresia ou obra do diabo e a prática do jejum começou a declinar.

Com a emergência das ciências medicas, passou-se a buscar motivação biológica que pudesse justificar o jejum prolongado e auto imposto, passando, nesse momento, a ser considerado, então, como um sintoma, uma doença. As variadas formas de jejum da historia, revelam que nem sempre a abstinência voluntaria de alimentos foi considerada manifestação de uma doença. Assim, tem-se que, inicialmente, o jejum auto imposto foi visto como santidade. Mais tardeas mulheres que jejuavam passaram d imagem de santas para de pessoas histéricas, tendo sido consideradas, muitas vezes, como obras do diabo, posteriormente, geram desconfiança, ate que, finalmente, há o reconhecimento de enfermidade.

Assim, a privação de alimentação já foi reforçada como positiva e incentivada em muitas ocasiões, a preocupação com a falta de ingestão alimentar em quantidade adequada passou a ser vista como problema de saúde.

Richard Morton, inglês, descreveu, pioneiramente, os sintomas do que vira a ser denominado de anorexia nervosa. E definida, atualmente, como recusa em se alimentar apesar do peso corporal muito abaixo dos padrões esperados para saúde física. Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego e significa an-, deficiência ou ausência de, e orexis, apetite. Apesar de o termo “anorexia” significar ausência de apetite, ele não e utilizado em seu sentido etimológicopara a anorexia nervosa, pois os pacientes apresentam uma recusa alimentar deliberada e costumam sentir fome, mas a controlam com extrema rigidez, e negam-se a comer normalmente porque sentem o desejo implacável de ficarem magros.

Os sintomas descritos por Richard Morton incluíam perda de apetite, amenorreia e emagrecimento excessivo, sendo escolha da paciente o jejum e a recusa de ajuda. Os TA tem sido cada vez mais comuns em sociedades ocidentais e ocidentalizadas, pois essas culturas tem sofrido muitas transformações, a partir da divulgação midiática de padrões ideais de imagem corporal. Nessas sociedades, as mulheres tem engordado cada vez mais, mas em contrapartida, almejam como ideal um corpo cada vez mais magro. A magreza vista como bela e necessária faz parte da cultura contemporânea. Acultura atual tem associado a magreza qualidades como inteligência, sucesso, enquanto o oposto e tipificado como ruim e fraco. Com o objetivo de atender as expectativas sociais, muitas mulheres acabam adotando padrões alimentares alterados, sendo alguns deles desencadeadores de TA. No entanto, seria simples demais associar esses TA a questões de ordem estética ou modismo

contemporâneos, porque mesmo na Roma Antiga e nos conventos medievas encontravam-se anoréxicas.
A maneira como os TA são definidos inclui diversos fatores causais que interagem entre si no desenvolvimento dessas patologias alimentares.

1.2.2. Etiologia

A etiologia dos TA pode ser encontrado na literatura de forma ampla e geral, com classificação que incluem, ao mesmo tempo, todas as doenças pertencentes a esse transtorno (NA, BN, TCA, e PICACISMO). Além disso, também são propostas e definidas etiologias especificas que dizem respeito aos TA de modo independente, diferenciadas para cada um deles.
De forma geral, a etiologia dos TA e considerada multifatorial e encontra-se dividida entre fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes, são compreendidos entre os que aumentam a probabilidade de o individuo desenvolver transtorno e encontram-se categorizados em três grupos: individuais, familiar/hereditário e sociocultural. Incluem traços de personalidade, risco para o desenvolvimento de obesidade, fator traumáticos vivenciados na infância e na adolescência e a realização de dieta restritiva.
São considerados fatoresprincipiantes os que marcam o inicio da sintomatologia para TA, tais como: a realização de dieta, a exposição e eventos estressantes, que acabam desestruturando a vida do individuo ou que produzam uma ameaça a integridade física, tais como abuso sexual ou físico.
Mitchison e Hay realizaram uma revisão de literatura com estudos de base comunitáriapublicados ao longo das ultimas três décadas e observaram os fatores que influenciam a epidemiologias dos TA: etnia, escolaridade, nível socioeconômico.

1.2.3 Epidemiologia

A incidência dos TA parece ter aumentado ao longo do século xx no entanto, não se sabe ao certo se esta elevação se deve a aceitação do diagnostico entre adolescentes e jovens adultos que passaram a buscar atendimento especializados em clinicas e serviços de saúde, se um numero maior de pessoas passaram a ser afetadas por esses transtornos devido a cultura de culto ao corpo magro; ou se, simplesmente, estão sendo computados mais casos no sistema de saúde tendo em vista a realização de diagnósticos precisos.

No que diz respeito especificamente a epidemiologia dos TA, em mulheres gravidas, a literatura cientifica atual não consegue estabelecer com precisão essa prevalência, estabelecer o diagnostico de TA durante o período gestacional não e tarefa fácil, pois não existem indicadores laboratoriais confiáveis para o diagnostico de TA e parece haver relutância das mulheres em especificar com detalhes, durante o pré-natal, os

comportamentos alimentares adquiridos quando nãosão questionadas especialmente para esse fim.

De acordo com Franko e Spurell, a ausência do ganho de peso em duas vistas consecutivas, no segundo trimestre gestacional, presença de hiperemiese gravídica e história pregressa de TA são sinais de um possível quadro de TA na gestação.

PIAC é caracterizada por episódios frequentes de ingestão compulsiva de alimentos num curto espaço de tempo, acompanhado por sensação de falta de controlo sobre a ingestão. Estes episódios, habitualmente, não são seguidos de manobras de compensação(9). Para além destes, estão ainda descritos outros DA, cuja heterogeneidade de sintomas não satisfazem todos os critérios de diagnóstico de outros DA bem definidos, como a Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e a Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada(9).

DSM-V (APA, 2014) identifica o Transtorno Alimentar Não Específico (TANE) como a categoria de um transtorno alimentar na qual as características de sinais e sintomas não se enquadram totalmente aos critérios diagnósticos dos transtornos supracitados, por exemplo baixo peso, menores frequências de compulsão alimentar ou ações purgativas, mas que apesar disso, causam problemas que afetam a saúde dos indivíduos, podendo até ser limitante. Esta categoria é utilizada principalmente em situações onde o profissional da saúde não possui informações suficientes para um diagnóstico específico aos demais transtornos alimentares.

No entanto, Appolinário e colaboradores (2000) apontam que estes quadros são cinco vezes mais frequentes que os transtornos alimentares mais referidos e aproximadamente 50% progridem para quadros severos. O termo “comer transtornado” (CT) é utilizado para descrever comportamentos disfuncionais ou não saudáveis na alimentação; envolvendo hábitos inadequados para controle do peso corporal. Dentre eles estão dietas restritivas, longos períodos em jejum, baixa ingestão de alimentos, substituição de refeições por shakes ou suplementos, além do uso de medicamentos, representando maiores riscos para o desenvolvimento de TA (LEAL, et al, 2013).

No que se refere ao CT, grande parte das pessoas se alimentam ultrapassando a fome física, tomando o alimento como compensação de sentimentos negativos, de ansiedade ou mesmo almejando padrões estéticos impostos, aplicando restrições em demasia, omitindo refeições, exercitando-se em busca de compensar refeições ditas “ruins” e os demais comportamentos já referenciados (NEDA, 2018).

Reconhece-se que a AN, a BN e o PIAC têm consequências negativas substanciais para o número de anos vividos com saúde, isto porque a recuperação é lenta e a patologia persiste de forma total ou parcial. Para além disso, são patologias que não afetam apenas a

qualidade de vida das pessoas com a doença, mas também a dos cuidadores e da sociedade em geral(11).

A partir de um evidente cenário marcado pelo medo de engordar durante a gestação, surge o termo “pregorexia”, definido como uma fixação de estar magra no período gestacional. A denominação ainda não foi vigorosamente reconhecida como um diagnóstico médico, sendo assim, não é oficialmente classificado como uma desordem. O mesmo é usado a fim de descrever o aumento de atividades físicas e ingestão energética insuficiente pelas gestantes com o intuito de controlar o ganho de peso nesse período. Históricos de TA, não aceitação da gravidez, contagem excessiva das calorias dos alimentos, dificuldades em comer socialmente e longos períodos de jejum estão entre os sinais associados à pregorexia (TUNCER; GUMUS; KESER, 2020).

1.3 Período Gestacional

1.3.1 Gravidez não planeada

A prevalência de uma gravidez não planeada é mais elevada nas mulheres com PCA em comparação com mulheres saudáveis: 32% nas anoréticas (aumentando para 55% se no ano anterior à gravidez apresentassem sintomatologia) e 25,3% nas bulímicas versus mulheres saudáveis: 22%.13,21**.** É possível que essa prevalência seja explicada pelo facto de a menstruação estar ausente ou irregular, sendo que as doentes acreditando que essa irregularidade menstrual reduz o risco de concepção não adiram tanto aos métodos anticoncecionais. Daí a importância de ser esclarecido que existe risco de gravidez apesar dessas irregularidades. Saliente-se que a gravidez em doentes com PCA, ao ser planeada, aumenta a oportunidade de terem um suporte nutricional e emocional adequado face às alterações físicas e psicológicas da gravidez. Macedo (2017)

1.3.2 Reação emocional face à notícia da gravidez

Segundo a autora Malcata, F. Macedo (2017), as mulheres com AN, BN ou TCA apresentam com maior frequência sentimentos negativos face à notícia de que estão grávidas, quando comparadas com a população geral. Nas que tenham sofrido tanto de AN como de BN, esse tipo de sentimentos tende a permanecer até às 18 semanas de gestação. Aliás, as mulheres anoréticas veem frequentemente a gravidez como um sacrifício pessoal.

Ainda para a mesma autora, face à notícia de uma gravidez não planeada, apenas 30-40% das mulheres com AN ou BN se mostrou satisfeita com a gravidez sendo que as anoréticas e bulímicas, no 3º trimestre de gravidez, referem ter sentimentos mistos (satisfação e descontentamento) acerca da gestação.

