

Influência das Perturbações do Comportamento Alimentar na gravidez e na prática da amamentação

Andreia Manuel Pedrosa de Sousa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Renato Alexandre Silva Martins

março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Andreia Manuel Pedrosa de Sousa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41288 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 26/03/2024

Andreia Manuel Pedrosa de Sousa

Agradecimentos

Ao meu orientador, Doutor Renato Martins, pela sua disponibilidade, conselhos e conhecimentos transmitidos para a realização desta dissertação.

Aos meus pais e irmão, pelo carinho, paciência e apoio incansável ao longo deste percurso, por me inculcarem valores de determinação e por estarem sempre prontos a ajudar-me perante qualquer adversidade. Serei eternamente grata por ter um suporte familiar tão sólido.

Aos meus amigos e restantes familiares, pela motivação constante, por fomentarem o meu crescimento pessoal e me transmitirem sempre uma palavra de conforto.

Aos amigos da Covilhã, pela força nos momentos mais difíceis, por partilharem esta jornada comigo e por me terem proporcionado memórias que jamais esquecerei.

Resumo

Introdução: A gravidez representa um período de vulnerabilidade para a mulher, com inúmeras mudanças biológicas e psicológicas que podem afetar a forma como a mulher percebe o seu corpo e, conseqüentemente, influenciar os seus padrões alimentares, desencadeando ou agravando comportamentos alimentares inadequados. Atualmente, as perturbações do comportamento alimentar apresentam um grande impacto na sociedade, sendo que cerca de 7,5% das mulheres possui um distúrbio alimentar durante a gravidez. Assim, é importante compreender de que forma estes impactam a saúde da mulher e as conseqüências fetais implicadas, bem como as complicações no pós-parto, e quais as estratégias e orientações que existem para uma gestão e vigilância adequadas desta população particular.

Objetivo: Averiguar a ocorrência e influência das perturbações do comportamento alimentar na gravidez e na amamentação, compreender se as complicações diferem consoante o subtipo de distúrbio alimentar manifestado, e conhecer quais as ferramentas que, atualmente, existem para diagnosticar, orientar e tratar este grupo de mulheres.

Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura científica, utilizando-se como motores de busca as bases de dados PubMed e Google Scholar. Pesquisaram-se artigos dos últimos dez anos, porém privilegiando-se os artigos mais recentes.

Conclusão: As perturbações do comportamento alimentar relacionam-se com piores resultados obstétricos e neonatais, e influenciam negativamente a prática da amamentação, sendo que estes resultados diferem de acordo com o subtipo. Assim, os profissionais de saúde devem ter particular atenção a eventuais sinais, de forma que seja possível a sua identificação precoce e conseqüente prevenção de futuras complicações. Uma vez diagnosticada esta patologia neste grupo específico de mulheres, é essencial uma intervenção multidisciplinar, garantindo a sua continuidade também após o parto.

Palavras-chave

Distúrbios alimentares; gravidez; amamentação; anorexia nervosa; bulimia nervosa

Abstract

Introduction: Pregnancy represents a vulnerable period in a woman's life, with numerous biological and psychological changes that can affect the way a woman perceives her body and consequently influence her eating patterns, initiating or worsening inappropriate eating behaviours. Currently, eating disorders have a major impact on society, around 7.5% of women have an eating disorder during the gestational period. Therefore, it is important to understand the implications of these disturbances in women's health and the fetal consequences involved, as well as the implications in the postpartum, and what strategies and guidelines exist for adequate management and surveillance of this particular population.

Objective: To investigate the occurrence and influence of eating behaviour disorders during pregnancy and breastfeeding, to understand whether complications differ depending on the subtype, and to know what tools currently exist to diagnose, guide and treat this group of women.

Methods: It was made a review of the scientific literature, using the PubMed and Google Scholar databases as search engines. Articles from the last ten years were searched, but priority was given to the most recent ones.

Conclusion: Eating behaviour disorders are related to worse obstetric and neonatal outcomes, and negatively influence breastfeeding, with results differing according to the subtype. Therefore, health professionals must pay particular attention to possible signs, in order to enable early identification and subsequent prevention of future complications. Once this pathology is diagnosed in this specific group of women, a multidisciplinary intervention is essential, ensuring its continuity even after childbirth.

Keywords

Eating disorders;pregnancy;breastfeeding;anorexia nervosa;bulimia nervosa

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos | v |
| Resumo | vii |
| Abstract..... | ix |
| Lista de Tabelas | xiii |
| Lista de Acrónimos | xv |
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Objetivos | 3 |
| 3. Métodos | 5 |
| 4. Perturbações do Comportamento Alimentar | 7 |
| 4.1. Definição e Classificação | 7 |
| 4.2. Epidemiologia | 8 |
| 4.3. Etiologia e comorbilidades associadas | 9 |
| 5. Insatisfação com a imagem corporal | 11 |
| 6. Influência na gravidez e na amamentação | 15 |
| 6.1. Influência na gravidez..... | 15 |
| 6.1.1. Distinção entre os subtipos de distúrbios alimentares..... | 17 |
| 6.2. Influência na amamentação | 18 |
| 7. Abordagem e Tratamento | 23 |
| 8. Conclusão..... | 27 |
| 9. Referências Bibliográficas | 29 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Características dos distúrbios alimentares..... | 8 |
| Tabela 2. Benefícios da Amamentação | 19 |

Lista de Acrónimos

| | |
|---------|--|
| DSM-V | Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais |
| AN | Anorexia Nervosa |
| BN | Bulimia Nervosa |
| TCA | Transtorno de Compulsão Alimentar |
| DA | Distúrbio Alimentar |
| ACTH | Hormona Adrenocorticotrófica |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| APGAR | Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade, Respiração |
| BIPS | Body Image in Pregnancy Scale |
| BUMPS | Body Understanding Measure for Pregnancy Scale |
| BAQ | Body Attitudes Questionnaire |
| PBIQ | Prenatal Body Image Questionnaire |
| FRS | Figure Rating Scale |
| SAS-PW | Self Acceptance Scales for Pregnant Women |
| PRAQ-R2 | Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised 2 |
| CAQ | Childbearing Attitudes Questionnaire |
| SCOFF | Sick, Control, One, Fat and Food |
| OTAE | Outro Transtorno Alimentar Específico |
| PEBS | Prenatal Eating Behavior Screening |
| EDE-Q | Eating Disorder Examination Questionnaire |

