

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

NATÁLIA HELENA AIRES

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS: UM
ESTUDO EM PACIENTES ATENDIDAS PELO SISTEMA DE SAÚDE
PÚBLICO DA CIDADE DE RIO BONITO/RJ**

RIO DE JANEIRO

2013

NATÁLIA HELENA AIRES

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS: UM
ESTUDO EM PACIENTES ATENDIDAS PELO SISTEMA DE SAÚDE
PÚBLICO DA CIDADE DE RIO BONITO/RJ**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Anna Tereza Miranda
Soares de Moura

RIO DE JANEIRO

2013

A298a

Aires, Natália Helena

Transtornos alimentares em adolescentes puérperas: um estudo em pacientes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de Rio Bonito/RJ

84f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013.

1. Comportamento Alimentar. 2. Adolescente 3. Saúde da Família.
4. Período pós-parto 2. Título.

CDD: 616.009

NATÁLIA HELENA AIRES

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES PUÉRPERAS: UM
ESTUDO EM PACIENTES ATENDIDAS PELO SISTEMA DE SAÚDE
PÚBLICO DA CIDADE DE RIO BONITO/RJ**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Profª Drª Maria Tereza Fonseca da Costa

Profª Drª Stella Regina Taquette

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a minha orientadora, Prof^a Dr^a Anna Tereza Miranda Soares de Moura, por seu apoio e dedicação durante todo o meu mestrado. Este trabalho não seria possível sem ela.

Agradeço também aos membros da Banca Examinadora por sua assistência com o desenvolvimento deste projecto.

Agradeço a minha família, em particular ao meu marido, Rodrigo Mendez, por seu constante apoio e amor; e a minha mãe, Ana Maria Zuwick, que me incentivou nesta jornada e é um modelo de sucesso para mim.

Dirijo o meu apreço e gratidão a todos os amigos conquistados nesta pós-graduação.

Finalmente, agradeço aos professores desta Instituição por me ensinarem novas idéias com outros horizontes.

RESUMO

O Transtorno Alimentar é definido como uma perturbação grave do comportamento alimentar, tendo como principal característica a preocupação excessiva com o peso. O objetivo principal deste trabalho é descrever a prevalência das diferentes subescalas de distúrbios alimentares e correlacioná-las com dados sociais e de pré-natal e parto em adolescentes puérperas. Foi utilizado um estudo transversal com 150 pacientes entre 15 e 20 anos entrevistadas, por conveniência, nas primeiras 48 horas de puerpério na maternidade do Hospital Regional Darcy Vargas em Rio Bonito. A conduta alimentar foi investigada através do instrumento *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Também foram coletados dados através de questionário sócio-demográfico, do cartão pré-natal e do prontuário médico. A fim de obter informações para futuros artigos sobre o hábito de vida destas adolescentes foi aplicado o instrumento *Estilo de Vida Fantástico*. Os resultados são apresentados através de artigo original, onde as variáveis sócio-demográficas, de pré-natal e parto, juntamente com os resultados do EDE-Q foram submetidos à análise univariada. Os resultados mostraram que 28,67% das puérperas adolescentes tiveram um resultado positivo em pelo menos uma subescala de transtorno alimentar. Em relação às subescalas, mais de 16% e 18% das puérperas adolescentes demonstraram preocupação excessiva com peso e forma respectivamente. O perfil da maioria das pacientes engloba adolescentes com peso adequado antes da gravidez, cinco ou mais consultas de pré-natal e anos de estudo superiores a quatro.

Descritores: Comportamento alimentar; Adolescente; Período Pós-parto

ABSTRACT

The eating disorder is defined as a serious disturbance in eating behavior, focusing its main characteristic in the excessive preoccupation with weight. This paper approaches restrictive and / or purgative eating disorders, which are typical in the late teenage period and barely studied in pregnant women. To describe the socio-demographic profile, the prenatal care and child-bearing data of adolescent mothers in the postpartum period, with eating disorders, hospitalized in the Unified Health System in the city of Rio Bonito. Study of a case series of adolescent patients aged from 15 to 20 year old, interviewed in the first 48 hours postpartum, hospitalized in the Regional Hospital Darcy Vargas in the city of Rio Bonito. The feeding behavior has been investigated through the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). The information has been submitted to a univariate statistical analysis and a descriptive profile has been developed for adolescent mothers exhibiting signs of eating disorders. The study has shown that 28.67% of adolescent mothers had a positive score in at least one subscale of eating disorder. Related to the subscales, more than 16% and 18% of adolescent mothers exhibited excessive preoccupation with weight and shape respectively. The profile of most patients encompasses adolescents with normal weight before pregnancy, five or more prenatal consultations and above four years of schooling.

Keywords: *Feeding Behavior; Adolescent; Postpartum Period.*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Páginas
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
Figura 1- Microrregiões Geográficas do Estado do Rio de Janeiro em 2006.	33
Artigo 1	
Tabela 1- Características sociodemográficas de puérperas adolescentes atendidas pelo sistema público, Rio Bonito, 2012.	54
Tabela 2- Características de pré-natal e via de nascimento de puérperas adolescentes atendidas pelo sistema público, Rio Bonito, 2012.	54
Tabela 3- Número de puérperas adolescentes com transtorno alimentar em qualquer uma das quatro subescalas do EDE-Q, Rio Bonito, 2012.	55
Diagrama 1- Distribuição dos casos positivos de puérperas adolescentes para transtornos alimentares conforme o subconjunto do EDE-Q, Rio Bonito, 2012.	55
Tabela 4- Número de puérperas adolescentes com comportamentos chave de distúrbio alimentar, Rio Bonito, 2012.	55
Tabela 5- Distribuição das frequências das principais características das adolescentes puérperas com EDE-Q positivo para pelo menos 1 subescala, Rio Bonito, 2012.	56
Artigo 3 (em fase de consolidação dos resultados)	
Tabela 1- Escore do questionário “Estilo de Vida Fantástico” em puérperas adolescentes, Rio Bonito, 2012.	71
Tabela 2- Questões relacionadas ao comportamento e introspecção do questionário “Estilo de Vida Fantástico” em puérperas adolescentes, Rio Bonito, 2012.	72
Tabela 3- Presença de comportamentos chave no diagnóstico de transtorno em puérperas adolescentes, Rio Bonito, 2012.	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA: American Dietetic Association

APA: American Psychiatric Association

AN: Anorexia

ANRED: Anorexia Nervosa and Related Eating Distúrbios

BN: Bulimia

DSM IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS: Imposto Sobre Circulação de Mercadorias de Prestação de Serviços

IMC: Índice de Massa Corporal

NIMH: Instituto Nacional de Saúde Mental

PIB: Produto Interno Bruto

PNA: Perinatal Needs Assessment

SESDEC: Secretaria de Segurança, Defesa e Cidadania

SUS: Sistema Único de Saúde

TA: Transtorno Alimentar

TANE: Transtornos Alimentares Não-Especificados

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABELAS E FIGURAS	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
APRESENTAÇÃO	13
1.REVISÃO DA LITERATURA	14
1.1 Adolescência e Maternidade.....	14
1.2 Transtornos Alimentares.....	18
Conceitos e Características dos Transtornos Alimentares Restritivos.....	18
As Causas para Ocorrência de Transtornos Alimentares.	20
1.3 Os Transtornos Alimentares e o Adolescente.....	21
1.4 Transtornos Alimentares em Gestante	22
O Curso dos Transtornos Alimentares em Relação à Gravidez.....	24
Complicações Maternas Relacionadas aos Transtornos Alimentares	25
Abordagem Clínica e Prognóstico dos Transtornos Alimentares nestas Mães	26
O Papel da Família e do Parceiro da Gestante com Transtornos Alimentares	27
O Pós-Parto da Mulher com Transtorno Alimentar	29
Os Filhos de Mães com Transtornos Alimentares e sua Alimentação.....	30
2 JUSTIFICATIVA	31
3 OBJETIVOS	32

3.1 Objetivo Geral.....	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
4.1 Tipo de Estudo	33
4.2 Cenário.....	33
Introdução sobre o Município de Rio Bonito	33
4.3 Sujeitos	34
4.4 Instrumentos.....	34
Questionário Sócio-Demográfico, Econômico e Psicossocial.....	35
Questionário FANTASTIC.....	35
Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares.....	36
Cartão Pré-Natal e Prontuário.....	37
4.5 Logística	37
Estudo piloto	37
Estudo definitivo	37
4.6 Análise dos Dados.....	38
4.7 Questões Éticas	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
Artigo 1: Transtornos alimentares em puérperas: um estudo em adolescentes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de Rio Bonito/ Brasil.	50
Artigo 2: Bulimia na Adolescente Grávida: uma Revisão	61

Artigo 3: Considerações sobre Hábitos de Vida de Adolescentes Puérperas com Transtorno Alimentar.....	69
ANEXO 1: Questionário Sócio-Demográfico, Econômico e Psicossocial.....	77
ANEXO 2: Estilo de vida fantástico	78
ANEXO 3- Eating Disorder Evaluation - Questionnaire (EDE-Q).....	81
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84

APRESENTAÇÃO

Gostaria de compartilhar as razões que me levaram a escolher o tema da pesquisa que gerou a presente dissertação, iniciando por um breve relato da minha trajetória acadêmica e profissional.

Em 2000, iniciei minha graduação em Medicina na Universidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, meu estado natal. A disciplina de ginecologia e obstetrícia despertou em mim o interesse pela saúde da mulher em todas as fases de vida, principalmente no período gravídico-puerperal. Busquei uma Residência Médica em Obstetrícia que trabalhasse principalmente com gestantes de alto risco. Em 2006, iniciei residência médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital dos Servidores do Estado. Foi trabalhando na saúde obstétrica juvenil que percebi os maus hábitos alimentares de algumas adolescentes grávidas. Durante o pré-natal, as que não ganhavam peso adequado, quando questionadas sobre este assunto, referiam principalmente o medo de mudar de corpo, de forma. Então decidi estudar mais a fundo tais questões. Inscrevi-me no Mestrado em Saúde da Família, já que este possui uma linha de pesquisa em diagnóstico local em saúde. Apresentei inicialmente o projeto “Distúrbios de Imagem Corporal em Adolescentes Gestantes”. Ao longo do curso, decidi estudar um recorte dos distúrbios de autoimagem nesta mesma população: os transtornos alimentares.

Com as supervisões da Prof. Dra. Anna Tereza, as minhas inquietações acerca dos transtornos alimentares em gestantes adolescentes foram sendo elaboradas e se apresentaram principalmente na seguinte questão: existe distúrbio alimentar em gestante adolescente em nosso país? Esta instigante questão me mobilizou a pesquisar e buscar ferramentas a fim de realizar não só uma revisão bibliográfica, como também um estudo inovador com provável publicação.

Para tanto, o trabalho aqui apresentado terá uma disposição diferente de texto, já que os resultados serão expostos em forma do seguinte artigo: *Transtornos alimentares em puérperas: um estudo em adolescentes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de Rio Bonito/ Brasil*.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Adolescência e Maternidade

O termo “adolescência” foi construído como uma etapa natural do desenvolvimento e corresponde a um período distinto relacionado às idades entre 10 e 20 anos (WHO, 2002). Embora ocorram variáveis maturacionais, a adolescência feminina, por ordem biológica, inicia-se diante do processo puberal, tendo como modificações principais o desenvolvimento do aparelho reprodutor e a maturidade sexual (LEAL, SILVA, 2001). Para Costa et al. (2001), o desenvolvimento psicossociocultural nesta fase de vida também é decisivo na construção do conceito de adolescência, marcado por autonomia e independência relativas. Para estes autores, o discurso geral retratado pela sociedade e meios de comunicação é que os adolescentes são indivíduos experimentando grandes mudanças físicas, sociais e mentais, entendidas como um período de transição entre a infância e a idade adulta.

Uma mãe adolescente é, por definição, não criança e não adulta, estando em processo de movimento para um indivíduo mais complexo e desenvolvido, que seria o adulto (MACLEOD, 2001). Este indivíduo que está se transformando, deveria ser maduro, independente, autodeterminado e responsável (LOCATELLI, 2004). No entanto, este adulto “ideal” é usado como uma medida irrealista de comparação, já que nem sempre a figura de adulto que o adolescente conhece é vista como exemplo positivo. Soma-se a isto a abertura de um mundo de opiniões provindas de seus pares e das formas renovadas de comunicação (redes sociais, *blogs*, *chats*). Há criação de novos modelos de relações interpessoais, ficando o contato direto existente entre adolescente e família algo prejudicado (ROKACH, NETO, 2005). Por vezes, os próprios jovens desenvolvem comportamentos mais coerentes e judiciosos do que os adultos de sua convivência. Por fim, experimentam confusão e incompatibilidade entre as expectativas da sociedade, de seu desenvolvimento das experiências de transição e de suas próprias ambições (LEAL, SILVA, 2001).

Conforme Rolfe (2008), a gravidez na adolescência é predominantemente vista na mídia, na literatura e pelo governo como um problema de saúde pública a ser enfrentado. As mães adolescentes são designadas de maneira negativa pela sociedade por contribuírem para problemas sociais, políticos e financeiros, de certa forma

culpabilizando-as pelas mesmas. A culpa ainda predomina nos discursos dominantes em forma de preocupações com a sexualidade, maternidade, desagregação da família nuclear e dependência parcial. Esta abordagem social questiona a responsabilidade, as habilidades maternas e a maturidade da jovem mãe. Tais discursos têm impacto negativo nestas jovens, pois vinculam gravidez na adolescência à patologia, pobreza, maternidade inadequada, menor oportunidade de inserção no mundo do trabalho, mau desempenho e altas taxas de desistência escolares (SCHULTZ, 2001, GODINHO et al., 2000). Conforme Macleod (2001), a hipótese seria que mães adolescentes são incompetentes para serem “boas” mães e não possuem as ferramentas suficientes para exercer esta “nobre” e difícil tarefa. Entretanto, para o autor, é interessante refletir sobre o que se considera como uma “boa mãe”. Pela sociedade, “boa mãe” representa uma figura que reúne características de habilidade, maturidade, sensibilidade, educação e está física e psicologicamente preparada para lidar com a maternidade. Nesta visão, uma mãe “boa” deve ser necessariamente uma mãe adulta. Em contradição a isto, biologicamente, a adolescente tem a capacidade natural e instintiva de conceber uma criança, Trava-se então uma luta para encontrar formas de lidar com a incongruência entre o a mãe “suficientemente boa” e a realidade de ser mãe vivenciada em outra faixa etária (CATHARINO E GIFFIN, 2002).

É necessário ter parcimônia nas reciprocidades negativas que envolvem a maternidade adolescente. A pobreza, tão dominante nos discursos, realmente por ser fruto de adolescentes em comunidades com altas taxas de desemprego e baixo *status* socioeconômico (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010). Porém, outro pressuposto deve ser pensado, já que grande parte das adolescentes que engravidam não tem suporte social suficiente para dedicarem-se a seus filhos e aos estudos, sacrificando o segundo em prol do primeiro (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010). As baixas taxas de emprego para as jovens mães não são devidas a elas serem adolescentes, mas sim o resultado de fatores estruturais no mercado de trabalho (SOUZA, 2002). Embora as famílias monoparentais estejam sendo mais aceitas, o *status* permanece o mesmo, tanto para mães solteiras adultas, quanto adolescentes (SOUZA, 2002; BUSH, 2007). Em relação à vida acadêmica, as mães adolescentes são prioritariamente vinculadas ao mau desempenho ou abandono escolar (GODINHO et al., 2000). Contudo, estas mães têm problemas escolares principalmente decorrentes do isolamento social, abandono parcial das crianças, restrição financeira, estigma, desafios educacionais e situações estressantes

(VARGENS, ADÃO, PROGIANTI, 2009). Além disto, há possibilidade de que mães adolescentes poderiam ter problemas sociais e mau desempenho na escola antes da gravidez (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011). A crítica aos discursos dominantes está no fato de que há uma crença generalizada de que uma educação significa uma melhor estabilidade e sucesso financeiro no futuro em um país em que as mulheres, de modo geral, são mais susceptíveis a trabalharem em subempregos e terem menor remuneração (MACLEOD, 2002). Em relação ao abandono escolar, as taxas realmente são elevadas, chegando a 30% em alguns países em desenvolvimento (SILVA, 2011). Estes resultados apontam para uma associação entre abandono escolar e gravidez na adolescência. Por trás destes achados existem circunstâncias sociais e pessoais de cada mãe adolescente que merecem ser consideradas e investigadas. A corresponsabilidade paterna frágil, violência doméstica e restrição financeira (que pode até impossibilitar o transporte para a escola) podem incentivar as mães a descontinuarem seus estudos (KHALIL, 2008).

Argumenta-se ainda que mães adolescentes estão fisicamente e psicologicamente despreparadas para lidarem com a maternidade já que são relativamente imaturas e menos experientes (MACLEOD, 2001). A gestação na adolescência é vista pelos próprios profissionais de saúde como condição de risco, podendo ocasionar consequências negativas para o binômio mãe-filho. Esta visão sobre o tema provavelmente é decorrente de inúmeros artigos que relacionam a jovem maternidade a condições patológicas como síndromes hipertensivas gestacionais, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal e maior índice de cesarianas (CONDE-AGUDELO et al., 2005; CHEN et al., 2007; DIAZ, SANHUEZA, YAKSIO 2002). Porém, estudos mais recentes que comparam mães adolescentes acima de 15 anos com outras adultas, controlando de melhor forma fatores confundidores como a paridade, nível socioeconômico e o acompanhamento adequado pré-natal têm como resultados taxas semelhantes destas doenças nos dois grupos (SHAWKY, MILAAT, 2000; DEDECKER et al., 2005). Achados negativos existem também em estudos recentes, porém são aplicados às adolescentes precoces (menores de 14 anos), provavelmente pela imaturidade biológica (GAMA, SZWARWALD, LEAL, 2002; DONOSO SIÑA et al., 2003; HAMPTON, 1999).