Cerca de ¼ das mulheres com PCA recente apresenta comportamentos purgativos durante a gravidez, em particular as mulheres com BN. Além disso, cerca de 10 % refere

manter dieta com o objetivo de perda de peso. Verifica-se uma diminuição da intensidade e frequência da sintomatologia associada às PCA no decorrer da gestação. É possível que essa melhoria possa refletir uma tentativa da gestante reduzir os potenciais efeitos nocivos para o seu feto em desenvolvimento. Macedo (2017)

Na visão de Macedo (2017), durante a gravidez, as mulheres sem perturbações alimentares experienciam um aumento na insatisfação com o seu peso corporal, ao contrário das mulheres com PCA, o que se poderá dever ao facto de estas últimas ficarem menos preocupadas com o seu corpo. Verifica-se, assim, uma alteração nas prioridades nas mulheres doentes, priorizando o desenvolvimento saudável dos seus bebés, face à sua imagem e peso corporal. No entanto, é de salientar, que nas mulheres sem perturbações alimentares a insatisfação com o seu peso corporal não excede em nenhuma altura a das gestantes com PCA. Muitas das mulheres com perturbações do comportamento alimentar apresentam uma melhoria, durante a gravidez, nos scores do Quality Of Life related to Eating Disorders; porém, geralmente, retornam aos níveis basais após a gestação. Durante a gravidez, as doentes podem tanto apresentar melhoria como agravamento nos scores do QOLED, variando de caso para caso, não devendo, portanto, os clínicos afirmar que a gestação irá necessariamente melhorar a sua PCA.

Segundo a mesma autora, no caso da anorexia nervosa, verifica-se uma melhoria da sintomatologia durante a gravidez, sendo os scores médios do Eating Disorders Examination, para a subclasse da preocupação com o peso, de 2.38 pré-gravidez, 1.97 durante a gestação e 3.70 no pós-parto; e, para a subclasse da preocupação com a forma corporal, de 2.67 pré-gravidez, 2.38 durante esta e 3.84 pós-parto. Podemos, assim, concluir, que se verifica uma remissão apenas parcial dos sintomas durante a gravidez, e um agravamento destes após a gestação para níveis superiores aos basais. Em 74 % dos casos em que a bulimia nervosa já existia antes da gravidez, as mulheres apresentam remissão parcial ou total durante a gravidez, sendo importante salientar que a gestação poderá funcionar como uma “ janela” que neutraliza as barreiras do pedido de ajuda médica e do acompanhamento e tratamento da doença.27 Assim sendo, para a maioria das mulheres, a gravidez surge como um forte estímulo para diminuir a sintomatologia bulímica.

Malcata, F. Macedo afirma que no período pós-natal, a proporção de bulímicas em que se verificou a remissão dos sintomas foi de aproximadamente 40% e 30%, aos 18 e 36 meses pós-parto, respetivamente. A remissão na gravidez está significativamente associada a mulheres com menores níveis de ansiedade e depressão, e maior auto-estima e satisfação com a vida. Por outro lado, a persistência dos sintomas durante a gravidez aumentou em quatro vezes o risco de continuação destes no período pós-parto. Consequentemente, as mulheres que, apesar de estarem grávidas, mantêm a compulsão

alimentar seguida de comportamentos compensatórios, poderão ter um curso mais severo da doença, com uma duração superior dos sintomas no período pós-parto.

No caso das mulheres com transtorno de compulsão alimentar pré-gravidez, cerca de 61 % dos casos continua a cumprir os critérios durante a gravidez, enquanto em 39 % ocorre remissão na primeira metade da gestação - sendo, portanto a persistência dos sintomas mais comum do que a sua remissão. O principal factor associado à remissão é considerar que se tem excesso de peso, aumentando em 50 % a probabilidade de remissão. Por outro lado, se sentirem que manter um determinado peso (peso atual) é importante para a sua auto-imagem, a probabilidade de remissão diminui em 20%.30 Acresce que um valor de IMC mais elevado está positivamente associado à continuação e permanência do TCA e, negativamente associado à remissão pós- parto.

1.4 Estado nutricional da gestante

O estado nutricional da gestante é reconhecido como um importante fator para uma gestação saudável e sem complicações. O IMC baixo e um inadequado aporte de nutrientes materno são preditores para uma gravidez de risco, com aumento da incidência de nascimentos pré-termo e crescimento fetal restrito, como também risco de morbimortalidade materna.

Puffer e Serrano (p.12,20,44-46), relataram que os dois fatores mais im- portantes relacionados ao baixo peso ao nascer são o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno; ambos podem estar alterados nas gestantes com TA. Ainda, o adequado crescimento fetal requer uma gestante em bom estado nu- tricional e nutrientes vitais devem estar disponíveis, condição incompatível com os quadros de TA.

O IMC baixo e um inadequado aporte de nutrientes materno são preditores para uma gravidez de risco, com aumento da incidência de nascimentos pré-termo e cresci- mento fetal restrito, como também risco de morbimortali- dade materna49,50.

Segundo Sollid et al. p.12, os comportamentos alimentares de controle de peso como dietas restritas, vômitos e exercícios excessivos contribuem para danos no crescimento fetal por comprometer a passagem dos nutrientes essen- ciais do sangue materno para o feto. Esses comportamentos também levar à desnutrição materna, causando danos no sistema imune o que pode aumentar o risco de doenças infecciosas maternas, contribuindo para nascimentos pré-termo. RN de baixo peso e prematuros têm suscetibilidade aumentada a infecções e alterações no crescimento e desenvolvimento neurocognitivo.

A deficiência nutricional pode, portanto, causar infecções, que podem ser prevenidas por uma adequada intervenção nutricional para melhorar a saúde materno-fetal. Assim

sendo, os comportamentos alimentares inadequados e ganho inadequado de peso durante a gestação podem determinar o crescimento do RN.

Conti et al. p.52 investigaram os comportamentos alimentares de gestantes que deram à luz a RN com baixo peso e RN de peso normal. As mulheres que deram a luz bebês de baixo peso relataram hábitos alimentares piores antes, durante e depois da gestação. Neste estudo os preditores para ter um RN de baixo peso foram peso pré-gestacional menor, alto escore no questionário de investigação para BN (Teste de investigação de Edinburgh – BITE – 53) e ganho inadequado de peso durante a gestação.

Fahy e O'Donoghue afirmaram que mulheres que estão abaixo do peso na concepção (IMC < 19) têm risco aumentado de gerar bebês abaixo do percentil e que este risco aumentaria para 54% para mulheres de baixo peso que induziram a ovulação. Há ainda a possibilidade de a BN ou dietas restritivas poderem constituir um risco teratogênico ao feto.

Segundo Van Der Spuy p.54, a desnutrição materna está associada ao aumento da mortalidade perinatal e risco aumentado de malformação congênita. Carmichael et al.p.55 verificaram em seu estudo que alguns comportamentos de dieta, como a restrição alimentar e o jejum, e o uso de diuréticos estavam associados com o aumento de risco de desenvolvimento de doenças do tubo neural durante o primeiro trimestre da gestação. Para mulheres que aprenderam que a sua autoestima depende da sua forma física, o ganho de peso associado à gestação pode se tornar um problema. Vivendo em uma cultura que admira a magreza, a perspectiva de "ganhar alguns quilos" pode ser desconcertante, principalmente para mulheres que possuem uma história de TA; essa preocupa- ção pode resultar em um rígido controle de peso e preocu- pação exagerada com o alimento e a forma corporal. O ganho de peso também pode ser um fator de exacerbação dos TA.

Fahy e O'Donoghue p.10 discutem que gestantes com história de dietas consecutivas prévias tinham medo maior de ganhar peso e que, em gestantes, quanto piores as atitudes para com ganho de peso, mais baixo era o ganho ponderal na gravidez.

Olson e Strawderman p.51, acompanhando 622 gestantes saudáveis realizando pré-natal, encontraram que apenas 38% delas tiveram ganho de peso dentro do recomenda- do. Os autores recomendam que sejam feitas propostas e intervenções efetivas para promover um adequado ganho de peso gestacional.

1.5.Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

O Transtorno da compulsão alimentar (TCA) é diversas vezes confundido com a BN por apresentar quadros de compulsão alimentar, porém os portadores de TCA apresentam baixa adesão de uma dieta restritiva como é visto na BN, além de os quadros de compulsão

alimentar em pacientes com BN se encerrar quando há um comportamento purgativo, em contrapartida no TCA não há um final concreto podendo ser durante um período de até 2 horas (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

Sendo assim, o DSM-V (APA, 2014) classifica o TCA como um transtorno alimentar na qual o sujeito consome grandes quantidades de alimentos em um período limitado, gerando sensação de perda de controle e sentimentos de culpa e vergonha, em média de 1 a 2 dias por semana, durante 3 meses. O quadro de compulsão alimentar está associado a três ou mais dos critérios a seguir: consumir uma quantidade de alimentos maior e mais rápido do que normalmente; comer até ficar extremamente saciado; comer grandes quantidades, mesmo não estando com fome; alimentar-se sozinho devido ao sentimento de vergonha; logo após sentir nojo, repulsa e culpa de si mesmo (MARQUES; BALDESSIN, 2016).

Os indivíduos em obesidade com diagnóstico de uma ou mais psicopatologia estão mais propensos a desenvolverem o TCA, porém o transtorno pode variar de 1,5% a 5% entre a população em geral, estando em eutrofia ou excesso de peso. Já naqueles em tratamento de perda de peso a prevalência varia entre 15% a 22%e em indivíduos que foram submetidos a cirurgia bariátrica 56% apresentam o transtorno (SILVA; SOUSA, 2016).

1.6. Pica

O transtorno denominado pica, anteriormente chamado de ‘‘picamalácia’’ é definido pela vontade e ingestão de substâncias que não tenham propriedades nutricionais e possui quatro critérios diagnósticos segundo o DSM-V (APA, 2014). Para um diagnóstico fidedigno, (SAUNDERS et al., 2009) a ingestão e desejo por essas substâncias devem superar ao menos 1 mês, o consumo constante se torna impróprio para o estágio de vida do indivíduo acometido, o comportamento apresentado não é culturalmente aceito e, por fim, caso o TA se apresente em conjunto de outro TP ou condição clínica, como a gestação, é necessário atenção especial.

Quanto ao último critério, é relativamente comum esse transtorno aparecer no período gestacional, (SAUNDERS et al., 2009), em um estudo epidemiológico com finalidade de avaliar a prevalência de mulheres gestantes com pica e avaliar as nuances desse diagnóstico, identificaram que 14,4% de gestantes possuem diagnóstico e comportamentos que podem ser definidos como pica, e em relação às nuances, os autores demonstraram que quase a metade dessas mulheres sofriam dos comportamentos diariamente, como também os sintomas de 46,7% dos casos se iniciam no segundo trimestre e 30% dos casos no terceiro.

1.7. Transtornos Mentais Comuns e Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares se encaixam nas definições de transtornos psicológicos. Dunker e colaboradores (2009) explicam que a relação entre ambos os conceitos se inicia na percepção da semelhança etiológica, portanto, podem ser desenvolvidos e perpetuados por aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares.

Essa correlação se molda na presença mútua de TA e TMC dentro do espectro de TP. Brooks (2012) e Hiluy (2019) reforçam a necessidade de uma visão espectral sobre os distúrbios alimentares, de forma a entender que os critérios diagnósticos precisam ser constantemente atualizados e precisam identificar os transtornos alimentares não-especificados. Além disso, essa visão dimensional também pode ser entendida como uma noção dinâmica sobre os diagnósticos dos TA, ou seja, os quadros de TA podem criar um espaço para o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas de natureza não alimentar (BROOKS et al., 2012; HILUY et al., 2019).