1. Introdução

A gravidez é um período vulnerável e importante na vida de uma mulher, e acarreta consigo inúmeras mudanças biológicas e psicológicas. Estas mudanças podem, por sua vez, afetar a forma como a mulher percebe o seu corpo, bem como influenciar os seus padrões alimentares, desencadeando ou agravando comportamentos alimentares inadequados. (1)

Atualmente, as perturbações do comportamento alimentar apresentam um grande impacto na sociedade, sendo que apenas uma minoria desta recebe tratamento. (2) Estes distúrbios tendem a aparecer mais frequentemente em mulheres jovens, durante a sua fase de adolescência ou então no início da idade adulta, isto é, no início do período reprodutivo. (3)

Apesar da importância de manter hábitos alimentares saudáveis neste período de maior suscetibilidade e obter um ganho de peso apropriado para garantir o bem-estar, tanto da mãe como do bebé, os distúrbios alimentares são comuns nas mulheres que se encontram em idade fértil, e podem estar associados a uma gravidez de risco. (1,3,4)

A pressão social pode reforçar ou moderar uma influência pré-existente sobre a satisfação com a imagem corporal da mulher durante ou após a gravidez, pelo que esta pode ser considerada um fator protetor ou predisponente para o desenvolvimento desta patologia neste contexto. (5)

Assim, algumas pesquisas revelam que, pelo menos, 5% das mulheres apresentam comportamentos alimentares inapropriados durante a gravidez, e cerca de 7,5% possuem distúrbios alimentares, pelo que se torna imprescindível a sua valorização. (1–4,6,7)

2. Objetivos

Os principais objetivos deste trabalho são:

- Aprofundar os conhecimentos relativamente à ocorrência das perturbações do comportamento alimentar no contexto da gravidez e do pós-parto, bem como a sua influência no prognóstico obstétrico e fetal, e na prática da amamentação;
- Compreender se as complicações diferem consoante o subtipo de distúrbio alimentar (com particular enfoque na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa);
- Perceber quais as ferramentas que existem e se encontram disponíveis para diagnosticar, orientar e tratar esta patologia neste grupo de mulheres.

3. Métodos

Para a elaboração da presente dissertação, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica durante os meses de agosto de 2023 a março de 2024, através das bases de dados *PubMed* e *Google Scholar*. De modo a realizar a pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “eating disorders”, “pregnancy”, “breastfeeding”, “anorexia nervosa” e “bulimia nervosa”. Foram incluídos artigos de revisão, artigos de investigação, revisões sistemáticas e meta-análises, em inglês, e com limite temporal dos últimos dez anos. Privilegiaram-se os artigos mais recentes, no entanto, sem excluir os outros sempre que se considerasse que estes fornecessem informação útil. Selecionaram-se um total de 34 artigos, após a leitura dos seus resumos e considerada a sua relevância para esta dissertação. Foram, ainda, consultadas as páginas 369 a 394 do formato online da quinta edição do “*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*”.

4. Perturbações do Comportamento Alimentar

4.1. Definição e Classificação

De acordo com a classificação do DSM-5, as perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por um distúrbio persistente relacionado com a alimentação ou com um determinado comportamento ou padrão alimentar, que resulta num consumo alterado de alimentos e que, conseqüentemente, compromete a saúde física, psicológica e social. (1,8)

As formas mais frequentes são a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar. Porém, existem ainda outras menos comuns, nomeadamente, o transtorno muscular dismórfico, o transtorno de ingestão alimentar restritiva ou evitativa, a pica, a ruminação, a AN atípica, a BN subliminar, o transtorno de compulsão alimentar periódica subliminar, o transtorno purgativo e a síndrome de ingestão noturna. (2)

A AN define-se como uma reação adversa à ingestão de alimentos com vista a atingir a magreza, juntamente com a distorção da imagem corporal, na sua forma e tamanho, e a recusa por parte da pessoa em manter um peso corporal estabelecido como normal. A BN caracteriza-se pela restrição alimentar, interrompida, repetidamente, por episódios de compulsão alimentar. Estes episódios seguem-se de métodos compensatórios inadequados, de modo a evitar o aumento de peso, entre os quais o vômito, o uso de diuréticos, laxantes e outros fármacos, o jejum, e a atividade física excessiva, o que, subsequentemente, provoca uma sensação de perda de controlo. Já o TCA consiste, igualmente, na ingestão de grandes quantidades de alimentos, isto é, superiores àquelas que a maioria das pessoas, possivelmente, ingeririam num determinado período e circunstâncias, no entanto, esta distingue-se da BN por não se seguir dos comportamentos compensatórios supracitados. (2,8,9)

Esta classificação apresenta particular enfoque em critérios comportamentais, ao invés de critérios físicos e cognitivos. (10)

As principais características clínicas de cada subtipo encontram-se apresentadas na seguinte tabela.

Tabela 1. Características dos distúrbios alimentares (9)

| | |
|--|---|
| Anorexia Nervosa | Baixo peso corporal Restrição alimentar Medo de ganhar peso Possível atividade física excessiva Preocupação com a forma e peso |
| Anorexia Nervosa Atípica | Supressão do peso IMC “normal”, excesso de peso ou obesidade Restrição alimentar Medo de ganhar peso Possível atividade física excessiva Preocupação com a forma e peso |
| Bulimia Nervosa | Supressão do peso IMC “normal”, excesso de peso ou obesidade Compulsão alimentar recorrente Restrição alimentar Comportamentos compensatórios: vômitos induzidos, uso de laxativos, diuréticos, fármacos, restrição alimentar, atividade física excessiva Preocupação com a forma e peso |
| Transtorno de Compulsão Alimentar | IMC “normal”, excesso de peso ou obesidade Compulsão alimentar recorrente Sentimentos intensos de vergonha e culpa após o episódio de compulsão alimentar |
| Transtorno de ingestão alimentar evitativa | Restrição alimentar (relacionada com falta de interesse, características sensoriais dos alimentos, preocupação com as consequências aversivas da alimentação Possível peso corporal reduzido Possível déficit nutricional |

4.2. Epidemiologia

Nos últimos anos, a incidência dos distúrbios alimentares tem vindo a aumentar globalmente nos países desenvolvidos. Estes distúrbios, geralmente, iniciam-se numa idade jovem, por volta dos 25 anos, particularmente em mulheres que se encontram em idade reprodutiva. (1,9)

Estima-se que a prevalência dos distúrbios alimentares ronda, aproximadamente, os 1,0-22,7% para indivíduos do sexo feminino, e os 0,3%-0,6% para indivíduos do sexo masculino. (10)

Em geral, 0,5% a 4% das mulheres tendem a desenvolver uma AN, 1% a 4% uma BN, e cerca de 2% um TCA. (2)

