



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE NUTRIÇÃO

MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA BASTOS

Prevalência de transtorno de compulsão alimentar periódica em gestantes de risco

RIO DE JANEIRO

2023



MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA BASTOS

Prevalência de transtorno de compulsão alimentar periódica em gestantes de risco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Cristina Soares Furtado Botelho.

RIO DE JANEIRO

2023

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

B327 Bastos, Maria Clara Ribeiro de Oliveira
Prevalência de transtorno de compulsão alimentar
periódica em gestantes de risco / Maria Clara Ribeiro de
Oliveira Bastos. -- Rio de Janeiro, 2023.
45 p.

Orientadora: Valéria Cristina Soares Furtado Botelho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Graduação
em Nutrição, 2023.

1. Gestação de risco. 2. Transtorno da compulsão
alimentar periódica. 3. Obesidade. I. Botelho, Valéria
Cristina Soares Furtado, orient. II. Título.

MARIA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA BASTOS

Prevalência de transtorno de compulsão alimentar periódica em gestantes de risco

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Data da aprovação: 06/12/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Valéria Cristina Soares Furtado Botelho – Orientadora e Presidente da Banca
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^ª. Dra. Karina dos Santos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^ª. Dra. Fabricia Junqueira das Neves
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

RESUMO

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública e apresenta números crescentes entre mulheres em idade reprodutiva, fazendo com que muitas destas iniciem a gestação com esse diagnóstico. Quando presente durante a gravidez de forma isolada ou associada a outras comorbidades torna a gravidez de risco. Junto a esses dados, soma-se a questão da possibilidade de presença dos transtornos alimentares possuírem relação com o desenvolvimento da obesidade, sendo associado a desfechos negativos para a mãe e para o feto. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em gestantes de risco. **Métodos:** Realizou-se estudo de caráter transversal, realizado a partir de dados coletados (sociodemográficos, presença de doenças pré-existentes, idade gestacional, dados antropométricos e hábitos alimentares) durante o acompanhamento pré-natal de gestantes de risco atendidas em ambulatório de um hospital universitário no Rio de Janeiro. Para a avaliação do TCAP foi utilizado o questionário da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, e todos os dados foram tabulados no Excel®. Empregou-se testes estatísticos adequados ao estudo e também estatística descritiva com análise de distribuição de frequência. **Resultados:** Foram avaliadas 39 gestantes adultas com média de idade de $30,1 \pm 6,34$ anos, que em sua maioria possuíam o ensino médio completo (53,8%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (56,4%) e o lar composto por de um a três pessoas (48,7%). Majoritariamente as mulheres se autodeclararam brancas (41,0%), desempenhavam alguma atividade remunerada (61,5%) e eram casadas ou em união estável (74,4%). Entre as comorbidades presentes, observou-se como a mais prevalente a obesidade isolada ou associada a outras doenças (48,8%), sendo seguida pelo vírus da imunodeficiência humana (25,6%), diabetes *mellitus* isolada ou associada a outras doenças (17,9%) e da hipertensão arterial (25,6%). Quanto ao hábito alimentar, a prevalência foi a realização de 3 a 4 refeições por dia (71,8%), eventual substituição de almoço ou jantar por lanches (41,0%) e realização das refeições sem horário fixo (56,4%). Houve predomínio de excesso de peso corporal (71,8%) nas gestantes que apresentaram IMC médio de $29,4 \text{ kg/m}^2$ na primeira consulta com a Nutrição. A maioria das mulheres (51,3%) iniciou o atendimento nutricional no segundo ou terceiro trimestres gestacionais. Quanto a presença do TCAP, duas gestantes (5,1% da amostra) foram identificadas com o transtorno, e em sua forma grave, ambas com obesidade, segundo classificação do IMC ($>30 \text{ kg/m}^2$). **Conclusão:** O trabalho encontrou uma prevalência de 5,1% de presença de TCAP nas gestantes de risco avaliadas; prevalência importante quando comparada com outros achados da literatura. Porém não foi possível realizar associação entre a presença deste transtorno com o estado nutricional. Destaca-se a importância e necessidade da continuidade deste estudo abrangendo um maior número de gestantes.

Palavras-chave: Gestação de risco. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Obesidade. Excesso de peso corporal.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a public health problem and has increasing numbers among women of reproductive age, causing many of them to begin pregnancy with this diagnosis. When present during pregnancy alone or associated with other comorbidities, it makes the pregnancy risky. Along with these data, there is the question of the possibility of the presence of eating disorders being related to the development of obesity, being associated with negative outcomes for the mother and the fetus. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the prevalence of Binge Eating Disorder (BED) in high-risk pregnant women. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, based on data collected (sociodemographic, presence of pre-existing diseases, gestational age, anthropometric data and eating habits) during prenatal monitoring of high-risk pregnant women attended at an outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. To assess BED, the Binge Eating Scale questionnaire was used, and all data were tabulated in Excel®. Statistical tests appropriate to the study were used, as well as descriptive statistics with frequency distribution analysis. **Results:** 39 adult pregnant women were evaluated with a mean age of 30.1 ± 6.34 years, most of whom had completed high school (53.8%), family income of 1 to 2 minimum wages (56.4%) and a home made up of one to three people (48.7%). The majority of women declared themselves to be white (41.0%), carried out some paid activity (61.5%) and were married or in a stable relationship (74.4%). Among the comorbidities present, the most prevalent was obesity alone or associated with other diseases (48.8%), followed by the human immunodeficiency virus (25.6%), diabetes mellitus alone or associated with other diseases (17.9%) and high blood pressure (25.6%). Regarding eating habits, the prevalence was eating 3 to 4 meals a day (71.8%), occasionally replacing lunch or dinner with snacks (41.0%) and eating meals without a fixed time (56.4%). There was a predominance of excess body weight (71.8%) in pregnant women who had an average BMI of 29.4 kg/m^2 in the first consultation with Nutrition. The majority of women (51.3%) started nutritional care in the second or third gestational trimesters. Regarding the presence of BED, two pregnant women (5.1% of the sample) were identified with the disorder, and in its severe form, both with obesity, according to BMI classification ($>30 \text{ kg/m}^2$). **Conclusion:** The study found a prevalence of 5.1% of BED in the high-risk pregnant women evaluated; important prevalence when compared with other findings in the literature. However, it was not possible to establish an association between the presence of this disorder and nutritional status. The importance and need to continue this study covering a greater number of pregnant women is highlighted.

Keywords: High-risk pregnancy. Binge Eating Disorder. Obesity. Excess body weight.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39). 17
- Tabela 2** - Diagnóstico clínico das gestantes de risco de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39). 18
- Tabela 3** - Hábitos alimentares das gestantes de risco durante a gestação (n = 39). 18
- Tabela 4** - Estado nutricional e idade gestacional das gestantes de risco de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39). 19
- Tabela 5** - Avaliação da presença de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica segundo questionário da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (n = 39). 20
- Tabela 6** - Associação entre a presença do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e o estado nutricional das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle. 20
- Tabela 7** - Associação entre a presença do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e os hábitos alimentares das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle. 21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1	Gestação de risco	6
2.2	Excesso de peso e as complicações na gestação	7
2.3	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e a relação com a obesidade	10
2.4	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e sua relação com a gestação	11
3	JUSTIFICATIVA	13
4	OBJETIVOS	14
4.1	Objetivo geral	14
4.2	Objetivos específicos	14
5	METODOLOGIA	15
6	RESULTADOS	17
7	DISCUSSÃO	22
8	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	ANEXOS	36
	ANEXO A - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES (BINGE EATING SCALE)	36

1 INTRODUÇÃO

A gestação de risco abrange mulheres que apresentam durante este período algum agravo ou comorbidade que as tornam mais propensas a desenvolverem complicações tanto para elas quanto para o feto (BRASIL, 2010). A literatura mostra que a presença de excesso de peso corporal é fator que predispõe estas mulheres ao desenvolvimento de complicações durante a gestação (KANKOWSK *et al*, 2022; FAKHRAEI *et al*, 2022).

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um problema de saúde pública global. No Brasil, estima-se que 60,3% da população apresentam sobrepeso, enquanto 25,9% possuem casos mais graves da doença, com a presença de um maior índice de massa corporal (IBGE, 2020). Além disso, a prevalência é significativa entre mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2022), o que pode ser relacionado com um maior número de gestantes que já iniciam esse ciclo com diagnóstico de obesidade.

Dessa maneira é importante salientar que as mulheres que iniciam a gestação com obesidade possuem risco elevado para o desenvolvimento de efeitos adversos tanto para ela, quanto para o feto, tais como risco aumentado para parto cesárea, nascimento de bebês grandes para a idade gestacional e o acometimento das mulheres por doenças ainda na gestação, como é o caso da diabetes gestacional e da pré-eclâmpsia (FAKHRAEI *et al*, 2022).