Dessa forma, entende-se que um TA não é uma doença secundária e torna-se fator de risco para o desenvolvimento de um TMC, como depressão e ansiedade, ao mesmo tempo que um TMC também se enquadra como fator de risco para o desenvolvimento de TA, sendo nesse segundo caso caracterizadocomo fator predisponente de um distúrbio alimentar (KLEIN; WALSH, 2004; MORGAN; VECCHIATTI, 2002).

De acordo com dados apontados pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014), encontram-se associações da bulimia nervosa e anorexia nervosa, com transtornos de personalidade, principalmente o borderline, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas depressivos ou transtornos de humor e abuso ou dependência de álcool, tabaco ou entorpecentes.

De forma mais detalhada, Aspen e colaboradores (2014), através de um estudo longitudinal objetivando avaliar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em mulheres com algum tipo de TA ou com alto risco de desenvolver algum TA, corroboram o fato de que, distúrbios alimentares comumente aparecem juntos a outros sintomas e/ou transtornos psicológicos. Para isso, 549 mulheres foram divididas em 4 grupos: 1) diagnóstico de algum tipo de TA, 2) condições alimentares não-especificadas, 3) alto risco de desenvolvimento de TA e 4) controle, após a divisão foram submetidas a entrevistas pautadas em dois materiais, o Eating Disorder Examination adaptado e o Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 disorder.Como resultado, os pesquisadores destacam que o transtorno depressivo foi mais prevalente em todos os grupos, exceto o grupo controle. Os transtornos de ansiedade seguiram os mesmos resultados comparativos, no entanto o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) foi identificado como o mais prevalente e em seguida a síndrome do pânico. Por fim, os distúrbios de insônia também se mostraram mais prevalentes nos grupos

relacionados ao TA comparado ao grupo controle, tendo seus maiores números no grupo de mulheres diagnosticadas com algum tipo de TA.

1.8. Distúrbios Alimentares e Gravidez

Durante a gravidez e no pós-parto podem ocorrer alterações no padrão alimentar (excesso ou rejeição de alimentos e/ou bebidas específicas), bem como mudanças na percepção do paladar que, associadas às modificações corporais, podem estar na origem do desenvolvimento de um DA(14, 15). A prevalência de DA em mulheres grávidas foi estimada como sendo, de pelo menos, 7,5%(4). Embora na maioria das mulheres com história de DA, os sintomas tendam a diminuir durante a gravidez devido à preocupação com o feto, a uma perceção diferente do seu corpo ou a um maior apoio da família e dos profissionais de saúde, essa melhoria parece ser transitória podendo agudizar-se no pós-parto (16, 17). De facto, alguns estudos indicam que nesse período a prevalência dos DA pode aumentar para 11,5 a 12,8%, sobretudo nas mulheres mais jovens (18, 19).

O Institute of Medicine (IOM) recomenda que o ganho de peso ao longo da gestação seja de acordo com o estado nutricional prévio (Anexo B)(24), algo que nem sempre acontece nas mulheres com DA. De facto, as mulheres com AN apresentam uma maior probabilidade de um ganho de peso gestacional insuficiente, enquanto naquelas com BN e PIAC a probabilidade de aumentar excessivamente de peso é maior(25). Ambas as situações acarretam risco para complicações perinatais(26). A prevalência de DA em mulheres grávidas foi estimada como sendo, de pelo menos, 7,5%(4). Embora na maioria das mulheres com história de DA, os sintomas tendam a diminuir durante a gravidez devido à preocupação com o feto, a uma percepção diferente do seu corpo ou a um maior apoio da família e dos profissionais de saúde, essa melhoria parece ser transitória podendo agudizar-se no pós-parto (16, 17). De facto, alguns estudos indicam que nesse período a prevalência dos DA pode aumentar para 11,5 a 12,8%, sobretudo nas mulheres mais jovens(18, 19).

Outros estudos descrevem ainda a deterioração ou aparecimento de novos sintomas de DA durante a gravidez, principalmente no caso do PIAC. A história materna de um DA e a sua manifestação na gravidez, constituem um risco tanto para a futura mãe quanto para o feto em desenvolvimento, como para o bebé.

A AN é um distúrbio psiquiátrico com inúmeras comorbilidades, entre elas, modificações na anatomofisiologia do sistema reprodutor feminino. Alguns estudos recentes indicam que não há diferenças nas taxas de fecundidade nas mulheres com AN comparativamente à população geral, contudo, salientam que a gravidez em mulheres com AN ativa deva ser considerada de alto risco. A hipótese de que as mulheres com AN ativa não engravidariam devido à menstruação irregular ou amenorreia, levou a um uso

insuficiente de contraceção e, em consequência, a um maior risco de uma gravidez não planeada (duas vezes maior em relação ao da população geral), e em idade mais jovem.

Uma gravidez não planeada constitui um risco adicional para o desenvolvimento fetal devido à exacerbação de sentimentos opostos nas mulheres ao descobrir o seu estado de gravidez e à inexistente assistência pré-natal, cujo intuito é de promover uma nutrição equilibrada e a suplementação com nutrientes cujas necessidades estão aumentadas na gravidez (designadamente o ácido fólico), assim como de banir o consumo de substâncias nocivas, tais como o álcool e o tabaco.

No que respeita à BN e à PIAC na gravidez, apesar dos escassos estudos, Pasternak et al. (2011) encontraram uma grande percentagem de partos por cesariana em mulheres com BN e PIAC. Particularmente nas mulheres com PIAC, Bulik et al. (2009) verificaram um maior risco de parto prematuro, de parto induzido e de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, para além de uma maior prevalência de tabagismo(23).

A dieta adotada pela mulher durante a gravidez interage com os seus genes e afeta a suscetibilidade do filho para problemas de saúde, como obesidade infantil, resistência à insulina, alergia e asma(27). Por exemplo, a dieta hiperlipídica frequentemente adotada por mulheres com BN e PIAC correlaciona-se com o desenvolvimento de doenças metabólicas, tais como hipertensão e diabetes mellitus, assim como origina alterações epigenéticas, na expressão dos genes e no comportamento (como maior preferência por alimentos mais palatáveis) da descendência(28). Na AN, a restrição da ingestão energética resulta num estado de desnutrição e baixo peso corporal, que se associam a um risco aumentado de infeção, nomeadamente infeção intra-amniótica, um fator de risco bem estabelecido para o descolamento prematuro da placenta(10). Especialmente no último trimestre de gestação, se a grávida apresentar um quadro de desnutrição grave, há um risco significativo de efeitos adversos na gravidez e no bebé, como por exemplo, maior probabilidade de nado-morto, de um recém-nascido de baixo peso ou mesmo morte infantil(21).

Genericamente, as mulheres com DA apresentam uma ingestão inadequada de micronutrientes, como cálcio, fósforo, ácido fólico, sódio, magnésio, zinco, cobre, vitaminas B1, B2, B6, B12 e D(29, 30). Para além disso, aquelas com comportamentos purgativos, apresentam desequilíbrios hidroeletrolíticos(31). Verifica-se ainda uma elevada percentagem de mulheres com DA vegetarianas ou com um baixo consumo de carne e peixe que, por sua vez, condiciona os níveis de iodo, ferro, vitaminas A, D e B12, ácidos gordos poli-saturados ómega-3 de cadeia longa(32), assim como ácido fólico, colina e metionina, que provocam efeitos prejudiciais para o crescimento fetal e um risco aumentado de obesidade, diabetes mellitus e hipertensão na criança no futuro(2).

Entre as repercussões da ingestão inadequada de micronutrientes, destaca-se que as grávidas com DA apresentam maior risco de anemia gestacional, uma vez que as suas

reservas de ferro na preconcepção estão diminuídas devido ao aumento das necessidades fetais(33). No que respeita a vitaminas, a ingestão inadequada de ácido fólico durante a gravidez está associada à redução da biossíntese de DNA, assim como a defeitos no tubo neural(34). O aporte inadequado em vitamina A durante a gravidez parece estar associado a parto prematuro, baixo peso ao nascimento e baixos níveis hepáticos neonatais de vitamina A, o qual parece contribuir para o risco de displasia bronco-pulmonar no recém-nascido(35, 36). Já o défice em vitamina D predispõe o recém-nascido a hipocalcemia neonatal e, posteriormente, a raquitismo. Outros estudos sugerem que o défice em vitamina D está associado a um maior risco de desenvolvimento futuro de esclerose múltipla, cancro, diabetes mellitus tipo 1 e esquizofrenia.

1.9. Efeitos Adversos Dos Distúrbios Alimentares Na Grávida E Na Lactante

No primeiro trimestre de gravidez pode ocorrer uma melhoria dos sintomas de DA, ao contrário do que ocorre no final da gravidez ou no pós-parto. O pós-parto é um período de alto risco para a exacerbação ou para o aparecimento de sintomas de DA e deterioração da imagem corporal, independentemente da mulher ter ou não história de DA. Também durante os períodos pré e pós-natal, mulheres com antecedentes ou com DA podem ter sintomas depressivos e de ansiedade mais intensos em comparação àquelas sem histórico de DA.

Durante a gestação ocorrem modificações neuroendócrinas que podem alterar a função cerebral, prejudicando o metabolismo, a regulação do apetite e o humor. O stresse, o humor alterado e a ansiedade da mulher durante a gravidez podem afetar negativamente o ambiente intrauterino, assim como provocar parto prematuro devido ao aumento dos níveis da hormona libertadora de corticotrofina.

A alteração do humor pode prejudicar tanto agravidez como o desenvolvimento fetal, aumentando o risco de prematuridade, peso e/ou comprimento baixos ou insuficientes para a idade gestacional e de restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Alguns estudos indicam que o ganho de peso insuficiente durante a gravidez, promove um aumento do risco de parto prematuro, especialmente em mulheres com baixo IMC pré-gestacional.

Níveis insuficientes de vitamina D (<50 nmol/L) e um baixo IMC, presentes em grávidas com DA, associam-se a baixa densidade mineral óssea, sendo que o ganho de peso adequado foi descrito como o fator mais importante na melhoria da saúde óssea. Particularmente nas mulheres com AN ativa, a probabilidade de complicações maternas na gravidez, tais como hiperémese gravídica, hemorragia anteparto e anemia, é maior e mais grave(10, 12).