Além das discussões referentes às condições psico-orgânicas da mãe adolescente, somam-se questões culturais. Os preconceitos de gênero em nossa sociedade fazem com que algumas das características normais de desenvolvimento da adolescente feminina, como o despertar e a experimentação da sexualidade, não sejam socialmente bem aceitas (MACLEOD, 2001). Quando é admitido que a adolescente tornou-se sexualmente ativa, esta não pode engravidar, caso contrário será vista como "imoral" e incapaz para a prática madura sexual (GUIMARÃES, ALVES, VIEIRA, 2004). Porém quando a adolescente é casada, a preocupação com as habilidades maternais praticamente desaparecem. Discursos dominantes não fazem menção a mães adolescentes casadas como um problema social (MACLEOD, 2006; SHAWKY, MILAAT, 2000). Esta avaliação positiva traz a idéia que a transição para a idade adulta para o gênero feminino é alcançada através de relação com um marido. Para o homem a transição para idade adulta ocorre através da construção de uma carreira ou independência financeira. Parece que o desenvolvimento feminino depende do homem, porém o contrário não é verdadeiro. A mãe adolescente conhece os papéis de gênero de acordo com suas experiências de aprendizagem em um ambiente social. No entender de DANIELI (2010), educadores, pais, colegas e mídia transmitem mensagens sobre os papéis sexuais e o papel da mulher na sociedade. Assim, uma vez que uma adolescente concebe um filho é esperado que ela assuma a responsabilidade de ser a principal prestadora de cuidados, guiando a criança no caminho "correto". Significaria essencialmente que ela precisa incutir as ideologias dominantes para que a criança se torne um cidadão responsável e maduro, incluído e adaptado às normas sociais vigentes.

Em algumas famílias e sociedades, a maternidade precoce é vista como positiva, um meio de ganhar *status* e se tornar independente, responsável, segura e com um objetivo de vida. A estas adolescentes, que parecem libertas do estigma público, o apoio social, ajuda financeira, guarda de crianças e distribuição de tarefas na família são fatores de sucesso. A jovem mãe pode conciliar não só a vivência própria da adolescência com a maternidade, como também ajustá-las com seu trabalho ou estudo (SIEGER, RENK, 2007; NUNES, 2002). A partir desses resultados deduz-se que a gravidez na adolescência pode ser capaz de melhorar a vida de uma mãe adolescente como uma importante mudança de atitude. Embora se saiba que a reação inicial da família à gravidez de uma adolescente desperte por vezes culpa, raiva e até mesmo sentimento de perda, alguns estudos mostram que os novos avós são capazes de se

adaptar com sucesso à transição, assumindo seus novos papéis (PASKIEWIEZ, 2001). Em contrapartida, a interligação destas gerações e a natureza intrinsecamente dinâmica de uma família pode gerar empoderamento do neto pelos avós. A própria interdependência do adolescente concede a estes familiares uma guarda informal da criança, confundindo as atribuições de avós, pais e filhos (SILVA, SALOMÃO, 2003).

1.2 Transtornos Alimentares

Conceitos e Características dos Transtornos Alimentares Restritivos

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, um Transtorno Alimentar (TA) é definido como "uma perturbação grave do comportamento alimentar" prejudicando a saúde do indivíduo (DSM-IV-TR, 2009). Os transtornos alimentares que são objetos deste estudo são Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtornos Alimentares Não-Especificados (TANE). Eles têm como principal característica a preocupação excessiva com o peso, tendo como manifestação inicial uma restrição dietética auto-imposta e insidiosa que passa despercebida pelos familiares (DSM-IV-TR, 2000b; ALVES, et al., 2008).

A Anorexia Nervosa (AN) está presente entre 0,01 e 5,7% na população ocidental (HOEK; VAN HOEKEN, 2003; BIRMINGHAM, BEUMONT, 2004; FARAVELLI et al., 2006). Se caracteriza por peso abaixo de 85% do esperado, medo excessivo de engordar, imagem corporal distorcida e, quando pertinente, amenorréia por três ciclos consecutivos (DSM-IV/APAb, 2000). A AN apresenta dois subtipos: restritivo, onde o indivíduo utiliza métodos compensatórios sem purgação, como dieta e exercícios para atingir seu objetivo de peso; e o compulsivo/purgativo, quando são utilizados métodos compensatórios de purgação (vômitos, laxantes ou diuréticos) como forma de compensar a ingestão alimentar excessiva episódica. Neste último subtipo a dieta e os exercícios físicos extenuantes também estão presentes. É interessante destacar a possibilidade de migração entre os dois subtipos e assim a melhora ou piora da doença. O subtipo restritivo tende a ter melhor resultado diante do tratamento (PEAT, 2009).

A Bulimia Nervosa (BN) acomete entre 1,0 e 4,2% da população ocidental (HOEK, H.; VAN HOEKEN, 2003; BIRMINGHAM, BEUMONT, 2004; FARAVELLI et al., 2006). Caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar,

preocupação persistente com o comer, existência de métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso e auto-imagem negativa. Os episódios compulsivos e compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes por semana por três meses. A BN também apresenta dois subtipos: o purgativo, que utiliza métodos compensatórios como vômitos induzidos, uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas; e o não-purgativo, que utiliza métodos compensatórios como jejum prolongado e exercícios para compensar a ingestão calórica. Assim como na AN, os subtipos podem migrar entre si, sendo o não-purgativo de melhor prognóstico (HOEKE, VAN HOEKEN, 2003).

Os Transtornos Alimentares Não-Especificados atingem cerca de 5,3 % da população ocidental (WADE, et al., 2006). São transtornos que cursam com alguns dos critérios para BN ou AN, porém não são suficientes para o diagnóstico completo. Assim o TANE caracteriza-se por uma das seguintes situações: critérios de AN sem amenorréia; critérios de AN com peso ainda dentro da faixa normal; critérios de BN com peso normal e com episódios mais leves de hiperfagia e purgação; critérios de BN exceto pela frequência e cronicidade; comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida; ou hábito de mastigar e cuspir fora os alimentos.

Embora sejam considerados de natureza psiquiátrica, os transtornos alimentares são distintos dos outros distúrbios mentais por acompanharem alterações físicas com risco de vida (ADA, 2001). Além das alterações relacionadas com o comportamento alimentar, alguns indivíduos podem cursar com anemia, obstipação, secura da pele, hipotermia, erosão dental, disfunção hepática, acidose metabólica e problemas cardiovasculares (DSM-IV-TR, 2000b). Entre os adolescentes, os efeitos físicos são ainda mais deletérios, incluindo retardo do crescimento ósseo e puberal, aquisição prejudicada de massa óssea e risco aumentado de osteoporose (WONG et al., 2001; GRINSPOON et al., 2000; CASTRO et al., 2000). O Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, 2001) já apontou o aumento da mortalidade em indivíduos com tais transtornos sendo as causas mais comuns por AN a falência cardiopulmonar, a renal e o suicídio. Estudo recente realizado por STEINHAUSEN (2008) sugere que indivíduos com diagnóstico de AN são mais propensos a sofrer de morte precoce. A mortalidade atribuída a uma mulher com AN de 15 a 24 anos é aproximadamente 12 vezes maior do que a taxa de mortalidade anual para todas as outras causas.

É comum que indivíduos que sofram de distúrbios alimentares apresentem outras comorbidades psíquicas adicionais. As mulheres com transtornos alimentares estão em maior risco para a manifestação de sintomas depressivos, estando os transtornos do humor presentes em 50 a 75% dos indivíduos com AN e BN. Além disso, transtornos de ansiedade (por exemplo, transtorno obsessivo-compulsivo) são diagnosticados em cerca de 25% dos indivíduos com AN. Já os transtornos de personalidade ocorrem em 42 a 75% dos indivíduos diagnosticados com distúrbios alimentares. Abuso de substâncias podem estar presentes em 30 a 37% das pessoas com BN e 12 a 18% dos indivíduos com AN (ADA, 2001; DSM-IV-TR, 2000b). As manifestações depressivas, os transtornos de ansiedade e personalidade têm sido extensamente estudados em relação aos distúrbios alimentares. A interação entre estas patologias é muito mais complexa do que uma relação linear de causa e efeito, já que indivíduos com transtornos alimentares apresentam mais comumente traços como obsessividade, rigidez, controle sobre impulsos e perfeccionismo (FLEITLICH et al., 2000).

As Causas para Ocorrência de Transtornos Alimentares.

As tentativas para identificação de uma única causa para os transtornos alimentares têm sido abandonadas e substituídas por um teoria etiológica multifacetada. De acordo com alguns estudos recentes, os transtornos alimentares tipicamente se desenvolvem a partir de uma interação de fatores de vulnerabilidade (psicológicos, influências socioculturais e predisposições biológicas ou genéticas) (STRIEGEL-MOORE, BULIK, 2007; MAZZEO et al., 2008).

Para Stice (2002), os fatores psicológicos reconhecidos como predisponentes ao aparecimento destes transtornos incluem afeto negativo, baixa auto-estima e insatisfação com a aparência. A própria insatisfação com o corpo, frequente na adolescência, constitui um dos riscos mais consistentes para a aquisição e manutenção dos transtornos alimentares. Em verdade, a perda de peso e o controle sobre a alimentação são vistos como conquistas positivas pelos portadores de TA. A capacidade de restringir severamente o alimento é considerada nestes casos como um sinal de autodisciplina e controle positivo (ADA, 2001). Características como perfeccionismo, impulsividade, estilos rígidos de vida, história de abuso ou trauma também são identificados como fatores de risco psicológicos para TA (HERPERTZ-DAHLMANN et al., 2001, ADA,

2001). Especificamente o abuso sexual tem sido relatado em 20 a 50% de indivíduos com AN e BN (APA, 2000a). Mulheres com distúrbios alimentares que sofreram abuso sexual também demonstram taxas mais altas de comorbidades psiquiátricas (APA, 2000a). A ausência de mecanismos psíquicos positivos para o enfrentamento a agressões físicas e outras situações de estresse são comuns em pessoas com TA e podem explicar a adoção de padrões alimentares inadequadas em resposta ao trauma vivenciado (MAZZEO et al., 2008).

O modelo sociocultural explicativo dos transtornos alimentares (STRIEGEL-MOORE, BULIK, 2007) relaciona o corpo perfeito, divulgado através de revistas, televisão e *Internet*, a uma internalização do ideal de magreza. A insatisfação com o corpo surge quando os indivíduos avaliam sua composição corporal negativamente em relação ao “ideal” apresentado pela mídia-social (NEUMARK-SZTAINER et al., 2007; STICE, 2002). A forma de tratar o corpo feminino como objeto reforça ainda mais a importância de alcançar a magreza, principalmente entre mulheres jovens (MORADI, DIRKS, MATTESON, 2005). Alguns estudos também observaram uma alta prevalência de distúrbios alimentares entre atletas, modelos e dançarinas, profissões que tem íntima relação com a aparência (ADA, 2001).

Os fatores genéticos têm sido sugeridos como possíveis contribuintes para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (APA, 2000a; MAZZEO et al., 2008; STRIEGEL-MOORE, BULIK, 2007). Parentes de primeiro grau têm maiores taxas de transtornos alimentares do que a população geral, sugerindo a existência de uma predisposição biológica (APA, 2000a; STRIEGEL-MOORE, BULIK, 2007). Os padrões de herança ainda permanecem obscuros, pois a predisposição genética dos indivíduos também está relacionada às influências socioculturais do ambiente onde vivem (MAZZEO et al., 2008).

1.3 Os Transtornos Alimentares e o Adolescente

Os transtornos alimentares, especialmente AN e BN, afetam quase que na sua totalidade (90%) adolescentes do sexo feminino, predominantemente caucasianas (APAb, 2000; BALLAS, 2006). A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2000a) relata que os distúrbios alimentares são atualmente considerados como a terceira forma mais comum de doença crônica na população adolescente ocidental (ANOREXIA

NERVOSA AND RELATED EATING DISTÚRBIOS [ANRED], 2004). A estreita relação entre transtornos alimentares e adolescência implica a dificuldade diagnóstica, já que os critérios clínicos para definir distúrbios alimentares podem não ser totalmente aplicáveis a alguns adolescentes (FLEITLICH et al., 2000). Existe variabilidade na altura e ganho de peso durante a puberdade normal, ausência de períodos menstruais em puberdade precoce e imprevisibilidade da menstruação após a menarca. A própria falta de consciência psicológica sobre conceitos abstratos (como a figura do corpo e sua relação com auto-estima) acaba por limitar o emprego formal de diagnóstico da preocupação excessiva com o peso. Estes pontos psico-orgânicos existentes no desenvolvimento normal do adolescente podem impedir o reconhecimento claro e formal dos distúrbios alimentares (FLEITLICH et al., 2000).

1.4 Transtornos Alimentares em Gestante

Existem evidências de que mulheres com transtornos alimentares são relutantes em revelar seus sintomas e comportamentos para os profissionais de saúde (RØRTVEIT, ASTRÖM, SEVERINSSON, 2010). Dados disponíveis sugerem que o reconhecimento destes casos, aquém das expectativas, pode ser atribuído a uma variedade de fatores, incluindo a falta de divulgação dos sintomas da paciente, um baixo índice de suspeita clínica para estas doenças e os estereótipos de distúrbios alimentares afetando principalmente mulheres brancas (BENNET, 2008). Estudos sugerem que é pouco provável que uma mulher com uma história de transtorno alimentar irá divulgar esta informação de forma espontânea a um prestador de cuidados de saúde. Cabe aos profissionais de saúde estarem familiarizados com os sinais de alerta e estratégias de avaliação para transtornos alimentares a fim de diagnosticar com precisão e rapidez, especialmente quando um mulher está ou deseja engravidar (HOUSE et al., 2012).

A fim de facilitar a detecção precoce de um transtorno alimentar na gestante, três sinais de aviso têm sido propostos. Eles são: (a) a história positiva de um transtorno alimentar, (b) falta de ganho de peso em duas visitas consecutivas no segundo trimestre e (c) hiperêmese gravídica (ZAUDERER, 2012; WALES, BREWIN, PALMER, 2012; TORGERSEN et al., 2008). Estes sinais de alerta foram discutidos com uma sugestão adicional para que um distúrbio alimentar seja sempre pesquisado em uma paciente que relata a utilização de qualquer medicação para perda de peso (KONTIĆ et al., 2010). A atribuição dos critérios formais para diagnóstico de distúrbios alimentares em gestante

não é tarefa fácil já que alguns atributos da doença podem ser confundidos com características próprias da gravidez, como a amenorréia e a êmese (BONNE, RUBINOFF, BERRY, 1996.). Diante da dificuldade diagnóstica, a gestante deveria ser avaliada de maneira mais ampliada, considerando a hipótese de distúrbio alimentar naquelas que demonstram um pensamento obsessivo sobre questões que envolvem o próprio peso, a ingestão de comida, a forma do corpo e a prática de exercícios (KONTIĆ et al., 2010). Altos níveis de vergonha e sigilo são comuns em pacientes com transtornos alimentares, tornando-se importante que as perguntas sejam feitas de modo aberto e forma não julgadora a fim de maximizar a oportunidade de respostas honestas (RØRTVEIT, ASTRÖM, SEVERINSSON, 2010). Questões como "Você já comeu em segredo?", "Você está satisfeita com seus hábitos alimentares?", "Como você se sente sobre o peso que você ganhou até agora?" são capazes de incentivar uma discussão interessante. Adicionalmente, perguntas que façam inquirir sobre histórias de oscilação de peso, dietas rígidas, satisfação com o peso ou com a imagem corporal também podem fornecer um promissor debate sobre o tema (DARCY, LIN, 2012). Além disso, uma série de ferramentas de triagem estão disponíveis a fim de avaliar a sintomatologia de distúrbios alimentares. Os instrumentos mais confiáveis para tanto incluem o Eating Disorder Examination (EDE) e o Eating Disorder Examination Questionnaire. Ambos fornecem diagnósticos de AN e de BN com boa validade discriminativa e consistência interna (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002)

O Eating Disorder Examination (EDE) é uma entrevista clínica semi-estruturada considerada padrão ouro em diagnóstico de transtornos alimentares, avaliando também a gravidade da psicopatologia com bons índices de validade e confiabilidade. O EDE é constituído de 50 questões subdivididas em quatro escalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal, e preocupação com o peso (LOMBARDO et al., 2004). Porém o EDE é um questionário longo, em média 60 minutos para ser preenchido, e exige entrevistadores preparados. Logo, surgiu uma versão do EDE mais rápida (15 minutos) e auto-aplicável: o EDE-Q. Este questionário, possui 36 itens e consegue avaliar satisfatoriamente os transtornos alimentares também baseados nas quatro subescalas descritas anteriormente (SOARES, 2009).