Como agravante a estes desfechos, pode-se destacar a presença da compulsão alimentar periódica (CAP). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, existem alguns critérios que devem ser considerados para tal classificação. O CAP pode ser definido como a presença de episódios onde ocorre a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos quando comparado ao que seria ingerido por outras pessoas em uma mesma situação, em conjunto a sensações de culpa, estresse e vergonha, e perda do autocontrole. O diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) cabe aos casos em que há a ocorrência destes episódios sem estratégias compensatórias, além disso, é necessário que eles ocorram ao menos uma vez por semana em um período de três meses (APA, 2014).

Dentre todos os transtornos alimentares existentes, o TCAP se apresenta como a desordem mais recorrente, e apresenta uma prevalência de aproximadamente 1,4% ao longo da vida (KESSLER *et al*, 2008).

Ademais, há uma relação entre a presença de TCAP e a obesidade (BARNES, 2011), sendo este transtorno muito prevalente em adolescentes e mulheres em idade fértil (BAJAJ *et al*, 2023 e JANAS-KOZIK *et al*, 2021). Segundo Dingemans (2012), a relação entre TCAP e

obesidade pode ser confirmada pelos dados que apontam a existência de 71% das pessoas adultas com diagnóstico de TCAP possuírem obesidade, a prevalência também é significativa em grupos que buscam por tratamentos para a perda de peso (PIVETTA, 2010).

Então, ao associar os dados que apontam os riscos de TCAP e da obesidade na gestação infere-se que possa existir uma interferência do transtorno no ganho de peso em excesso durante o período gestacional (SIEGA-RIZ *et al*, 2011). Estudos mostram que o tratamento da TCAP não é eficaz para promover perda significativa de peso entre pessoas com obesidade, além disso, é importante salientar que não existe recomendação para a perda de peso durante a gestação (LEGENBAUER, 2011; BRASIL, 2022). Porém, a qualidade da dieta pode sofrer melhorias, uma vez que estudos apontam que durante os episódios de compulsão há uma maior ingestão de alimentos fontes das chamadas “calorias vazias”, com grande quantidade de açúcar, carboidratos simples, gordura saturada e baixas quantidades fibras (SILVA, 2019 e MACHADO *et al*, 2008) que está associado a queixas de constipação, em gestantes esta queixa é comum principalmente no primeiro trimestre gestacional.

Apesar de existir relação entre o TCAP e a presença de obesidade nos indivíduos (BARNES, 2011), e entre TCAP e a gravidez (SEBASTIANI *et al*, 2020), a literatura é escassa acerca da temática que relaciona a presença do TCAP em gestantes de risco. Dessa maneira, o presente trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência do TCAP em gestantes de risco atendidas em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestação de risco

A gestação é um processo considerado fisiológico e que apesar de causar muitas mudanças no organismo da mulher, em grande parte dos casos ocorre sem complicações. Entretanto, parte dessas gestantes pode apresentar comorbidades, sofrer algum agravo ou desenvolver alguns problemas, e por isso possuem maior chance de complicações tanto para o feto quanto para a mãe, e dessa forma possuem uma gestação de risco (BRASIL, 2010).

Diante do cenário onde se tem a presença de riscos para a gestante e para o feto é de extrema importância que se tenha um acompanhamento mais completo e de qualidade, dando suporte para essas mulheres durante um período de tantas mudanças físicas, mentais e nos hábitos do cotidiano (BRASIL, 2010). Nesse momento destaca-se a importância do pré-natal durante a gestação de risco, que tem como função atuar nesses casos para reduzir os desfechos desfavoráveis para as mulheres e para o feto (BRASIL, 2010).

Ainda na primeira consulta é realizada uma estratificação de risco gestacional em três grupos - risco habitual, médio risco ou risco intermediário e alto risco - no intuito de definir, de acordo com a demanda e especificações de cada mulher, o melhor local de tratamento, os tipos de exames, especialidades médicas e equipes multidisciplinares que elas terão acesso (BRASIL, 2022). Apesar de receberem um atendimento especializado, o acompanhamento realizado pela Atenção Primária à Saúde não deve ser excluído, destacando-se a importância de uma nova avaliação e estratificação a cada consulta (BRASIL, 2022).

Dentre as condições que apontam risco para a gestante e que devem ser consideradas no pré-natal podemos citar, idade <15 anos e >40 anos, baixo peso pré-gestacional (IMC <18 kg/m²), transtornos alimentares, obesidade, uso abusivo ou dependência de tabaco e/ou bebidas alcoólicas, hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, diabetes *mellitus* (DM) anterior à gestação ou gestacional em uso de insulina, transtornos mentais, hepatopatias, nefropatias, gestante portando o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), entre outros (BRASIL, 2022).

As principais consequências das intercorrências mencionadas anteriormente incluem parto prematuro, bebês pequenos para a idade gestacional, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e mortalidade materna (SÁ *et al*, 2021). Segundo o Ministério da Saúde (2022), a obesidade na gestação também pode levar a uma série de consequências desfavoráveis para o feto e para a gestante, incluindo bebês grandes para a idade gestacional (GIG), diabetes gestacional, óbito fetal, hemorragia intra e pós-parto e óbito perinatal.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o óbito materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou 42 dias após o seu fim, independente da causa, sendo ela relacionada ou agravada pela gestação ou por alguma medida relacionada a ela, mas exclui as causas acidentais ou incidentais. A taxa de mortalidade materna no Brasil teve uma redução de 58% entre os anos de 1990 e 2015 (ALVES *et al*, 2021), mas de acordo com dados recentes, esta taxa sofreu um aumento entre os anos de 2019 e 2021, quando os números passaram de 55,31% para 107,53%, respectivamente (Nações Unidas, 2023). Tais números são alarmantes e expressam a necessidade de criação de estratégias que solucionem, ou pelo menos reduzam esses casos; assim, o Manual de Gestação de Alto Risco destaca que este é um assunto problemático e que engloba diversos fatores, não estando associado apenas ao acompanhamento pré-natal, mas também a problemas sociais (BRASIL, 2022).

Portanto, a identificação dos riscos, o acompanhamento pré-natal e o acesso a um atendimento e serviços de qualidade se fazem ainda mais necessários para que essas mulheres tenham benefícios na gestação, e que tanto elas quanto seus filhos tenham uma menor probabilidade de complicações, garantindo um período de maior tranquilidade e segurança (ALVES *et al*, 2021 e SÁ *et al*, 2021).

2.2 Excesso de peso e as complicações na gestação

Assim como apresentado pelo Ministério da Saúde (2022), a obesidade pode ser definida como uma doença crônica e de etiologia complexa, que pode sofrer influência de fatores ambientais, genéticos e hábitos de vida. É caracterizada por uma alta ingestão calórica *versus* a baixa prática de atividade física, culminando em um acúmulo de gordura corporal e associada a outras doenças crônicas (BRASIL, 2022).

Para a classificação do estado nutricional de indivíduos com excesso de peso corporal considera-se o IMC para adultos (OMS, 1997), onde aqueles que possuem entre 24,9 a 29,9 kg/m² apresentam sobrepeso, os que apresentam entre 30,0 a 34,99 kg/m² são classificados com obesidade grau I; pessoas com 35,0 a 39,99 kg/m² possuem obesidade grau II; e por fim indivíduos com IMC \geq 40 kg/m² possuem obesidade grau III.

Segundo Kankowsk *et al* (2022), em 2022 cerca de 30% das mulheres em idade reprodutiva no Reino Unido apresentavam obesidade. Tais dados não se distanciam das mulheres brasileiras em idade reprodutiva, onde a porcentagem de mulheres como obesidade em 2019 era de 13,5% na idade de 18 a 24 anos e de 27,9% entre aquelas com 25 a 39 anos (BRASIL, 2022). Estes números podem ser explicados pela rotina agitada dessas mulheres

que cada vez mais buscam pela sua independência, associado ao crescente consumo de alimentos ultraprocessados, o que justificaria os números crescentes (SOUSA *et al*, 2021).

Associados a alta porcentagem dos casos de mulheres em idade fértil com obesidade estudos apontam diversos riscos para a mãe e para o bebê tanto em um cenário de IMC pré-gestacional de sobrepeso ou obesidade, quanto de uma gestação com ganho de peso excessivo (SILVA, 2014; KANKOWSK *et al*, 2022; FAKHRAEI *et al*, 2022). Sendo assim, evidencia-se mais uma vez o papel do pré-natal, principalmente para aquelas mulheres que possuem obesidade grau III, ou grau II associada a outras comorbidades, e que por isso precisam de um acompanhamento multiprofissional já que são classificadas como gestantes de risco. A classificação do IMC das gestantes deve ser realizada ainda na primeira consulta do pré-natal convencional, possibilitando a identificação e estratificação de risco de cada uma delas (BRASIL, 2022).