A existência de um DA durante a gravidez aumenta o risco de depressão pósparto e pode representar um obstáculo ao estabelecimento de vínculo precoce entre a mãe e o bebé. Algumas mães com DA relatam maiores dificuldades em determinar as necessidades dos seus filhos, existindo um maior risco de projetarem neles as suas preocupações alimentares e corporais. Lee et al. (2020) indicam que as mudanças na aparência física durante a gravidez são mais aceites socialmente, sendo mais difícil de aceitar a aparência da mulher após o parto.

Assim, no pós-parto, as mulheres sofrem pressão para retornar à aparência e ao peso pré-gestacionais, colocando-as em maior risco de desenvolver depressão pós-parto e perturbações de ansiedade, especialmente em mulheres com DA. As mães com história de DA ou DA ativo relataram ter uma lactação escassa e mostraram-se mais propensas ao abandono precoce do aleitamento materno, provavelmente devido a constrangimentos causados pela amamentação e à elevada insatisfação pela forma e imagem corporais. Existem escassos estudos relativos à composição do leite humano nas mulheres com DA, contudo, sabe-se que a variação do teor de gordura e o valor nutricional do leite estão relacionados com o IMC e a composição corporal da mãe.

Por exemplo, lactantes com ingestão insuficiente de ferro e vitamina B12, condicionam o aporte destes nutrientes aos bebés amamentados com leite humano, com consequências neurológicas. Em suma, entre as principais complicações dos DA durante a gravidez destacadas na literatura estão a infertilidade, abortos espontâneos, desnutrição durante a gravidez, hiperémese gravídica, parto por cesariana, parto prematuro e depressão pós-parto.

1.10. Efeitos Adversos Dos Distúrbios Alimentares Maternos No Bebé

Do Teste de Atitudes perante a Alimentação (Eating Attitude Test ou EAT-8). Este teste tem um bom valor preditivo positivo, quando combinado com medidas antropométricas, como o peso corporal e o IMC. No entanto, como está mais orientado para a identificação de AN e tem um maior número de itens, o recurso ao questionário SCOFF continua a ser a alternativa mais interessant, apesar de ainda não ter sido traduzido nem validado A desnutrição materna afeta negativamente o desenvolvimento fetal, já que este depende intrinsecamente do estado nutricional equilibrado da mãe, de um adequado suprimento placentário e de fatores de crescimento fetal.

Para além do impacto negativo na gravidez, a história de DA ou a sua manifestação durante a gravidez, associam-se a resultados neonatais adversos e a um risco maior de complicações obstétricas, tais como aborto espontâneo, parto prematuro, RCIU, peso e/ou comprimento baixos ou insuficientes para a idade gestacional, recém-nascidos grandes para a idade gestacional e microcefalia. A presença de DA ou défices nutricionais específicos na

gravidez produzem graves alterações nos perfis epigenéticos da mãe e do feto, uma vez que a gravidez é o período mais sensível às mudanças epigenéticas que persistirão na vida adulta.

Uma revisão sistemática que incidiu em estudos que compararam mulheres com e sem TA e os seus filhos, indicou que a presença de TA na gravidez tem repercussões no desenvolvimento psicológico, cognitivo e alimentar da criança, originando dificuldades comportamentais, sociais e emocionais relativamente à alimentação, que por sua vez, podem aumentar o risco de DA na criança. Para além disso, os bebés cujas mães tiveram um DA ativo durante a gravidez apresentam dificuldades em manter a homeostasia perante fatores de stresse, assim como na regulação emocional ao longo da vida.

Tal como já referido, um ambiente intrauterino alterado pode predispor a descendência ao risco de desenvolver doenças crónicas na vida adulta. Ainda que os mecanismos e interações não estejam completamente compreendidos, acredita-se que a exposição ambiental durante a vida intrauterina, incluindo fatores nutricionais, afetam o neurodesenvolvimento e a maturação imunológica do feto.

Num estudo de coorte prospetivo de base populacional, observou-se um risco aumentado de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e de Perturbações do Espectro Autista (PEA) nos filhos de mulheres com TA, independentemente do tipo, em comparação com os filhos de mulheres sem A. Em concreto, o risco de PHDA e PEA foi 2,5 e 4 vezes maior, respetivamente, entre filhos de mães com AN ativa comparativamente àqueles de mães com AN prévia.

Os efeitos adversos dos TA no desenvolvimento fetal mais comuns são o RCIU, peso e/ou comprimento do recém-nascido insuficientes para a idade gestacional, microcefalia, baixo índice de Apagar e risco de mortalidade perinatal(2, 17, 54).

Salienta-se que nem todos os TA, se associam aos mesmos efeitos adversos no feto, assim como nem todos os estudos avaliaram cada TA de forma independente, pelo que as conclusões dos diferentes estudos e revisões não são consistentes.

1.11. Estratégias De Diagnóstico Dos Transtornos Alimentares

Os TA acarretam um elevado custo nos cuidados de saúde (em relação a outros distúrbios), assim como um maior risco para a fertilidade e para a saúde materno infantil. O diagnóstico precoce dos TA na grávida é muito importante, contudo, existem vários obstáculos. Em primeiro lugar, os intrinsecamente ligados ao DA, como a negação ou a falta de vontade de mudar o comportamento alimentar, mas também o desconhecimento do impacto dos TA na saúde.

Por exemplo, no tratamento de infertilidade, algumas mulheres não revelam a sua história de TA (ou a sua presença no momento) porque desconhecem as suas repercussões e também por medo da estigmatização pelos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde que realizam avaliações preconcecionais têm um papel muito importante no rastreio, monitorização e encaminhamento de mulheres com (ou em risco de) TA. No entanto, muitos não se sentem seguros na sua capacidade para identificar um TA e, simultaneamente, relatam que há falta de oportunidade e tempo na rotina de cuidados pré-natais para discutir abertamente os TA. Neste contexto, acredita-se que a inclusão de ferramentas de rastreio simples e de fácil aplicação para a avaliação dos TA seria muito útil.

1.12. Estratégias De Intervenção Nutricional Nos Distúrbios Alimentares Na Gravidez

Uma nutrição inadequada durante a gravidez decorrente de um DA, como já referido, pode causar défices nutricionais que, per se, estão associados a RCIU e a maior risco de parto prematuro. As grávidas com DA apresentam determinados padrões nutricionais, sendo que muitas são vegetarianas ou têm um baixo consumo de carne, consomem grandes quantidades de café e/ou não apresentam deficiências significativas de minerais e vitaminas.

Existem algumas abordagens de prevenção de DA em grávidas, nomeadamente o seu acompanhamento regular durante a gravidez e o puerpério, onde é realizado aconselhamento e encorajado o controlo do seu comportamento alimentar e emoções. Segundo o Kelty Mental Health Center, a recaída de um DA pode ser evitada através do desenvolvimento de um sistema de apoio (família, amigos, cuidadores), identificação de estímulos e criação de um plano pessoal para lidar com os mesmos, redução de influências negativas e ingestão de lanches e refeições regularmente, com o intuito de manter padrões alimentares regulares e otimizar a ingestão nutricional para a mãe e o feto.

A presença do Nutricionista numa equipa multidisciplinar é essencial para o acompanhamento de grávidas com DA, na medida em que desempenha um papel preponderante na monitorização do comportamento alimentar, correção de possíveis défices nutricionais e modificação dos planos de refeições. Para além de que este profissional é igualmente fundamental no acompanhamento pós-parto.

1.13. Efeitos Fisiológicos Adversos Causados Pelos TAs Nas Gestantes/Puérperas

Evidências de estudos clínicos atuais, sugerem uma variedade de resultados obstétricos desfavoráveis associados a indivíduos que possuem um TA ativo no período gestacional. Ezzeddin et al. (2015) observaram que houve uma associação significativa entre a prática de pica e desfechos na gravidez, como: pré-eclâmpsia, anemia, náuseas, vômitos, contrações, sangramentos prematuros e maior quantidade de cesarianas. Além disso, a prática foi maior em gestantes com histórico de abortos ou natimortos. Já no estudo de Watson et al. (2017) foram associados à AN e a BN os seguintes desfechos: diabetes gestacional, préeclâmpsia, nó do cordão umbilical e sangramento prematuro. Já em gestantes com TCAP houve maior risco de bebês GIG, de cesárea e de parto induzido (ANTE, et al., 2020).

A forma mais comum de pica é a pagofagia, e apesar de não se ter certeza se esse distúrbio é a causa da deficiência de ferro, ela está fortemente ligada ao desenvolvimento de anemia por deficiência desse mineral. Não foi avaliada a anemia da gravidez entre as mulheres estudadas, mas, os resultados da pesquisa mostraram que a suplementação de ferro no período gestacional teve um efeito protetor contra a prática de pica (EZZEDDIN et al., 2015).

Apesar de não ter sido identificado uma relação direta entre TAs e diabetes gestacional, foi indicado que a presença desse agravo pode contribuir para maior incremento do peso, o que pode agravar os transtornos vigentes e até favorecer o desencadeamento de outros (WATSON et al., 2017).

Um estudo recente de Mantel, et al. (2019) associou todos os subtipos de TAs maternos a um risco aumentado de hiperêmese gravídica, e aumento da incidência de anemia em gestantes com AN. Enquanto no estudo de Koubaa et al. (2015) a hiperêmese gravídica teve maior incidência em mulheres com BN. Essa alteração em mulheres que apresentam TAs reflete um risco maior devido à semelhança dos sintomas e o aumento dos casos de anemia durante o período gestacional, o risco se torna maior e pode ser explicado devido à deficiência dos nutrientes.

Na pesquisa conduzida por Micali et al. (2015) foi levantada a hipótese de que o Índice Massa Corporal (IMC) pré-gravídico baixo e o ganho de peso gestacional insuficiente, mediaram às associações entre TAs maternos e complicações perinatais. Esse achado está em consonância com os dados revelados em outros estudos, onde gestantes com AN

tiveram IMC materno significativamente menor no início da gravidez e menor ganho de peso materno. Esses achados são esperados, uma vez que os TAs apresentam como principal ponto a busca incessante pela magreza (KOUBAA et al., 2015).

1.14. Efeitos Psicológicos Adversos Na Mãe

De acordo com Dryer et al. (2020), no período gestacional as mulheres são mais propicias a ansiedade devido às mudanças físicas e emocionais, durante a gestação. Este risco é analisado nas taxas de prevalência dos transtornos depressivos em mulheres durante a gravidez, estimado em 7 a 20%, dependendo dos procedimentos e metodologias utilizadas e a população avaliada.

Vários resultados adversos para mulheres no período gestacional testado em gravidez tardia incluem baixa autoestima, ganho de peso, náuseas, comentários negativos sobre a maternidade. Há evidências também que a ansiedade está ligada a depressão pós-parto, aumento do consumo de álcool e fumo durante a gestação e estão relacionados a resultados adversos de saúde na mãe e no bebê (DRYER et al. 2020).