O Curso dos Transtornos Alimentares em Relação à Gravidez

Com base nos estudos publicados, parece haver uma tendência comportamental comum dos distúrbios alimentares ao longo da gestação. O primeiro trimestre costuma ser o mais difícil, pois o ganho de peso muitas vezes começa a ocorrer antes mesmo de a paciente divulgar aos outros sua gravidez (BELLISLE, 2009). Estima-se que muitas mulheres com transtornos alimentares têm passado uma parte de suas vidas tentando controlar o seu peso e agora, logo no início da gravidez, o pequeno aumento de peso é capaz de gerar angústia e ansiedade. O autocontrole, sintoma comum em pacientes com transtornos alimentares, pode ser abalado pelo aumento da fome e da fadiga presentes neste período. Para a mulher com desordens alimentares, que muitas vezes ignoram ou negam suas próprias necessidades, estas sensações podem ser aterrorizantes e levar a sentimentos de estar fora de controle. Este estado afetivo negativo pode desencadear comportamentos nocivos adicionais como restrição alimentar ainda mais grave (TIERNEY et al. 2011). Questões como o medo de prejudicar o bebê com o comportamento alimentar inadequado e experiência de perda de autocontrole alimentar devem ser abordadas pelo profissional de saúde. A paciente pode temer a inadequada nutrição do bebê ou até mesmo algumas complicações médicas que ela mesma pode ter experimentado ao longo dos anos (BELLISLE F., 2009). A perda de autocontrole é um tema importante, já que horários, rituais, e dietas são típicos de pacientes com transtornos alimentares e são realizados em um esforço para lutar contra um sentimento negativo interior (TIERNEY et al., 2011). O segundo trimestre é de uma relativa impassibilidade. Para as pacientes que continuam em terapia interdisciplinar este período pode servir como um tempo para analisar uma série de problemas psicológicos como sentimentos de raiva, tristeza e decepção com a parentalidade. Neste contexto, a discussão destas emoções pode resultar não só em momentos de grande crescimento e aprendizagem, com remissão dos sintomas na maioria dos casos, oferecendo oportunidade para o ensino de comportamentos parentais adequados (MADSEN HØRDER, STØVING, 2009; BULIK et al. 2007). O último mês de gravidez muitas vezes envolve um substancial aumento do apetite no momento em que a paciente, geralmente, já se sente sobrecarregada com seu ganho de peso devido a gestação. Ela pode experimentar o aumento do apetite, como mais uma prova da perda de controle e pode recorrer à restrição alimentar como meio de compensação num momento em que a nutrição saudável é tão vital (MICALI et al., 2012). Questões de imagem corporal,

embora presentes durante toda a gestação, tendem a ser especialmente problemáticas durante este tempo. A paciente com distúrbios alimentares geralmente não é capaz de estimar com precisão o tamanho do corpo, mesmo quando está com peso e formas adequadas. Sua percepção de corpo grávido é, provavelmente, ainda mais distorcida (FULLER-TYSZKIEWICZ et al., 2012). Aumento de peso da paciente durante a gravidez pode trazer de volta memórias de como era seu peso antes do transtorno alimentar. Sentimentos de auto-aversão e medo de estar fora de controle podem ser oriundos de lembranças dolorosas de um momento anterior (GRASSO et al., 2012).

Complicações Maternas Relacionadas aos Transtornos Alimentares

Em relação às complicações da gravidez relacionadas aos transtornos alimentares existem dificuldades em relacionar causa e efeito com amostras pequenas. Os trabalhos citam associação com o inadequado ou excessivo ganho de peso da gestante, maior frequência de aborto, hiperêmese, maior índice de cesarianas, parto prematuro, baixo peso e baixos índices de Apgar nos recém nascidos e depressão pós-parto (KOUBAA et al., 2005). Em mulheres com transtornos alimentares, o estado de saúde basal comprometido associado aos déficits nutricionais decorrentes destas patologias pode ser responsável por perdas fetais espontâneas (MORGAN, LACEY, SEDGWICK, 2006). A hiperêmese gravídica, patologia caracterizada por vômitos incoercíveis antes de 20 semanas de gravidez, também foi encontrada mais comumente em mulheres com bulimia, porém a significância estatística esteve presente apenas relacionando transtorno alimentar com o ato episódico de vomitar na gestação (TORGERSEN et al., 2008). Um grande estudo prospectivo sobre ganho de peso materno e do recém-nato, realizado por SOLLID et al. (2004), por mostrou que mulheres com histórico de hospitalização por um transtorno alimentar antes da gravidez tinham duas vezes mais chances de ter recém-nascidos de baixo peso em relação aos controles (razão de chances de 2.2). Além disso, mulheres com estes distúrbios eram 70% mais propensas a ter um parto prematuro e tinham 80% mais chances de ter um recém-nascido pequeno para a idade gestacional (razão de chances de 1.7 e 1.8, respectivamente). Os autores especulam que os comportamentos controladores de peso (por exemplo, fazer dieta e forçar vômitos) podem contribuir negativamente para o crescimento fetal e para a progressão tranquila da gestação até o termo. Para James (2001), as cesarianas também parecem ocorrer com maior frequência, possivelmente

pela maior vulnerabilidade percebida pelos obstetras nestes casos, aumentando a possibilidade de indicação de nascimento por via alta.

Abordagem Clínica e Prognóstico dos Transtornos Alimentares nestas Mães

Uma vez que a gravidez foi confirmada em uma paciente com transtornos alimentares, o tratamento iniciaria de abordagem interdisciplinar, tendo como principal objetivo a interrupção dos ciclos de restrição ou purgação (ZAUDERER, 2012). A terapia de nutrição necessita ser instituída com uma dieta balanceada, rica em proteínas e adição de polivitamínicos e minerais, já que é possível a ocorrência de deficiência nutricional anterior à concepção (MICALI, 2012). Durante o primeiro trimestre de gravidez seria importante uma maior concentração na estabilização do peso corporal antes da ingestão de energia adicional proposta normalmente para este período (ZAUDERER, 2012). Já no puerpério, a maior preocupação está em evitar a recidiva da doença (ASTRACHAN-FLETCHER et al., 2008). Muitas adolescentes com bulimia nervosa têm conhecimento sobre nutrição normal, mas muitas podem ser menos informadas quanto às necessidades nutricionais adequadas durante a gravidez. Nestes casos a educação nutricional proposta poderia abordar temas como necessidades de micronutrientes, o consumo restrito de cafeína, os exercícios adequados durante a gravidez. Apesar da relativa baixa incidência do fenômeno, são situações graves que podem impactar de maneira decisiva na vida das jovens, com repercussão negativa em sua saúde futura. Mesmo quando tratado de maneira adequada, os distúrbios alimentares apresentam prognóstico reservado, com apenas 40% a 50% das pacientes progredindo para recuperação completa (JOY et al., 2003).

O tratamento mais eficaz para transtornos alimentares é a abordagem interdisciplinar, principalmente entre o obstetra, o psiquiatra e o nutricionista (ZAUDERER, 2012). A equipe deve estar ciente das estratégias que podem ser usadas por pacientes com transtornos alimentares para minar o tratamento. Como é conhecido em pacientes anoréxicas, estas podem tentar ocultar seu verdadeiro peso, adicionando artigos de vestuário ou objetos pesados em seus bolsos (VANDEREYCKEN, VAN HUMBEECK, 2008). Logo a importância de serem pesadas com roupas leves e descalças. Estima-se que mulheres com IMC abaixo de 19,8 devam adquirir no primeiro trimestre de gestação 2,3 quilos e nos dois últimos trimestres 0,5 quilos por semana (ASSUNÇÃO et al., 2009). É oportuno perguntar à paciente se ela quer saber seu peso.

Uma paciente com um distúrbio alimentar pode preferir não saber seu peso, um pedido que deve ser respeitado a menos que a mesma não o esteja aumentando de forma adequada (VANDEREYCKEN, VAN HUMBEECK, 2008). Se este for o caso, ela deve ser questionada de forma não-crítica buscando-se uma causa para o inadequado ganho de peso. Uma explicação do tamanho e desenvolvimento fetal para a idade gestacional pode fornecer informações que possam ajudá-la a comer "para o bebê". Informações fornecidas pela nutricionista sobre a importância da alimentação saudável para o crescimento fetal e boa gravidez são recomendadas. A comunicação aberta e permanente entre os membros da equipe de tratamento é essencial para o atendimento e entendimento global desta paciente. Em alguns casos, as pacientes com transtornos alimentares podem tentar "dividir" a equipe de tratamento, por desvirtuar o que outros disseram ou dizendo informações importantes para um e não para outros membros da equipe. Se a equipe se comunica de forma regular, este problema potencial pode ser muitas vezes evitado. Também é comum que os pacientes com transtornos alimentares possam expressar sentimentos muito positivos para um dos seus prestadores de cuidados de saúde e menosprezar o restante da equipe, muitas vezes em uma tentativa de prejudicar o tratamento. Acordar entre os membros da equipe sobre assuntos importantes tais como a quantidade de peso que a paciente precisa ganhar cada mês (ou a cada semana no último mês de gravidez) vai ajudar a mesma a alcançar suas metas. Explicações claras sobre as potenciais consequências do inadequado ganho de peso devem ser comunicada ao paciente em uma atmosfera de cuidado e preocupação. Algumas pacientes podem necessitar visitas mais frequentes pela equipe ou até mesmo hospitalização, a fim de assegurar o aumento de peso apropriado. Distúrbios alimentares representam uma condição crônica que exige suporte psicológico, nutricional, e, em alguns casos, o tratamento farmacológico (APAA, 2000).

O Papel da Família e do Parceiro da Gestante com Transtornos Alimentares

O apoio da família em mulheres com transtorno alimentar ainda é um tema controverso. Historicamente os pais foram parcialmente responsáveis por não fazerem o suficiente pela filha com distúrbio alimentar. O transtorno alimentar foi muitas vezes considerado um dos sintomas subjacentes aos problemas familiares. Conseqüentemente, a terapia familiar foi muitas vezes defendida como o tratamento de escolha para todos os pacientes com anorexia ou bulimia, com a promessa explícita de que os distúrbios alimentares desapareceriam uma vez que os conflitos familiares fossem resolvidos

(TREASURE et al., 2008). Uma visão mais equilibrada sobre o papel da família como causadora do distúrbio tem sido analisada. Atualmente, alguns pesquisadores não veem a família como responsável direta pelo transtorno alimentar e sim involuntariamente envolvida numa desordem assustadora com componentes psíquico-físicos (NUNN et al., 2008). Devido a esta falta de entendimento, as famílias podem tentar ajudar a paciente com seus problemas de uma forma que, embora bem intencionadas, poderiam servir para perpetuar o transtorno alimentar (TREASURE et al., 2008). É descrito que indivíduos com transtornos alimentares são frequentemente afetados por eventos familiares significativos, tais como mortes, divórcios e outros do ciclo de vida. É também relatado que os indivíduos com história familiar de alcoolismo, depressão e abuso sexual e físico estão em maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (DUNKLEY, MASHEB, GRILO, 2010). Logo, as famílias muitas vezes também irão requerer diferentes níveis de suporte e em função da sua problemática específica. As famílias também podem entender melhor como lidar com um parente com transtornos alimentares falando em grupos de apoio com outras famílias, compartilhando informações e abordando situações semelhantes. Apoiar e incluir a família no tratamento de uma paciente com distúrbio alimentar implica incentivar a primeira de forma realista sobre o quanto será capaz de afetar o processo de recuperação da segunda (COOK-DARZENS, DOYEN, MOUREN, 2008). A revisão sistemática mais recente sobre terapia familiar e transtornos alimentares analisou 12 ensaios randomizados e concluiu que o tratamento individual nos 6 primeiros meses era tão eficaz quanto a terapia familiar adicional. Entretanto, após este período, a interação da família no tratamento da paciente desempenhava importante papel na remissão dos sintomas (COUTURIER, KIMBER, SZATMARI, 2012).

Um parceiro fixo (namorado ou cônjuge) pode ser um membro externo que enxerga melhor as problemáticas da paciente e da sua família. Muitas mulheres vão voluntariamente optar em envolver o parceiro na discussão de sua própria doença. No entanto, a gravidez é um período importante para que mulheres com transtornos alimentares tornem seus parceiros cientes de sua luta com hábitos alimentares. Isso pode abrir um precedente para própria terapia do casal, abordando questões de intimidade, sexualidade e companheirismo (WOODSIDE, LACKSTROM, SHEKTER-WOLFSON, 2000). O apoio deste futuro pai será necessário não só durante a gravidez, mas também depois, em lidar com as questões pós-parto e cuidar de um recém-nascido. Em um dos

estudos prospectivos, o fator positivo mais fortemente associado com o resultado da gravidez positivo foi o estado civil (BLAIS, BECKER, BURWELL, 2000). Outros autores especulam que a presença de um cônjuge provavelmente significa que há disponibilidade extra de apoio social, financeiro e emocional (BULIK BAUCOM, KIRBY, 2012). Incentivar a mulher com transtornos alimentares a confiar em e obter apoio de seu parceiro e família é um papel importante para a equipe de saúde.

O Pós-Parto da Mulher com Transtorno Alimentar

Não parece haver estudos novos que quantificam a recidiva pós-parto de transtornos alimentares. Em um dos poucos estudos existentes que examinam o impacto na gravidez das desordens alimentares, Blais, Becker e Burwell (2000) entrevistaram, antes, durante e após a gravidez, 54 mulheres com diagnóstico de TA. Os autores relataram, com resultados sem significância estatística, que os sintomas dos distúrbios alimentares diminuíram após três meses de gestação, permanecendo baixos até três meses após o parto. Para mulheres com história prévia de BN que não eram sintomáticas na concepção não houve retorno dos sintomas bulímicos até nove meses após o parto. Morgan, Lacey e Sedwick (1999) relataram resultados semelhantes em estudo com 94 mulheres diagnosticadas com BN que, em geral, melhoraram seus sintomas ao longo da gravidez. Passada a gestação e puerpério, no entanto, mais da metade apresentavam sintomas mais graves do que antes da concepção, embora cerca de um terço estivessem livres de sintomas. Logo, os estudos parecem sugerir que a melhoria nos sintomas é transitória e pode estar limitada ao período de gravidez e talvez por um breve período pós-parto, já que uma parcela significativa das mulheres recidivam suas desordens alimentares.

Outra questão de grande preocupação é a ocorrência de transtornos mentais pós-parto, principalmente depressão. A prevalência clínica de depressão no pós-parto na população em geral é estimada em até 20% (TEISSEDRE, CHABROL, 2004). Em um estudo transversal incluindo 158 pacientes com diagnóstico de depressão pós-parto, 37,1% relataram algum tipo de distúrbio alimentar restritivo no período anterior a gestação (MELTZER-BRODY et al., 2011). Dificuldades no vínculo mãe-bebê também são descritos. Um estudo de Koubaa e colegas em 2008 descreveram que 92% das mães com transtornos alimentares antes de gravidez tinham problemas em relação a

sua adaptação materna no puerpério em comparação as 13% do grupo controle ($p < 0,001$). (KOUBAA, HÄLLSTRÖM, HIRSCHBERG, 2008).

Os Filhos de Mães com Transtornos Alimentares e sua Alimentação

Até o momento, há pouquíssimos estudos que analisam as repercussões de pacientes puérperas com transtornos alimentares e amamentação ou alimentação na primeira infância. Os existentes relatam o prejuízo existente na relação entre a criança e a mãe durante a amamentação decorrente do sentimento negativo da mãe em fornecer alimento (HOFFMAN et al., 2012). Estas mães geralmente fazem desmame precoce e tem preferências por bebês mais magros e acabam prejudicando a nutrição do seus filhos principalmente na primeira infância (ASTRACHAN-FLETCHER et al., 2008; MICALI et al., 2011). Com o desenvolvimento infantil a criança acaba por observar hábitos diários e negativos em relação ao comer: pular refeições, restringir alimentos e ritualizar esta ingestão (STEIN, WOOLLEY, MCPHERSON, 1999). Para estes autores, a mãe também pode tentar impingir este comportamento ao filho, principalmente de modo verbal e hábitos saudáveis em família como a reunião na mesa do almoço ou jantar são trocados por comidas rápidas e de pouco valor nutritivo. Para PATEL et al., (2002), apesar de a criança estar em desenvolvimento psíquico e muitas vezes não entender a mecânica de um transtorno alimentar, esta é um ativo participante e pode, conforme estudos, desenvolver com mais facilidade transtornos psiquiátricos.

2 JUSTIFICATIVA

No mundo há pouquíssimos trabalhos que descrevem sobre transtornos alimentares em puérperas adolescentes. É um distúrbio relativamente raro na população geral, mas quando se trata da população jovem é a desordem psíquica que mais mata e a terceira mais prevalente (ADA, 2001). Logo, a repercussão dos transtornos alimentares na adolescente é grave, e mais grave ainda se atrelada à gestação e puerpério.

No presente momento, não há descrito em nosso país qualquer documento que aborde o tema transtornos alimentares em gestantes ou puérperas adolescentes. A ausência desta literatura pressupõe que não há interesse ou reconhecimento da maioria dos profissionais de saúde por este tema. Suposições admissíveis para explicar tal fato são as informações restritas e a abordagem problemática em relação a tais distúrbios. Entretanto, talvez a maior barreira para a dificuldade do reconhecimento desta doença seja o tabu social: admitir a existência de distúrbio alimentar como doença psiquiátrica em adolescentes gestantes ou puérperas e entender que a maternidade nem sempre sobrepuja a patologia de base.

Articular os assuntos adolescência, gestação e distúrbios alimentares também faz parte do difícil trabalho da Atenção Básica. Apesar de muitos pensarem que transtornos alimentares é assunto restrito à área psiquiátrica, é o pré-natal, prática da Atenção Básica, que recebe adolescentes grávidas com patologias próprias da idade. Esta série de consultas é uma oportunidade privilegiada, por vezes única, de rastrear distúrbios alimentares nas adolescentes, já que o público jovem geralmente está à margem dos serviços de saúde.

Este trabalho tem por finalidade principal apontar a prevalência dos transtornos alimentares em puérperas adolescentes e mostrar à Atenção Básica que a doença existe nesta população vulnerável. Discussões e novos trabalhos com abordagem biopsicossocial sobre o assunto dentro das equipes de saúde são iniciativas a serem realizadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar a ocorrência de distúrbios alimentares em adolescentes puérperas internadas pelo sistema público em Rio Bonito/RJ.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar a ocorrência das diferentes dimensões dos distúrbios alimentares (“preocupação com o peso”, “preocupação com a forma”, “preocupação com a alimentação” e “comportamentos restritivos”) em adolescentes puérperas internadas pelo sistema público em Rio Bonito/RJ.

Descrever os dados sócio-demográficos das adolescentes puérperas com transtornos alimentares internadas pelo sistema público em Rio Bonito/RJ.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional, do tipo corte transversal, tendo como referência a população de adolescentes até o segundo dia de puerpério assistidas no Hospital Darcy Vargas no município de Rio Bonito.

4.2 Cenário

Introdução sobre o Município de Rio Bonito

O município de Rio Bonito tem 463,32 km² e está localizado na região do Rio de Janeiro denominada “Baixada Litorânea” (Figura 1) A população é de 55.059 habitantes com predomínio de adultos (particularmente entre 29 a 49 anos) (CADERNO DE INFORMAÇÕES E SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009; IBGE, 2010). As principais fontes de economia do município são o repasse do Fundo de Participação dos Municípios, do ICMS e dos royalties do petróleo (RIO BONITO, 2007).