Entre as complicações que podem acometer a mulher em uma gestação com obesidade podemos citar aborto, bebê grande para a idade gestacional/macrossomia, diabetes gestacional, óbito fetal (o risco aumenta de acordo com o aumento do IMC da mulher) e infantil, maior chance de parto cesárea de urgência, hemorragia intra e pós-parto, pós-datismo, dificuldade para avaliar anomalia fetal, malformações fetais (sistema nervoso central, espinha bífida, malformações cardíacas, fenda palatina, entre outras), dificuldade na amamentação, entre outros (BRASIL, 2022).

A obesidade está relacionada ainda com doenças cardiovasculares (DCV), perfil cardiometabólico negativo e maiores chances de desenvolvimento de doenças congênitas na prole na vida adulta (KANKOWSK *et al*, 2022). De acordo com Passos *et al* (2023) perfil cardiometabólico diz respeito aos fatores associados com o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, como a DM e DCV. Nesse sentido, o perfil cardiometabólico negativo está relacionado com a presença de alguns marcadores que pré-dispõem o desenvolvimento destas doenças, dentre eles podemos citar biomarcadores como colesterol total, triglicerídeos, insulina, glicose, hemoglobina glicada, entre outros (PASSOS *et al*, 2023).

Ainda de acordo com Kankowsk *et al* (2022), a suplementação com ácido fólico seria eficaz para diminuir os riscos de DCV e defeitos relacionados com o tubo neural (ZHENG *et al*, 2018), e segundo estes autores, o quadro de obesidade pode expor a deficiência de ácido fólico (ZHENG *et al*, 2018), então essas mulheres demandariam uma dose superior ao que é normalmente suplementado na gestação.

O nascimento de bebês grandes para a idade gestacional (GIG) está presente com maior frequência em gestações de mulheres com obesidade, além disso, o grau da obesidade

materna também está diretamente ligado ao aumento de riscos para a mãe (FAKHRAEI *et al*, 2022). Segundo WANG (2023), o risco para macrosomia ainda pode aumentar quando associado a outras comorbidades, como por exemplo, a diabetes melítus e a idade mais avançada (maior ou igual a 36 anos). Nesse contexto, a macrosomia pode ser explicada por um aumento na passagem de nutrientes e aminoácidos para o feto via placenta (BRETT *et al*, 2014).

As complicações podem perdurar ao longo da vida adulta, pois a presença da resistência à insulina, secreção de adipocinas alteradas e o aumento dos marcadores inflamatórios estão sendo associados a uma inflamação na placenta e conseqüentemente a um transporte alterado de nutrientes pela mesma, o que desencadeia uma programação metabólica negativa do feto e aumenta o risco para síndrome metabólica na vida adulta (FAKHRAEI *et al*, 2022).

O excesso de peso também está associado a dificuldades de manter o aleitamento materno exclusivo (LIU *et al*, 2010), e relaciona-se com um desenvolvimento inadequado das glândulas mamárias antes e durante a gestação e durante a amamentação (RASMUSSEN, 2007). Dessa forma, o esperado é que nesta situação ocorra a oferta de fórmulas infantis e não se cumpra o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, assim como é preconizado pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2019).

Mesmo diante dos riscos apresentados, não existe recomendação para perda de peso de gestantes com obesidade ou sobrepeso, o ideal é que se estimule a perda antes da gestação (BRASIL, 2022). Assim como para as demais, é necessário o ganho em uma faixa determinada e considerada adequada para o desenvolvimento do bebê, pois o contrário está relacionado com óbito infantil (BRASIL, 2022). Para as mulheres que iniciam a gestação com sobrepeso é recomendado um ganho de peso total na gestação entre 7 a 9 kg, enquanto que gestantes com obesidade requerem um ganho de 5 a 7,2 kg até a 40ª semana (BRASIL, 2023).

Essa faixa de ganho de peso é estabelecida para que haja um controle dos possíveis efeitos adversos que podem acometer a mãe e o bebê, onde um ganho além ou inferior do estabelecido está relacionado com maiores complicações (NOGUEIRA, 2013). De acordo com o mesmo autor, mesmo com a existência da diretriz, a tendência é que tais mulheres ganhem mais peso do que é preconizado.

Dessa maneira, o acompanhamento nutricional durante o pré-natal se faz essencial para o controle das alterações que dizem respeito ao estado nutricional da gestante, a fim de gerar um melhor prognóstico na gestação e no período pós-parto, além de contribuir para uma recuperação apropriada do estado nutricional (SILVA, 2014).

2.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e a relação com a obesidade

Segundo Barnes (2011), existe uma relação entre TCAP e a presença de obesidade nos indivíduos, tal afirmativa pode ser explicada pelo fato da compulsão alimentar gerar um alto consumo de calorias (CRUZ, 2019), gerando assim um balanço energético positivo e contribuindo para o aumento do estoque de gordura corporal. Em estudo publicado em 2016 aqui no Brasil, a prevalência de TCAP em pacientes que procuravam algum tipo de tratamento para emagrecimento chegava a 22% (SILVA, 2019).

Apesar de muito relacionada como fator provocador desse estado nutricional, alguns estudos também apontam que a obesidade pode ser responsável por levar aos quadros de compulsão alimentar (BERNARDI, 2005 e ANDRADE *et al*, 2021). De acordo com ambos, esse grupo acaba estando mais exposto a discriminações e pressões psicológicas para se enquadrarem nos padrões estéticos que são impostos pela mídia e pela sociedade. Atualmente as dietas baseadas em restrição de alimentos estão se tornando cada vez mais recorrentes, o que gera uma problemática, uma vez que essas dietas provocam desequilíbrios hormonais no organismo e podem gerar episódios de compulsão alimentar como consequência (ANDRADE *et al*, 2021). Segundo Caldas *et al* (2022), indivíduos com obesidade e que possuem diagnóstico de TCAP apresentam níveis séricos de leptina – hormônio responsável por regular o consumo de alimentos, gerando saciedade nos indivíduos, além de aumentar o gasto energético – aumentados, mas em algumas situações, como por exemplo na obesidade, a função desse hormônio pode estar alterada e por isso ele não atua de maneira adequada, o que pode estar associado ao ato de comer de maneira compulsiva entre esses indivíduos.

De uma maneira geral, os episódios de compulsão alimentar estão associados com a ingestão de alimentos que possuem uma qualidade ruim, como ultraprocessados, carboidratos simples, gorduras e baixa ingestão de fibras (MACHADO *et al*, 2008). Na revisão da literatura realizada por Silva (2019), de fato foi identificado que os participantes ingeriam uma elevada quantidade de calorias e uma faixa muito inferior a 20 g de fibras/ dia, o que se distancia do que é preconizada pela ingestão diária recomendada. Por fim, os indivíduos que possuem obesidade e TCAP dispõem de uma maior repetição de comportamentos alimentares irregulares, como o ato de beliscar e petiscar, além de maiores chances de realizarem as refeições de maneira duplicada (MASHEB, 2011).

Apesar de desempenhar um papel importante para o início da obesidade, tratar a compulsão alimentar não é o suficiente para solucionar tal problema como um todo e gerar uma perda de peso significativa, mas se mostra útil para ocasionar déficits pequenos e dificultar a recuperação do peso em casos em que o mesmo ocorreu (LEGENBAUER, 2011).

Então, o tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar, englobando mudanças nos hábitos alimentares, acompanhamento médico e nutricional, prática de atividade física, e quando necessário a realização da cirurgia bariátrica (ABESO, 2016), sendo o tratamento do transtorno complementar as demais práticas e sendo essencial para impedir um novo ganho de peso (LEGENBAUER, 2011).

No que diz respeito à prevalência ao comparar os sexos, o estudo realizado com indivíduos usuários da Atenção Primária à Saúde apontou existir um maior acometimento de compulsão alimentar entre mulheres quando comparado com o sexo oposto (KLOBUKOSKI, 2017). A revisão da literatura realizada por Santos (2017) confirma este dado, acrescido ao fato de que a gravidade do transtorno é ainda maior quando acomete tal sexo.

2.4 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e sua relação com a gestação

Assim como abordado anteriormente, existe uma recomendação para o ganho de peso ideal durante a gestação, que por sua vez garante maior segurança para que as mulheres e sua prole possuam uma gestação de maior tranquilidade, com menores complicações e desfechos negativos (NOGUEIRA, 2013; BRASIL, 2022; SILVA, 2014).

Nesse sentido, os transtornos alimentares desempenham um papel desfavorável como fator desencadeador de complicações na gestação (BAJAJ *et al*, 2023). Os sintomas iniciais acometem principalmente adolescentes e mulheres no início da vida adulta, essa afirmativa possibilita criar uma relação entre o aparecimento desses sintomas e o período caracterizado pela idade reprodutiva das mulheres (JANAS-KOZIK *et al*, 2021). De uma maneira geral, a presença destes transtornos está associada a uma série de efeitos adversos para a prole e para a mãe, como por exemplo, o aborto espontâneo, parto prematuro e bebês que apresentam baixo peso ao nascer. (BAJAJ *et al*, 2023 e JANAS-KOZIK *et al*, 2021).