A gestação não planejada pode causar muita ansiedade e estresse para a mãe e a família. 32% das mulheres de um estudo relataram que a pica foi desencadeada como conduta para diminuir o estresse e ansiedade no período gestacional (EZZEDDIN et al. 2015). Em uma recente publicação, os posicionamentos negativos e não adaptativos devido à gestação foram justificados como sintomas perinatais depressivos e ansiosos, mas em outros estudos observaram uma relação com desordens de comer muito (BRASKIN et al., 2020).

Para Chan et al. (2015), a ansiedade pré-natal e os sintomas depressivos foram relacionados aos TAs durante os três trimestres da gestação, e os mesmos contribuíram para a variação dos níveis de distúrbios alimentares no período gestacional.

Outro problema eminente advindo da presença de TAs no período gestacional é o parto prematuro. Apesar dos avanços da perinatologia nos últimos anos, a prematuridade ainda é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, sendo a principal causa de morbimortalidade neonatal (BORBOLATO et al., 2015). Crianças nascidas antes das 37 semanas gestacionais têm maior probabilidade de apresentar limitações no seu desenvolvimento, pois, quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional maior o risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico. Contudo, crianças pré-termo são mais propensas a apresentarem atraso perceptual, motor e cognitivo, associado ou não a problemas de comportamento e déficit de atenção (PEREIRA et al., 2016).

Além da prematuridade, Ezzeddin et al. (2015) observaram que houve maior prevalência do uso de fórmula infantil, havendo associação significativa entre a prática de pica e a menor incidência de amamentação. De acordo com Ministério da saúde, as

fórmulas infantis foram desenvolvidas com o intuito de se assemelhar ao leite materno mas, a sua composição não se iguala com as propriedades que o mesmo apresenta. Estudos científicos afirmam a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida pois, além de ser mais bem digerido, por serem da mesma espécie, o leite materno dispõe de todos os nutrientes essenciais para o adequado crescimento e desenvolvimento da criança e supre sozinho todas as suas necessidades nutricionais até esse período (BRASIL, 2019).

Complicações neurológicas associadas a filhos de mães com TA na gravidez também são apontadas, tais como: pior estabilidade autonômica e desenvolvimento motor e de linguagem receptiva e geral mais pobre. Portanto, a prole possui maior dificuldade para regular sua respiração, temperatura e o resto do sistema autônomo, e a desregulação neste sistema pode comprometer todos os outros, pois é ele que forma a base sobre a qual os outros se desenvolvem. Além disso, a instabilidade autonômica na prole estava correlacionada com agitação e maior resposta ao estresse da criança (BARONA et al., 2017).

Ao que parece, os efeitos negativos ocorrem também nas fases subsequentes da vida. Koubaa et al. (2015) constataram que o baixo nível de ferritina sérica nas mães com AN foi associado ao comprometimento da memória da prole aos cinco anos de idade, sugerindo que os estoques deficientes de ferro nas mães com AN também podem ser importantes para o desenvolvimento neurocognitivo da criança. A literatura atual já evidencia a importância do ferro para saúde infantil, sendo inclusive adotado no Brasil a política de suplementação deste mineral e o monitoramento constante das crianças, tendo em vista que até os cinco anos a anemia é considerada um agravo de expressiva magnitude (SBP, 2018).

Mantel, et al. (2019) constataram em sua pesquisa que filhos de mulheres com todos os subtipos de TAs estavam com risco aumentado de microcefalia, que constitui um distúrbio no desenvolvimento do cérebro da criança, culminando em perímetro cefálico inferior para idade, sexo e raça, tornando-a mais vulnerável a manifestar prejuízos visuais e auditivos, epilepsia e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor.

Os dados encontrados indicam ainda que, mulheres que possuem TAs durante a gestação têm maior probabilidade de desenvolver uma gravidez de risco por possuírem ingestão alimentar inadequada, e impactar negativamente o recémnascido, uma vez que nutrientes como ômega 3, ferro e ácido fólico são essenciais para um adequado desenvolvimento no ambiente intrauterino. (SANTOS et al., 2016). Os estudos incluídos sinalizam que crianças nascidas de mães portadoras de TAs possuem restrição de crescimento que trarão impacto ao longo de toda sua vida adulta.

1.15. Critérios de diagnóstico

O diagnóstico da anorexia e da bulimia nervosas não é fácil, primeiro porque nem sempre os sintomas são evidentes, ou por que em alguns casos os sintomas se confundem com o de outras doenças e, por fim, porque muitos doentes negam a doença e os seus sintomas. Portanto, na tentativa de se diagnosticar esses transtornos, A DSM-IV e na CID-10, foram criados critérios específicos:

Anorexia

a) Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura.
b) Manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado;
c) Medo mórbido de engordar;
d) Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais;
e) Excessiva influência do peso ou forma corporal na maneira de se

Bulimia

a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar com as seguintes características: ingestão em pequeno intervalo de tempo de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo; e sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar;

b) Comportamentos para prevenir ganho de peso (vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos, dieta restrita ou jejum e exercícios vigorosos); e

c) Os episódios bulímicos e comportamentos compensatórios, duas vezes por semana, por três meses; e

d) Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.

1.16. Sinais e sintomas

Segundo Baptista, Pandini4 e Fleitlich et al. p.23 os sintomas levam à consequências físicas semelhantes a um estado de desnutrição crônica, à diminuição da ingestão alimentar, a minimização do gasto de energia corporal, a diminuição das funções orgânicas essenciais e a alteração das funções vitais, ansiedade, depressão, baixa estima.

1.17. Consequências dos TAs

Sinais vitais Bradicardia; hipotensão; hipotermia.

SNC Atrofia cerebral difusa/regional**;**

Cardiovascular Edema periférico; bradicardia; arritmias; hipotrofia e parada cardíaca, Arritmia.

Renal Uremia pré-renal Deficiência de eletrólitos e doença renal **Hematológico** Anemia e problemas de coagulação, anemia relacionada à nutrição inadequada.

Gastrointestinal

Esvaziamento gástrico lentificado; dilatação gástrica lactase e lipase intestinais diminuídas; problemas dentários; constipação; dor e distensão abdominais, níveis baixos de serotonina e de adrenalina, refluxo gastresofágico; úlceras estomacais; inchaço e problemas de esôfago; constipação; azia; problemas odontológicos; irregularidades digestivas; dor e distensão abdominal.

Metabólico

Hipercolesterolemia; hipercarotenemia; hipoglicemia aumento das enzimas hepáticas; taxa metabólica basal baixa; baixa na gordura e temperatura corporal, alcalose metabólica.

Endocrinológico

Amenorréia; hipotiroidismo; baixos níveis de estrogênio, progesterona, hormônio luteinizante, folículo estimulante e tiroxina, osteoporose, fraturas; aumento da triiodotironina reversa do cortisol e do hormônio de crescimento; e diabetes gestacionais; diminuição da produção de hormônios pelas glândulas adrenais; produção de hormônios sexuais pelos ovários em quantidades insuficientes; imunodepressão; menores níveis de serotonina e de adrenalina.

Dermatológico

Pele seca, escamosa; pêlos finos, ásperos e quebradiços; unhas secas e quebradiças; pele amarelada; lanugem na face e braços, arranhões ou escoriações vermelhas na parte de cima das mãos ou nos nós dos dedos.

Pulmonar Pneumonia por aspiração devido à regurgitação. Pneumonia **Psicológicos** Ansiedade; depressão; tristeza; desânimo e tentativas de suicídio. Dificuldade de concentração, mudanças de humor; desânimo e compulsões.

1.18. Consequências Para O Feto

Nascimento pré-termo e restrição do crescimento intrauterinosão os principais preditores para morte perinatal, além de poder representar um risco para danos no funcionamento cognitivo e físico no decorrer da vida (Dunker et al., p 62).

Estudos recentes indicam que mulheres com TA tem um risco aumentado para gerar RN com baixo peso ao nascer. Sollid et al p.12 encontraram que risco para gerar RN de baixo peso foi duas vezes maior nas mulheres hospitalizadas com TA antes da gravidez do que em gestantes sem transtorno.

Steward et al p. 62 e Treasure e Rusell p. 27 relatam complicações fetais como crescimento fetal restrito, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixa pontuação de score

Apgar, aumente de risco para anomalia congênita e para mortalidade perinatal em mulheres com TA. Treasure e Rusell p. 27 acompanharam7 RN de mães com anorexia nervosa no qual a circunferência abdominal no nascimento era baixo no percentil, descreveu que o crescimento fetal restrito pode ocasionar asfixia antenatal e morte antes do nascimento. Uma vez gerados, os recém nascidos podem apresentar hipotermia, hipoglicemia e infecções e ainda um aumento para mortalidade perinatal.

Brinch et al. P. 9, estudando 50 mães anoréxicas que tiveram 86 bebes, encontraram que 7 morreram dentro de 1 semana: 5 de complicações em decorrência de prematuridade, 1 de hidrocefalia e 1 natimorto.Lacey e Smith. P 23, estudando 20 bulimicas, registraram 22 nascimentos e um bebe nasceu prematuramente (29 semanas), morrendo logo apos o nascimento (a criança pesava 950g, sua mãe tinha uma longa historia de abuso de álcool e drogas e preenchia critério para bulimia multi-impulsiva). Todas outras crianças nasceram de termo (pesaram entre 2.500g 3e 3.700g) e houve dois pares de gêmeos. Um bebe nasceu com fenda palatina e outro com lábio leporino. Defeitos no nascimento também foram encontrados no RN de três gestantes; incluindo purgação (uso de laxantes e vômitos) e abuso de álcool.

1.19. Complicações fetais e neonatais

Segundo Rafael M. Soares (2007), à semelhança das complicações obstétricas, também neste caso nem sempre existe uma associação estatisticamente significativa entre as várias perturbações do comportamento alimentar e risco aumentado de complicações fetais e perinatais. A anorexia nervosa materna pode encontrar-se relacionada com uma restrição do crescimento intrauterino, aumento da probabilidade de sofrimento fetal, baixo peso à nascença e bebés pequenos para a idade gestacional, estando o risco de morte perinatal aumentado quando comparado aos filhos de gestantes sem patologia. O baixo peso pré-gravidez da mãe, nomeadamente na altura da conceção ou do parto, tem um impacto significativo nos outcomes perinatais, em particular no baixo peso ao nascimento e no parto pré-termo.48 Porém, existem estudos que não confirmam a associação da AN com o baixo peso à nascença e fetos pequenos para a idade gestacional.