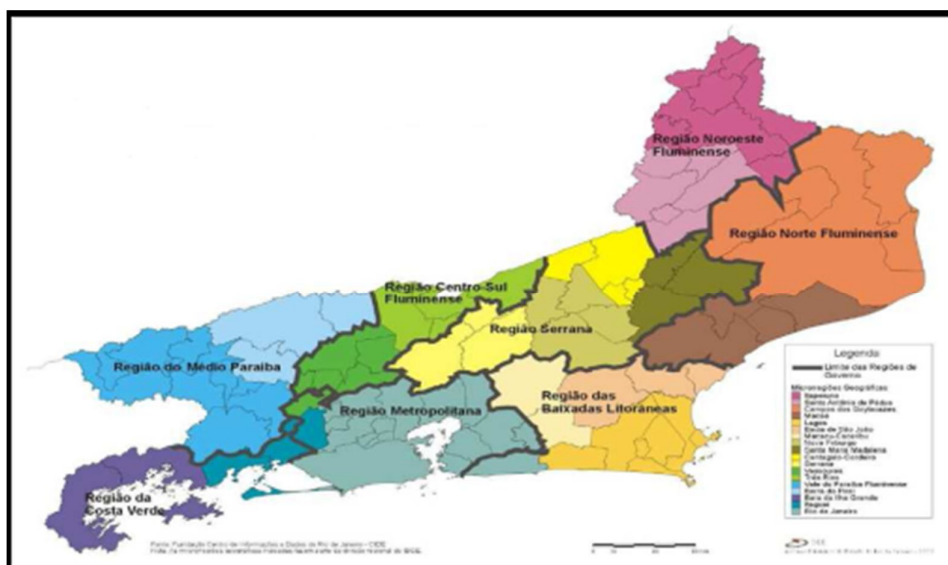


Figura 1 – Microrregiões Geográficas do Estado do Rio de Janeiro em 2006.
Fonte: Caderno de Informações e Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

Rio Bonito dispõe de um hospital, uma unidade de pronto-atendimento, um núcleo de apoio à saúde da família e quinze equipes completas de saúde da família. O Hospital Regional Darcy Vargas, por ser única unidade hospitalar do município, foi o cenário da pesquisa. A instituição é filantrópica, de médio porte, mantida basicamente por verbas do SUS. O Hospital conta com 122 leitos, distribuídos em neonatologia e pediatria, obstetrícia e ginecologia, clínicas médica e cirúrgica e UTI. A unidade obstétrica realiza, através do Sistema Único de Saúde, aproximadamente 1.500 nascimentos/ano (HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS, 2010).

4.3 Sujeitos

O desenho amostral foi por conveniência e incluiu 150 adolescentes de 15 a 20 anos até o segundo dia de puerpério internadas no Hospital Regional Darcy Vargas entre 1^o de julho à 15 de novembro de 2012.

O puerpério foi eleito como o período mais indicado para realização das entrevistas, haja vista que os instrumentos escolhidos para o estudo se referem as 4 semanas anteriores a sua aplicação. As primeiras 48 horas de puerpério foram escolhidas, pois neste período a recém-mãe poderia estar mais descansada do trabalho de parto, com maior envolvimento com o recém-nato e com menor probabilidade de ser acometida pelo Blues Pós-Parto, podendo facilitar a aceitação em participar da pesquisa (PAYNE, 2007).

Foram excluídas da amostra adolescentes com IMC > 30 kg/m² antes de engravidar, por apresentarem obesidade pré-gestacional e tendência a transtornos alimentares outros que não abrangem o escopo deste trabalho, adolescentes com necessidades especiais e vítimas de coito não consensual com justificativas conforme abordadas na introdução.

4.4 Instrumentos

O questionário aplicado foi multidimensional, englobando dados gerais, hábitos de vida e avaliação das desordens alimentares.

Questionário Sócio-Demográfico, Econômico e Psicossocial.

O instrumento que coletou dados sócio-demográficos foi composto por seções selecionadas do Perinatal Needs Assessment (PNA) (JEFFERSON COMMUNITY COLLEGE, 2007). Deste amplo instrumento, foram utilizados os itens que fazem referência à gestante, como informações sobre o estado conjugal, escolaridade e município de origem.

Questionário FANTASTIC

O instrumento “Estilo de vida fantástico” foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984. Constitui uma parte da bateria de testes padronizados, denominada *Canadian Physical Activity Fitness & Lifestyle Appraisal* (Plano Canadense de Avaliação da Atividade Física, Aptidão e Estilo de Vida) e referem-se aos hábitos ocorridos nas últimas 4 semanas (CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY, 2003). Em 2008, o mesmo foi adaptado e validado por Rodrigues-Añez e colegas para uso no Brasil (RODRIGUES-AÑEZ, REIS; PETROSKI, 2008).

A palavra “fantástico” representa FANTASTIC, onde cada letra indica o nome dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens: F = Family and friends (família e amigos); A = Activity (atividade física); N = Nutrition (nutrição); T = Tobacco and toxics (cigarro e drogas); A = Alcohol (álcool); S = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = Type of behavior (tipo de comportamento); I = Insight (introspecção); e C = Career (trabalho; satisfação com a profissão) (RODRIGUES-AÑEZ, REIS; PETROSKI, 2008).

As questões estão dispostas na forma de escala Likert, 23 possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas. As alternativas estão dispostas na forma de colunas para facilitar a sua codificação, e a alternativa da esquerda é sempre a de menor valor ou de menor relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna. A soma de todos os pontos permite classificar os

indivíduos em cinco categorias: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (RODRIGUES-AÑEZ, REIS, PETROSKI, 2008).

Questionário de Avaliação das Desordens Alimentares

O *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) foi desenvolvido por Fairburn e Beglin em 1994, validado por Birmingham e Beumont em 2004, adaptado para o português por Machado em 2007 e validado no Brasil por Soares, 2009. Este instrumento é constituído por 36 itens baseados nos comportamentos ocorridos nos últimos 28 dias. O Questionário é assim dividido: os itens 1 ao 14 são classificados por frequência em dias da ocorrência dos sintomas em uma escala de 0 a 6 (0 = nenhum dias, 1= 1 a 5 dias, 2= 6 a 12 dias, 3= 13 a 15 dias; 4= 16 a 22 dias, 5= 23 a 27 dias, e 6 = todos os dias). O item 15 refere-se ao número de vezes em que o episódio ocorreu, pontuando também de 0 até 6 (0 = nenhuma, 6 = sempre). Para os itens 16 ao 28, solicita-se o registro de ocorrência do comportamento nos últimos 28 dias (0 = não, 1 = sim) ou o número de episódios do comportamento em particular. O itens 29 ao 36 são classificados para indicar a gravidade dos sintomas, também variando de 0 a 6 (0 = não houve sintomas, 6 = sintomas marcantes). Juntos, os itens 1 ao 15 e os itens 29 ao 36 geram quatro subescalas: 5 itens de restrição alimentar (comportamentos relacionados a privações de alimentos ou regras nas dietas); 5 itens de preocupação com a ingesta alimentar (comportamentos relacionados com o medo de perder o controle sobre a ingestão de comida e sentimentos de apreensão ao ingerir alimentos); 8 itens de preocupação com a aparência física (importância dada à condição física, o sentimento de insatisfação com a forma corporal); e 5 itens de preocupação com o peso (necessidade de manter ou conseguir um determinado peso corporal, incluindo os sentimentos de insatisfação com o peso). Os itens relativos às principais características comportamentais dos transtornos alimentares (itens 8 e 16 ao 28) não pertencem a qualquer uma das subescalas. Esses itens são registrados individualmente e utilizados como indicadores da presença e frequência dos comportamentos-chave. Para calcular as subescalas, utiliza-se o sistema de média aritmética variando de 0 a 6. Os itens referentes a cada subescala são assim divididos: 1, 2, 3, 4 e 5 para restrição alimentar; 6, 7, 9, 15 e 34 para preocupação com a ingesta alimentar; 14, 29, 31 e 32 para preocupação com o peso; e 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35 e 36 para preocupação com a

forma. A pontuação de cada subescala é global fornece um medida da severidade da desordem alimentar sempre quando acima de 4 (FAIRBURN, BEGLIN, 1994).

Cartão Pré-Natal e Prontuário

Alguns dados de interesse para o estudo foram retirados diretamente do cartão pré-natal e do Prontuário. São eles: identificação da Unidade Primária onde foi realizado o pré-natal, número de consultas realizadas, IMC pré-gestacional, ganho ponderal de peso, via de nascimento, idade gestacional ao nascer, peso do recém-nato.

4.5 Logística

Estudo piloto

Foram entrevistadas 10 adolescentes até o segundo dia de puerpério. Apesar de os questionários utilizados serem auto-aplicáveis por seus formuladores, as entrevistas foram feitas face-a-face, evitando que pacientes com dificuldades de leitura sejam excluídas da pesquisa. A aplicação dos instrumentos levou em média 40 minutos. Houve algumas dificuldades em relação à disponibilidade da puépera. Períodos como descanso da paciente, amamentação ou banho do bebê não foram interrompidos. Os horários para entrevista foram selecionados para que não coincidisse com as refeições da paciente. Logo, apesar de o instrumento ter aplicação relativamente rápida, não foi possível entrevistar mais de 3 puérperas no mesmo dia. O estudo piloto também salientou a satisfação das pacientes em participarem da pesquisa e serem, talvez pela primeira vez, ouvidas quanto aos seus sentimentos em relação ao peso e forma do corpo.

Estudo definitivo

As adolescentes até 48 horas de puerpério foram convidadas, em horários convenientes para as mesmas, a participar da presente pesquisa e informadas que a participação seria voluntária e que em nada se relacionaria com seu atendimento hospitalar. Ao concordarem em participar, assinaram, juntamente com seus responsáveis, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, a puérpera com seu bebê, sem a presença de familiares, foi encaminhada a uma sala em

anexo, com privacidade, onde a entrevista foi realizada face-a-face pela própria pesquisadora. Não houve recusa à participação. As pacientes rastreadas positivamente para Transtornos Alimentares (no ato da entrevista ou em análise posterior) foram encaminhadas a núcleos de saúde adequados.

4.6 Análise dos Dados

Para análise, foi construído um Banco de Dados no Programa STATA 12.0. As respostas obtidas com a aplicação dos instrumentos e os dados de pré-natal e prontuário foram duplamente digitados no mesmo programa. Foi realizado um “script” para a análise univariada da amostra total e dos casos positivos.

4.7 Questões Éticas

Foi garantida a participação voluntária das puérperas em todas as fases do processo de pesquisa (estudo piloto e coleta dos dados propriamente dita). O questionário foi preenchido somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento. Neste documento foi registrado o compromisso da ética em pesquisa e o não prejuízo do atendimento de saúde prestado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estácio de Sá (Protocolo: 06206812.8.0000.5284).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADA. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. 2001. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/85ADATranstornosAlimentares.pdf>>. Acesso em jan/2012.
2. ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, mar. 2008.
3. ANRED. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc Statistics: how many people have eating disorders? 2004. Disponível em: <<http://www.anred.com/stats.html>>. Acesso em jan/2012.
4. APA. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of individuals with eating disorders. Washington, 2000a. Disponível em: <<http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=9318>>. Acesso em jan/2012.
5. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, 2000 b. Disponível em: <<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>> Acesso em jan/2012.
6. ASSUNÇÃO, P. L. et al. Ganho de peso gestacional: determinantes e suas repercussões clínicas e perinatais. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 217-222, abr. 2009.
7. ASTRACHAN-FLETCHER E. et al. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. **J Womens Health (Larchmt)**, Oregon, v. 17, n. 2, p. 227-239, mar. 2008.
8. BALLAS, P. Anorexia Nervosa. Retrieved 2006. Disponível em <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/print/ency/article/000362.htm>>. Acesso em jan/2012.
9. BELLISLE, F. Assessing various aspects of the motivation to eat that can affect food intake and body weight control. **Encephale**, Paris, v. 35, n. 2, p. 182-185, abr. 2009.

10. BENNETT, J. It's not just white girls. Anorexics can be male, old, Latino, black or pregnant. **Newsweek**, Kansas, v. 15, n. 11, p.96, set. 2008.
11. BIRMINGHAM, C. L., BEUMONT, P. Medical Management of Eating Disorders. Cambridge University Press. Cambridge, 2004. Disponível em: <http://assets.cambridge.org/97805215/46621/frontmatter/9780521546621_frontmatter.pdf>. Acesso em jan/2011.
12. BLAIS, M. A., BECKER, A. E., BURWELL, R. A. Pregnancy: outcome and impact in a cohort of eating disordered women. **Int J. Eat Disord**, New York, v. 27, p. 140–149, 2000..
13. BONNE, O. B., RUBINOFF, B., BERRY, E. M. Delayed detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: two case reports. **Int J Eat Disord**, New York, v. 20, n. 4, p. 423-425, dez. 1996.
14. BULIK, C. M. et al. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. **J. Clin. Psych**, Cambridge, v. 60, p. 130-135, 1999.
15. BULIK, C. M. et al. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. **Int J Eat Disord**, New York, v. 40, p. 310-320, 2007.
16. BULIK, C. M., BAUCOM D. H., KIRBY J. Treating Anorexia Nervosa in the Couple Context. **J Cogn Psychother**, New York, v. 26, n. 1, p. 19-33, fev. 2012.
17. BURSZTYN, I. , Ribeiro J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 404-416, 2005.
18. BUSH, M. Fatores que impedem as conexões de jovens pobres com o mercado de trabalho: um estudo no Complexo do Caju. **Inclusão Social**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 34-45, abr. /set. 2007.
19. CADERNO DE INFORMAÇÕES E SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Saúde na Área. Regionalização. SESDEC. Maio. 2009. Disponível em << <http://www.saude.rj.gov.br/informacao-em-saude>>>. Acesso em dez/2011.
20. CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY. The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living. Ottawa, 2003. Disponível em <<http://www.csep.ca/english/view.asp?x=718>>. Acesso em out/2011.

21. CASTRO, J. et al. Predictors of bone mineral density reduction in adolescents with anorexia nervosa. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, Cambridge , v. 39, p. 1365-1370, 2000.
22. CATHARINO, T. R., GIFFIN, K. Gravidez e Adolescência: investigação de um problema moderno. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, REALIZADO EM OURO PRETO, Minas Gerais, nov. 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/com_JUV_ST7_Catharino_texto.pdf>. Acesso em jan. 2012.
23. CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na Adolescência: Análise Contextual de Risco e Proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 73-85, jan. /mar. 2010.
24. CHEN, X. K. et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **Int J Epidemiol**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 368-373, 2007.
25. CONDE-AGUDELO, A. et al. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. **Int J Gynaecol Obstet**, New York, v. 89, n. 1, p. 34-40, abr. 2005.
26. COOK-DARZENS, S., DOYEN, C., MOUREN, M. C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. **Eat Weight Disord**, Milano, v. 13, n. 4, p. 157-170, dez. 2008.
27. COSTA, M. C. O. et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 2, p. 217-224, 2001.
28. COUTURIER, J., KIMBER, M., SZATMARI, P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Int J Eat Disord**, New York, v. 23, jul. 2012.
29. DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde**. 2010. 113f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2010.
30. DARCY, A. M., LIN, I. H. Are we asking the right questions? A review of assessment of males with eating disorders. **J. Eat Disord**, New York, v. 20, n. 5, p. 416-426, out. 2012.

31. DEDECKER, F. Obstetrical risk factors of 365 primiparous adolescent pregnancies in Reunion Island. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**, Paris, v. 34, n. 7, p. 694-701, 2005.
32. DIAZ, A., SANHUEZA, P., YAKSIO, N. Riesgos obstétricos em el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos e perinatales com pacientes embarazadas adultas. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia**, Santiago, v. 67, n. 6, p. 481-487, 2002.
33. DONOSO SIÑA, E., BECKER, V. J., DEL PINO, L. Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile. **Rev Panam. Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 1, p. 3-8, 2003.
34. DUNKLEY, D. M., MASHEB, R. M., GRILO, C. M. Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: the mediating role of self-criticism. **Int J Eat Disord**, New York, v. 43, n. 3, p. 274-281, abr. 2010.
35. FAIRBURN, C., BEGLIN, S. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? **Int J Eat Disord**, New York, v. 16, p. 363-370, 1994.
36. FARAVELLI, C. et al. Clinical Epidemiology of Eating Disorders: Results from the Sesto Fiorentino Study. **Psychother Psychosom**, Hagen, v. 75, p. 376-383, 2006.
37. FLEITLICH, B. W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, n. 3, p. 323-329, 2000.
38. FREITAS, S. A., GORENSTEIN, C., APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 24, n. 3, 2002 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700008 Acesso em out. 2011.
39. FULLER-TYSZKIEWICZ, M. D. Body image during pregnancy: an evaluation of the suitability of the body attitudes questionnaire. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 12, n. 1, p. set. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/91>>. Acesso em dez. 2012.
40. GAMA, S. G. N., SZWARCOWALD, C. L., LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

41. GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.
42. GRASSO, M. et al. Maturity fears and weight phobia in eating disorders: research of a relationship. **Riv Psichiatr**, Milano, v. 47, n. 4, p. 25-32, jul./ago. 2012.
43. GRINSPOON, S. T. E et al. Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. **Ann Intern Med**, Finland, v. 133, p. 790-794, 2000.
44. GUIMARÃES, E. M. B., ALVES, M. F. C., VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004.
45. HAMPTON, H. L., POWELL, R. H. Obstetrical outcome in the very young adolescent. **J (MISS) State Med Assoc**, Mississippi, v. 40, n. 12, p.411 – 414, 1999.
46. HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 18, p. 31-47, 2008.
47. HOEK, H., VAN HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **Int J Eat Disord**, New York, v. 34, p. 383-396, 2003.
48. HOFFMAN, E. R. et al. A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. **Matern Child Nutr**, Oxford, v. 12, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784046>>. Acesso em nov. 2012.
49. HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS. **Registros Internos Hospitalares**. Balanço do Ano de 2010. Rio Bonito, 2010.
50. HOUSE, J. et al. Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. **Int J Eat Disord**, New York, v. 45, n. 8, p. 949-56, out. 2012.
51. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas Nacionais número 33. **Produto Interno Bruto dos Municípios entre 2004 e 2008**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/pibmunic2004_2008.pdf>. Acesso em out. 2011.