Sendo assim, existe uma relação entre a presença de transtornos alimentares e a gestação, onde a porcentagem de mulheres grávidas com diagnóstico de alguma desordem alimentar pode chegar até 7,5%, incluindo desordens como bulimia nervosa, anorexia nervosa e TCAP (SEBASTIANI *et al*, 2020).

As gestantes podem ser classificadas em diferentes categorias quanto à relação entre a presença dos transtornos alimentares e a gestação. Elas podem apresentar o desaparecimento completo dos sintomas, apresentarem uma diminuição da sintomatologia, piora dos sintomas ou manter os sintomas já existentes no período pré-gestacional (CLAYDON *et al*, 2018 *apud* TIERNEY, 2011).

Foi verificada uma prevalência do TCAP de 1 a 4% entre as mulheres europeias fora do período gestacional (JANAS-KOZIK *et al*, 2021). Um trabalho realizado em 2011 utilizando dados do estudo norueguês denominado como “Norwegian Mother and Child Study” (MoBa) – estudo de coorte prospectivo que incluiu gestantes norueguesas entre os anos de 1999 e 2009, e que foi dirigido pelo Norwegian Institute of Public Health – mostrou que 4,1% das gestantes, ou seja, 1.887 mulheres grávidas participantes do estudo possuíam TCAP. Dentre elas, 49,3% tiveram o transtorno iniciado na gestação, 38,8% tiveram remissão da sintomatologia e 61,2% permaneceram com o diagnóstico de TCAP após a gravidez (BERG *et al*, 2011).

A presença das consequências ao relacionar a gestação com este transtorno alimentar também foi abordada na literatura, e como o esperado não foram positivas, incluindo complicações ainda na gestação, como por exemplo, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão gestacional (JANAS-KOZIK *et al*, 2021). Em relação aos desfechos associados com o feto podemos citar menor chance de bebês pequenos para a idade gestacional (PIG), e chances aumentadas para macrossomia, bebês GIG e parto cesárea (DAS NEVES *et al*, 2023). Por fim, em estudo realizado por Bulik *et al* (2009) também foi encontrada relação entre a presença de um maior IMC pré-gestacional nas mulheres com diagnóstico de TCAP quando comparadas com as sadias.

Ao abordar o padrão alimentar das gestantes com TCAP, Dörsam *et al* (2019) mostrou que a qualidade e a quantidade da dieta dessas mulheres não eram adequadas. Havia um consumo excessivo das calorias, com uma ingestão aumentada de gorduras e deficiente em micronutrientes. Este comportamento pode ser explicado pelas alterações já citadas que ocorrem na gravidez, como por exemplo, as hormonais e psicológicas (BERG *et al*, 2011).

Diante do que é apresentado pela literatura frente à qualidade da alimentação e desfechos negativos tanto para gestantes quanto para os bebês (DÖRSAM *et al*, 2019), é de grande valia que seja realizado o acompanhamento nutricional e multidisciplinar durante o pré-natal para estas mulheres.

3 JUSTIFICATIVA

Os casos de obesidade são crescentes na população mundial, principalmente entre as mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Somado a isso, existe uma alta prevalência de casos no Brasil de gestantes que apresentam obesidade. Ainda nesse cenário é importante considerar os dados que apontam alta frequência com que mulheres em idade reprodutiva são afetadas por transtornos alimentares, entre eles o TCAP, e como tal transtorno é capaz de influenciar no ganho de peso da população acometida.

Sabe-se que gestantes com obesidade possuem risco aumentado para complicações na gestação, como por exemplo, diabetes gestacional, hipertensão arterial, maior probabilidade do parto cesáreo e distúrbios do crescimento fetal, além de prejuízos para a prole como bebês GIG e obesidade na infância e adolescência.

Portanto, a confirmação da relação entre gestantes com obesidade e TCAP é eficaz para que se realize uma intervenção durante o pré-natal no intuito de tratar tal transtorno e ter uma redução de danos tanto para a gestante quanto para a prole.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a prevalência de transtorno da compulsão alimentar periódica em gestantes de risco.

4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a população estudada em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos, nutricionais e hábitos alimentares;
- b) Verificar se existe maior prevalência da presença de TCAP em gestantes com obesidade do que nas demais gestantes.

5 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um estudo transversal, realizado com gestantes de risco adultas com ou sem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), encaminhadas via Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde (SISREG-SUS) para atendimentos de pré-natal durante a gestação. O banco de dados para a realização do trabalho contou com informações coletadas previamente a partir de maio de 2019 até setembro de 2023, tendo como critério de inclusão a realização do atendimento nutricional durante o pré-natal neste ambulatório. Foram excluídas todas as gestantes que se recusaram a responder o questionário da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) ou que não o responderam por completo. Além disto, no período da pandemia tiveram consultas realizadas de forma remota ou realizadas em menor tempo de atendimento, o que comprometeu a aplicação do referido questionário.

Durante este período, 252 gestantes foram atendidas pela Nutrição, e ao adotar o critério de exclusão, apenas 39 pacientes (n=39) estavam aptas a participar do estudo. As informações foram coletadas através do formulário de coleta de dados e pelo ECAP (ANEXO A) que foi aplicado na primeira consulta com a Nutrição mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação deste foi realizada pelas alunas participantes do projeto que acompanham e realizam as consultas das pacientes, sendo todas essas etapas supervisionadas pela professora responsável. Através do formulário de coleta de dados foram colhidas informações sociodemográficas para a caracterização do público estudado (faixa etária, escolaridade, renda familiar mensal, número de membros residentes no domicílio, etnia autorreferida, ocupação e estado civil), diagnóstico clínico, dados antropométricos (peso atual, peso pré-gestacional referente à 2 meses antes da gestação ou até a 13ª gestacional e estatura) para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), idade e período gestacional (1º trimestre da 1ª à 13ª semana, 2º trimestre da 14ª à 27ª semana e 3º trimestre 28ª à 40ª semana) e hábitos alimentares (número de refeições realizadas por dia, hábito de substituir refeições principais por lanches e hábito de realizar as refeições em horário regular).

Em relação ao questionário da ECAP, o mesmo foi elaborado para a identificação da compulsão alimentar, e possui 16 itens em escala Likert, com um total de 62 afirmativas e tem como característica a sua facilidade, uma vez que é auto-aplicável (Gormally *et al*,1982). Para a soma da pontuação de cada participante foi considerada a grade de correção já disponibilizada pelo autor, considerando os escores a seguir: pontuação menor ou igual a 17 considera-se sem compulsão alimentar periódica (CAP); aqueles com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada; e por último, indivíduos que apresentam pontuação

maior ou igual a 27 são classificados com CAP grave. O questionário foi desenvolvido por Gormally *et al* (1982) e traduzido e validado para versão brasileira por Freitas *et al*, 2006.

As variáveis utilizadas referentes aos fatores socioeconômicos e sociodemográficos foram autorreferidas pelas gestantes. Considerou-se a faixa etária (18-20 anos, 21-34 anos e \geq 35 anos), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo), renda familiar mensal (< 1 salário mínimo, 1-2 salários mínimos, 3-4 salários mínimo, > 4 salários mínimos e desejaram não declarar renda), número de membros residentes no domicílio (< 3 pessoas, 3-4 pessoas e > 4 pessoas), etnia (branca, parda, negra e amarela), ocupação (do lar e atividade remunerada) e estado civil (casada/união estável, solteira, divorciada/separada e viúva).

No que refere ao diagnóstico clínico, foram registradas doenças relatadas na primeira consulta e verificado diagnóstico clínico atualizado pela equipe médica.

Para a avaliação do estado nutricional considerou-se o peso pré-gestacional da gestante e o peso no momento da primeira consulta ambulatorial da gestante com a Nutrição.. Para o cálculo do IMC utilizou-se a fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / (\text{altura em metros})^2$. A classificação ocorreu entre baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($IMC \geq 18,5$ e $< 25,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25,0$ e $< 30,0 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 2000).

O cálculo da idade gestacional foi baseado na data da última menstruação (DUM), sendo este confirmado através da ultrassonografia obstétrica, e para a definição do período gestacional, considerou-se uma gestação de 40 semanas dividida em três trimestres, o primeiro trimestre da 1ª à 13ª semana, o segundo trimestre da 14ª à 27ª e o terceiro trimestre da 28ª à 40ª semana.

Para a análise dos dados, as informações foram registradas no programa Microsoft Office Excel 2016®, e utilizou-se estatística descritiva com análise de distribuição de frequência.

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Perfil clínico-nutricional e características sociodemográficas, assistenciais e perinatais de gestantes com ou sem HIV atendidas em ambulatório de obstetrícia em um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, cumprindo assim a Resolução nº 466/12 (parecer técnico nº 4.322.553).

