



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

**COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL E FATORES ASSOCIADOS**

AMANDA OLIVEIRA DA SILVA

BELÉM-PA

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

**COMPORTAMENTOS SUGESTIVOS PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
MULHERES NO PERÍODO GESTACIONAL E FATORES ASSOCIADOS**

AMANDA OLIVEIRA DA SILVA

Trabalho de Dissertação submetido ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento como requisito para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá.

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Rachel Coelho Ripardo Teixeira.

BELÉM-PA

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

D111c da Silva, Amanda Oliveira.

Comportamentos sugestivos para Transtornos Alimentares em mulheres no período gestacional e fatores associados / Amanda Oliveira da Silva. — 2023.

83 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá Coorientação: Prof^ª. Dra. Rachel Coelho Ripardo Teixeira Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós- Graduação em Neurociências e Comportamento, Belém, 2023.

1. Mulheres grávidas. 2. Transtornos Alimentares. 3. Fatores sociodemográficos. 4. Estilo de vida. I. Título.

CDD 150



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

Candidata: Amanda Oliveira da Silva

Data da Defesa: 24/03/2023

Resultado:

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Naíza Nayla Bandeira de Sá (UFPA) – Orientadora

Prof^ª. Dra. Rachel Coelho Ripardo Teixeira (UFPA) – Coorientadora

Prof^ª. Dra. Marcela de Souza Figueira (UFPA) – Membro Externo

Prof^º. Dr. Fernando Allan de Farias Rocha (UFPA) – Membro da banca

Prof^ª. Dra. Natália Bezerra Dutra (UFPA) – Suplente

Resumo

O presente estudo se apoia em referências específicas de que há pouco debate e prática clínica direcionada às mulheres gestantes sobre comportamentos sugestivos a transtornos alimentares. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores sociodemográficos e estilo de vida associados aos comportamentos sugestivos para transtornos alimentares em mulheres grávidas. Foi realizado um estudo transversal, analítico e com amostra por conveniência, não probabilística. A pesquisa foi realizada por meio de um formulário on-line no *Google Forms*. Para investigar os comportamentos sugestivos para transtornos alimentares em mulheres no período gestacional utilizou-se o *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* - SCOFF-BR. A mulher gestante respondeu a pesquisa que foi composta pelos seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos, Formulário de Características da Gestação, Antropométricas e Psicológicas, SCOFF-BR, Questionário com perguntas adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017), Escala de análise de Silhuetas de Stunkard et al. (1983), Questionário de Estilo de Vida, segundo o VIGITEL (Brasil, 2019), e Questionário de Estilo de Vida adaptado de Pinheiro e Aguiar (2017). Participaram deste estudo 142 mulheres grávidas brasileiras. Os resultados indicaram que após a análise da razão de prevalência ajustada para todas as variáveis com p valor $\leq 0,20$, as variáveis que mantiveram associação ($p \leq 0,05$) à presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA foram escolaridade ($p = 0,014$), estado nutricional ($p = 0,031$), ouvir comentário que engordou mais do que deveria ($p = 0,002$) e realizar atividade física em excesso ($p = 0,05$). Profissionais devem fazer o uso de instrumentos adequados para a população estudada, que verifiquem peso e altura, para assim, verificar o estado nutricional, mas também observar os comportamentos compensatórios que possam estar presentes. De certo, esse roteiro se faz

necessário, já que há evidências na literatura e que foram demonstradas nesta pesquisa, que as categorias mencionadas anteriormente estão associadas a um transtorno alimentar.

Palavras-chave: mulheres grávidas; transtornos alimentares; fatores sociodemográficos, estilo de vida.

Abstract

The present study is based on specific references that there is little debate and clinical practice directed at pregnant women about behaviors suggestive of eating disorders. The aim of this study was to investigate sociodemographic and lifestyle factors associated with suggestive behaviors for eating disorders in pregnant women. A cross-sectional, analytical study was carried out with a convenience sample, not probabilistic. The survey was conducted through an online form on Google Forms. To investigate behaviors suggestive of eating disorders in women during pregnancy, the Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire - SCOFF-BR was used. The pregnant woman answered the survey, which was composed of the following instruments: Sociodemographic Data Questionnaire, Pregnancy Characteristics, Anthropometric and Psychological Form, SCOFF-BR, Questionnaire with questions adapted from Pinheiro and Aguiar (2017), Figure Rating Scale (FRS) from Stunkard et al. (1983), Lifestyle Questionnaire, according to VIGITEL (Brazil, 2019), and Lifestyle Questionnaire adapted from Pinheiro and Aguiar (2017). 142 Brazilian pregnant women participated in this study. The results indicated that after analyzing the adjusted prevalence ratio for all variables with $p \text{ value} \leq 0.20$, the variables that maintained an association ($p \leq 0.05$) with the presence of two or more behaviors suggestive of ED were schooling ($p = 0.014$), nutritional status ($p = 0.031$), hearing comments that she gained more weight than she should ($p = 0.002$) and performing excessive physical activity ($p = 0.05$). Professionals should use appropriate instruments for the studied population, which check weight and height, in order to verify the nutritional status, but also observe the compensatory behaviors that may be present. Certainly, this script is necessary, since there is evidence in the literature and that was demonstrated in this research, that the categories mentioned above are associated with an eating disorder.