52. JAMES, D. C. Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. **J Perinat Neonatal Nurs**, Hagerstown, v. 15, n. 2, p. 36-48, set. 2001.
53. JOY, E. A., WILSON, C., VARECHOK, S. The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. **Curr Sports Med Rep**, Philadelphia, v. 2, n. 6, p. 331-6, dez. 2003.
54. KHALIL, A. Educator support, school goal structures, and teenage mothers' school engagement. **Youth & Society**, Beverly Hills, v. 39, p. 524-548, 2008.
55. KONTIĆ, O., VASILJEVIĆ, N., JORGA, J., JASOVIĆ-GASIĆ, M., LAKIĆ, A., ARSIĆ, A. Presence of different forms of compensatory behaviours among eating disordered patients. **Srp Arh Celok Lek**. Belgrado, v. 138, n. 5, p. 328-32, mai./jun. 2010.
56. KOUBAA, S., HÄLLSTRÖM, T., LINDHOLM, C., HIRSCHBERG, A. L. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. **Obstet Gynecol**, New York, v. 105, n. 2, p. 255-60, fev. 2005.
57. KOUBAA, S., HÄLLSTRÖM, T., HIRSCHBERG, A. L. Early maternal adjustment in women with eating disorders. **Int J Eat Disord**, New York, v. 41, n. 5, p. 405-10, jul. 2008.
58. LEAL, M. M., SILVA, L. E. V. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I. , SILVA, L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. p 42-56.
59. LOCATELLI, A. C. D. **A perspectiva de tempo futuro como um aspecto de motivação para o adolescente na escola**. 2004. 136f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2004.
60. LOMBARDO, C. et al. Internal consistency, convergent validity and reliability of a brief questionnaire on disordered eating (DEQ). **Eat Weight Disord**, Milano, v. 9, n. 2, p. 91-98, jun. 2004.
61. MACLEOD, C. Teenage mothers and the regulation of mothering in the scientific literature: the South African example. **Feminism & Psychology**, v. 11, p. 493-510, 2001. Disponível em: < <http://eprints.ru.ac.za/612/1/mother.pdf>>. Acesso em dez. 2011.
62. MADSEN, I. R., HØRDER, K., STØVING, R. K. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, London, v. 30, n. 2, p.122-6, jun. 2009.

63. MAZZEO, S. E. et al. Assessing the heritability of anorexia nervosa symptoms using a marginal maximal likelihood. **Psychol Med**, London., v. 39, n. 3, p. 463–473, mar. 2009.
64. MELTZER-BRODY, S. et al. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. **J Womens Health (Larchmt)**, Larchmont, v. 20, n. 6, p. 863-70, jun. 2011
65. MICALI, N. et al. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. **J Child Psychol Psychiatry Child Adolesc**, Oxford, v. 52, n. 7, p. 800-7, jul. 2011.
66. MICALI, N. et al. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. **Br J Nutr**, Cambridge, v. 12, p. 1-7, jul. 2012.
67. MINTZ, L. B. et al. Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. **Br J. Psych**, Cambridge, v. 44, p. 63-79, 1999.
68. MORGAN, J. F., LACEY, J. H., SEDGWICK, P. M. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. **Br. J. Psych**, Cambridge, v. 174, p. 135–140, 1999.
69. NIMH. National Institute of Mental Health. 2011. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml>>. Acesso em jan/2012.
70. NUNN, K. et al. The fault is not in her parents but in her insula--a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. **Eur Eat Disord Rev**, Chichester, v. 16, n. 5, p. 355-60, set. 2008.
71. NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade**. 4. ed. Campinas: Papyrus, 2002. p 67-82.
72. PASKIEWIEZ, L. S. Pregnant adolescents and their mothers: A shared experience of teen mothering. **American Journal of Maternal/Child Nursing**, Garden City Park, v. 26, p. 33-38, 2001.
73. PATEL, P. et al. The children of mothers with eating disorders. **Clin Child Fam Psychol Rev**, New York, v. 5, n. 1, p. 1-19, mar. 2000.
74. PAYNE, J. L. Antidepressant use in the postpartum period: practical consideration. **J Psychiatry**, Cambridge, v. 3, n. 2, p. 164-169, 2007.
75. PEAT C. et al. Validity and Utility of Subtyping Anorexia Nervosa. **Int J Eat Disord**, New York, v. 42, p. 590-594, 2009.

76. PNA. PERINATAL NEEDS ASSESSMENT. The Center for Community Studies at Jefferson Community College. 2007. Disponível em <<http://www.sunyjefferson.edu/ccs/>>. Acesso em jan/2011.
77. PREFEITURA DE RIO BONITO. Registro de Informações Históricas sobre a Cidade de Rio Bonito. Arquivo Administrativo. Abril, 2005.
78. RIO BONITO. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório de Acompanhamento ano de 2007. Disponível em: <<http://www.unhabitat.org/>>. Acesso em set/2011.
79. RODRIGUES-AÑEZ, C., REIS, R., PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008.
80. ROKACH, A., NETO, F. Age, culture, and the antecedents of loneliness. **Social Behavior and Personality**, New Zealand, v. 33, n. 5, p. 477-494, 2005.
81. ROLFE, A. ‘You’ve got to grow up when you’ve got a kid’: marginalized young women’s accounts of motherhood. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, Chichester, v. 18, n. 4, p. 299-314, 2008.
82. RØRTVEIT, K., ASTRÖM, S., SEVERINSSON, E. The meaning of guilt and shame: a qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties. **Int J Ment Health Nurs**, Carlton. v. 19, n. 4, p. 231-239, ago. 2010.
83. SCHULTZ, K. Constructing failure, Narrative Success: Rethinking the "Problem"of Teen Pregnancy. **Teachers College Record**, Columbia, v. 103, p. 582-607, 2001.
84. SHAWKY S., MILAAT W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. **Eastern Mediterranean Health J**, Alexandria, v. 6, n. 1, p. 46-54, 2000.
85. SIEGER, K., RENK, K. Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. **J. Youth Adolescents**, v. 36, p. 567-581, 2007. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-007-9182-6?LI=true#page-1>>. Acesso em out. 2011.
86. SILVA, D. V., SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 135-145, 2003.

87. SILVA, K. C. O. **Trajetória escolar de jovens com experiência de gravidez na adolescência**. 2011. 132f. Dissertação (mestrado) Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí. 2011.
88. SIQUEIRA C. M. , Gurgel-Giannetti J. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 78-87, 2011.
89. SOARES R. M. et al. Inappropriate eating behaviours during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. **Int J Eat Disord**, New York, v. 42, n. 5, p. 387-393, 2009.
90. SOLLID, C. P. et al. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. **Am. J Obstet Gynecol**, New York, v. 190, p. 206–210, 2004.
91. SOUZA, I. F. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Adolesc Latinoam**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 414-419, 2002.
92. STEIN A. et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. **J Psychiatry**, Cambridge, v. 179, p. 157-162, ago. 2001.
93. STEIN A, WOOLLEY H, MCPHERSON K. Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. **J Psychiatry**, Cambridge, v. 175, p. 455-461, nov. 1999.
94. STEINHAUSEN, H. Outcome. of eating disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Cambridge, v. 18, p. 225-242, 2008.
95. STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, Cambridge, v. 128, p. 825-848, 2002.
96. STRIEGEL-MOORE, R., BULIK, C. Risk factors for eating disorders. **American Psychologist**, Washington, v. 62, n. 3, p. 181-198, 2007.
97. TEISSEDRE, F., CHABROL, H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. **Encephale**, Paris, v. 30, n. 4, p. 376-81, jul./ago. 2004.
98. TIERNEY, S. et al. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 48, n. 10, p: 223-33, out. 2011.

99. TORGERSEN, L. et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. **Int J Eat Disord**, New York, v. 8, p. 722-7, dez. 2008.
100. TREASURE, J. et al. The assessment of the family of people with eating disorders. **Eur Eat Disord Rev**, Grã Bretanha, v. 16, n. 4, p. 247-255, jul. 2008.
101. VANDEREYCKEN, W., VAN HUMBEECK, I. Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. **Eur Eat Disord Rev**, Grã Bretanha, v. 16, n. 2, p. 109-114, mar. 2008.
102. VARGENS, O. M. C., ADÃO, C. F. PROGIANI, J. M. Adolescência: Uma Análise da Decisão pela Gravidez. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 107-114, jan./mar. 2009.
103. VIDAL, S. A. et al. An exploratory study of the costs and consequences of prenatal care in the Family Health Program. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 467-474, 2011.
104. WADE, T. D. et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton South, v. 40, n. 2, p. 21-128, 2006.
105. WALES J, BREWIN N, PALMER RL. Anorexia Nervosa and Low Weight EDNOS: A 10-year Study of Service Consumption and Outcome in a Local Specialised Service for Adults. Chichester. **Eur Eat Disord Rev**, out. 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23055205>>. Acesso em dez. 2012.
106. WONG J. C. H. et al. Bone mineral density in adolescent females with recently diagnosed anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**, New York, v. 29, p. 11-16, 2001.
107. WOODSIDE, D. B., LACKSTROM, J. B., SHEKTER-WOLFSON, L. Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. **J Psychosom Res**, Oxford, v. 49, n. 3, p. 165-168, set. 2000.
108. WHO. World Health Organization. Adolescent friendly health services. 2002. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.htm>. Acesso em outubro/ 2011.

109. ZAUDERER, C. R. Eating disorders and pregnancy: supporting the anorexic or bulimic expectant mother. **MCN Am J Nurs**, New York., v. 1, p.48-55, jan/fev. 2012.

Artigo 1: Transtornos alimentares em puérperas: um estudo em adolescentes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de Rio Bonito/ Brasil.

Transtornos alimentares em puérperas: um estudo em
adolescentes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de
Rio Bonito/ Brasil.

Eating disorders in postpartum period: a study with adolescents attended in public healthcare system at Rio Bonito / Brazil.

Natália Aires^I

Anna Tereza Miranda Soares de Moura^{II}

^I Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde as Família da Universidade Estácio de Sá – UNESA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II} Doutora, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde as Família da Universidade Estácio de Sá – UNESA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

O Transtorno Alimentar é definido como uma perturbação grave do comportamento alimentar, tendo como principal característica a preocupação excessiva com o peso. Este trabalho aborda transtornos alimentares do tipo restritivos e/ou purgativos, característicos do período final da adolescência e pouco estudados em puérperas. Objetivo: Descrever o perfil sócio-demográfico e os dados de pré-natal e de parto em adolescentes puérperas com distúrbios alimentares internadas pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Rio Bonito. Método: Estudo de uma série de casos de pacientes entre 15 e 20 anos entrevistadas nas primeiras 48 horas de puerpério na maternidade do Hospital Regional Darcy Vargas em Rio Bonito. A conduta alimentar foi investigada através do instrumento *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Dados de pré-natal e parto também foram coletados. As informações foram submetidas à análise

univariada traçando-se um perfil descritivo das puérperas adolescentes positivas para sinais de distúrbios alimentares. Resultados: O estudo mostrou que 28,7% das puérperas adolescentes teve um resultado positivo em pelo menos uma subescala do instrumento. Em relação às subescalas, mais de 16% e 18% das puérperas adolescentes demonstraram preocupação excessiva com peso e forma respectivamente. O perfil da maioria das pacientes engloba adolescentes com peso adequado antes da gravidez, cinco ou mais consultas de pré-natal e mais de oito anos de estudo. Discussão: Existe dificuldade pelas equipes de saúde em identificar entre adolescentes grávidas, os grupos de maior vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos alimentares. Tais transtornos são pouco conhecidos e o desafio na sua abordagem se soma à pouca frequência dos adolescentes em serviços de saúde. O pré-natal seria uma importante janela de oportunidade para a detecção de grupos vulneráveis, com possibilidade de criação de vínculos entre o adolescente, sua família e a equipe de saúde.

Descritores: Comportamento alimentar; Adolescente; Período Pós-parto

Abstract

The eating disorder is defined as a serious disturbance in eating behavior, focusing its main characteristic in the excessive preoccupation with weight. This paper approaches restrictive and / or purgative eating disorders, which are typical in the late teenage period and barely studied in pregnant women. Objective: To describe the socio-demographic profile, the prenatal care and child-bearing data of adolescent mothers in the postpartum period, with eating disorders, hospitalized in the Unified Health System in the city of Rio Bonito. Method: Study of a case series of adolescent patients aged from 15 to 20 year old, interviewed in the first 48 hours postpartum, hospitalized in the Regional Hospital Darcy Vargas in the city of Rio Bonito. The feeding behavior has been investigated through the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). The prenatal care data and the child-bearing data have also been gathered. The information has been submitted to a univariate statistical analysis and a descriptive profile has been developed for adolescent mothers exhibiting signs of eating disorders. Results: The study has shown that 28.7% of adolescent mothers had a positive score in at least one subscale of eating disorder. Related to the subscales, more than 16% and 18% of adolescent mothers exhibited excessive preoccupation with weight and shape respectively. The profile of most patients encompasses adolescents with normal weight

before pregnancy, five or more prenatal consultations and above eight years of schooling. Discussion: There are difficulties by health teams to identify among pregnant adolescents, the most vulnerable groups to the occurrence of eating disorders. The prenatal care would be an important opportunity to detect these diseases.

Keywords: Feeding Behavior; Adolescent; Postpartum Period.

INTRODUÇÃO

O transtorno alimentar é definido como "uma perturbação grave do comportamento alimentar" atingindo cerca de 5% da população, predominantemente adolescentes do sexo feminino (APA, 2000b). Os transtornos restritivos ou purgativos englobam a anorexia, a bulimia e o transtorno alimentar não especificado, sendo sua principal característica a preocupação excessiva com o peso ou com a forma do corpo. São casos onde a perda de peso e o controle sobre a alimentação são vistos como conquistas assertivas e a capacidade de restringir severamente a ingestão de alimento é considerada um sinal de autodisciplina e controle positivo pelas adolescentes acometidas (ADA, 2001; APA, 2000b). Em gestantes adolescentes a prevalência destes distúrbios ainda é desconhecida.

A estreita relação entre transtornos alimentares e adolescência implica a dificuldade diagnóstica, já que os critérios clínicos para definir distúrbios alimentares podem não ser totalmente aplicáveis neste grupo etário (FLEITLICH et al., 2000). Existe grande variabilidade na altura e ganho de peso durante a puberdade normal, ausência de períodos menstruais em puberdade precoce e imprevisibilidade da menstruação após a menarca. A própria falta de consciência psicológica sobre conceitos abstratos (como a figura do corpo e sua relação com autoestima) acaba por limitar o emprego formal de diagnóstico da preocupação excessiva com o peso. Estes pontos psico-orgânicos existentes no desenvolvimento normal do adolescente podem dificultar o reconhecimento claro dos distúrbios alimentares (FLEITLICH et al., 2000).

A atribuição de critérios formais para diagnóstico de distúrbios alimentares em gestante também não é tarefa fácil, já que alguns atributos da doença podem ser considerados como características próprias da gravidez (amenorréia e a êmese). Diante desta dificuldade diagnóstica, seria necessária uma avaliação mais ampliada que

considere a hipótese de distúrbio alimentar nas gestantes que demonstram uma excessiva preocupação com o próprio peso, ingestão de comida ou prática exacerbada de exercício físico. A presença de história prévia positiva de transtorno alimentar, falta de ganho de peso em duas visitas consecutivas no segundo trimestre e vômitos frequentes também poderiam ser considerados sinais de alarme para a ocorrência de transtornos alimentares (FRANKO, SPURRELL, 2000; LINGAM, MCCLUSKEY, 1996).

Assuntos como transtorno alimentar e gestação na adolescência são desafiantes em sua essência, trazendo dificuldades, objeções e até mesmo algumas contrariedades. Aproximar estes objetos é envolver-se em uma série de discussões biopsicossociais, por vezes turbulentas e laboriosas. O objetivo deste trabalho está em consubstanciar estes três temas (adolescência, gestação e distúrbios alimentares), investigando a possível presença de sinais de transtornos alimentares em uma população definida e auxiliando na reflexão sobre as possibilidades de cuidado nesta fase tão especial para a adolescente e sua família.

MÉTOD

Foi realizado um estudo observacional de uma série de casos cujo cenário compreendeu a maternidade do Hospital Regional Darcy Vargas. Este serviço de saúde é o único de nível terciário, pertencente ao SUS, que atende os municípios de Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim.

A amostra foi escolhida por conveniência, compreendeu 150 pacientes adolescentes, entre 15 e 20 anos, até o segundo dia de puerpério, que realizaram o parto no referido serviço. Adolescentes com $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ antes de engravidar, com necessidades especiais ou vítimas de coito não consensual foram excluídas da entrevista, por tais condições representarem potencialmente fatores de risco para distúrbios alimentares (APA, 2000a). Não houve recusa à participação.

Foi utilizado o instrumento *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), principal ferramenta desta investigação e capaz de avaliar a ocorrência de transtornos alimentares e sua gravidade, através de 36 itens por Escala Likert, variando de 0 a 6 pontos (FAIRBURN, BEGLIN; 1994). O EDE-Q classifica o distúrbio

alimentar em quatro subescalas: a restrição alimentar; a preocupação com a ingestão alimentar; a preocupação com a aparência física; e a preocupação com o peso. Alguns itens do questionário não pertencem a qualquer uma das subescalas e têm como objetivo abordar as principais características comportamentais dos transtornos alimentares. Pacientes que atingiram médias acima de 4 em qualquer uma das subescalas foram consideradas positivas para transtornos alimentares. (FAIRBURN, BEGLIN, 1994).

Dados sócio-demográficos foram coletados através de entrevistas e os de pré-natal e parto, diretamente dos cartões de consultas e dos prontuários das pacientes.