Nas bulímicas, pode verificar-se a presença de recém-nascidos com baixo peso, bem como o risco duplicado de necessidade de ressuscitação neonatal e valores de Apgar muito baixos (< 3) no 1º minuto;46 por outro lado, pode não existir associação com baixo peso. Nas gestantes com transtorno de compulsão alimentar, comprova-se que os bebés têm um peso superior e são grandes para a idade gestacional, quando comparados aos das gestantes saudáveis. Além disso, verifica-se uma menor ingestão de folato por parte das

gestantes com perturbações do comportamento alimentar, o que resulta no aumento de incidência de defeitos congénitos, principalmente defeitos do tubo neural. Soares (2007).

As várias complicações potencialmente observáveis podem ser atribuíveis ao facto de os vários episódios de compulsão alimentar e purgativos levarem a mudanças rápidas no equilíbrio metabólico corporal da mãe, e consequentemente no fornecimento nutricional ao feto afetando, então, o seu desenvolvimento. Rafael M. Soares (2008)

1.20. Cuidados e orientações de enfermagem

De acordo com Grando (2006) o tratamento clínico dos transtornos alimentares incluí uso de medicamentos como antipsicóticos (clorpromazina) e antidepressivos prescritos por médicos e, também, a execução de normas de conduta do pessoal de enfermagem, principalmente em relação à alimentação, os cuidados de enfermagem incluem período de observação dos pacientes de uma hora, posterior as refeições para evitar o vômito autoinduzido; a prática de exercícios físicos ou automutilação, em virtude do aumento da ansiedade e de sentimentos de culpa que ocorrem logo após a alimentação.

A conduta de enfermagem supracitada conforme Lima e Knupp é preconizada, pois, os profissionais de enfermagem são os que permanecem maior tempo em contato com os pacientes sob tratamento clínico do tipo internação hospitalar ou clínica, principalmente durante horários críticos relativos às atividades de vida diária (refeições) o que acaba favorecendo o estabelecimento de forte vínculo de confiança. A partir do contato direto com os pacientes e de relacionamento interpessoal mais próximo, a equipe de enfermagem consegue ajudar os pacientes com transtornos alimentares durante a difícil etapa que compreende a internação hospitalar e o tratamento ambulatorial para o restabelecimento e manutenção do estado de saúde deles em nível considerado aceitável.

A assistência de enfermagem para pacientes com transtornos alimentares apresenta como objetivo não somente administrar medicamentos ou o supervisionamento dos doentes após as refeições como já relatado. Atualmente, os profissionais de enfermagem têm por objetivo maximizar as interações positivas do outro com o ambiente, promover nível satisfatório de bem-estar e intensificar o grau de autonomia dos doentes, além de realizar diagnóstico específico de Enfermagem.

A respeito do diagnóstico realizado pela equipe de enfermagem, Grando e Silva relatam que esse tipo de diagnóstico inclui: realização de exames biológicos, psicológicos, socioculturais e físicos, dentre os quais se destacam a observação de desvios de comportamento (uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e vômitos) e a avaliação familiar, entre outros aspectos.

1.21. Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Diagnostico

- Nutrição alterada pelo não atendimento das necessidades que o corpo requer, causada pela recusa alimentar, atividades purgativas e exercícios físicos intensos.

Intervenção de Enfermagem

Estabelecer com a gestante e a equipe multidisciplinar o peso “alvo” (90% do peso corporal ideal, com índice de massa corporal igual ou superior a 19 Kg/m2 e determinar as calorias necessárias para a nutrição;

Firmar contrato de aceitação mutua com a gestante para atingir essa meta; Estabelecer programa de atividades apropriadas onde são incluídos: verificação diária de peso, do controle hídrico (líquidos ingeridos e eliminados) e sinais vitais; planejamento e supervisão das atividades físicas; Explorar o medo que a gestante tem de ganhar peso, oferecer apoio e tranquilização; orientá-la a buscar ajuda e a usar técnicas de relaxamento quando sentir necessidade de vomitar ou de usar laxantes; encorajá-lo a participar de grupos de apoio.

Diagnóstico

- Distúrbios de imagem corporal, observados pela supervalorização da aparência física.

Intervenção de Enfermagem

Evitar discutir e comentar sobre o ganho de peso; Pedir para a paciente identificar a forma e número do manequim ideal e pontuar os pontos positivos; reconhecer e discutir os valores familiares, culturais, crenças e estereotipais que dizem respeito à magreza e atratividade.

Diagnóstico

- Sistema familiar disfuncional evidenciado por senso de perfeccionismo invasivo e superprotetor

Intervenção de Enfermagem

Explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família. Discutir como a gestante e a família as funções, papeis e limites adequados, bem como formas de comunicação mais efetivas. Identificar as regras dentro da família que reforçam o comportamento inadequado da paciente, juntamente com a família, buscar mecanismos de adequá-las; ajudar a gestante a desenvolver habilidades na resolução de problemas; encaminhá-lo a grupos de terapia familiar.

Diagnóstico

- Pouco conhecimento sobre nutrição e transtornos alimentares

Intervenção de Enfermagem

Colaborar com a nutricionista para que a paciente e sua família adquiram conhecimento sobre nutrição, calorias, valores dos alimentos, dieta balanceada e alimentos que promovam função intestinal normal (fibras); Permitir e encorajar o paciente a preparar cardápio normal e balanceado;

Diagnóstico

- Interação social prejudicada

Intervenção de Enfermagem

Em grupo ou individualmente, promover comunicação interpessoal e socialização; Identificar e promover lazer e atividades que gratifiquem a paciente.

CAPITULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Segundo (Carvalho, 2009, p.154), a “metodologia tem como finalidade fundamentar teoricamente a investigação. Prevê a indicação de todos os passos que serão seguidos ao longo do trabalho, bem como o método de abordagem e as respectivas técnicas”.

Neste capítulo foi apresentado os materiais e métodos de investigação aplicado no desenvolvimento desta investigação, com a revisão crítica e contribuições dos aspectos que fundamentam os transtornos alimentares em gestantes assistidas no materno infantil Augusto Ngangula.

2.1. Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa utilizado para a elaboracão neste trabalho é Pesquisa Descritiva.

Esta pesquisa permitiu-nos descrever as diversas informações colheitadas e observar, resistrar, analisar e correlacionar as variaveis em estudo, por meio dos questionários, as entrevistas, e as observações.

2.2. Modelo de abordagem

Quanto à abordagem, foi uma pesquisa qualitativo-quantitativa ou mista.

Qualitativo: porque nos permitiu descrever e compreender as situações e processos de maneira inegral e profunda, encorporamos a participção dos próprios sujeitos investigados. Também analisamos com eles a percepção que os mesmos têm da sua realidade. Este método permitiu também explicar os fénomenos estudados.

Quantitativa:este modelo permitiu-nos quantificar as variaveis de estudo e interpretar os números quantificados.

2.3. Métodos

Foram utilizados os seguintes métodos:

Histórico. Este método permitiu estudar o desenvolvimento histórico e processos de enfermagem dos conceitos relativo aos transtornos alimentares em gestantes assistidas no materno infantil augusto Ngangula.

Analítico-sintético: Este método permitiu clarificar os transtornos alimentares em gestantes assistidas no materno infantil Augusto Ngangula.

Dedutivo: Este método parte de teorias e leis gerais, e se pode chegar a uma determinação ou prevenção de fenómenos particulares em estudo com relação a satisfação.

Estatístico: A manipulação estatístico permitiu comprovar as relações dos fenómenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado, sobre o desenvolvimento do tema por meio dos dados estátisticos.

2.4. Técnicas e instrumentos

Para a realização dos objetivos previstos fizemos recursos às seguintes técnicas e instrumentos:

2.4.1. Instrumento

Questionário, Grelha de observação e guião de entrevista;

Questionário é o instrumento que foi aplicado sob a forma de escrita com perguntas abertas e fechadas, com objetivo de colher informações sobre o tema em estudo.

Grelha de observação pemitiu observar os comportamentos das pacientes com transtornos alimentares.

Guião de entrevistas este instrumento permitiu-nos entrevistar o publico alvo da nossa pesquisa, por meio de perguntas direcionadas aos mesmo com objectivo de obter informações relacionado ao tema estudado.

2.4.2. Técnica

A técnica para a recolha foi a observação, inquérito e a entrevista, que permitiu verificar os transtornos alimentares em gestantes assistidas no materno infantil Augusto Ngangula.

2.5. População e amostra

2.5.1. População

A população foi constituída por enfermeiros (15) e (16) técnicos de enfermagem.

3.5.2. Amostra

Para que a nossa amostra seja significativa, selecionaremos de forma aleatória em função da população apresentada.

Tabela nº1: População e Amostra

Designação	População	%	Amostra	%
Enfermeiros	15	48	5	36
Técnicos de enfermagem	16	52	9	64

Total	31	100	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

Tabela nº 1: População e Amostra da Pesquisa; representa a população da pesquisa que é de 31 técnicos e a amostra que está sendo representada por 14 inqueridos, representados pelo valor percentual de 45,16 %, ou seja anossaamostra e representativa, porque o seu valor em percentagem e maior que 30%.

CAPITULO III - DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Resultados

No final da pesquisa conseguimos, contudo responder o problema que o presente estudo se propós a investigar. Por fim, o presente trabalho se justifica por proporcionar, academicamente e cientificamente, contribuições com discussões sobre os diversos tipos de transtornos, com um olhar não só biológico ou individual, mas também sociocultural, em populações especiais. Com isso o objetivo geral deste estudo é conhecer os transtornos alimentares em mulheres grávidas, promovendo assim uma melhor compreensão sobre o tema.

Considerando os riscos gerados pelo TA para ambos, mãe e feto, devem-se monitorar cuidadosamente através dos cuidados de enfermagem os comportamentos alimentares dessas gestantes. O tratamento nutricional requer cuidados individualizados para promover uma alimentação equilibrada com uma quantidade adequada de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do feto.

Os dados estatísticos foram apresentados com base em:

Tabelas

A apresentação, análise e interpretação dos resultados foram feitas mediante a utilização de alguns instrumentos de mensuração da estatística aplicada em Metodologia, nomeadamente:

Percentagens (%);

Indicadores qualitativos e quantitativos;

Respostas dos intervenientes da pesquisa e os indicadores da pesquisa.

Tabela nº2: Idade dos profissionais da saúde do internamento de obstretícia do HEAN

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absolut	%

			a	
2	IDADE	21 a 25	2	14,2
		26 a 30	3	21,4
		31 a 36	2	14,2
		36 a 40	6	43
		≥41	1	7,1
TOTAL		5	14	100

Fonte: investigaçãoprópria, 2023

A tabela nº 2, mostra que a idade maior dos profissionais, varia de 36 a 40 anos de idade que corresponde o valor percentual de 43%. Isto indica que os profissionais com esta idade têm maturidade suficiente para assistir as pacientes com TA.