No que diz respeito à gravidez, aproximadamente 5% a 7,5% das mulheres grávidas apresentam critérios compatíveis com um DA, e as taxas de recorrência de um DA na gravidez ou período pós-parto variam entre 25% e 67%. (9)

4.3. Etiologia e comorbilidades associadas

Os distúrbios alimentares são uma patologia complexa, com uma etiologia desconhecida, podendo estar relacionados com vários fatores, desde o foro genético, familiar e social, patologias mentais como, por exemplo, a Perturbação Obsessiva-Compulsiva, no caso da AN, e a Perturbação de Personalidade Borderline, no caso da BN, e ainda outras patologias como depressão, ansiedade e abuso de substâncias. (1) Principalmente na AN, comorbilidades como a ansiedade e depressão são comuns e podem, por sua vez, dificultar o tratamento e a recuperação das mulheres com um DA. (11)

A patogénese de várias doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção e o autismo, tem sido relacionada com alterações no neurodesenvolvimento, e vários são os estudos que também têm investigado esta hipótese relativamente ao desenvolvimento de um DA, sugerindo que a presença de patologias neurológicas, incapacidades neuropsicológicas e anormalidades cerebrais morfológicas irreversíveis podem contribuir para antecipar o desenvolvimento destes distúrbios. (6,12) Ainda, sabe-se que a alimentação se encontra associada a inflamação, stress oxidativo, função cerebral e plasticidade, o que apoia o possível envolvimento destes fatores nesta patologia. (2)

Outros fatores de risco comuns associados incluem um alto estrato socioeconómico durante a infância, níveis de atividade física elevados, possuir um familiar com um distúrbio alimentar, e ter uma experiência prévia relacionada com insegurança alimentar, ou com um evento traumático durante a infância, como o abuso sexual. (7)

No que diz respeito à gravidez, salienta-se que, ao longo das diferentes fases, vários fatores podem ter relação com o desenvolvimento de um DA subsequente no feto, por transmissão intergeracional, nomeadamente, a idade materna, o peso materno, o consumo de tabaco, e o stress materno. (6,12)

Alguns estudos revelaram que adolescentes cujas mães eram jovens no momento da gravidez tiveram filhos com menor probabilidade de desenvolver um DA do que as

mães que apresentavam uma idade entre os 25 e os 28 anos. Da mesma forma, existe relação entre o consumo de tabaco e o desenvolvimento de BN no feto. E, ainda, as raparigas cujas mães perderam um familiar próximo durante a gravidez tinham maior risco de desenvolver um DA do que o grupo controlo, e filhas de mães com ansiedade crónica ao longo da gravidez apresentavam maior risco para AN. (6,12)

A própria sobrecarga emocional e sofrimento psicológico que, por vezes, a gravidez incita na mulher, podem acompanhar-se de alterações autonómicas e do ritmo circadiano, bem como alterações comportamentais que impactam a alimentação e estilo de vida da mãe. Estas mudanças ocorrem devido a um aumento dos níveis hormonais maternos de cortisol, ACTH e adrenalina, e podem influenciar o desenvolvimento fetal. O stress materno provoca a libertação de glucocorticoides, pelo eixo hipotálamo-hipófise que, através da placenta, pode influenciar o metabolismo, crescimento fetal e funções imunitárias durante a gravidez, bem como causar uma desregulação emocional capaz de aumentar o risco de desenvolvimento de ansiedade e distúrbios alimentares na infância ou idade adulta. (2,6,12,13)

Assim, considerando que os distúrbios alimentares apresentam uma das maiores taxas de mortalidade e suicídio por patologia mental, principalmente a AN, torna-se evidente a necessidade de identificar fatores de risco mitigáveis e investigar possíveis causas de morte evitáveis. (14,15)

5. Insatisfação com a imagem corporal

A imagem corporal consiste numa representação mental do nosso corpo, sendo esta bastante complexa e mutável, principalmente ao longo da gravidez, período em que a mulher tende a reavaliá-la dado todas as transformações físicas implicadas. (16)

Alguns estudos evidenciam um número elevado de grávidas insatisfeitas com a sua imagem corporal, chegando a atingir níveis de 45%. Esta insatisfação corporal encontra-se associada a ansiedade, depressão, instabilidade emocional e distúrbios alimentares, sendo fundamental a deteção precoce de potenciais distúrbios de maneira a promover a saúde mental e evitar consequências negativas para o bem-estar da mãe e do feto. (16)

Atualmente, a pressão social exercida sobre a mulher relativamente ao que é definido como “o corpo ideal”, as expectativas culturais e as discussões em volta desta temática que, cada vez mais, se tem vindo a assistir, podem ter influência sobre a forma como a mulher percebe o seu corpo e, deste modo, reforçar ou mitigar as preocupações pré-existentes com o seu peso e forma corporal, bem como gerar comportamentos alimentares patológicos durante e mesmo após a gravidez. (5)

Considerando o papel potenciador da insatisfação com a imagem corporal no desenvolvimento de psicopatologia alimentar, e que a gravidez tende a precipitá-la, este torna-se um período preponderante e decisivo na evolução da patologia, pois pode ser gerada uma resposta, individual, baseada na vulnerabilidade experienciada pela mulher ao longo da gestação e influência de fatores externos ambientais, cognitivos e também sociais. (5)

Alguns estudos sugerem que a satisfação das mulheres com a sua imagem corporal tende a piorar durante a gravidez, devido ao aumento de peso e alterações, principalmente, na região abdominal, face e membros, e que isso é um fator que predispõe a angústia e preocupações excessivas com a imagem corporal. No entanto, outras mulheres relataram ter uma experiência com a sua imagem corporal mais positiva durante a gravidez, uma vez que estas aceitam as mudanças corporais temporárias e já não sentem necessidade de se comparar e deixar influenciar pelos padrões socialmente aceites como ideais que, de acordo com Thompson et al., apresentam um papel fundamental na insatisfação com a imagem corporal. Estas mulheres reconhecem que, durante a gravidez, o seu corpo admite novas funções e

responsabilidades mais importantes do que a sua mera aparência física, e focam-se mais na saúde do feto e no seu novo papel como mãe. (17)

Este contraste pode dever-se a vários fatores, daí que é importante ter em conta a idade, o IMC atual e prévio à gravidez, o número de gestações, a idade gestacional, o aumento de peso e o estado de saúde mental. Algumas evidências sugerem que as mulheres primigestas apresentam atitudes mais positivas, que as mulheres que sofrem um aumento de peso mais considerável durante a gravidez apresentam uma atitude mais negativa, e que há correlação entre a insatisfação corporal na gravidez e a depressão perinatal, depressão pós-parto, ansiedade pré-natal e ansiedade a longo prazo, sugerindo que também se deve ter em conta o estado de saúde mental. (17)