Antes da aplicação do questionário, houve preenchimento e assinaturas da paciente adolescente e de sua responsável legal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (Protocolo: 06206812.8.0000.5284).

Para análise, foi construído um Banco de Dados no Programa STATA 12.0. As respostas obtidas com a aplicação dos instrumentos e os dados de pré-natal e prontuário foram duplamente digitados no mesmo programa. Foi realizado um “script” para análise univariada da amostra total e dos casos positivos.

RESULTADOS

A média de idade das participantes foi de 18 anos, variando entre 15 e 20 anos. A Tabelas 1 mostra as principais características sociais, enquanto que a Tabela 2 apresenta dados de pré-natal e parto da amostra estudada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de puérperas adolescentes atendidas pelo sistema público, Rio Bonito, 2012.

	Prevalência (%)	IC (95%)
Anos de estudo (n=150)		
0 - 4 anos	3.5	0-6,2
5 - 8 anos	42.6	32,7-48,6
9 - 11 anos	39.2	29,5-45,1
Mais de 11 anos	14.7	8,3-19,6
Estado Conjugal (n=150)		
Casada ou com namorado	88.6	82,7-93,2
Solteira ou sem namorado	11.4	6,2-16,4
Com quem reside (n=150)		
Pai do bebê	75.3	68,3-82,3
Familiares	24.7	17,6-31,6

Tabela 2 – Características de pré-natal e via de nascimento de puérperas adolescentes atendidas pelo sistema público, Rio Bonito, 2012.

	Prevalência (%)	IC
IMC pré-gestacional (n=150)		
<18,5	26	18,8-33,1
18,5-24,9	63,3	55,5-71,1
>25	10,7	5,6-15,6
Número de consultas pré-natal (n=150)		
Nenhuma	0	
1-3	5,3	1,6-8,9
4-6	45,3	37,2-53,3
7 ou mais	49,4	41,2-57,4
Idade gestacional ao nascimento (n=150)		
Prematuro	0,6	0-1,98
Termo	96,7	92,8-99,1
Pós-termo	2,7	0-5,2
Via de nascimento (n=150)		
Operação cesariana	64,3	57,6-73
Parto normal	34,7	26,9-42,3

As pontuações do EDE-Q variaram de 0 a 5,32 pontos. A Tabela 3 apresenta o número de pacientes positivas para cada uma das subescalas do EDE-Q.

Tabela 3 – Número de puérperas adolescentes com transtorno alimentar em qualquer uma das quatro subescalas do EDE-Q, Rio Bonito, 2012.

	N=150
Presença de restrição alimentar	12
Presença de preocupação com a ingestão alimentar	8
Presença de preocupação com a aparência física	25
Presença de preocupação com o peso	28

Destaca-se que algumas pacientes foram positivas para mais de uma subescala, como mostra o Diagrama 1. O somatório de todos os subconjuntos do diagrama abaixo foi de 43, indicando que 28.7% do total de adolescentes era positivas para pelo menos um transtorno alimentar.

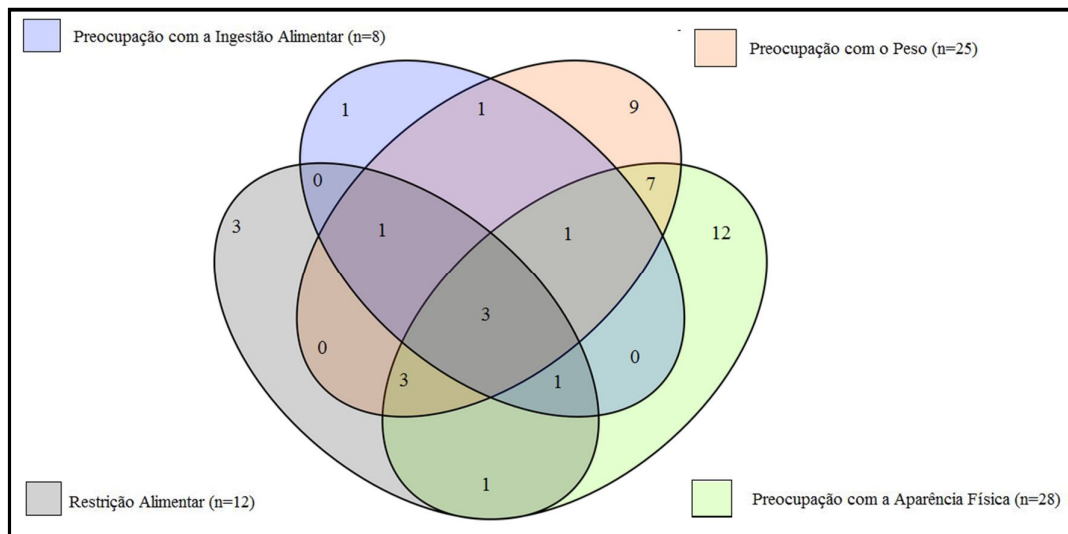


Diagrama 1 – Distribuição dos casos positivos de puérperas adolescentes para transtornos alimentares conforme o subconjunto do EDE-Q, Rio Bonito, 2012.

A Tabela 4 mostra a ocorrência de comportamentos próprios de transtornos alimentares, avaliados a partir de questões isoladas do EDE-Q, referentes à gravidade dos casos.

Tabela 4 – Número de puérperas adolescentes com comportamentos chave de distúrbio alimentar, Rio Bonito, 2012. (n=43)

	n
Provocou vômitos	10
Usou laxante	1
Usou diurético	3
Realizou exercício físico extenuante	7

Das 43 adolescentes positivas para pelo menos um transtorno alimentar, 37 tem companheiro e 23 tem mais de 9 anos de estudo. Menos de um quarto da amostra tinha

Tabela 5 – Distribuição das frequências das principais características das adolescentes puérperas com EDE-Q positivo para pelo menos 1 subescala, Rio Bonito, 2012.

	Pacientes positivas para pelo menos 1 subescala n=43
Anos de Escolaridade	
0-4	2
5-8	18
9-11	16
>11	7
Conjugalidade	
Com companheiro	37
Sem companheiro	6
Habitantes da casa	
Pai do bebê	36
Familiares	7
IMC pré-gestacional	
<18,5	1
18,6 -25	10
25,1-30	1
Número de Consultas no Pré-natal	
4-6	4
7 ou mais	8
Idade gestacional no parto	
Pré-termo	-
Termo	12
Pós-termo	-
Via de Nascimento	
Normal	4
Cesariana	8

IMC pré-gestacional abaixo de 18,5 Kg/m e quase três quartos dela tinham IMC adequado entre 18,5 e 24 kg/m². Dos 43 casos, 20 realizaram entre 4 e 6 consultas de pré-natal e 19 realizaram 7 ou mais consultas, indicando pré-natal completo. Dos casos positivos, 29 realizaram partos normais e todas tiveram seu bebe a termo, haja vista que o hospital cenário deste estudo é de baixo risco e gestantes com interrupção precoce da gravidez são destinadas a outras unidades hospitalares (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Existe consenso na literatura quanto à prevalência de transtornos alimentares entre adolescentes do sexo feminino sendo esperado um número menor de casos entre aquelas que engravidam, já que a fertilidade pode estar prejudicada nestas pacientes (APA, 2000). Além disto, a gravidez poderia ser um período durante o qual seria possível para a adolescente relaxar um pouco com a sua preocupação com ganho de peso e principalmente com sua forma, pois estas mudanças são esperadas e até aceitas pela sociedade (BAGHERI et al., 2012). Este estudo mostrou no entanto um número expressivo (28,7%,) de adolescentes puérperas com algum distúrbio alimentar, trazendo a necessidade de reflexão sobre estas graves situações. A descrição das prevalências para cada dimensão de transtorno alimentar também evidenciou resultados consideráveis com mais de 16% e de 18% das adolescentes respectivamente apresentando preocupação excessiva com seu peso e sua forma. Esses valores chegam a ser mais elevados do que alguns apresentados na literatura para adolescentes não grávidas (SMINK, VAN HOEKEN, HOEK; 2012). Vale ressaltar que

estes comportamentos alimentares inadequados, bem como o uso de laxativos e diuréticos, também evidenciados neste estudo, podem resultar em consequências graves no que se refere ao estado nutricional da puérpera, da saúde do recém-nascido, e do vínculo entre ambos. São situações potencialmente graves não só em relação à saúde física, mas que podem apontar para a necessidade de supervisão diferenciada destas novas famílias.

O presente trabalho apresenta algumas limitações por sua abordagem transversal retrospectiva de uma série de casos. Existe possibilidade de viés de memória e até mesmo de algumas gestantes ocultarem seus hábitos alimentares deve ser considerado (KOUBAA, HÄLLSTRÖM, HIRSCHBERG; 2008). Apesar destas restrições, o argumento maior para a importância desta investigação seria mostrar a ocorrência despercebida de tais distúrbios em grupos vulneráveis e que buscam atendimento em serviços de saúde.

O presente estudo também sugere que os distúrbios alimentares estão presentes em pacientes com peso adequado prévio à gestação, nível de escolaridade acima de cinco anos e número de consultas durante o pré-natal acima de 4. A maioria da amostra era casada ou referiu possuir parceiro, o que pode trazer alguma surpresa ao considerar a existência de maior apoio social, financeiro e até emocional para estas adolescentes (BLAIS, BECKER, BURWELL; 2000). Estes resultados mostram a dificuldade de identificar grupos de maior vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos alimentares entre adolescentes grávidas, ressaltando o pré-natal como uma importante janela de oportunidade para a detecção destes agravos. Ao considerar que em geral as adolescentes costumam estar longe dos serviços de saúde, esta pode ser talvez a única ocasião para a equipe de saúde estreitar os laços com a adolescente e seus familiares, na busca por sinais de transtornos alimentares. Após o nascimento, nem sempre é possível para a adolescente e seu companheiro manter um vínculo estreito com seu filho, pois precisam voltar a estudar ou trabalhar, ficando a cargo dos avós a responsabilidade pelos cuidados com o bebê (SILVA, SALOMÃO; 2003). Mais uma vez os adolescentes se afastam dos serviços de saúde, tornando difícil o acompanhamento de questões de saúde complexas, que surgem ou podem se agravar durante o parto ou puerpério.

A aproximação das equipes de saúde com os jovens ainda apresenta barreiras e os serviços de saúde nem sempre estão preparados para acolher esta faixa etária. A

adolescente grávida, quando frequenta o sistema de saúde, pode não conseguir valorizar sintomas que não tragam maior incômodo, não verbaliza suas preocupações e acaba por questionar as ações de prevenção sugeridas pela equipe. Para tentar alcançar e se aproximar deste público, as equipes de saúde são desafiadas a compreender e trabalhar suas próprias limitações e algumas ideias pré-concebidas. A adolescência ainda é considerada como um período tumultuado com visão negativa do processo de amadurecimento e descobertas próprias desta idade. Dificuldades para a abordagem desta adolescente podem ser minimizadas com ações mais acolhedoras, instituindo uma linha de cuidados que aproxime a adolescente, seu companheiro e seus familiares do serviço de saúde. A adolescente grávida com transtornos alimentares experimenta uma nova etapa de vida, a maternidade, com todos os atributos que esta fase trás. O apoio da equipe de saúde e da família é uma base importante para que esta jovem enfrente melhor suas questões internas tão complexas, que envolvem inclusive seu próprio cuidado. Deseja-se que ela possa estar mais segura não só para cuidar adequadamente do bebê, mas também estabelecer um vínculo forte e se apropriar das questões como mãe (CATHARINO E GIFFIN, 2002; ZAUDERER, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADA. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. 2001. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/85ADATranstornosAlimentares.pdf>>. Acesso em jan/2012.
2. APA. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of individuals with eating disorders. Washington, 2000. Disponível em: <<http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=9318>>. Acesso em jan/2012.
3. BAGHERI, M., DOROSTY, A., SADRZADEH-YEGANEH, H., ESHRAGHIAN, M., AMIRI, E., KHAMOUSH-CHESTM, N. Pre-pregnancy Body Size Dissatisfaction and Excessive Gestational Weight Gain. **Matern Child Health J**, New York, v. 99, p. 1-9, jun. 2012.

4. BLAIS, M. A. ; BECKER, A. E. ; BURWELL, R. A. Pregnancy: outcome and impact in a cohort of eating disordered women. **Int J. Eat Disord**, New York, v. 27, p. 140–149, 2000..
5. COUTURIER, J., KIMBER, M., SZATMARI, P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Int J Eat Disord**, New York, v. 23, jul. 2012.
6. FAIRBURN, C., BEGLIN, S. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? **Int J Eat Disord**, New York, v. 16, p. 363-370, 1994.
7. FLEITLICH, B. W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, n. 3, p. 323-329, 2000.
8. FRANKO, D. L., SPURRELL E. B. Detection and management of eating disorders during pregnancy. **Obstet Gynecol**, New York, v. 95, n. 6, p. 942-46, jun. 2000.
9. KOUBAA, S., HÄLLSTRÖM, T., HIRSCHBERG, A. L. Early maternal adjustment in women with eating disorders. **Int J Eat Disord**, New York, v. 41, n. 5, p. 405-10, jul. 2008.
10. LINGAM, R., MCCLUSKEY, S. Eating disorders associated with hyperemesis gravidarum. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 40, n.3, p. 231-234, 1996.
11. SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 135-145, 2003.
12. SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Curr Psychiatry Rep**, Philadelphia, v. 14, n.4, p. 406-14, ago. 2012.
13. ZAUDERER, C. R. Eating disorders and pregnancy: supporting the anorexic or bulimic expectant mother. **MCN Am J Nurs**, New York., v. 1, p.48-55, jan/fev. 2012.

Artigo 2: Bulimia na Adolescente Grávida: uma Revisão

Bulimia na Adolescente Grávida: uma Revisão.

Bulimia in Teenage Pregnant: a Review.

Natália Aires^I

Anna Tereza Miranda Soares de Moura^{II}

^I Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde as Família da Universidade Estácio de Sá – UNESA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II} Doutora, Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde as Família da Universidade Estácio de Sá – UNESA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

A Bulimia Nervosa é um distúrbio psiquiátrico caracterizado por imagem corporal negativa e compulsão / compensação alimentar periódica. A aplicação dos critérios formais de bulimia em gestantes adolescentes é intrincada por uma série de dificuldades como êmese frequente e insatisfação corporal dita “normal”. Os estudos que relacionam bulimia, adolescência e gestação são basicamente retrospectivos e trazem amostras pequenas, traçando em suma relatos de casos. A maioria dos autores refere melhora dos sintomas bulímicos ao longo da gestação e recidiva após curto período pós-parto. Também relacionam gestante bulímica adolescente ao inadequado ou excessivo ganho de peso, maior frequência de aborto, hiperêmese, maior índice de cesarianas, parto prematuro, baixo peso ao nascer, baixos índices de Apgar e depressão pós-parto. O tratamento para esta condição especial - cuja magnitude ainda não é reconhecida - merece ser reavaliado com necessidade de abordagem interdisciplinar, incluindo terapia e educação nutricional para as pacientes e seus familiares.

Descritores: bulimia, gravidez, saúde do adolescente.

Abstract

Bulimia Nervosa is a mental disorder characterized by negative body image and periodic binge / compensation eating. The application of formal criteria for bulimia in pregnancy is intricate by a number of difficulties such as emesis and frequent "normal" dissatisfaction with body shape. The studies relating bulimia and pregnancy are largely retrospective and bring small samples, plotting mostly individual case reports. However most patients exhibit improvement of bulimic symptoms during pregnancy and relapse just after a short period following childbirth. There is also an association between the pregnant bulimic and inadequate or excessive weight gain, higher abortion rate, hyperemesis, higher caesarean sections rate, premature birth, low birth at childbirth, low Apgar scores, and postnatal depression. Treatment for this condition is still a challenge, must be interdisciplinary, including therapy and nutrition education.

Keywords: *bulimia, pregnancy, adolescent health.*

REVISÃO DA LITERATURA

A Bulimia Nervosa pode ser considerada um transtorno próprio da adolescente feminina, já que o maior número de casos ocorre na faixa etária entre 10 a 19 anos (SMINK, VAN HOEKEN, HOEK, 2012; PORTELA DE SANTANA et al., 2012). Em adolescentes tardios sua incidência chega a 438 casos para 100 000 por ano, com prevalência de até 1,3% nesta mesma população e mortalidade ponderada de 1,7 casos por 1000 acometidos (SMINK, VAN HOEKEN, HOEK, 2012). Caracteriza-se pela preocupação excessiva com o peso, imagem corporal negativa e episódios recorrentes de compulsão e “compensação” alimentar. A compensação não ocorre necessariamente através de vômitos induzidos e / ou uso de laxantes ou diuréticos, mas o jejum prolongado ou a prática de exercícios físicos após a ingestão exagerada de alimentos também são considerados métodos compensatórios (HOSTE, LABUSCHAGNE, LE GRANGE, 2012).

Apesar de a bulimia impactar negativamente na fertilidade da mulher, casos de gestantes bulímicas têm sido relatados cada vez mais na literatura (WOLFE, 2005). Provavelmente, isto pode ser atribuído ao uso de novos instrumentos mais adequados para detecção dos critérios de bulimia, já que o estado gravídico proporciona condições

que podem dificultar este diagnóstico como, por exemplo, a êmese (TORGERSEN et al., 2008). Outro aspecto importante na detecção precoce da bulimia diz respeito ao descontentamento com a imagem corporal descrito como "normal", presente em grande parte das mulheres não grávidas e sem transtornos alimentares, que experimentam algum grau de insatisfação com seu peso corporal, forma e tamanho (BAGHERI et al., 2012). Aos profissionais de saúde cabe a distinção entre a bulimia nervosa e o descontentamento com a imagem do corpo que pode estar presente durante a gravidez e não necessita de abordagem especializada. Embora a identificação de gestantes com bulimia nervosa possa ser difícil, uma série de perguntas poderia ajudar o profissional de saúde a rastrear adequadamente a ocorrência deste tipo de transtorno alimentar. Seriam questões envolvendo as percepções atuais e potenciais de tamanho e forma corporal femininos, ganho de peso desejado durante a gravidez, táticas de controle anteriores e atuais de peso, padrões de consumo das refeições, práticas de atividade física e experiências durante gestações anteriores (BERG et al., 2011). Além disso, a presença de transtorno alimentar deve ser sempre considerada se a gestante adolescente apresenta história prévia positiva, falta de ganho de peso em duas visitas consecutivas a partir do segundo trimestre e vômitos frequentes (FRANKO, SPURRELL, 2000). Vale ressaltar que este diagnóstico costuma ser negligenciado, não fazendo parte do arsenal de hipóteses usualmente utilizado pelo profissional que lida com a gestante adolescente (BRASIL, 2010). Entretanto, os distúrbios alimentares representam a terceira causa mais comum de doença crônica na população jovem e o pré-natal neste caso seria uma janela de oportunidades para detecção de agravos, já que o público jovem costuma estar fora dos serviços de saúde (PORTELA DE SANTANA et al., 2012; WOODWARD, SWIGONSKI, CICCARELLI, 2012).