De acordo a Organização Mundial da Saúde (2011, p.193) considera a idade dos profissionais de saúde imprescíndivel em virtude de alta ou baixa incidência de derteminadas em diferentes faixa etária.

Tabela nº 3: Género dos profissionais da saúde do internamento de obstretícia do HEAN

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%

3	Género	Masculino	3	21,5
		Femenino	11	78,5
TOTAL		2	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

A tabela nº 3, mostra-nos que 11 dos individos inquiridos são do sexo femenino, representando o valor percentual de 78,5% e 3 são do sexo masculino representando o valor percentual de 21,5% . Nesta tabela indica que as mulheres do HEAN são mais apegadas a área de obstretícia por ser uma área ligada as mulheres, isto pela empátia e flexibilidade que elas possuem e isto ajuda positivamente nos resultados e eficácia da assistência .

De acordo com Ana Giovana (2021, p.59) a mulher tem uma capacidade de exergar o diferente, quando atua de forma colaborativa com os homens, traz uma riquiza para o sistema de saúde, especialmente pela sensibilidade, empatia, e flexibilidade na gestão das pessoas (pacientes).

Tabela nº 4: Habilitações Dos Técnicos

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%

4	Nível académico	Licenciatura	5	35,7
		Técnico médio	9	64,2
		Em formação superior	0	0
TOTAL		3	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

Na tabela nº4, verifica-se que no HEAN há mais técnico médio de enfermagem representando o valor percentual de 64,2%, isto porque os técnicos estão há mais tempo trabalhando e os enfermeiros obtiveram a sua licenciatura recentemente.

Segundo Ramiro, Reis e Matos(2008, p.59). A educação é um nível académico importante dentro de um serviço multidisciplinar, pois por meio deste há cooperação, boa comunicação com os outros, identificação em lidar com os sentimentos e emoções, gestão do estress, da ansiedade e das crises e construção do futuro.

Tabela nº 5: Tempo Deserviço dos profissionais do serviço de internamento do HEAN

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
5	Tempo	1 a 10	2	14,2
		11 a 20	11	78,5
		21 a 30	1	7,1
TOTAL		3	14	100

Fonte: Investigaçãoprópria, 2023

De acordo com os dados da tabela acima, verifica-se que 11 intervenientes têm 11 a 20 anos de servico que representa 78,5%, isto indica que têm experência sobre assistência de enfermagem a pacientes com Transtornos Alimentares.

De acordo com Morgan (1996, p.112) a distribuição da amostra segundo o tempo de serviço facilita na identificação das opniões em função do tempo de experência ou seja, torna possível auferir-se com maior eficácia o dóminio do assunto sobre os Transtornos Alimentares em gestantes

Tabela nº 6: Formação Especifica Dos Tecnicos

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
6	Formação	Sim	7	50
		Não	3	21,4
		Em formação	4	28,5
TOTAL		3	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

A tabela nº 6, mostra-nos que 7 dos individuos inquiridos já tiveram formação especifica, representando o valor percentual de 50%, 3 ainda não tiveram foramação representando o valor percentual de 21,4% O que indica-nos claramente que os técnicos estão capacitados para atenderem as diversidades de casos.

De acordo com OMS(2010, p.190) afirma que a formação dos profissionais da saúde e importante, pois a especialização permite os profissionais no melhoramento da assistência aos pacientes.

Tabela nº 7: Principais Causas Dos TA Na Gravidez

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta.	%
7	Causas	Um horario para alimentação	10	71,4
		Falta de condição financeira	2	14,2
		Falta de uma boa alimentação	2	14,2
TOTAL		3	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

No que tange a tabela n^{0} 7, mostra-nos que 10 dos individuos inqueridos afirmaram que um horário para alimentação e a principal causa dosTranstornos Alimentares representando assim o valor percentual de 71,45%.

Porém, Priscila Coras e Ana Arcanjo (2011) discordam com a informação ilustrada ilustrada na tabela acima referido, pois para as autoras supracitadas, não existe uma causa principal para adquirir um transtornos alimentares, mas os multiplos factores como:Individuas (Baixa autoestima; traços obsessivos; depressão; ansiedade; dependência

de substancia) Familiar (Hereditariedade; agreção familiar; rigidez; falta de cuidados; abuso sexual) Sociocultural (magreza vista como simbolo de sucesso)

Tabela nº 8: Factores De Riscos Que Afectam A Nutrição

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
8	Factores de riscos	Stress	3	21
		Consumos de bebidas alcóolicas	1	7
		Deficiência de nutrientes	6	43
		Obesidade	4	29
TOTAL		4	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

Mediante a esta tabela a defiência de nutrientes foi o factor mais ilustrado pelos profissionais da saúde dentro do internamento do HEAN, representando assim o valor percentual de 43%.

De acordo com OMS (2011, p.193) a obesidade, o cosumo de bebidas alcóolicas, o estress, adeficiência de determinados nutrientes como: vitaminas B12, D, A,K, o ácido folico e alguns mineiras como o cobre o ferro, e o zinco também são factores que afetam a nutrição.

Tabela nº 9: Alterações dos Comportamentos Alimentares que ocorrem na gestação

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
9	Alterações	Anemia	2	14
		Hemorragia	5	36
		Parto prematuro	7	50
TOTAL		4	14	100

Fonte: Investigação própria, 2023

Nesta tabela 7 dos indivíduos inqueridos afirmaram que o parto prematuro é a principal alteração relacionado com os comportamentos alimentares de gestantes representando assim um valor percentual de 50%.

A OMS (2013, p.180) confirma os argumentos apresentados na tabela acima referido dizendo que a alteracao dos comportamentos aliment\res alem de prejudicar o desfecho da gravidez em si, causando doêncas como diabetes gestacionais; a nutrição insuficiente da mãe influência significativamente no desenvolvimento do bebê, influenciando no tamanho do cerebro e causando também um parto prematuro.

Tabela nº 10: Principais Transtornos Alimentares Que Ocorrem No Período Gestacionais

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
10	Transtorno	Bulumia nervosa	6	43
		Anorexia nervosa	6	43
		Transtorno de compulsão alimentar periodica	2	14
TOTAL		3	14	100

Fonte: Investigação Própria, 2023

De acordo com esta tabela, 11 dos intrevistados afirmaram que dentre todos transtornos alimentares que existem a bulimia e a anorexia nervosa são os principais transtornos alimentares mais frequentes no periodo gestacional representando assim um valor percentual de 43%.

Segundo DSM-IV confirmaram que a anorexia e a bulimia nervosa são os principais transtornos alimentares que ocorrem no período gestacional, pois que ascaracterísticas ou sintomas são comuns, dentre os quais se destacam a recusa e em manter o peso na proporção normal para idade e estatura; o medo de engordar e autoestima influênciada pelo peso e pela forma corporal.

Tabela nº 11:Factores Relacionados Aos Transtornos Alimentares

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
11	Factores	Factores genéticos ligados ao metabolismo	3	21
		Factores socio-cultural	11	79
TOTAL		2	14	100

Fonte: Investigação Própria, 2023

Na distribuição da amostra segundo os factores relacionados aos transtornos alimentares, 11 dos intervenientes do internamento de obstrecitícia do HEAN afirmaram que o factor sociocultural é o principal relacionado aos transtornos alimentares, representando assim o valor percentual de79%.

Pórem, de acordo Priscila Coras e Ana Arcanjo(2011, p.6) argumentam que não é apenas o factor sociocultural relacionado aos TA, mas o factor individual e o familiar como indicado na tabela n^{0}7 também estão na base ou relacionados as gestantes de adquirir um transtorno alimentar.

Tabela nº 12: Consequências Dos Hábitos Alimentares Não Adequados Na Gestação

Nº	QUESTÕES	INDICADORES	Freq Absoluta	%
12	Consequências	Atraso intelectual e fisico da criança	13	93
		Trauma na infância	1	7
TOTAL		2	14	100

Fonte: Investigação Própria, 2023

Atabela n^{0}12, mostra-nos que13 dos indivíduos inqueridos afirmaram que a consequência dos hábitos alimentares não adequados na gestação mais frequente no serviço de obstreticia do HEAN é o atraso intelectual e físico da criança, representando assim o valor percentual de 93%.

Para Watson(2017) além do atraso intelectual e físico da criança existem outras consequências como: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, nó do cordão umbilical, sangramento pré-maturo, problemas de saúde física como desnutrição, distúrbios cardiovasculares, bem como problemas psicológicos como depressão e ansiedad

3.2. Discussão

Salienta-se a importância de que novas pesquisas sejam conduzidas a fim de trazer mais embasamento sobre a relação dos TAs com as diversas alterações apresentadas.

Nesse sentido, os resultados divergentes podem ser explicados não só pelas ferramentas e dinâmicas diferentes de padrão diagnóstico, como também pelas características biopsicossociais diferentes entre as respectivas etnias, além do amparo e influência governamental ao público gestante em cada país.

Em relação aos estudos que verificam a incidência e prevalência dos TA, bem como a caracterização do público afetado e os fatores de risco associados, denota-se o quanto são essenciais, uma vez que a partir disso, é possível articular e elaborar políticas de saúde e intervenções individualizadas que consideram o indivíduo e seu contexto; dado que a patologia dos TA se dá de forma multifatorial, preconiza-se também um olhar e abordagem multiprofissional ao realizar o tratamento, contudo, estudos maiores ainda são escassos.

A atuação de diferentes profissionais da saúde se faz necessária, pelo fato de que os tratamentos precisam, além de individualidade, considerar os sintomas, complicações físicas e questões emocionais relacionadas aos transtornos.

Por fim, o profissional nutricionista pode contribuir com uma abordagem humanizada e individualizada, sem o uso de prescrição, com entrevistas motivacionais, planejamento de metas e estratégias pertinentes ao tratamento de TA, com um olhar que vai além do nutriente. Ressignificar a relação com a comida, ciente de todas as questões emocionais, sociais e culturais que permeiam a vida de uma gestante com transtorno alimentar.

Em função dos resultados obtidos a partir dos questionários aplicados[

43% têm idades compreendidas entre 36 a 40 que indica-nos claramente que os profissionais tem matuuridad suficiente para assistir as pacientes com TA.

78,5%são do sexo femenino, 21,4% são do sexo masculino. O que indica-nos claramente que os técnicos são maioritariamente mulheres.

64,2% são licenciados, 35,7% são técnicos médios. O que indica-nos claramente que os técnicos estão capacitados para atenderem as diversidades de casos.

78,5% têm tempos de serviços compreendida entre 1 a 10 anos, representando o valor percentual de e 1 corresponde a 21 a 30 anos de serviço representando o valor percentual de 7,1%. O que indica-nos claramente que a maioria dos técnicos têm menos de 10 anos de serviço.