Para além disso, alguns estudos referem que também se verifica uma associação entre a imagem corporal e as preocupações com a amamentação, sendo que as mulheres que amamentam até o primeiro ano de vida da criança apresentaram imagens corporais mais positivas e eram menos propensas a desenvolver comportamentos inadequados comparativamente às mulheres que optaram por não amamentar ou interromperam a amamentação precocemente. Por outro lado, as mulheres com maiores preocupações com a sua imagem corporal apresentaram menor probabilidade de iniciar a amamentação, e a escolha da utilização de leite artificial foi associada a uma maior insatisfação corporal. (5)

Assim, é fundamental a identificação de instrumentos válidos que permitam avaliar a imagem corporal durante a gestação de modo a promover a saúde mental. Segundo uma pesquisa recente, verificou-se que os instrumentos disponíveis incluem a Escala de imagem corporal (BIPS), a Escala de medida de compreensão corporal para a gravidez (BUMPs), o Questionário de atitudes corporais (BAQ), o Questionário de imagem corporal pré-natal (PBIQ), a Escala de experiência corporal durante a gravidez, a Escala de avaliação de figuras (FRS), Escalas de autoaceitação para grávidas (SAS-PW), o Questionário de ansiedade relacionada com a gravidez revisto (PRAQ-R2) e o Questionário de atitudes reprodutivas (CAQ). Todos estes instrumentos avaliam várias dimensões, entre as quais a insatisfação corporal e atração por si próprio, as preocupações em relação ao aumento de peso e tecido adiposo, as preocupações com a aparência física ou características corporais e faciais, a aceitação da gravidez, e a satisfação com o seu corpo. (16)

Um artigo de meta-análise investigou o papel da autoestima na eficácia do tratamento, sugerindo que um aumento da autoestima durante o tratamento hospitalar se associa a

maiores taxas de remissão e menores taxas de recorrência, e que a ausência de autocompaixão se associa a um pior prognóstico. Outros estudos longitudinais relevaram que uma maior motivação previamente ao tratamento se relaciona com a melhoria dos sintomas dos distúrbios alimentares e ao controle de eventuais comorbilidades associadas. Daí que se torna importante que as intervenções terapêuticas incluam a melhoria da autoestima, motivação e autocompaixão. (14)

A insatisfação corporal é, portanto, uma combinação de vários fatores complexos, porém uma avaliação adequada da satisfação com a imagem corporal e psicopatologia alimentar antes, durante e após o período gestacional, poderá permitir a intervenção precoce dos profissionais de saúde e implementação de estratégias que promovam a saúde materna e fetal. (16)

6. Influência na gravidez e na amamentação

6.1. Influência na gravidez

Durante a gravidez, as mulheres experienciam inúmeras alterações biopsicossociais que, aliadas às preocupações com as modificações do peso e imagem corporal, podem contribuir para o desenvolvimento de patologias psiquiátricas, nomeadamente perturbações do comportamento alimentar. Segundo uma pesquisa, 40,2% das mulheres apresentam preocupação em relação ao peso durante a gravidez. (2)

A forma como uma mulher com um DA reage face à descoberta de uma gravidez não segue um padrão linear, sendo esta uma experiência pessoal e amplamente variável. Numa grande parte dos casos, verifica-se que a preocupação com o bem-estar do filho motiva a diminuição ou cessação completa destes comportamentos disfuncionais durante a gestação. Contudo, em algumas mulheres, o mesmo não se verifica, pelo que estes comportamentos podem persistir, piorar ou ainda transitar, por exemplo, de uma compulsão alimentar com mecanismo compensatório (BN) para uma compulsão alimentar isolada (TCA). As principais razões associadas a esta intensificação baseiam-se na ansiedade devido ao aumento de peso e alterações fisiológicas nos níveis de leptina que alteram a saciedade. (11,18–22)

Assim, a gravidez pode ser um fator desencadeante de recaída para as mulheres que se encontram no processo de recuperação de um DA. (9)

Estima-se que a taxa de recorrência de um DA na gravidez varia entre os 25% e os 67%. (9) E, segundo outro estudo, 33% das mulheres grávidas com antecedentes de AN em particular experienciaram recorrência dos sintomas neste período, necessitando de intervenção médica. (6)

Algumas pesquisas também referem que a atitude adotada pela gestante depende de uma combinação de fatores, sugerindo que a insegurança acerca da maternidade, dificuldades sexuais da relação, aumento de peso de forma significativa, observações externas sobre a forma corporal, padrões alimentares prévios anormais, complicações físicas, existência de uma patologia psiquiátrica prévia e depressão pós-natal, são fatores de risco para um DA precipitado pela gravidez. Ainda, a instalação de um TCA durante a gravidez encontra-se associada a atividade física excessiva prévia,

antecedentes de depressão major, baixa autoestima, insatisfação com a sua vida, escasso suporte social, uso de álcool, tabaco, insatisfação com o parceiro, aumento de peso e baixo estrato socioeconómico. (20)

Posto isto, a literatura recente indica que os comportamentos alimentares disfuncionais e consequente desenvolvimento de um DA têm um impacto negativo na evolução da gravidez e no desenvolvimento fetal, principalmente se estes distúrbios se mantêm ativos durante a gravidez. (4,11,18,23)

Por um lado, o aumento das necessidades calóricas, da taxa metabólica de repouso e do peso, podem causar uma preocupação excessiva nestas mulheres, podendo o desenvolvimento de psicopatologia alimentar influenciar a absorção de nutrientes. Alguns estudos realizados em mulheres em idade fértil com antecedentes de AN demonstraram predomínio de uma baixa ingestão de micronutrientes, como vitamina D, cálcio, fósforo, folato, sódio, magnésio, zinco e cobre, e outros relataram a presença de distúrbios eletrolíticos no sangue nas pacientes com comportamentos de compensação (BN). (24)

A baixa ingestão calórica, défice nutricional e vitamínico, stress, jejum e diminuição da massa corporal, característicos da AN, podem provocar alterações na placenta e subsequente deterioração da função placentária, o que pode, porventura, impactar o prognóstico obstétrico e neonatal. Para além dos riscos médicos e obstétricos, uma AN não tratada ou subtratada na gravidez pode gerar efeitos psicológicos e psicossociais, bem como a ausência de perceção relativamente à natureza da doença e necessidade de intervenção. (25,26)