Os estudos que relacionam bulimia, adolescentes e gestação são basicamente retrospectivos e trazem amostras pequenas, trazendo relatos de casos individuais (BERG et al., 2011; FRANKO, SPURRELL, 2000). Tais estudos também têm limitações adicionais: presença de possível viés de memória e o fato que gestantes com bulimia nervosa podem ocultar seus hábitos alimentares com receio de despertar julgamentos negativos em relação à qualidade da sua maternidade (KOUBAA, HÄLLSTRÖM, HIRSCHBERG, 2008). Entretanto, existem algumas semelhanças entre os relatos na literatura: a bulimia parece ter uma melhora com o curso da gravidez e recidiva após curto período pós-parto (BAGHERI et al., 2012; FRANKO, SPURRELL,

2000; CROW et al., 2008; BULIK et al., 2007; MADSEN, HORDER, STOVING, 2009; SOLLID et al., 2004). Para as bulímicas que não seguem este “padrão” de melhora e apresentam reforço deste transtorno alimentar durante a gravidez, parece haver maior dificuldade na aceitação das alterações da forma e tamanho corporal (SIEGA-RIZ et al., 2011). O enjoo da manhã (sintoma comum em grande parte das gestantes) pode aumentar a saciedade e justificar um comportamento de êmese durante a gravidez, entretanto estudos relatam que a maioria das mulheres sabem diferenciar o enjoo matinal do comportamento purgativo do vômito auto-induzido (TORGERSEN et al., 2008; HIRSCHBERG, 2012). Porém, mesmo em adolescente, na maioria dos casos o estado gravídico diminuiu os comportamentos bulímicos purgativos ou restritivos, já que a gestante estaria mais preocupada com a saúde intraútero de seu filho ou até mesmo mais relaxada em relação a sua autoimagem, sendo socialmente aceitável o aumento de peso na gravidez (BULIK et al., 2007; SIEGA-RIZ et al., 2011; MADSEN, HORDER, STOVING, 2009).

Em relação às complicações da gravidez relacionadas à bulimia, também existe dificuldade em relacionar causa e efeito com amostras pequenas. Os trabalhos citam associação com o inadequado ou excessivo ganho de peso da gestante, maior frequência de aborto, hiperêmese, maior índice de cesarianas, parto prematuro, baixo peso ao nascer, baixos índices de Apgar e depressão pós-parto (SIEGA-RIZ et al., 2011; MORGAN, LACEY, CHUNG, 2006; KOUBAA et al., 2005; TORGERSEN et al., 2008; SOLLID et al., 2004; JAMES, 2001). Em mulheres com transtornos alimentares, o estado de saúde basal comprometido associado aos déficits nutricionais decorrentes destas patologias pode ser responsável por perdas fetais espontâneas (MORGAN, LACEY, CHUNG, 2006). A hiperêmese gravídica, patologia caracterizada por vômitos incoercíveis antes de 20 semanas de gravidez, também foi encontrada mais comumente em mulheres com bulimia, porém a significância estatística esteve presente apenas relacionando transtorno alimentar com o ato episódico de vomitar na gestação (KOUBAA et al., 2005; TORGERSEN et al., 2008). Um grande estudo prospectivo sobre ganho de peso materno e do recém-nato mostrou que mulheres com histórico de hospitalização por um transtorno alimentar antes da gravidez tinham duas vezes mais chances de ter recém-nascidos de baixo peso em relação aos controles (razão de chances de 2.2) (SOLLID et al., 2004). Além disso, mulheres com estes distúrbios eram 70% mais propensas a ter um parto prematuro e tinham 80% mais chances de ter um recém-

nascido pequeno para a idade gestacional (razão de chances de 1.7 e 1.8, respectivamente). Os autores especulam que os comportamentos controladores de peso (por exemplo, fazer dieta e forçar vômitos) podem contribuir negativamente para o crescimento fetal e para a progressão tranquila da gestação até o termo (SOLLID et al., 2004). As cesarianas também parecem ocorrer com maior frequência, possivelmente pela maior vulnerabilidade percebida pelos obstetras nestes casos, aumentando a possibilidade de indicação de nascimento por via alta (JAMES, 2001).

Uma vez que a gravidez foi confirmada em uma paciente com bulimia, o tratamento iniciado precisaria de abordagem interdisciplinar, tendo como principal objetivo a interrupção dos ciclos de purgação (ZAUDERER, 2012). A terapia de nutrição necessita ser instituída com uma dieta balanceada, rica em proteínas e adição de polivitamínicos e minerais, já que é possível a ocorrência de deficiência nutricional anterior à concepção (MICALI et al., 2012). Durante o primeiro trimestre de gravidez seria importante uma maior concentração na estabilização do peso corporal antes da ingestão de energia adicional proposta normalmente para este período (ZAUDERER, 2012). Já no puerpério, a maior preocupação está em evitar a recidiva da doença (CROW et al., 2008). Muitas adolescentes com bulimia nervosa têm conhecimento sobre nutrição normal, mas muitas podem ser menos informadas quanto às necessidades nutricionais adequadas durante a gravidez. Nestes casos a educação nutricional proposta poderia abordar temas como necessidades de micronutrientes, o consumo restrito de cafeína, os exercícios adequados durante a gravidez, bem como as preocupações do pós-parto, tais como perda de peso e lactação (MICALI et al., 2012).

A abordagem de uma gestante bulímica adolescente se constitui em um desafio para os profissionais que lidam com este grupo etário. A necessidade de uma visão ampla e interdisciplinar do problema, com participação ativa de todos os envolvidos (paciente, sua família e profissionais de saúde) torna a tarefa ainda mais difícil (ZAUDERER, 2012). Além disto, os serviços de assistência primária à saúde, local onde geralmente a gestante adolescente realiza seu pré-natal, não costumam contar com este modelo de abordagem. Apesar da relativa baixa incidência do fenômeno, são situações graves que podem impactar de maneira decisiva na vida das jovens, com repercussão negativa em sua saúde futura. Mesmo quando tratado de maneira adequada, o distúrbios alimentares apresentam prognóstico reservado, com apenas 40% a 50% das

pacientes progredindo para recuperação completa (JOY, WILSON, VARECHOK, 2003). A própria adolescente procura pouco os serviços de saúde - esta faixa é considerada saudável de maneira geral. Quando grávida, frequentemente não recebe apoio de seus familiares, o que pode retardar ainda mais sua ida ao pré-natal e o diagnóstico precoce da doença (COUTURIER, KIMBER, SZATMARI, 2012). A literatura revista ressalta algumas lacunas existentes sobre o tema, apontando para a necessidade de sua inserção na agenda de reflexão/discussão pertinente à saúde do adolescente. A sociedade atual saúda a magreza como um objetivo a ser alcançado e para a adolescente grávida isto pode ser uma preocupação, que quando exacerbada, dificulta ainda mais sua maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAGHERI, M., DOROSTY, A., SADRZADEH-YEGANEH, H., ESHRAGHIAN, M., AMIRI, E., KHAMOUSH-CHESTM, N. Pre-pregnancy Body Size Dissatisfaction and Excessive Gestational Weight Gain. **Matern Child Health J**, New York, v. 99, p. 1-9, jun. 2012.
2. BERG, C. K. et al. Factors Associated with Binge Eating Disorder in Pregnancy. **Int J Eat Disord**, New York, v. 44, n. 2, p. 124–33, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: Manual Técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2010. P. 236-238. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).
4. BULIK, C. M. et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. **Psychol Med**, Ireland, v. 37, n. 8, p. 1109-18, ago. 2007.
5. COUTURIER, J., KIMBER, M., SZATMARI, P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Int J Eat Disord**, New York, v. 23, p. 1-7, jul. 2012.
6. CROW, S. J. et al.. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. **Int J Eat Disord**, New York, v. 41, n. 3, p. 277-79, abril 2008.

7. FRANKO, D. L., SPURRELL E. B. Detection and management of eating disorders during pregnancy. **Obstet Gynecol**, New York, v. 95, n. 6, p. 942-46, jun. 2000.
8. HIRSCHBERG, A. L. Sex hormones, appetite and eating behaviour in women. **Maturitas**, Amsterdam, v. 71, n. 3, p. 248-56, mar. 2012.
9. HOSTE, R. R., LABUSCHAGNE, Z., LE GRANGE, D. Adolescent bulimia nervosa. *Curr Psychiatry Rep*, Philadelphia, v. 14, n.4, p. 391-97, ago. 2012.
10. JAMES, D. C. Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. **J Perinat Neonatal Nurs**, Hagerstown, v. 15, n. 2, p. 36-48, set. 2001.
11. JOY, E. A., WILSON, C., VARECHOK, S. The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. **Curr Sports Med Rep**, Philadelphia, v. 2, n. 6, p. 331-6, dez. 2003.
12. KOUBAA, S., HÄLLSTRÖM, T., LINDHOLM, C., HIRSCHBERG, A. L. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. **Obstet Gynecol**, New York, v. 105, n. 2, p. 255-60, fev. 2005.
13. KOUBAA, S., HÄLLSTRÖM, T., HIRSCHBERG, A. L. Early maternal adjustment in women with eating disorders. **Int J Eat Disord**, New York, v. 41, n. 5, p. 405-10, jul. 2008.
14. MADSEN, I. R., HØRDER, K., STØVING, R. K. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, London, v. 30, n. 2, p.122-6, jun. 2009.
15. MICALI, N. et al. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. **Br J Nutr**, Cambridge, v. 12, p. 1-7, jul. 2012.
16. MORGAN, J. F., LACEY, J. H., CHUNG, E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. **Psychosom Med**, Baltimore, v. 68, n. 3, p. 487-92, mai/jun. 2006.
17. PORTELA DE SANTANA, M. L., et al. Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review. **Hosp Nutr**, Madrid, v. 27, n. 2, p. 391-401, mar/abril 2012.
18. SIEGA-RIZ, A. M. et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. **Int J Eat Disord**, New York, v. 44, n. 5, p.428-34, jul. 2011.

19. SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Curr Psychiatry Rep**, Philadelphia, v. 14, n.4, p. 406-14, ago. 2012.
20. SOLLID, C. P. et al. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. **Am. J Obstet Gynecol**, New York, v. 190, p. 206–210, 2004.
21. TORGERSEN, L. et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. **Int J Eat Disord**, New York, v. 8, p. 722-7, dez. 2008.
22. WOLFE, B. E. Reproductive health in women with eating disorders. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 255-63, mar/abril, 2005.
23. WOODWARD, J. F., SWIGONSKI, N. L., CICCARELLI, M. R. Assessing the health, functional characteristics, and health needs of youth attending a noncategorical transition support program. **J Adolesc Health**, New York, v. 51, n. 3, p. 272-8, set. 2012.
24. ZAUDERER, C. R. Eating disorders and pregnancy: supporting the anorexic or bulimic expectant mother. **MCN Am J Nurs**, New York., v. 1, p.48-55, jan/fev. 2012.

Artigo 3: Considerações sobre Hábitos de Vida de Adolescentes Puérperas com Transtorno Alimentar

INTRODUÇÃO

O termo “adolescência” foi construído como uma etapa natural do desenvolvimento e corresponde a um período distinto relacionado às idades entre 10 e 20 anos (WHO, 2002). O discurso geral retratado pela sociedade e meios de comunicação é que os adolescentes são indivíduos experimentando grandes mudanças físicas, sociais e mentais, entendidas como um período de transição entre a infância e a idade adulta (COSTA, 2001). É uma época onde vivem sentimentos turbulentos e experimentam novos hábitos. Os novos juízos e escolhas destes jovens são provenientes não só das relações interpessoais entre pais e filhos, como também de um mundo de opiniões providas de seus pares e das formas renovadas de comunicação (redes sociais, *blogs*, *chats*) (ROKACH, NETO, 2005).

Quando a adolescência inclui uma gravidez ela costuma ser vinculada a aspectos negativos como maternidade inadequada, menor oportunidade de inserção no mundo do trabalho e altas taxas de desistência escolar (SCHULTZ, 2001, GODINHO et al., 2000). Entretanto é necessário ter parcimônia nas reciprocidades desfavoráveis que envolvem a maternidade adolescente. A maternidade precoce pode ser vista como um meio de ganhar *status* e se tornar independente, responsável, segura e com um objetivo de vida (SIEGER, RENK, 2007, NUNES, 2002). A estas adolescentes, que parecem se sentir libertas do estigma público, o apoio social, ajuda financeira, a guarda das crianças e a distribuição de tarefas na família são considerados como fatores de sucesso. Em algumas situações a vivência da gravidez durante a adolescência pode ser capaz de modificar a vida desta futura mãe com possibilidade de mudanças de atitudes e novas perspectivas de futuro (NUNES, 2002).

A gravidez também pode ocorrer em adolescentes com transtornos alimentares. São situações de abordagem ainda mais complexa, pois a ocorrência de comportamentos restritivos ou purgativos como vômitos induzidos e exercícios físicos extenuantes trazem riscos à adolescente e ao feto. Estas jovens também apresentam com maior frequência episódios de tristeza, raiva e ansiedade quando comparadas aos seus pares não grávidas. Entretanto a identificação destes casos está aquém do esperado devido à

relutância de divulgação dos sintomas pela paciente, ao baixo índice de suspeita clínica pela equipe de saúde e ao estereótipo e estigma existentes em relação ao tema (BENNET, 2008; RØRTVEIT, ASTRÖM, SEVERINSSON, 2010).

Diante destas lacunas apontadas, a literatura ainda é escassa em relação à descrição de hábitos de vida em puérperas adolescentes com transtornos alimentares, principalmente no nosso país. Este estudo se apresenta como uma iniciativa para reflexão sobre o tema e desenvolvimento de novas investigações que possam colaborar na identificação dos possíveis caminhos para detecção precoce e abordagem ampliada destas situações que chegam aos serviços de saúde.

MÉTOD

Foi realizado um estudo observacional de uma série de casos cujo cenário compreendeu a maternidade do Hospital Regional Darcy Vargas. Este serviço de saúde é o único de nível terciário, pertencente ao SUS, que atende os municípios de Rio Bonito, Tanguá e Silva Jardim.

A amostra, escolhida por conveniência, compreendeu 150 pacientes adolescentes, entre 15 e 20 anos, até o segundo dia de puerpério, que realizaram o parto no referido serviço. Adolescentes com $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ antes de engravidar, com necessidades especiais ou vítimas de coito não consensual foram excluídas da entrevista, por tais condições representarem potencialmente fatores de risco para distúrbios alimentares (APA, 2000). Não houve recusa à participação.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário multidimensional, que continha basicamente dois instrumentos. O primeiro chamado de *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), capaz de rastrear e avaliar a ocorrência de transtornos alimentares e sua severidade, através de 36 itens por Escala Likert, variando de 0 a 6 pontos (FAIRBURN, BEGLIN; 1994). O EDE-Q classifica o distúrbio alimentar em quatro subescalas: a restrição alimentar; a preocupação com a ingestão alimentar; a preocupação com a aparência física; e a preocupação com o peso. Alguns itens do questionário não pertencem a qualquer uma das subescalas, reportam-se a abordar as principais características comportamentais dos transtornos alimentares. Pacientes que atingiram médias acima de 4 em qualquer uma das subescalas foram consideradas positivas para Transtornos Alimentares. (FAIRBURN, BEGLIN, 1994).

O segundo instrumento recebe o nome de “Estilo de Vida Fantástico” e constitui uma parte da bateria de testes padronizados, denominada *Canadian Physical Activity Fitness & Lifestyle Appraisal* (Plano Canadense de Avaliação da Atividade Física, Aptidão e Estilo de Vida). Refere-se aos hábitos ocorridos nas últimas 4 semanas (CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY, 2003). A palavra “fantástico” representa FANTASTIC, onde cada letra indica o nome dos nove domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens: F = Family and friends (família e amigos); A = Activity (atividade física); N = Nutrition (nutrição); T = Tobacco and toxics (cigarro e drogas); A = Alcohol (álcool); S = Sleep, seatbelts, stress, safe sex (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro); T = Type of behavior (tipo de comportamento); I = Insight (introspecção); e C = Career (trabalho; satisfação com a profissão). São 23 questões em escala Likert, pontuando de 0 a 5 cada item. A soma de todos os pontos permite classificar os indivíduos em cinco categorias: “Excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos), “Bom” (55 a 69 pontos), “Regular” (35 a 54 pontos) e “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos) (RODRIGUES-AÑEZ, REIS, PETROSKI, 2008).

Antes da aplicação do questionário, houve preenchimento e assinaturas da paciente adolescente e de sua responsável legal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá (Protocolo: 06206812.8.0000.5284).

Para futura análise, foi construído um Banco de Dados no Programa STATA 12.0. As respostas obtidas com a aplicação dos instrumentos foram duplamente digitadas no mesmo programa. Foi realizado um “script” para a descrição da amostra total e dos casos positivos.

RESULTADOS

Os escores mínimos e máximos obtidos no questionário “Estilo de Vida Fantástico” variaram entre 35 e 84 pontos, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Escore do questionário “Estilo de Vida Fantástico” em puérperas adolescentes atendidas pelo SUS, Rio Bonito, 2012.