6 RESULTADOS

Foram coletadas informações de 39 gestantes de risco. Estas apresentaram idade entre 19 e 42 anos, com média de $30,1 \pm 6,34$ anos, sendo que mais da metade das mulheres possuíam entre 25 – 34 anos (51,3%).

A maior parte das gestantes possuía ensino médio completo (53,8%), renda familiar entre 1 – 2 salários mínimos (56,4%), número menor a 3 pessoas residentes na casa (48,7%) e de etnia branca (41,0%) de acordo com a autodeclaração das mesmas. Em relação à ocupação, estas mulheres predominantemente desempenham alguma atividade remunerada (61,5%) e 74,4% possuem um parceiro, sendo com união estável ou casadas (Tabela 1). Apesar da maioria apresentar ensino médio completo, um percentual significativo destas mulheres estudaram apenas até o ensino fundamental (18,0%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39).

Características	N	%
Faixa etária		
18 – 24 anos	8	20,5
25 – 34 anos	20	51,3
≥ 35 anos	11	28,2
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	3	7,7
Ensino fundamental completo	4	10,3
Ensino médio incompleto	2	5,1
Ensino médio completo	21	53,8
Ensino superior incompleto	3	7,7
Ensino superior completo	6	15,4
Renda mensal		
< 1 salário mínimo	1	2,6
1 – 2 salários mínimos	22	56,4
3 – 4 salários mínimos	9	23,1
> 4 salários mínimos	4	10,3
Desejaram não declarar renda	3	7,7
Número de residentes na casa		
< 3 pessoas	19	48,7
3- 4 pessoas	15	38,5
> 4 pessoas	5	12,8
Etnia		
Branca	16	41,0
Parda	15	38,5
Negra	8	20,5
Amarela	0	0,0
Ocupação		

Do lar	15	38,5
Atividade remunerada	24	61,5
Estado civil		
Casada/união estável	29	74,4
Solteira	7	17,9
Divorciada/separada	3	7,7
Viúva	0	0

Ao caracterizar a amostra de acordo com o diagnóstico clínico, verificou-se maior prevalência de obesidade isolada ou associada a outras doenças (48,8%), seguida do HIV (25,6%), diabetes *mellitus* isolada ou associada a outras comorbidades (17,9%) e da hipertensão arterial (25,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Diagnóstico clínico das gestantes de risco de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39).

Diagnóstico clínico	N	%
Obesidade	19	48,8
Obesidade isolada	8	20,5
Obesidade e diabetes <i>mellitus</i>	4	10,3
Obesidade e HIV	4	10,3
Obesidade e hipertensão arterial	1	2,6
Obesidade, diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial	2	5,1
Diabetes <i>mellitus</i>	7	17,9
Diabetes <i>mellitus</i> isolada	6	15,3
Diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial	1	2,6
HIV	10	25,6
Hipertensão arterial	3	7,7

Acerca dos hábitos alimentares, a maior parte das gestantes (71,8%) realizava de 3 a 4 refeições por dia, enquanto que menos de um quarto das pacientes (20,5%) tinha o hábito de substituir as refeições principais (almoço e/ou jantar) por lanches. Já sobre a regularidade nos horários para realizar as refeições, a maioria das mulheres não possuía tal hábito, uma vez que 56,4% e 7,7% não as realizam em horário regular ou realizam às vezes, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Hábitos alimentares das gestantes de risco durante a gestação (n = 39).

Hábitos alimentares	n	%
Nº de refeições por dia		
1 a 2	3	7,7

3 a 4	28	71,8
5 a 6	8	20,5
Hábito de substituir almoço/jantar por lanches		
Sim	8	20,5
Não	15	38,5
Às vezes	16	41,0
Horários regulares para fazer as refeições		
Sim	14	35,9
Não	22	56,4
Às vezes	3	7,7

No que diz respeito ao estado nutricional, a maior parte das mulheres já iniciou a gestação com excesso de peso corporal (69,2%), de acordo com o IMC pré-gestacional (o IMC médio pré-gestacional foi de $28,8 \pm 7,1$), onde 33,3% e 35,9% apresentaram sobrepeso e obesidade, respectivamente (Tabela 4).

Verificou-se que maioria das gestantes (51,4%) iniciou as consultas com a Nutrição tardiamente, no segundo ou terceiro trimestre gestacional. Na primeira consulta realizada com a Nutrição, 71,8% das gestantes foram classificadas com excesso de peso corporal, considerando aquelas com sobrepeso e obesidade (Tabela 4). Ainda de acordo com a classificação do estado nutricional na primeira consulta com a Nutrição, o IMC médio foi de $29,4 \pm 7,01 \text{ kg/m}^2$.

Tabela 4 - Estado nutricional e idade gestacional das gestantes de risco de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle (n = 39).

Estado nutricional e trimestre gestacional na 1ª consulta de pré-natal com a Nutrição	n	%
Estado nutricional pré-gestacional		
Baixo peso	1	2,6
Eutrofia	11	28,2
Sobrepeso	13	33,3
Obesidade	14	35,9
Idade gestacional na 1ª consulta		
1º trimestre ¹	19	48,7
2º trimestre ²	14	35,9
3º trimestre ³	6	15,4
Estado nutricional na 1ª consulta		
Baixo peso	0	0,0
Eutrofia	11	28,2
Sobrepeso	9	23,1
Obesidade	19	48,7

1. 1ª à 13ª semana. 2. 14ª à 27ª semana. 3. 28ª à 40ª semana.

Ao que refere sobre a presença do TCAP, após a soma da pontuação dos questionários, verificou-se que a prevalência deste transtorno ocorreu em 5,1% das gestantes de risco, sendo este transtorno encontrado em sua forma grave (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação da presença de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica segundo questionário da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (n = 39).

Classificação	n	%
Sem CAP ¹	37	94,9
Com CAP moderada	0	0,0
Com CAP grave	2	5,1

1. CAP = Compulsão Alimentar Periódica.

Não foi possível verificar a existência de associação do estado nutricional e presença da TCAP devido ao número amostral das gestantes participantes neste estudo. Destaca-se que das duas gestantes classificadas com TCAP, ambas possuíam classificação do IMC de obesidade (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação entre a presença do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e o estado nutricional das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafreé e Guinle.

Variável	Estado nutricional			
	N	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
	39	n (%)	n (%)	n (%)
Presença de TCAP¹				
Sim	2	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)
Não	37	11 (28,2)	9 (23,1)	17 (43,6)
	N	Com obesidade		Sem obesidade
	39	n (%)		n (%)
Presença de TCAP				
Sim	2	2 (5,1)		0 (0,0)
Não	37	16 (41,0)		21 (53,8)

1. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.

Já na Tabela 7, foi realizada uma associação referente aos hábitos alimentares e a presença de compulsão alimentar entre as gestantes, toda via também não foi possível observar associação dos hábitos alimentares avaliados com presença da TCAP, devido ao número amostral das gestantes participantes neste estudo.

Tabela 7 - Associação entre a presença do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica e os hábitos alimentares das gestantes de risco acompanhadas no ambulatório de obstetrícia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle.

Variáveis	N	Presença de TCAP ¹	
		Sim n (%)	Não n (%)
Número de refeições por dia			
1 – 2	2	0 (0,0)	3 (7,7)
3 – 4	37	2 (5,1)	26 (66,7)
5 – 6	2	0 (0,0)	8 (20,5)
Substituição refeição principal por lanches			
Sim	8	1 (2,6)	7 (17,9)
Não	15	0 (0,0)	15 (38,5)
Às vezes	16	1 (2,6)	15 (38,5)
Horário fixo para realizar as refeições			
Sim	14	1 (2,6)	13 (33,3)
Não	22	1 (2,6)	21 (53,8)
Às vezes	3	0 (0,0)	3 (7,7)

1. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a presença de TCAP em gestantes de risco adultas atendidas no ambulatório de obstetrícia do HUGG, bem como analisou as características sociodemográficas, clínicas, nutricionais e hábitos alimentares deste público. As gestantes que compuseram o estudo apresentaram em sua maioria idade entre 25 e 34 anos, sendo este considerado uma característica positiva da população ao que diz respeito à gestação de risco, uma vez que o maior desenvolvimento de complicações na gestação está relacionado com a idade superior a 40 anos e inferior a 15 anos, assim como é apresentado pelo Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022).

Semelhante ao que é apresentado nos estudos com gestantes de alto risco realizados por Sá *et al* (2021) e Vivian *et al* (2020) a média de idade foi de 30,1 anos. Apesar de não representarem a maior parte da amostra, gestantes com idade igual ou maior a 35 anos caracterizam a segunda maior faixa etária deste trabalho. Tal fato merece atenção já que esta faixa de idade é associada a ocorrências desfavoráveis como abortos, maior frequência de cesariana em trabalho de parto pré-termo, placenta prévia e mortalidade fetal, materna e infantil (ANTUNES *et al*, 2020). Segundo o mesmo autor, esta faixa etária tem maior prevalência para algumas doenças, como a diabetes *mellitus* e a hipertensão, o que pode ser associado pela forma como os desfechos negativos anteriormente citados podem acabar incidindo mais nestas mulheres.