Por outro lado, um estudo demonstrou que as gestantes com um DA apresentam uma dieta nutricional suficiente e são mais propensas a seguir um padrão alimentar vegetariano, com exceção das mulheres com TCA, que apresentam uma ingestão inadequada de alimentos ricos em açúcar e gordura. Verificou-se que as pacientes com AN apresentavam maior risco de desenvolver anemia ferropénica na gravidez. Ainda, um aumento do consumo de cafeína em mulheres com AN e BN foi relacionado com a diminuição do apetite, aumento da saciedade, comportamentos de compensação, e aumento da taxa metabólica de forma a aumentar o gasto energético e provocar a perda de peso. E também um aumento do consumo de refrigerantes em mulheres com BN e TCA, que foi associada a prematuridade e a posterior diagnóstico de asma na criança. (19)

Para além disso, estes distúrbios podem causar uma desregulação no peso materno, o que também contribui para um pior prognóstico obstétrico. Considera-se que um IMC saudável antes da gravidez se situa entre 18,5 e 25kg/m², pelo que a evidência atual sugere que um aumento de peso gestacional insuficiente ou excessivo são fatores de risco para complicações perinatais. (24) Pacientes com AN relacionam-se com perda de peso e malnutrição, o que pode levar ao desenvolvimento de anemia e parto prematuro, enquanto pacientes com TCA se relacionam com obesidade, devido à retenção e aumento de peso excessivos, o que aumenta o risco para diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e cesariana. (2,9)

Os distúrbios alimentares associam-se a uma menor qualidade de vida, elevadas taxas de comorbilidades psicossociais e risco de mortalidade prematura. (2,11)

A literatura recente sugere que, antes da gravidez, as mulheres com um DA podem apresentar disfunção menstrual e sexual, e densidade óssea reduzida. (23,27) Durante a gravidez, estas mulheres apresentam maior risco de desenvolver complicações obstétricas, nomeadamente, hiperémese gravídica, abortos, cesarianas, hemorragia anteparto, ansiedade clinicamente significativa, depressão pós-parto e menor vínculo mãe-filho. (1,11,19,20,28)

Relativamente aos efeitos no feto, estes estão sujeitos a um maior risco de baixo peso à nascença, parto prematuro, microcefalia, malformações e defeitos de nascença, mortalidade perinatal, restrição do crescimento intrauterino e baixo índice de APGAR. (1,3,19,20,29)

Os efeitos perante a exposição a um DA materno estendem-se para além do início da vida, e podem afetar os filhos até à idade adulta, através da genética, programação fetal devido a alterações epigenéticas, e comportamentos aprendidos. (9)

6.1.1. Distinção entre os subtipos de distúrbios alimentares

Embora vários estudos considerem os distúrbios alimentares de uma forma geral, alguns também têm analisado a interação dos seus subtipos específicos na gravidez, uma vez que se verifica que os resultados perinatais, obstétricos e neonatais diferem consoante o subtipo de DA manifestado pela gestante. (4,23)

A AN e a BN estão associadas a baixo peso à nascença, enquanto o TCA está associado a maior peso à nascença e idade gestacional aumentada. (2,30) Para além disso, a AN relaciona-se com anemia, crescimento fetal lento, contrações prematuras, redução da duração da primeira fase do parto, parto prematuro, idade gestacional reduzida e mortalidade perinatal. Por sua vez, a BN associa-se a contrações prematuras, necessidade de ressuscitação do feto e índices de APGAR reduzidos. (23)

Outro estudo mais recente demonstrou que a AN está associada a um aumento de 74% de probabilidade para baixo peso à nascença e 39% para idade gestacional reduzida. A BN apresenta 19% mais risco de parto prematuro. Quanto ao TCA, este foi associado a um aumento de 43% para idade gestacional aumentada. (24)

É ainda evidenciado noutro estudo que a associação entre a AN e as complicações fetais é maior em mulheres hospitalizadas durante a gravidez ou nos dois anos subsequentes ao parto, sugerindo que as mulheres hospitalizadas por AN, particularmente se num período mais próximo da gravidez, apresentam maior risco para complicações fetais, como crescimento fetal deficitário. O risco parece ser menor quando a hospitalização mais recente ocorreu há mais de dois anos desde o parto, o que pressupõe recuperação ou patologia menos ativa. No entanto, outros casos revelaram que os riscos persistiram mesmo após um período de cinco anos, indicando que várias mulheres podem experienciar resistência ao tratamento. (31)

6.2. Influência na amamentação

O período do pós-parto é um momento decisivo para as mulheres com distúrbios alimentares, uma vez que é durante este período que estas podem retomar os comportamentos alimentares disfuncionais prévios ou ainda experienciar um agravamento dos mesmos. Segundo um estudo longitudinal, verificou-se que 12,8% das mães no pós-parto sofriam de um DA clínico. (1)

Embora haja evidência relativamente à melhoria destes comportamentos durante a gravidez, essas mudanças, geralmente, não são sustentadas após este período, pelo que é comum a sua recorrência no pós-parto. (6,9,11,25) Essa remissão apenas temporária pode ser atribuída ao facto de as mulheres sentirem que o seu corpo já não está diretamente responsável por atender às necessidades nutricionais do feto e, ao mesmo tempo, ansiarem por recuperar a forma e peso que apresentavam previamente à gestação. Algumas mulheres mantêm expectativas irrealistas sobre a sua imagem

corporal neste período, pelo que tentam modificá-la e contornar o seu grau de angústia e insatisfação. (9,11) Para além disso, o desenvolvimento de depressão pós-parto também pode aumentar o risco de recorrência. (1)

Um estudo de Kouba et al. permitiu constatar que as mulheres com distúrbios alimentares enfrentavam mais dificuldades durante o período pós-natal do que as mulheres saudáveis, independentemente da sua adaptação ao contexto materno três meses após o parto. Como anteriormente mencionado, os distúrbios alimentares persistem numa elevada percentagem destas mulheres e verificou-se, neste estudo, que uma grande proporção apresenta uma redução do IMC nos primeiros seis meses após o parto. No mesmo sentido, constatou-se que, se o início dos distúrbios alimentares foi antes da gravidez, a taxa de remissão foi reduzida; a presença de comportamentos compensatórios na gravidez, característica da BN, persistiu durante o pós-parto; e, ainda, a persistência de compulsão alimentar no período pós-parto foi associada a um IMC elevado e disfunção psicológica. (1)

Tudo isto terá impacto na mulher durante este período, inclusive na prática da amamentação.