Categorias (n=150)	Intervalo (pontos)	Prevalência (%)	IC (95%)
Necessita Melhorar	0-34	0	
Regular	35-54	12.7	7,2-18
Bom	55-69	72.7	45,9-62
Muito bom	70-84	14.6	25,7-40,9
Excelente	85-100	0	

Foram encontrados resultados positivos nas questões que envolvem família/amigos, sono/estresse e carreira, com 67,3% (IC 95%: 59,7-74,9) das entrevistadas relatando quase sempre ter alguém para conversar assuntos importantes e 74,6% (IC 95% 67,6-81,7) ter alguém para dar e receber afeto.

Em relação ao domínio da qualidade do sono, 74,7% (IC 95%: 67,6 – 81,7) da amostra refere dormir bem e sentir-se descansada. Quanto ao lazer, 68,7% (IC 95%: 61,1-76,1) da amostra relatou conseguir desfrutar de alguma forma do seu tempo de lazer.

A maioria das entrevistadas consideram-se como moderadamente ativas (70%; IC 95%: 62,5-77,4) desempenhando no mínimo quatro vezes por semana, atividades como caminhadas ou trabalho de casa. As que referiram ser vigorosamente ativas (8,7%; IC 95%: 4,1-13,2) praticam exercícios físicos ou desenvolvem atividades que exijam esforço quatro ou mais vezes por semana.

Em relação aos hábitos alimentares, 44,7% (IC 95%: 36,6-52,7) referiu ingestão de dieta equilibrada quase sempre e 34% (IC 95%: 26,3-41,6) admite o consumo de quatro ou mais itens de alimentos sem valor nutritivo. Mais de um terço da amostra (39,9%; IC 95%: 31,4-47,2) relata estar mais de oito quilos acima de seu peso ideal.

O consumo de substâncias lícitas como álcool e cigarros é descrito por 10 pacientes que fumaram pelo menos 1 cigarro por dia e 25 que mencionaram beber mais de 4 doses de álcool em uma ocasião festiva.

A distribuição das categorias “comportamento” e “introspecção” estão exibidas na Tabela 2. Destaca-se que nos grupos de raiva/hostilidade e tensão/desapontamento, o número de pacientes com referência propriamente negativa era o dobro das com referência positiva.

Tabela 2 – Questões relacionadas ao comportamento e introspecção do questionário “Estilo de Vida Fantástico” em puérperas adolescentes atendidas pelo SUS, Rio Bonito, 2012.

	Prevalência (%)	IC (95%)
Eu me sinto com raiva e hostil		
Quase nunca	16,6	10,6-22,6
Raramente	10	5,1-14,8
Algumas vezes	16,67	10,6-22,6
Com relativa frequência	8,67	4,1-13,2
Quase sempre	48	39,2-55,4
Eu me sinto tensa e desapontada		
Quase nunca	13,3	7,8-18,3
Raramente	10	5,1-14,8
Algumas vezes	18,6	12,3-24,9
Com relativa frequência	8	3,6-12,3
Quase sempre	50	41,9-58
Eu me sinto triste e deprimida		
Quase nunca	7,3	3,1-11,5
Raramente	10,6	5,6-15,6
Algumas vezes	18,6	12,3-24,9
Com relativa frequência	5,3	1,6-8,9
Quase sempre	58	50-65,9

O EDE-Q global variou entre 0 a 5,32 pontos indicou transtorno alimentar em 43 das 150 entrevistadas, indicando que 28,7% do total de adolescentes era positivas para pelo menos um tipo de transtorno alimentar.

Como descrito anteriormente no método, há algumas perguntas que não participam do cálculo da escala global e das subescalas. São questões, exibidas na Tabela 4, que investigam a presença de comportamentos próprios de transtorno alimentar, como uso de laxativo e diurético, realização de exercícios físico extenuante e vômitos forçados.

Tabela 3 – Presença de comportamentos chave no diagnóstico de transtorno em puérperas adolescentes atendidas pelo SUS, Rio Bonito, 2012.

	n
Provocou vômitos	10
Usou laxante	1
Usou diurético	3
Realizou exercício físico extenuante	7

Dentre as adolescentes positivas para transtornos alimentares, oito obtiveram um escore FANTASTIC “muito bom”, 26 um escore “bom” e 9 um escore “regular”. Nenhuma delas foi classificada com excelente.

Das 43 acometidas por transtornos alimentares, 34 relatam exercer mais do que quatro vezes por semana atividades físicas moderadas; 30 referem comer mais dos que 3 itens de alimentos sem valor nutritivo na semana e a metade considera estar mais de 8 quilos acima do seu peso ideal.

Em relação ao sono e ao estresse, metade referiu saber lidar com o estresse do dia-a-dia e mais da metade referiu dormir bem com frequência ou quase sempre.

Em relação ao tipo de comportamento, quase metade relatou que, com frequência ou quase sempre, se sentiram com raiva ou hostis. Em relação aos sentimentos introspectivos negativos relatados com frequência ou quase sempre, mais da metade sentiram-se tensa ou desapontada e triste ou deprimida.

DISCUSSÃO

Os resultados ainda estão em fase de consolidação e podem apontar uma discussão ampliada dos hábitos e alguns sentimentos de vida das puérperas adolescentes com distúrbios alimentares. Apesar de a maioria encontrar-se na faixa considerada “boa” em relação ao seu estilo de vida, alguns dados negativos podem ser evidências da presença dos transtornos alimentares no dia-a-dia da adolescente puérpera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. APA. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of individuals with eating disorders. Washington, 2000. Disponível em: <<http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=9318>>. Acesso em jan/2012.
2. BENNETT J. It's not just white girls. Anorexics can be male, old, Latino, black or pregnant. **Newsweek**, Kansas, v. 15, n. 11, p.96, set. 2008.
3. CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY. The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living. Ottawa, 2003. Disponível em <<http://www.csep.ca/english/view.asp?x=718>>. Acesso em out/2011.
4. COSTA, M. C. O. et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 2, p. 217-224, 2001.
5. FAIRBURN, C.; BEGLIN, S. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? **Int J Eat Disord**, New York, v. 16, p. 363-370, 1994.
6. GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.
7. NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade**. 4. ed. Campinas: Papirus, 2002. p 67-82.
8. RODRIGUES-AÑEZ, C.; REIS, R.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008.
9. ROKACH, A.; NETO, F. Age, culture, and the antecedents of loneliness. **Social Behavior and Personality**, New Zealand, v. 33, n. 5, p. 477-494, 2005.

10. RØRTVEIT, K., ASTRÖM, S., SEVERINSSON, E. The meaning of guilt and shame: a qualitative study of mothers who suffer from eating difficulties. **Int J Ment Health Nurs**, Carlton. v. 19, n. 4, p. 231-239, ago. 2010.
11. SCHULTZ, K. Constructing failure, Narrative Success: Rethinking the "Problem"of Teen Pregnancy. **Teachers College Record**, Columbia, v. 103, p. 582-607, 2001.
12. SIEGER, K., RENK, K. Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. **J. Youth Adolescents**, v. 36, p. 567-581, 2007. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-007-9182-6?LI1>>. Acesso em out. 2011.
13. WHO. World Health Organization. Adolescent friendly health services. 2002. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.htm>. Acesso em outubro/ 2011.

ANEXO 1: Questionário Sócio-Demográfico, Econômico e Psicossocial.

Composto por seções selecionadas do Perinatal Needs Assessment (PNA) (Jefferson Community College, 2007).

Altura: Peso antes de engravidar: Peso no final da gestação:

Anos de Estudo: 0-4 anos 5-8 anos 9-11 anos mais de 11 anos

Estado civil: Com namorado/companheiro Sem namorado/companheiro
Outro

Quem mora com você: Pai do bebê Familiares Amigos Sozinha
 Outro

Município de Origem: Rio Bonito Tanguá Silva Jardim Outro

Número de consultas pré-natal: não fez pré-natal 1-3 consultas
 3-6 consultas 7 ou mais consultas

Local do Pré-natal: Posto de Saúde Ambulatório Municipal Outro

Paridade: Gesta_____ Para_____ Abortos:_____

Peso do bebê: Altura do bebê:

Tipo de Parto: normal cesariana

Se cesariana, qual a indicação (motivo)? DCP amniorrexe
prolongada

cesariana prévia

sofrimento fetal _____

ANEXO 2: Estilo de vida fantástico

Desenvolvido Wilson e Ciliska em 1984, traduzido e validado por Rodrigues-Añes, Reis e Petrosky em 2008.

FAMÍLIA E AMIGOS

Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim

quase nunca raramente

algumas vezes com relativa freqüência quase sempre

Eu dou e recebo afeto

quase nunca raramente

algumas vezes com relativa freqüência quase sempre

ATIVIDADE FÍSICA

Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)

menos de 1 vez por semana 1-2 vezes por semana

3 vezes por semana 4 vezes por semana 5 ou mais vezes por semana

Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)

menos de 1 vez por semana 1-2 vezes por semana

3 vezes por semana 4 vezes por semana 5 ou mais vezes por semana

NUTRIÇÃO

Eu como uma dieta balanceada (ver explicação no final)

quase nunca raramente

algumas vezes com relativa freqüência quase sempre

Eu freqüentemente como em excesso: 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos

quatro itens três itens dois itens um item nenhum

Eu estou no intervalo de_____ quilos do meu peso considerado saudável (na sua opinião)

mais de 8 kg 8 kg 6 kg 4 kg 2 kg

TABACO E TÓXICOS

Eu fumo cigarros

mais de 10 por dia 1 a 10 por dia nenhum nos últimos 6 meses

nenhum no ano passado nenhum nos últimos 5 anos

Eu uso drogas como maconha e cocaína

algumas vezes nunca

Eu abuso de remédios ou exagero

quase diariamente com relativa frequência

ocasionalmente quase nunca nunca

Eu ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)

mais de 10 vezes por dia 7 a 10 vezes por dia

3 a 6 vezes por dia 1 a 2 vezes por dia nunca

ÁLCOOL

Para as questões sobre álcool considere 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml)

A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses

mais de 20 13 a 20 11 a 12 8 a 10 0 a 7

Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião

quase diariamente com relativa frequência

ocasionalmente quase nunca nunca

Eu dirijo após beber

algumas vezes nunca não dirijo

SONO, CINTO DE SEGURANÇA, STRESS E SEXO SEGURO

Eu durmo bem e me sinto descansado

quase nunca raramente algumas vezes

com relativa frequência quase sempre

Eu uso cinto de segurança

nunca raramente

algumas vezes a maioria das vezes sempre

Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia

quase nunca raramente algumas vezes

com relativa frequência quase sempre

Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer

quase nunca raramente algumas vezes

com relativa frequência quase sempre

Eu pratico sexo seguro (refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção)

quase nunca raramente algumas vezes

com relativa frequência sempre

TIPO DE COMPORTAMENTO

Eu aparento estar com pressa

quase sempre com relativa frequência

algumas vezes raramente quase nunca

Eu me sinto com raiva e hostil

quase sempre com relativa frequência

algumas vezes raramente quase nunca

INSTROPECÇÃO

Eu penso de forma positiva e otimista

quase nunca raramente

algumas vezes com relativa frequência quase sempre

Eu sinto tenso e desapontado

quase sempre com relativa frequência

algumas vezes raramente quase nunca

Eu me sinto triste e deprimido

quase sempre com relativa frequência

algumas vezes raramente quase nunca

TRABALHO

Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função

quase nunca raramente

algumas vezes com relativa frequência quase sempre

ANEXO 3- Eating Disorder Evaluation - Questionnaire (EDE-Q)

Desenvolvido por Fairburn e Beglin em 1994, validado por Birmingham e Beumont em 2004, adaptado para o português por Machado em 2007 e validado no Brasil por Soares, 2009.

As questões que seguem dizem respeito APENAS às últimas quatro semanas (28 dias).

QUANTOS DIAS NOS ÚLTIMOS 28 DIAS	0 dia	01-05 dias	06-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1) Tentou diminuir a quantidade de comida para mudar seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
2) Passou longos períodos de tempo (8 horas ou mais) sem comer para mudar seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
3) Tentou evitar comer alimentos preferidos para mudar seu peso e forma corporal?	0	1	2	3	4	5	6
4) Tentou seguir regras rígidas na sua alimentação para modificar seu peso e forma corporal como, por exemplo, um limite de calorias, quantidade exata de comida, aquilo que devia ou não comer ou mesmo quando devia comer?	0	1	2	3	4	5	6
5) Desejou experimentar a sensação de ter o estômago vazio?	0	1	2	3	4	5	6
6) Pensou sobre comida ou quantidade de calorias a ponto de atrapalhar em sua capacidade de se concentrar em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	0	1	2	3	4	5	6
7) Teve medo de perder o controle sobre o quanto você comia?	0	1	2	3	4	5	6
8) Teve episódios de ingestão alimentar compulsiva, ou seja, comer grandes quantidades de comida, num curto período de tempo, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia?	0	1	2	3	4	5	6
9) Comeu em segredo (não contar as vezes que comeu grande quantidade de comida, rapidamente, com a sensação de não ter controle sobre o quanto comia)?	0	1	2	3	4	5	6
10) Desejou não ter barriga?	0	1	2	3	4	5	6
11) Pensou sobre seu peso e forma corporal e quantidade dos alimentos a ponto de atrapalhar em sua capacidade de prestar atenção em outras atividades como, por exemplo, ler, ver televisão, ou escutar uma conversa?	0	1	2	3	4	5	6
12) Sentiu medo de ganhar peso ou ficar gordo(a)?	0	1	2	3	4	5	6
13) Sentiu-se gordo(a)?	0	1	2	3	4	5	6
14) Teve um grande desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS)

15) Quantas vezes se sentiu culpado(a) depois de comer, por causa do efeito que isso teria no peso e forma corporal (não conte as situações de ingestão alimentar compulsiva) (faça um círculo à volta do número que se aplica a sua resposta)	0- Nenhuma vez 1- Raramente 2- Às vezes 3- Metade dos dias 4- Muitas vezes 5- Quase sempre 6 - Sempre
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

16) Nas últimas quatro semanas (28 dias), houve situações em que sentiu que comeu o que as pessoas considerariam

na mesma situação? (Por favor, coloque o número adequado nos colchetes)

0 - Não[] **Ir para 19**

1 -Sim

17) Quantas vezes teve este episódio nas últimas quatro semanas?

18) Quantos destes episódios de ingestão alimentar exagerada, você sentiu como não tendo controle?

19) Houve outras situações em que sentiu não ter controle e comeu muito, mas não comeu grande quantidade dadas as circunstâncias?

0 -Não[] **Ir para 21**

1 -Sim[]

20) Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

21) Nas últimas quatro semanas provocou vômito como um meio de controlar o seu peso e a forma corporal?

0 -Não[] **Ir para 23**

1 -Sim[]

22) Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

23) Tomou laxante (remédio para ir aos pés) como um meio de controlar seu peso e forma corporal?

0 -Não[] **Ir para 25**

1 -Sim[]

24) Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

25) Tomou diuréticos (remédios para perder água) como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

0 -Não[] **Ir para 27**

1 -Sim[]

26) Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

27) Fez exercício físico excessivo como um meio de controlar o seu peso e forma corporal?

0 -Não [] **Ir para 29**

1 Sim []

28) Quantas vezes nas últimas quatro semanas?

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (28 DIAS) (Por favor faça um círculo à volta do número que descreve melhor o seu comportamento)	Nada		Um Pouco		Modera-mente		Muito
29) Seu peso modificou a forma como pensa sobre si?	0	1	2	3	4	5	6
30) Sua aparência modificou a forma como pensa sobre si?	0	1	2	3	4	5	6
31) Até que ponto se aborreceria se lhe tivessem pedido para se pesar uma vez por semana durante as quatro semanas seguintes?	0	1	2	3	4	5	6
32) Até que ponto se sentiu insatisfeito(a) com seu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33) Até que ponto se sentiu insatisfeito(a) com sua aparência?	0	1	2	3	4	5	6
34) Até que ponto esteve preocupado(a) com o fato de as outras pessoas a verem comer?	0	1	2	3	4	5	6
35) Até que ponto se sentiu desconfortável ao ver seu corpo, por exemplo, em um espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto se vestia ou enquanto tomava banho?	0	1	2	3	4	5	6
36) Até que ponto se sentiu mal pelo fato de os outros verem seu corpo; por exemplo, na praia, ou quando usava roupas que mostravam suas formas?	0	1	2	3	4	5	6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A SER ASSINADO PELA ENTREVISTADA (ADOLESCENTE PUÉRPERA) E PELO SEU RESPONSÁVEL LEGAL

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Pesquisadora: Natália Helena Aires

Contatos: Telefone (21) 80378073; **E-mail:** natalia.mail@uol.com

Professor Responsável: Profª Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, autorizo a realização da pesquisa intitulada **Transtornos Alimentares em Adolescentes no Terceiro Trimestre de Gestação em Pacientes Atendidas Pelo Sistema De Saúde Público Da Cidade De Rio Bonito**, que tem como **objetivo** avaliar a ocorrência de distúrbios alimentares em suas diferentes dimensões (“preocupação com o peso”, “preocupação com a forma”, “preocupação com a alimentação” e “comportamentos restritivos”) em adolescentes puérperas internadas pelo Sistema Único de Saúde em Rio Bonito. Será realizado um estudo observacional, do tipo corte transversal, tendo como referência a população de adolescentes no segundo dia de puerpério assistidas no Hospital Darcy Vargas no município de Rio Bonito. A pesquisa terá duração de 6 meses, com o término previsto para novembro de 2012.

As respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome da entrevistada em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade da entrevistada será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento a entrevistada pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar o consentimento**. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador, no serviço prestado ou na instituição que forneceu os dados.

A **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário semi-estruturado. Não haverá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza em relação a participação. O **benefício** será de aumentar o conhecimento científico para a área de transtornos alimentares relacionados ao puerpério. Será entregue uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar dúvidas sobre a entrevista ou o projeto, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____ (adolescente)

_____ (responsável)