Quanto ao grau de escolaridade, as gestantes em sua maioria não apresentaram um baixo nível de instrução, uma vez que o ensino médio completo foi o mais frequente na amostra, seguido de ensino superior completo. Porém é relevante ressaltar que parte significativa das gestantes apresentou o grau de escolaridade até o ensino fundamental, fator que pode impactar na compreensão das orientações e na forma como devemos realizá-las. A pesquisa realizada por Vivian (2020) também encontrou a predominância do ensino médio completo, porém o segundo mais comum foi o ensino fundamental completo. Além do trabalho realizado por Vivian *et al* (2020), um estudo desenvolvido no Paraná por Costa *et al* (2016) também apontou o ensino médio completo como a escolaridade mais recorrente.

Neste trabalho, a etnia predominante foi a branca e contemplou mulheres que em sua grande maioria eram casadas e/ou possuíam união estável. Mais uma vez os dados corroboram com o que foi apresentado por Costa *et al* (2016) e Vivian *et al* (2020) em ambas as variáveis, entretanto divergem no aspecto étnico dos achados de Paiva *et al* (2019) em estudo realizado no Pará, de Fernandes (2019) referente à uma população de gestantes em Campinas (SP) e de Sá *et al* (2021) com dados de um município ao norte de Minas Gerais,

onde em todos eles as gestantes se autodeclararam pardas. É válido destacar que estas diferenças entre os estudos podem ser justificadas pela miscigenação do país (VIVIAN *et al*, 2020).

O estado civil predominante das mulheres do estudo também se destaca como um fator positivo. A estabilidade conjugal desempenha função importante para questões emocionais durante a gestação, além disso, contribui para a divisão de despesas e deveres relacionados à criança (ANJOS *et al*, 2014). O atual estudo mostrou que as gestantes majoritariamente desempenhavam atividades que contribuía para o orçamento familiar, dessa maneira, baseado no que foi descrito anteriormente, a presença de um parceiro para estas mulheres é importante para o compartilhamento das responsabilidades, uma vez que por desempenharem atividades remuneradas os deveres para com as crianças precisam ser ainda mais divididos.

No que tange a renda, mais da metade das participantes se encontravam na faixa de 1 a 2 salários mínimos. Resultados semelhantes foram obtidos por Sá *et al* (2021). De acordo com Costa *et al* (2022), a baixa renda está associada a maiores chances de insegurança alimentar de uma família, esta problemática pode ser explicada pelo fato desse mesmo dinheiro ser necessário para suprir outras necessidades essenciais de uma família. Somado a este fato, a insegurança alimentar na gestação também está associada a fatores negativos, como hiperglicemia, depressão, anemia e hipertensão arterial sistêmica (COSTA *et al*, 2022).

Apesar do presente estudo não ter realizado a análise considerando a renda *per capita*, é relevante salientar que o número de residentes no domicílio impacta diretamente no orçamento da família, sendo o número de pessoas na casa inversamente proporcional a renda familiar.

Neste trabalho, as casas eram compostas em sua maioria por um número pequeno de integrantes (1 a 3 pessoas), o que reflete a realidade de aproximadamente metade da população estudada, porém, ao associar este número de pessoas com a renda predominante neste estudo, infere-se que a renda *per capita* das famílias é baixa. O número de pessoas residentes na casa converge ao que foi encontrado por Costa *et al* (2022), onde 59,5% das mulheres também possuíam seu lar composto por 3 pessoas ou menos.

Em relação ao diagnóstico clínico, verificou-se no presente estudo que a obesidade (isolada ou associada a outras doenças) foi a doença mais recorrente entre estas mulheres. O estudo de Costa *et al* (2016) verificou como a doença mais recorrente a Infecção do Trato Urinário (ITU), o que não foi verificado no presente estudo. Acerca da obesidade, em uma pesquisa realizada no Paraná foi encontrada uma prevalência 6% em gestantes de risco, valor discrepante ao comparar com o encontrado no atual trabalho (SOARES *et al*, 2021). Porém, o

mesmo autor encontrou valores mais significantes de hipertensão arterial na sua população (15,3%), o que não corrobora com achados aqui apresentados.

A diabetes na gestação é relacionada ao risco de aborto e anomalias congênitas, e a obesidade durante este período também oferece diversos riscos, tais como a presença de macrosomia para os bebês, que quando associado a outras comorbidades, como a DM, tem seu risco aumentado (SÁ *et al*, 2021 e WANG,2023).

Já em relação aos hábitos alimentares avaliados nas gestantes estudadas, a maioria tinha o padrão de realizar de 3-4 refeições ao dia, enquanto que mais de um terço delas tinha o hábito de substituir as refeições principais (almoço e jantar) por lanches, e por fim mais da metade não realizava as refeições em horário regular. O estudo realizado em 2016 com gestantes residentes no interior e na região metropolitana de Minas Gerais vai ao encontro com o achado deste estudo quanto ao número predominante de refeições realizadas pelas gestantes (TEIXEIRA, 2016).

Apesar de ser um período fisiológico, a gestação demanda uma nova necessidade de energia, vitaminas e minerais para manter a saúde da mãe e o desenvolvimento ideal do feto. Além do número adequado de refeições ao longo do dia, não substituir refeições principais por lanches é o recomendado nesta fase da vida, uma vez que as pequenas refeições, na maioria das vezes, não são capazes de suprir as necessidades de micronutrientes necessárias (TEIXEIRA, 2016 e MEDEIROS, 2023). Assim sendo, o acompanhamento nutricional se mostra essencial para instruir e auxiliar as gestantes quanto à alimentação, adequando à rotina e demanda de cada uma.

Ao que diz respeito ao estado nutricional, a maior parte da amostra já iniciou a gestação com excesso de peso, padrão que se manteve ao analisar o IMC destas gestantes na primeira consulta com a Nutrição. Destaca-se que houve um aumento considerável no percentual de gestantes com obesidade ao comparar o cenário pré-gestacional e o de primeira consulta com a Nutrição. Desta forma, infere-se que este aumento pode estar associado ao fato de que a maior parte destas mulheres iniciou o acompanhamento pré-natal tardiamente com um profissional da área de Nutrição, uma vez que a maioria das mulheres realizou a primeira consulta no segundo ou terceiro trimestre gestacional.

O pré-natal tem como intuito, principalmente na gestação de risco, amenizar os desfechos negativos para as mães e bebês, por isto seria importante que as gestantes fossem atendidas por equipe interdisciplinar. Diante do exposto, destaca-se mais uma vez a importância do acompanhamento nutricional durante o pré-natal para o auxílio do ganho de

peso dentro do recomendado e para garantir um estado nutricional adequado durante a gestação e após o parto (SILVA, 2014).

Estudos vêm mostrando que a presença da obesidade ou excesso de peso tanto antes, quanto durante a gestação estão relacionados com riscos diretos para as mulheres como, parto cesárea, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional, e para a prole, como por exemplo, o nascimento de bebês GIG e distúrbios metabólicos e excesso de peso na infância e adolescência (COSTA *et al*, 2016 e BRASIL, 2022).

Outros estudos apresentaram semelhante caracterização da sua população estudada com o atual trabalho, no que tange o estado nutricional das gestantes (COSTA *et al*, 2016; OLIVEIRA *et al*, 2018; COSTA *et al*, 2021). Apesar de nem todos indicarem a obesidade como estado nutricional prevalente entre as gestantes assim como o atual estudo, todos apresentaram que a maior parte de sua amostra apresentava excesso de peso corporal. É importante salientar que estes estudos foram realizados em diferentes regiões do país, e por isso o excesso de peso não é uma característica isolada das gestantes atendidas no HUGG, localizado na cidade do Rio de Janeiro (região Sudeste).

O presente trabalho encontrou uma prevalência de 5,1% de gestantes de risco, que apresentavam obesidade, com TCAP em sua forma grave. Ao comparar este resultado com o encontrado na literatura, o presente trabalho encontrou uma prevalência importante, mesmo com o número amostral utilizado. O estudo realizado por Berg *et al* (2011), composto por 45.644 mulheres grávidas identificou que 4,1% delas tinham TCAP; enquanto que um outro estudo que avaliava a presença de transtornos alimentares em gestantes composto por 910 mulheres identificou prevalência de 1,1% do transtorno na população analisada (SANTOS, 2015).

A literatura mostrou existir relação entre a presença do TCAP e a obesidade, bem como identificou uma prevalência considerável deste transtorno em pessoas que possuam excesso de peso e buscavam por tratamento para o emagrecimento (PIVETTA, 2010; BARNES, 2011; SILVA, 2019). Além disso, estudos também associaram o período gravídico com a presença de transtornos alimentares em geral, e também com a presença do TCAP, mais especificamente (BERG *et al*, 2011; SEBASTIANI, 2020; JANAS-KOZIK, 2021). Diante do exposto, o fato do grupo analisado ser composto por gestantes que predominantemente apresentavam obesidade, pode ter contribuído para a prevalência de TCAP nestas mulheres.