A amamentação é considerada uma fase essencial do processo reprodutivo de uma mulher e um direito incontestável tanto para a mãe como para o filho, promovendo inúmeros benefícios para a saúde de ambas as partes. (32) Crianças sujeitas à amamentação apresentam um menor risco de contrair infeções, diabetes e excesso de peso mais tardiamente, e as mães que amamentam, para além das vantagens na involução e regeneração do corpo, também apresentam maior proteção contra o cancro da mama, cancro do ovário, e diabetes tipo 2. (18) Outros benefícios encontram-se apresentados na seguinte tabela:

Tabela 2. Benefícios da Amamentação. (32)

| Imediatos | A longo prazo |
|---|---|
| Involução uterina, redução da hemorragia, redução de infeções, amenorreia lactacional, redução da adiposidade e peso, redução de depressão pós-parto, redução do stress e ansiedade, melhoria da imagem corporal. | Redução de cancro (mama, ovário, endométrio), endometriose, diabetes, osteoporeose, hipertensão arterial e doenças cariovasculares, síndrome metabólico, artrite reumatoide, doença de Alzheimer, e esclerose múltipla. |

No entanto, para algumas mulheres, a prática da amamentação pode revelar-se um grande desafio, o que se verifica nas que sofrem de uma perturbação do comportamento alimentar. (6,18)

A qualidade e quantidade do leite materno dependem da nutrição e estilo de vida materno logo, sendo esta patologia caracterizada pela ocorrência de comportamentos alimentares disfuncionais, estas mães podem enfrentar dificuldades em cumprir as recomendações nutricionais necessárias durante a amamentação. (18)

Verificou-se que estas apresentam um estado alterado de micronutrientes, nomeadamente déficit de vitamina E, niacina, riboflavina e, segundo um estudo realizado em pacientes com AN, principalmente de vitamina A, o que se reflete na composição do leite materno. (18)

Da mesma forma, níveis reduzidos de vitamina D descritos em pacientes com AN podem afetar a sua quantidade na criança amamentada, bem como um consumo reduzido de ferro e vitamina B12 que, subsequentemente, pode provocar alterações neurológicas na criança. (1)

Posto isto, alguns estudos demonstraram que uma grande proporção de mulheres com patologia atual ou prévia optou por amamentar, enquanto outros registaram uma taxa reduzida. Nas que decidiram amamentar, verificou-se que o fator que motivou essa escolha foi o desejo de perder peso, apesar das alterações supracitadas e de se verificar uma menor duração desta prática neste grupo de mulheres. (1,11,21)

Segundo um estudo de Torgersen et al., observou-se que as mulheres com um DA iniciaram a amamentação na mesma proporção que as mulheres saudáveis, no entanto, foram mais propensas a interromper a sua prática mais cedo. Estas mulheres mostraram-se mais insatisfeitas, inseguras com o seu corpo, deprimidas ao amamentar e com sentimentos de culpa e vergonha, o que pode estar associado a esta menor duração. Por conseguinte, a criança também pode experienciar emoções negativas e manifestar o seu desconforto. Verificou-se que níveis de leptina reduzidos nestas pacientes podem influenciar a regulação dos mecanismos de saciedade na criança amamentada e, desta forma, contribuir para a sua interrupção. (1)

Algumas pesquisas recentes sugerem que a ocitocina também pode desempenhar um papel relevante neste processo. Embora a relação ainda não seja clara, constatou-se que, para além da sua ação na regulação de comportamentos sociais, no vínculo mãe-filho, e a sua libertação na amamentação, esta hormona também contribui para a regulação do comportamento alimentar e o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Desta forma, a ação da ocitocina pode estar parcialmente relacionada com as dificuldades observadas durante a amamentação, e pode até levar à sua transmissão

pelo vínculo mãe-filho. É também importante ter em conta o tipo de parto realizado, dado que, como anteriormente referido, a ocorrência de cesarianas nestas mulheres é frequente, e estas alteram os níveis de ocitocina após o nascimento, podendo compactuar com estes comportamentos. (6,18)

De notar as diferenças evidenciadas quanto aos subtipos de distúrbios alimentares. Por um lado, verificou-se que a ingestão alimentar restritiva nas pacientes com AN pode levar a uma produção de leite materno insuficiente, daí que a duração do período de amamentação seja menor. Por outro lado, as mães com BN podem prolongar a duração da amamentação de modo a evitar a transição para alimentos sólidos. Isto porque há evidência de que estas podem apresentar atitudes alteradas relativamente à alimentação dos seus filhos, por medo de ter atitudes de compulsão face aos seus alimentos. (18)

Para além das barreiras físicas que estas mulheres enfrentam, outras patologias do foro mental, como as perturbações do humor e ansiedade perinatais, podem coexistir com os distúrbios alimentares e influenciar a decisão de iniciar, continuar ou interromper a prática da amamentação. (6) Algumas pesquisas revelaram que as mulheres que sofrem de um DA tendem a ser confrontadas com preocupações excessivas e emoções negativas durante a amamentação, e que a ausência de confiança em relação ao seu corpo e capacidade para nutrir o seu filho também pode ter impacto nesta decisão. (18)

Alguns estudos sugerem que a decisão da mulher também é fortemente influenciada pelo seu parceiro, pelo que, principalmente neste grupo de mulheres, o envolvimento dos seus parceiros e o apoio social e familiar podem ser positivos para ajudar a superar inseguranças e estabelecer padrões nutricionais saudáveis. (18)

Assim, a mulher com um DA atual ou prévio também enfrenta alguns desafios na prática da amamentação.

7. Abordagem e Tratamento

Considerando a evidência de que as mulheres com distúrbios alimentares prévios ou ativos durante a gravidez apresentam um maior risco de desenvolvimento de complicações obstétricas e fetais, torna-se imperativa a detecção precoce destas alterações em mulheres em idade fértil. Assim, a pré-conceção é o período ideal para o profissional de saúde intervir e oferecer estratégias terapêuticas, uma vez que permite evitar que a condição se arraste para o período gestacional e minimizar os riscos associados. (1)

Contudo, o diagnóstico precoce nesta população nem sempre é fácil, uma vez que os sintomas clínicos podem ser mascarados durante a gravidez devido à diminuição das características clínicas ou presença de náuseas e hiperémese gravídica. (18)

Para além disso, o medo destas mulheres face à estigmatização e incompreensão desta temática torna difícil a sua divulgação proativa para com os profissionais de saúde. Geralmente, estas tendem a ocultar a sua condição, por sentirem culpa, desconforto ou vergonha, e evitam procurar ajuda médica, o que dificulta a identificação da instalação de um DA. Deste modo, é importante reforçar a necessidade de incorporar ferramentas de rastreio, avaliação e apoio durante este período, tanto em relação aos distúrbios alimentares, como a outras patologias mentais que possam estar associadas e devem, igualmente, ser precocemente identificadas. (1,11)