Keywords: pregnant women; eating disorders; sociodemographic factors, lifestyle.

Sumário

Introdução.....	11
Método.....	27
Descrição Geral do Delineamento.....	27
Participantes.....	27
Procedimento Geral.....	27
Instrumentos de Pesquisa.....	28
Variáveis do Estudo.....	30
Procedimentos de Análise de Dados.....	32
Considerações Éticas.....	33
Resultados.....	34
Discussão.....	43
Considerações Finais.....	51
Referências.....	53
Anexo 1.....	63
Anexo 2.....	64
Anexo 3.....	66
Anexo 4.....	68
Anexo 5.....	69
Anexo 6.....	70
Anexo 7.....	72
Anexo 8.....	73
Anexo 9.....	74
Anexo 10.....	75
Anexo 11.....	80

Lista de Tabelas

Tabela 1 Descrição e frequência, segundo a presença de comportamentos sugestivos para transtornos alimentares, das características sociodemográficas, de estilo de vida, antropométricas e satisfação corporal de mulheres grávidas que participaram do estudo.

.....36

Tabela 2 Razão de prevalência bruta e ajustada de comportamentos sugestivos para transtornos alimentares segundo características sociodemográficas, antropométricas, estilo de vida e satisfação corporal em mulheres grávidas que participaram do estudo.....39

O período gestacional é um evento no qual a mãe comumente passa por muitas mudanças e estas podem ocasionar estresse elevado nas mulheres e afetar de maneira direta a qualidade de vida da mãe e da criança, modificando emoções, sentimentos, comportamentos manifestos e aspectos orgânicos da mulher (Coker & Abraham, 2015).

A partir do momento em que há uma evolução na gestação, o corpo da mulher vai acompanhando este processo e gerando respostas. Por exemplo, as principais modificações que a mulher enfrenta nas primeiras semanas de gestação têm relação com aspectos de imagem corporal, fisiológicos e bioquímicos, especificamente, nas oscilações do índice de massa corpórea (IMC), enjoos contínuos, maior quantidade de hormônios, inchaço, fadiga e fraqueza, podendo gerar prejuízos à mãe e à saúde e estado nutricional do bebê (Vianna & Vilhena, 2016; Arnold et al., 2019).

No estudo de Clark et al. (2009) que utilizou uma abordagem qualitativa indutiva com entrevistas em profundidade semiestruturadas e que teve como objetivo explorar as vivências de 20 mulheres (dez delas no fim da gestação e dez no início do período pós-parto) em relação ao corpo e humor, a maioria delas declarou adaptar-se às modificações do corpo durante o período gestacional, pois outros tópicos mais relevantes do que a estética, estavam envolvidos, como: o novo olhar para o significado da vida; experiências perceptivas como sentir o chute do bebê; maior conexão social devido à forma corporal da gravidez e comentários sociais positivos. Entretanto, no período pós-parto foi verificada, a presença da insatisfação corporal entre algumas das mulheres avaliadas, com respostas à entrevista, como: “Eu não esperava ter que continuar usando roupas de grávida... no chuveiro odeio olhar pro meu estômago”; “Sinto-me mais flácida do que nunca e às vezes me pergunto se nunca vou conseguir perder esse peso”; “Agora no pós parto, se não estou com o meu bebê, as pessoas não tem ideia do por que eu estou maior, é frustrante”; “Bem, agora ela não está lá, não é tão bom... você tem um bebê e depois fica com uma barriga

grande e então você pensa: tenho que tentar me livrar disso”. Além de que, estas mulheres afirmavam que não havia desculpa social para continuarem grandes, já que não estavam grávidas (Clark et al. (2009).

Com relação à alimentação das gestantes, de acordo com Baião e Deslandes (2008), a literatura afirma que as necessidades em relação à nutrição aumentam, sendo assim, é necessário sempre o acompanhamento com profissionais capacitados. É importante apontar que qualquer processo associado à alimentação que seja considerado desordenado ou perturbado durante a gravidez, pode se tornar comportamento sugestivo ao desenvolvimento de doenças e transtornos alimentares (TA) (Souza et al., 2020).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-V) (2014) - os transtornos alimentares são definidos por um comportamento alimentar desordenado ou perturbado que interfere no consumo e na absorção apropriada de alimentos. Para Oliveira & Deiro (2003) e Williamson et al. (2007) os transtornos alimentares podem ser caracterizados por perturbações comportamentais que estão diretamente relacionadas aos hábitos alimentares, que envolve um excesso de preocupação em relação à imagem corporal que podem gerar o consumo mínimo de alimentos, utilização de laxantes e diuréticos, além dos indivíduos induzirem/provocarem vômitos.