A busca realizada para a elaboração deste trabalho encontrou dois estudos na literatura que consideraram a presença de TCAP em gestantes e o estado nutricional das mesmas –

ambos utilizaram o mesmo banco de dados de um estudo de coorte norueguês – e neles foi apontado relação entre o excesso de peso corporal pré-gravídico e a presença de TCAP na gestação (BULIK *et al*, 2009). Assim como já mencionado, as gestantes do atual estudo também apresentaram excesso de peso corporal, com a maior parte classificada com sobrepeso e obesidade, fator que torna estas mulheres mais propensas a apresentarem o transtorno, de acordo com o estudo de Bulik *et al* (2009).

Não foi possível verificar associação entre a presença do TCAP com o estado nutricional das gestantes avaliadas. Porém, vale ressaltar que das duas gestantes classificadas com TCAP, ambas possuíam obesidade segundo classificação do IMC. A ausência da associação pode ser justificada pelo tamanho reduzido da amostra, que por sua vez impediu a realização desta análise.

Nesse contexto, a presença de TCAP na gestação está associada a diversos prejuízos para a mãe e para o bebê, como por exemplo, o nascimento de bebês GIG e maior risco para parto cesárea (BULIK *et al*, 2009). Ademais, a presença do transtorno também pode influenciar negativamente o ganho de peso destas mulheres, já que por mais que não existam evidências que comprovem que o TCAP pode influenciar diretamente no ganho de peso em excesso durante a gestação, ele está associado à obesidade devido ao padrão alimentar desordenado e a ingestão excessiva de calorias (CRUZ, 2019).

Por fim, ao analisar a presença de TCAP com os hábitos alimentares, uma das gestantes tinha o hábito de substituir as refeições principais por lanche, enquanto que a outra disse realizar tal prática às vezes. Ambas realizavam de 3 – 4 refeições por dia, sendo uma delas em horário regular e a outra não. Devido ao número de gestantes classificadas com TCAP neste estudo, não foi possível traçar um perfil quanto ao hábito alimentar das mesmas. Embora não tenham sido encontradas na literatura evidências que associem as variáveis de hábito alimentar aqui analisadas com a presença de TCAP, salienta-se a importância de melhor entender o padrão alimentar das mesmas, pois como já mencionado, estudos apontam a caracterização de práticas não tão saudáveis em indivíduos com TCAP (MACHADO *et al*, 2008 e Dörsam *et al*, 2019).

Vale ressaltar que este trabalho apresentou algumas limitações, como o fato de ser um estudo transversal, não sendo possível analisar relações de causa e efeito. Além disso, o número reduzido de gestantes participantes do estudo também foi um fator limitante, uma vez que impossibilitou a realização de associações entre as variáveis analisadas. Também percebeu-se que durante a aplicação do questionário, apesar de toda a explicação acerca da

pesquisa, algumas gestantes não se sentiram confortáveis para respondê-lo, o que pode ter influenciado com que as mesmas omitissem informações no momento da resposta.

Todavia é importante salientar a importância do presente estudo no acompanhamento nutricional durante a gestação para o ganho adequado de peso da gestante, consumo apropriado de macro e micronutrientes durante este período e demais orientações alimentares específicas. Além disso, pelo fato dos atendimentos serem realizados em um ambulatório multidisciplinar, a identificação de tal transtorno nas mulheres atendidas facilita o encaminhamento com direcionamento adequado ao profissional específico para esse tratamento.

Portanto, considerando as limitações mencionadas e os riscos já apresentados em relação à presença de TCAP durante a gestação, destaca-se a importância da realização de mais estudos que abordem tal temática para que cada vez mais as mulheres recebam um atendimento adequado e capaz de minimizar os desfechos negativos durante o acompanhamento pré-natal. Importante também salientar a importância da atuação de equipe interdisciplinar no atendimento a gestante de risco, a fim de tornar os desfechos perinatais mais positivos para o binômio mãe-bebê.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou prevalência de TCAP em gestantes de risco superior ao encontrado na literatura, infelizmente não sendo possível associar a prevalência deste transtorno com o estado nutricional, em virtude do número de mulheres avaliadas.

Dado os efeitos adversos da TCAP na gestação que são citados na literatura, salienta-se a importância de continuidade do estudo com utilização de um maior número de gestantes de risco integrando o grupo. Por fim, o acompanhamento nutricional deve ser estimulado durante todo o pré-natal, principalmente em mulheres que apresentem fatores de risco, sendo este acompanhamento essencial para o controle das comorbidades e minimização dos desfechos negativos.

REFERÊNCIAS

- ABESO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**: 2016. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2T5FIbn>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- ALVES, T. O. *et al.* Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 14860-14872, jul./ago. 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n4-040. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-040>. Acesso em: 10 maio 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**. 5th ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, C. A. *et al.* Dietas restritivas e o risco para o desenvolvimento de compulsão alimentar em adolescentes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 50918-50928, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n5-474. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30119>. Acesso em: 28 maio 2023.
- ANJOS, J. C. S., *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 2, abril/jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-721607>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- ANTUNES, M. B. *et al.* Fatores sociodemográficos e condições de risco em gestantes de um ambulatório especializado do sul do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 38, jan. 2020. DOI: 10.25248/reas.e1985.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1985.2020>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BARNES, R. D.; BLOMQUIST, K. K.; GRILO, C. M. Exploring pretreatment weight trajectories in obese patients with binge eating disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 52, n. 3, p. 312-318, maio/jun. 2011. DOI: 10.1016/j.comppsy.2010.06.011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.06.011>. Acesso em: 15 maio 2023.
- BAJAJ, D. *et al.* Binge-spectrum symptoms in their association with higher gestational weight gain. **International Journal of Eating Disorders**, mar. 2023. DOI: 10.1002/eat.23945. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23945>. Acesso em: 18 abr. 2023.
- BERG, C. K. *et al.* Factors Associated with Binge Eating Disorder in Pregnancy. **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, n. 2 p. 124-133, mar. 2011. DOI: 10.1002/eat.20797. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20127938/>. Acesso em: 28 abr. 2023.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Brasil, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev. 2005. DOI: 10.1590/S1415-52732005000100008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>. Acesso em: 10 maio 2023.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília :**Editora do Ministério da Saúde**, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde – 1. ed. - Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019, 265 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletr nico] / High-riskpregnancy manual. 1^a edição – 2022 – versão preliminar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta da Gestante. 8^a edição – 2023. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2023.

BRETT, K. E. *et al.* Maternal-fetal nutrienttransport in pregnancypathologies: the role of the placenta. **International Journal of Molecular Scinces**, v. 15, n. 9, p. 153-185, sep. 2014. DOI: 10.3390/ijms150916153. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms150916153>. Acesso em: 1 maio 2023.

BULIK, C. M. *et al.* Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n. 9, p. 9-18, jan. 2009. DOI: 10.1002/eat.20578. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20578>. Acesso em: 20 abr. 2023.

CALDAS, N. R. *et al.* Binge eating disorder, frequency of depression, and systemic inflammatory state in individuals with obesity – A crosssectionalstudy. **Archives of Endocrinology and Metabolism.**, n. 66, v. 4, p. 489-497, set. 2022.DOI: 10.20945/2359-3997000000489. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35758834/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

CLAYDON, E. A. *et al.* Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research in quiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. **BMC Pregnancy Child birth**, v. 18, n. 463, 18, Nov. 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-2105-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2105-6>. Acesso em: 28 abr. 2023.

COSTA, L. D. et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO. **Cogitare Enfermagem.**, v. 21, n. 2, abr./jun. 2016. DOI: 10.5380/ce.v21i2.44192. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, R. O. M. et al. Fatores associados à insegurança alimentar em gestantes atendidas na rede pública de saúde de Lavras - Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 22, v. 1, p. 137-145, jan./mar. 2022. DOI: 10.1590/1806-93042022000100008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042022000100008>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, A. C. C. et al. Estado nutricional de gestantes de alto risco em uma maternidade pública e sua relação com desfechos materno-fetais. **Research Medical Journal**, v.5, p.1–12,

2021. DOI: 10.4322/prmj.2021.002. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/prmj.2021.002>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CRUZ, L.M.; NUNES, C. P. FATOR EMOCIONAL NA OBESIDADE E TRANSTORNOS DE IMAGEM E ALIMENTARES. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v.11, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1613#:~:text=Estudos%20relatam%20que%20a%20compuls%C3%A3o,e%20foco%20indispens%C3%A1vel%20no%20tratamento>. Acesso em: 15 maio 2023.

DAS NEVES, M. C. *et al.* Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: a systematic review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 2, p. 201-214, mar./abr.2023. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-1449. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34008794/>. Acesso em: 20 abr. 2023.