Os profissionais de saúde devem realizar exames físicos anuais às mulheres em idade reprodutiva nas consultas de planeamento familiar, consultas obstétricas ou consultas com especialistas de fertilidade, e devem estar, especialmente, atentos para a possibilidade de ocorrência destes comportamentos em mulheres com um baixo IMC, antecedentes pessoais de distúrbios alimentares, sinais de hiperémese gravídica que não melhoram após 12 semanas, preocupação excessiva relacionada com o aumento de peso, ou sintomas depressivos. (4) Também nas mulheres com infertilidade e cuja resposta ao tratamento de fertilidade foi inferior à expectável, na primeira consulta pré-natal e na consulta pós-parto. (9)

Estas mulheres devem também receber informação adequada por parte de um nutricionista sobre as formas de manter uma alimentação equilibrada e quais as necessidades energéticas diárias, não apenas durante a gravidez, mas também na amamentação e período pós-parto, devido à possibilidade de recorrência. O apoio de

um nutricionista é fundamental, visto que os fatores de risco nutricionais podem ser modificáveis, o que pode, subsequentemente, influenciar os resultados obstétricos e fetais. (7)

Contrariamente a outras patologias psiquiátricas, como a depressão pós-natal, onde estão disponíveis vários instrumentos específicos, como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, as ferramentas específicas de triagem de um DA nesta população são limitadas. (33) As medidas utilizadas nas mulheres não gestantes, como o Inventário dos Distúrbios Alimentares ou a dependência no IMC, demonstraram uma utilidade limitada no contexto da gravidez, uma vez que não têm em conta as complexidades associadas. As alterações fisiológicas que ocorrem durante este período e os cuidados adicionais fundamentais para o crescimento e desenvolvimento fetal levam a uma maior dificuldade em avaliar a gravidade da doença e gerir as alterações de peso, pelo que é necessário ajustar as diretrizes para a sua avaliação e monitorização na gravidez. (25)

No entanto, estão disponíveis alguns questionários e métodos de triagem padronizados que podem ajudar a detetar padrões alimentares disfuncionais e diferenciá-los das preocupações e comportamentos alimentares normativos. (18) Uma ferramenta de triagem comum de utilizar-se em mulheres não gestantes é o SCOFF, que é constituído por cinco questões e possui uma elevada sensibilidade para a deteção de AN e BN, mas pouca para o TCA e OTAE. Outra ferramenta recentemente desenvolvida capaz de identificar e rastrear as mulheres com alto risco de apresentar um DA durante a gravidez é o PEBS, que é de fácil utilização e inclui apenas doze questões. No entanto, são necessárias mais pesquisas que permitam comprovar a sua eficácia. (5,9,33,34)

Outra pesquisa revelou que o instrumento EDE-Q poderá ter utilidade. Este consiste numa entrevista constituída por 28 itens, que fornece informação de forma breve e abrangente acerca do DA, ou seja, pontuações mais elevadas sugerem maior sintomatologia do DA, e vice-versa. Contudo, este instrumento foi desenvolvido em mulheres não-gestantes, pelo que ainda existe evidência insuficiente que comprove a sua eficácia em mulheres gestantes. (33)

Posto isto, uma vez diagnosticado o DA, uma equipa multidisciplinar deve iniciar o tratamento específico, que inclui suporte nutricional, provas relacionadas ao abuso de álcool e outras substâncias, técnicas psicoterapêuticas e uso de psicotrópicos, se necessário. (1) Esta equipa multidisciplinar deverá ser constituída por um obstetra, psiquiatra, um nutricionista e um pediatra. Um obstetra fornecerá informação útil

acerca da medicação utilizada durante a gravidez, um psiquiatra ajudará a mulher a lidar com as preocupações relativas ao ganho de peso e alteração da imagem corporal, um nutricionista monitorizará os comportamentos alimentares da grávida e ajustará os seus planos alimentares, e um pediatra monitorizará cuidadosamente o estado nutricional da criança. Por conseguinte, uma equipa multidisciplinar possibilitará a partilha de informação e entreaajuda. (7,18)

A utilização de fármacos psicotrópicos, particularmente, antidepressivos, no tratamento desta patologia durante a gravidez ou em mulheres que desejam engravidar, deve ser ponderada tendo em conta os riscos e benefícios da exposição da grávida aos fármacos e as consequências potencialmente significativas de uma patologia não tratada. Porém, verifica-se que um grande número de mulheres com um DA também inclui a toma destes fármacos na gravidez e período pós-parto. (6)

Para além disso, os profissionais de saúde devem assegurar a continuidade dos cuidados prestados após o período perinatal, oferecendo também apoio na transição para a maternidade e garantindo a disponibilidade de recursos e serviços sempre que necessário. (11)

Neste período do pós-parto, para além da psicoterapia, o controlo das interações entre a mãe e o bebé, diretamente ou indiretamente, através de vídeos, pode ser particularmente útil. Estas sessões permitem ao profissional a observação e avaliação de possíveis desafios que a mãe pode enfrentar relativamente à alimentação do seu filho e, deste modo, orientá-la da melhor forma possível. Apoiando uma interação materna adequada e minimizando as dificuldades no momento das refeições, será possível reduzir a psicopatologia nestas mães. (9)

Assim, podemos salientar que o tratamento envolve uma combinação de psicoterapia, principalmente a terapia cognitiva-comportamental, fármacos como antidepressivos e antipsicóticos, e apoio nutricional. (35)

8. Conclusão

As perturbações do comportamento alimentar na gravidez, agudas ou previamente diagnosticadas, relacionam-se com piores resultados obstétricos e neonatais, provocando complicações como parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino, abortos espontâneos ou malformações, sendo que estes resultados diferem de acordo com o subtipo de distúrbio alimentar manifestado pela mulher. Para além disso, constata-se que o prognóstico materno e fetal parece ser pior em mulheres com um distúrbio alimentar ativo durante a gravidez.

A etiologia desta patologia é complexa, pelo que vários fatores podem estar associados ao seu desenvolvimento, nomeadamente, comorbilidades como a ansiedade e a depressão. Verifica-se que a insatisfação com a imagem corporal também apresenta um papel relevante, de modo que é importante debruçar-nos sobre os instrumentos disponíveis para a sua avaliação, tendo sempre em conta que esta resulta de uma combinação de fatores.