50% já tiveram formação especifica, 3 ainda não tiverma foramação representando o valor percentual de 21,4% O que indica-nos claramente que os técnicos estão capacitados para atenderem as diversidades de casos.

71,4%afiramaram um horario para alimentação, e 2 afiramaram falta de condição financeira representando o valor percentual de 14,2% O que indica-nos claramente que um horário para alimentação é uma das principais causa mais atendida na unidade.

43%, afirmaram a deficiência de nutrientes, 1 afirmou consumo de bebidas alcóolica representando o valor percentual de 7%. O que indica-nos claramente que a deficiência de nutrientes tem sido um dos factores de riscos que afectam a nutrição registrada na unidade.

50% afirmaram parto prematuro, 14%. O que indica-nos claramente que o parto prematuro é entre as alterações relacionadas com os comportamentos alimentar mais registrada na unidade.

43% afirmaram bulemia e anorexia nervosa, 2 afirmaram transtorno de compulsão alimentar representando o valor percentual de a 14%. O que indica-nos claramente que a bulemia e anorexia nervosa são os trantornos alimentar mais registrada na unidade.

79% afirmaram factores sociocultural, 3 afirmaram factores genéticos ligados ao metabolismo representando o valor percentual de a 21%. O que indica-nos claramente que os factores socio-cultural tem sido o factor relacionado aos transtornos alimentares mais registrada na unidade.

93% dos técnicos afirmaram atraso intelectual e fisico da criança, 1 afirmou Trauma na infância representando o valor percentual de a 7%. O que indica-nos claramente que o atraso intelectual e fisico da criança tem sido a consequência dos hábitos alimentares não adequados na gestação mais registrada na unidade.

CONCLUSÕES

Os dados encontrados indicam que por possuírem ingestão e hábitos alimentar inadequados, mulheres que possuem TAs durante a gestação, têm maior probabilidade de desenvolver uma gravidez de risco, principalmente pelo facto dos TAs contribuirem no condicionamento da passagem de nutrientes essenciais do sangue materno para o bebê.

Os dados apresentados sinalizam a importância de suporte a essas gestantes no período pré-natal, bem como um acompanhamento individualizado da nutriz e do lactente no período pós-parto. O estudo relatou que os principais Transtornos Alimentares que ocorrem no período gestacionais é a Bulimia nervosa e anorexia nervosa.

Quanto as mudanças no comportamento alimentar das gestantes, o estudo confirmou a H1- que as gestantes com transtornos alimentares apresentam alterações físicas, metabólicas, nutricionais, psíquicas e sociais, deste modo comprometendo a saúde do feto. E a H2- que as gestantes com transtornos alimentares apresentam sintomas depressivos e ansiosos.

SUGESTÕES

Após análise do tema, sugere-se o seguinte:

- ✓ A equipe multidisciplinar da saúde devem fazer um acompanhamento nutricional e psicológico na gestante com TA;
- ✓ A gestante deve ter uma alimentação saudável e equilibrada, não é necessário seguir uma dieta tão rigida ou excludente, mas devem procurar combinar sempre proteínas, vitaminas e minerais nas suas refeições;
- ✓ Ter auto estima e aprender a lidar com as possíveis alterações físicas e metabólicas que possam ocorrer durante a gestação;
- ✓ Devem praticar algum tipo de actividade fisica: corrida, caminhada, natação, musculação, algum esportes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andrade, M.M. (2006). *Introdução à metodologia do trabalho científico.* 6ª ed. Portugal: Editora Atlas.

Alvarenga, E.M. (2012). *Metodologia de Investigação qualitativa e quantitativa*. 2ª ed. Assunçaoparguai.

American Dietetic Association (ADA), (2019). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). J Am Diet Assoc..

Bulik, C. M. (2019). Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). International Journal of Eating Disorders, v. 42, n. 1, p. 9–18, jan. 2019. AcessoemSetembro de 2023: https://doi.org/10.1002/eat.20578.

COSTA, T. S. et al (2020). Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev Rene.

Dryer, R. (2020). Body dissatisfaction and fat talk during pregnancy: Predictors of distress. Journal of Affective Disorders, Austrália, p. 289-296.

Hiluy, J. (2019). Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: Acesso em Setembro de 2023: https://doi.org/10.25118/2763-9037.2019.v9.49.

Papalia, d.; Feldman, R. D. Desenvolvimento Humano (12ª edição). São Paulo: Artmed, 2019. Acesso em Outubro de 2023: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2016.

Zanardo V, Cavaliere A, Giliberti E, Giliberti L, Manghina V, Parotto M, et al (2021). Gestational weight gain and eating-related disorders. J ObstetGynaecol.;

Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al (2020). Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. Front Pediatr;

Coyne SM, Liechty T, Collier KM, Sharp AD, Davis EJ, Kroff SL (2018). The Effect of Media on Body Image in Pregnant and Postpartum Women. Health Commun.

Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? Eur Eat Disord Rev;

Charbonneau KD, Seabrook JA. (2008). Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. Can J Diet Pract Res;

Mantel Ä, Örtqvist AK, Hirschberg AL, Stephansson(2022). Analysis of Neurodevelopmental Disorders in Offspring of Mothers With Eating Disorders in Sweden. JAMA Netw Open.

Janas-Kozik M, Żmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A, et al. (2021). Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. Front Psychiatry.

Bye A, Martini MG, Micali N. (2021) Eating disorders, pregnancy and the postnatal period: a review of the recent literature. Current opinion in psychiatry.;

Van Hoeken D, Hoek HW. (2020) Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. CurrOpin Psychiatry.; 33(6):521-27.

Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY(2022). Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. J Eat Disord.;

Keski-Rahkonen A, Mustelin L. (2016)Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. CurrOpin Psychiatry;

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th. (DSM-IV), Washington, D.C.;

Fahy TA, O'Donoghue G. (1991)Eating disorders in pregnancy. Psychol Med.;

Morrill ES, Nickols-Richardson HM. (. 2001) Bulimia Nervosa during pregnancy: A review. J Am Diet Assoc;

Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. (2004) Eating disorder that was diagnosed before preg- nancy and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 2004;

Abraham S. (2001) Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during preg- nancy. J PsychosomObstetGynaecol.

Fahy T, Morrison M. The clinical significance of eating disorders in obstetrics.Br J ObstetGynaecol.

GRANDO, LH (2007). Representacoes sociais e transtornos alimentares; as faces do cuidsar de enfermagen. Sao Paulo.

GRANDO, LH (2006). Os Transtornos Alimentares sob a otica dos profissionais de enfermagem. Acta Pul Enferm.

APÊNDICES

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAIS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS

Prezado enfermeiro,

Este instrumento de pesquisa enquadra-se no âmbito de um estudo que pretendemos realizar para a conclusão de licenciatura em enfermagem no instituto superior angola (ISA) sobre o tema, **transtornos alimentares em gestantes assistidas no hospital Augusto Ngangula, no IIº trimestre 2023,** cujo objectivo é Conhecer os transtornos alimentares em gestantes assistidas no hospital Augusto Ngangula.

Solicitamos sua colaboração no sentido de responder todas as questões do questionário, sem participação de terceiros, pois, sua opinião pessoal é de extrema importância.

Assumimos a responsabilidade de salvaguardar a sua identidade com padrões de pesquisa. Assim, suas respostas serão mantidas em sigilo.

I Parte: Dados Pessoais

(Assinala com x a situação que se lhe aplica, em cada caso)

1. **Idade**
   - De 21 a 25 anos____
   - De 26 a 30 anos____
   - De 31 a 36 anos____
   - De 36 a 40 anos____
   - De 41 a 45 anos____
   - De 46 a 50 anos____
2. **Género**
   - Masculino___
   - Femenino___

3. **Tempo de serviço**

- De 1 a 10 anos____
- De 11 a 20 anos___
- De 21 a 30 anos___
- De 31 a 40 anos___

4. **Habilitações**
    - Técnico médio____
    - Em formação superior_____
    - Licenciado_____
    - Mestre _____

II Parte: Questões

1. **Já teve alguma formação específica sobre cuidados em gestantes?**
    - Sim____
    - Não____
    - Em formação___
2. **Sente-se satisfeito/a com o resultado do atendimento aplicado a doente com transtornos alimentares em gestantes?**
    - Sim____
    - Não____
    - Às vezes___
3. **Quais são as principais causas dos transtornos alimentares em gestantes?**
    - Um horario para alimentação___
    - Falta de condições finaceira ___
    - Falta de uma boa alimentação ___
4. **Qual é o tipo de transtornos alimentares em gestantes com mais frequência no serviço de urgência?**
    - Psicologico __
    - Biologico ___
    - Emagrecimento __
    - Obsedade ___
5. **Quais são os factores que afectam a nutrição durante a gestação?**
    - Obesidade____
    - Consumo de bebidas alcóolicas____
    - Stress___
    - Deficiência de nutrientes____

6. **Quais são as alterações importantes durante a gestação se relacionam de forma direita com os comportamentos alimentares?**
    - Anemia___
    - Hemorragia___
    - Ganho de peso inadequado___
    - Parto prematuro____
    - Rotura prematura dos membros.
7. **Quais são as consequências dos hábitos alimentares não adequados na gestação?**
    - Atraso no intelectual e física da criança___
    - Consumo de alimentos não saudáveis em grande escala___
8. **Como a alimentação materna pode interferir no processo de crescimento da criança?**
    - Alterando os transportadores placentórias____
    - Alterando o crescimento fetal___
    - Indigestão e regurgitação frequentes___
    - O útero desloca o estômago e os intestinos___
9. **Qual é o transtorno alimentar mais comun na unidade?**
    - Anorexia nervoso___
    - Bulimia nervoso___
    - Transtorno de compulsão alimentar periódica____

10. **Quais são os factores que estão relacionados aos transtornos alimentares?**
    - Trauma na infância___
    - Restrição alimentar provocada por dificuldades financeiras___
    - Exceso de comida imposto pelos pais___
11. **Quais são as possíveis causas que levam uma pessoa criar um trant alimstorno alimentar?**
    - Factores genéticos ligados ao metabolismo___
    - Factores sócio-culturais___
12. **O quê acontece com o feto se a mãe não se alimentar em condições?**
    - Má formação dos órgãos___
    - O bebé nasce desnutrido___
13. **Quais doenças que podem ser causadas por alimentação desiquilibradas?**
    - Gastrite___
    - Diabetes___
    - Hipertensão____

14. **Quais são os cuidados de enfermagem prestada em pacientes com transtornos alimentares?**

_____

_____

_____

_____

_____

15. **Como a presença dos transtornos alimentares interfere nas mulheres grávidas?**

_____

_____

_____

_____

16. **Qual é a importância do acompanhamento nutricional durante a gestação?**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Instituto Superior de Angola, aos _____ de _____ de 2023

O inquiridor

_____

ANEXOS