DINGEMANS, A. E.; FURTH, E. F. V. Binge Eating Disorder psycho pathology in normal weight and obese individuals. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 1, p. 135-138, jan. 2012. DOI: 10.1002/eat.20905. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20905>. Acesso em: 20 abr. 2023.

DÖRSAM, A.F. *et al.* The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. **Nutrients**, v. 11, n. 4, p. 840, abr. 2019. DOI: 10.3390/nu11040840. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/4/840>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FAKHRAEI, R. *et al.* Predictors of Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Living with Obesity: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, p. 2063, fev. 2022. DOI: 10.3390/ijerph19042063 Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19042063>. Acesso em: 1 maio 2023.

FERNANDES, J. A. CAMPOS, G. W. S. FRANCISCO, P. M. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 406-416, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912109. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/941>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FREITAS, S. *et al.* Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2001, v. 23, n. 4, 2001. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>. Acesso em: 25 abr. 2023.

GORMALLY, J. *et al.* The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addictive Behaviors**, v. 7, n. 1, p. 47-55, 1982. DOI: 10.1016/0306-4603(82)90024-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7). Acesso em: 25 abr. 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 57p.

JANAS-KOZIK, M. *et al.* Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy – Risk and Consequences for Mother and Child. **Frontiers in Endocrinology**, v. 12, dez. 2021. DOI: 10.3389/fpsy.2021.777529. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34966309/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

KANKOWSK, L. *et al.* The impact of Maternal Obesity on Offspring Cardiovascular Health: A Systematic Literature Review. **Frontiers in Endocrinology**, v. 13, maio 2022. DOI: 10.3389/fendo.2022.868441. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.868441/full>. Acesso em: 1 maio 2023.

KESSLER, R. C. *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Biological Psychiatry**, v. 73, n. 9, p. 904-914, maio 2013. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>. Acesso em: 20 abr. 2023.

KLOBUKOSKI, C.; HÖFELMANN, D. A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 443-452, 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201700040094. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/nsTx858HVtCv4r64TcJBy8b/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2023.

LEGENBAUER, T. Differences in the Nature of Body Image Disturbances Between Female Obese Individuals With Versus Without a Comorbid Binges Eating Disorder: An Exploratory Study Including Static and Dynamic Aspects of Body Image. **Behavior Modification**, v. 35, n. 2, p. 162-186, mar. 2011. DOI: 10.1177/0145445510393478. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145445510393478>. Acesso em: 15 maio 2023.

LIU, J. *et al.* Maternal obesity and breast-feeding practices among white and black women. **Obesity (Silver Spring)**, v. 18, n. 1, p. 175-182, jan. 2010. DOI: 10.1038/oby.2009.182. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/oby.2009.182>. Acesso em: 28 abr. 2014.

MACHADO, C. E. *et al.* Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, Brasil, v. 21, n. 4, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000400007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202008000400007>. Acesso em: 10 maio 2023.

MASHEB, R. M.; GRILO, C. M.; WHITE, M. A. An Examination of Eating Patterns in Community Women with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, n. 7, p. 618-624, Nov. 2011. DOI: 10.1002/eat.20853. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20853>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MEDEIROS, A. L. C.; MEZZOMO, D. S.; FERNANDES, K. R. AVALIAÇÃO DO PERFIL ALIMENTAR DE GESTANTES, EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM BELÉM-PA. **Ciências da Saúde**, v. 28, n.128, nov. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10152089. Disponível em: <https://revistaft.com.br/avaliacao-do-perfil-alimentar-de-gestantes-em-uma-unidade-de-saude-da-familia-em-belem-pa/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

Nações Unidas – UNFPA: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso em: 15 nov. 2023.

NOGUEIRA, A. I.; CARNEIRO, M. P. Obesidade e gravidez. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 88-98, jan./mar., 2013. DOI: 10.5935/2238-3182.20130014. Disponível: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/15>. Acesso em: 28 abr. 2023.

OLIVEIRA, A. C. M. *et al.* Estado nutricional materno e sua associação com o peso ao nascer em gestações de alto risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, jul. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.12042016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.12042016>. Acesso em: 20 nov. 2023.

PAIVA, D. S. B. S. *et al.* Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.11, n.2, 2019. DOI: 10.25248/reas.e136.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e136.2019>. Acesso em: 20 nov. 2023.

PASSOS, A. F. F. *et al.* Associações entre Obesidade Eutrófica e Alterações no Perfil Lipídico de Adultos Jovens. **Arquivos Brasileiros de Cradiologia**, v. 120, n. 9, 2023. DOI: 10.36660/abc.20220914. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220914>. Acesso em: 20 nov. 2023.

PIVETTA, L. A.; GONÇALVES-SILVA, R. M. V. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 337-346, fev. 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200012>. Acesso em: 10 maio 2023.

RASMUSSEN, K. M. Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. **Annu. Rev. Nutr.**, v. 27, p. 103-121, 2007. DOI: 10.1146/annurev.nutr.27.061406.093738. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.27.061406.093738>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SÁ, A. P. *et al.* Prevalência de intercorrências na gestação em mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. 8790, out. 2021. DOI: 10.25248. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e8790.2021>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SANTOS, A. M. **Prevalência de transtornos alimentares em gestantes: uma associação com ansiedade, depressão e atitudes alimentares.** 2015. 137 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SANTOS, G. P. **PREVALÊNCIA DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS.** 2020. 11 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2017.

SEBASTIANI, G. *et al.* Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. **Frontiers in Pediatrics**, v. 8, n. 587, set. 2020. DOI: 10.3389/fped.2020.00587. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00587>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SIEGA-RIZ, A. M. *et al.* Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, n. 5, p. 428-434, jun. 2011. DOI: 10.1002/eat.20835. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20835>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SILVA, B. Y. C.; SOUSA, M. E. S. PREVALÊNCIA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA E AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS COM EXCESSO DE PESO. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 326–333, set. 2019. DOI: 10.5020/18061230.2016.p326. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p326>. Acesso em: 10 maio 2023.

SILVA, D. G.; MACEDO, N. B. Associação entre ganho de peso gestacional e prognóstico da gestação. **Scientia Medica**, v. 24, n. 3, p. 229-236, ago. 2014. DOI: 10.15448/1980-6108.2014.3.16682. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2014.3.16682>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SOARES, L. G. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 31, 2021. DOI: 10.5935/2238-3182.20210027. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20210027>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SOUSA, M. G. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein**, São Paulo, v. 18, p. 1-7, 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4682. Disponível em: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4682. Acesso em: 10 nov. 2023.

SOUSA, A. P. M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, set. 2021. DOI: 10.1590/s1679-49742021000300014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300014>. Acesso em: 20 nov. 2023.

TEIXEIRA, C. S. S.; CABRAL, A. C. V.; Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 27-34, jan. 2016. DOI: 10.1055/s-0035-1570111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1570111>. Acesso em: 20 nov. 2023.

TOMASI, E. *et al.* Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 31, v. 2, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000200005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200005>. Acesso em: 10 nov. 2023.

VIVIAN, A. G.; SILVA, A. S.; MARRONE, L. C. P. Perfil Sociodemográfico de Gestantes de Alto Risco Participantes de Grupo Interdisciplinar. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.9, p. 71372-71379, set. 2020. DOI:10.34117/bjdv6n9-544. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17160>. Acesso em: 10 nov. 2023.

WANG, Y.W.; CHEN, Y.; ZHANG, Y.J. Risk factors combine in a complex manner in assessment for macrosomia. **BMC Public Health**, v. 23, n. 271, fev. 2023 DOI: 10.1186/s12889-023-15195-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15195-9>. Acesso em: 1 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. **Geneva**: WHO, 2000.

ZHENG, Z. *et al.* Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies. Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies. **Int. J. Cardiol.**, v. 273, p. 112-120, out. 2018. DOI: 10.1016/j.ijcard.2018.09.116. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.09.116>. Acesso em: 1 maio 2023.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES (BINGE EATING SCALE).

Fonte: RevBrasPsiquiatr 23(4): 210-220, 2001 - Tradução: Freitas S ET AL
 Nome:.....

Nº Prontuário..... Pontuação final:

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

#1

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

#2

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

#3

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

#4

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

#5

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

#6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

#7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou de dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a) “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu não tenho o hábito de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “morrer de fome”.

#8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortável empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu não tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

#9

() 1. Em geral, minha ingestão calórica, não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para que quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante à noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos que como demais. Parece que vivo numa vida de “festa” ou “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

() 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).

() 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a), mas de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).

() 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

() 2. Às vezes, quando estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

() 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia, normalmente, também lancho entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer demais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

() 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

() 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. U como a porção certa de comida para me satisfazer.

() 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome.

() 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 2	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	_	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3
#13	#14	#15	#16								
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0								
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1								
3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2								
4 = 3	4 = 3	4 = 3	_								