Uma grande parte das mulheres demonstra mudanças positivas durante a gravidez, no entanto, estas melhorias geralmente não são sustentadas após este período, pelo que é imperativo assegurar a continuidade dos cuidados médicos prestados após o parto, de forma a evitar a recorrência dos sintomas.

A prática da amamentação também parece ser negativamente influenciada nas mulheres com esta patologia, com a evidência de que esta tende a ser interrompida mais precocemente e a apresentar algumas alterações na qualidade nutricional do leite produzido.

Assim, os profissionais de saúde devem ter particular atenção a eventuais sinais e examinar rotineiramente as mulheres em idade reprodutiva, salientando as mudanças físicas expectáveis de uma gravidez e mitigando as preocupações associadas. A identificação e tratamento precoces, principalmente antes da conceção, pode minimizar significativamente os efeitos adversos indesejáveis e reduzir a morbilidade a longo prazo, tanto para a mulher em idade reprodutiva, como para o filho.

Os instrumentos, atualmente, disponíveis para ajudar no rastreio desta patologia incluem o SCOFF, o PEBS e o EDE-Q. Porém, são necessárias mais pesquisas que comprovem a sua eficácia.

O tratamento deve consistir numa intervenção multidisciplinar, contando com o trabalho de equipa entre profissionais de saúde da área da obstetrícia, psiquiatria, nutrição e pediatria, de modo que seja assegurada uma combinação de psicoterapia, fármacos como antidepressivos e antipsicóticos, e apoio nutricional, que, por sua vez, permitam a prevenção de malnutrição, comorbilidades mentais e somáticas, e recorrência dos sintomas.

Em suma, podemos concluir que há necessidade de uma monitorização apertada das perturbações do comportamento alimentar neste grupo específico de mulheres. A deteção precoce desta patologia beneficia a prevenção do desenvolvimento de complicações inerentes à mesma e, subsequentemente, de um pior prognóstico obstétrico e fetal.

9. Referências Bibliográficas

1. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Front Pediatr.* 2020;8(September).
2. Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: A systematic review. *Med.* 2020;56(7):1–19.
3. Janas-Kozik M, Żmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A, et al. Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy—Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry.* 2021;12(December):1–7.
4. Das Neves M de C, Teixeira AA, Garcia FM, Rennó J, da Silva AG, Cantilino A, et al. Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: a systematic review. *Brazilian J Psychiatry.* 2022;44(2):201–14.
5. Tarchi L, Merola GP, Selvi G, Caprara E, Pecoraro V, Cassioli E, et al. Pregorexia: a systematic review and meta-analysis on the constructs of body image dissatisfaction and eating disturbances by gestational age in the peripartum. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2023;28(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01595-8>
6. Dutta S, Deshmukh P. Association of Eating Disorders in Prenatal and Perinatal Women and Its Complications in Their Offspring. *Cureus.* 2022;14(11).
7. Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse birth outcomes associated with types of eating disorders: A review. *Can J Diet Pract Res.* 2019;80(3):131–6.
8. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais [Internet]. 2014. 948 p. Available from: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
9. Bailey-Straebler SM, Susser LC. The Impact of Eating Disorders on Reproductive Health: Mitigating the Risk. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2023;25(4).
10. Hornberger LL, Lane MA. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics.* 2021;147(1):1–23.

11. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: A meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–18.
12. Marzola E, Cavallo F, Panero M, Porliod A, Amodeo L, Abbate-Daga G. The role of prenatal and perinatal factors in eating disorders: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(2):185–204.
13. Jones C, Pearce B, Barrera I, Mummert A. Fetal programming and eating disorder risk. *J Theor Biol* [Internet]. 2017;428:26–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtbi.2017.05.028>
14. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, Aouad P, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord*. 2023;11(1):1–25.
15. Bhattacharya A, DeFilipp L, Timko CA. Feeding and eating disorders [Internet]. 1st ed. Vol. 175, *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2020. 387–403 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00026-6>
16. Salzer EB, Meireles JFF, Toledo AFÂ, de Siqueira MR, Ferreira MEC, Neves CM. Body Image Assessment Tools in Pregnant Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
17. Crossland AE, Munns L, Kirk E, Preston CEJ. Comparing body image dissatisfaction between pregnant women and non-pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023;23(1):1–19. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05930-w>
18. Kaß A, Dörsam AF, Weiß M, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(5):693–708.
19. Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: A systematic review. *Nutrients*. 2019;11(4):1–17.
20. Harrison ME, Balasubramaniam B, Robinson A, Norris ML. Adolescent pregnancy and eating disorders: a minireview and case report. *Eat Weight Disord*. 2018;23(3):389–93.
21. M.C. Kimmel M, , E.H. Ferguson, MD¹, S. Zerwas, PhD¹, C.M. Bulik, PhD², 3 and S, Meltzer-Brody, MD M. Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):260–75.

22. Çiçekoğlu Öztürk P, Taştekin Ouyaba A. Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2023;309(2):397–411. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07051-3>
23. Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: A review. *Psychiatr Danub*. 2019;31:S615–8.
24. Milembamane M, Moussa NM, Twynstra J, Seabrook JA. Maternal Eating Disorders and Adverse Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Diet Pract Res*. 2023;00:1–9.
25. Galbally M, Himmerich H, Senaratne S, Fitzgerald P, Frost J, Woods N, et al. Management of anorexia nervosa in pregnancy: a systematic and state-of-the-art review. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(5):402–12.
26. Triunfo S, Lanzon A. Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes. *J Endocrinol Invest*. 2015;38(1):31–8.
27. Szkodziak F, Krzyżanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J Int Med Res*. 2020;48(6).
28. Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord* [Internet]. 2022;10(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00551-8>
29. Watson HJ, O'Brien A, Sadeh-Sharvit S. Children of Parents with Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(11).
30. Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev*. 2014;36(1):49–56.
31. Ante Z, Luu TM, Healy-Profitós J, He S, Taddeo D, Lo E, et al. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2020;53(5):403–12.
32. Antonio L, Ciampo D, Regina I, Del L, Ciampo D, Ciampo D. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. 2018;354–9.
33. Bannatyne AJ, McNeil E, Stapleton P, MacKenzie-Shalders K, Watt B. Disordered eating measures validated in pregnancy samples: a systematic review. *Eat Disord* [Internet]. 2021;29(4):421–46. Available from: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1663478>

34. Dörsam AF, Bye A, Graf J, Howard LM, Throm JK, Müller M, et al. Screening instruments for eating disorders in pregnancy: Current evidence, challenges, and future directions. *Int J Eat Disord.* 2022;55(9):1208–18.
35. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(14).