Os transtornos alimentares vão muito além de questões nutricionais, não consideram apenas o alimento em si, podendo ser associados a um sofrimento em uma intensidade de nível elevado, como: problemas cardiovasculares, necessidades de internação por desnutrição, com muito mais riscos quando envolve o período gestacional. E, ainda no Brasil, podemos visualizar questões de sobrevalorização da corporeidade, de um padrão específico de imagem corporal das mulheres, o qual é supervalorizado (Oliveira & Hutz, 2010) e, conseqüentemente, também atinge as mulheres grávidas.

Os transtornos alimentares mais comuns são a anorexia nervosa, na qual os indivíduos entram em um estado de auto inanição que gera sentimentos de autocontrole, satisfação e autovalorização. A Bulimia Nervosa e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) giram em torno de episódios de comer de forma compulsiva, que estão associados ao descontrole em relação a comer, alimentar-se de maneira excessiva sem ter o controle de quando parar. Na Bulimia, a diferença é que os comportamentos compensatórios são bem comuns como a purgação (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e/ou diuréticos), jejuns prolongados e a prática de atividade física excessiva (APA, 2013).

De acordo com Erick (2002), a expectativa média de gestantes desenvolverem um transtorno alimentar é de aproximadamente uma a cada 100. Estudos de Broussard (2012) e Soares et al. (2009) apontam que a incidência destes transtornos aumenta de acordo com o crescimento da população geral. Portanto, os indivíduos que já têm um diagnóstico de transtorno mental, quando associados aos transtornos alimentares, têm maiores taxas de mortalidade e morbidade. Os Transtornos Alimentares são diagnosticados, em média, em indivíduos com histórico anterior de depressão, ansiedade e/ou outros distúrbios psicológicos como a síndrome do pânico e estima-se que cerca de 10% da população pode desenvolver transtornos alimentares ou obtenha comportamentos desordenados em relação à alimentação em algum momento da vida (Hudson et al., 2007).

O estudo de Easter et al. (2013), teve como objetivo diagnosticar o transtorno alimentar e identificar manifestações da doença no período inicial da gestação. Os autores realizaram a avaliação da prevalência e dos sintomas de transtornos alimentares de seis a 12 meses antes da gestação e nos primeiros três meses do período gestacional. O estudo encontrou que 7,5% das mulheres gestantes cumpriram critérios diagnósticos para um TA, como: medo de engordar, induzir vômitos e utilização de laxantes, além do predomínio de 9,2% no período de 6 a 12 meses. Do total destas gestantes, 23,4% declararam peso alto e

uma inquietude diante da forma corporal modificada durante a gestação; 8,8% delas tiveram sintomas de compulsão alimentar e 2,3% destas gestantes adotaram atitudes compensatórias regularmente como, ingestão de comida em curto período de tempo e de porções maiores do que a maioria das pessoas consumiria durante este mesmo período e em circunstâncias similares, além do sentimento de falta de controle sobre o comportamento relacionado à comida, que pode ser caracterizado como uma incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está sendo ingerido (Alvarenga et al., 2018; Dunker et al., 2019).

Um estudo de Koubaa et al. (2005) teve como objetivo examinar os resultados da gravidez e do período neonatal em 24 mulheres com anorexia nervosa, 20 com bulimia nervosa e 5 com transtornos alimentares não especificados comparando-as com um grupo controle de 68 mulheres grávidas nulíparas (primeira gravidez) não fumantes e sem histórico de transtornos alimentares. De 49 mulheres anteriormente diagnosticadas, não fumantes e nulíparas, cerca de 22% delas tiveram uma recaída verificada nos transtornos alimentares durante a gravidez. Mulheres com transtornos recentes ou passados tiveram maiores probabilidades de desenvolver hiperêmese (náuseas e vômitos abundantes e prolongados), bebês nascidos com baixo peso e perímetro cefálico menor comparando-os aos bebês das mães do grupo controle, além dos defeitos no tubo neural, elevação em seis vezes da mortalidade perinatal, distúrbios cognitivos, parto prematuro, dificuldade respiratória e aborto (Lowe et al., 2012; Watson et al., 2014).

Dentre os transtornos mentais, os transtornos alimentares são os que mais matam de acordo com Arcelus et al. (2011), que realizaram uma pesquisa sistemática da literatura a partir de 36 artigos publicados entre 1º de janeiro de 1966 e 30 de setembro de 2010. Os autores afirmam que de acordo com a literatura pesquisada, houve relatos de anorexia nervosa (AN) em 166.642 pessoa-anos (usada para medir a exposição ou o risco de uma

determinada população a um evento específico ao longo de um período de tempo), bulimia nervosa (BN) em 32.798 pessoa-anos, e transtornos alimentares não especificados (TANE) em 22.644 pessoa-anos. A média das taxas de mortalidade (ou seja, mortes de 1000 pessoa-anos) de trinta e cinco estudos em pacientes com AN foi de 5,39 e para BN: 2,22, ambos apenas em pacientes do sexo feminino, enquanto que para TANE: 3,31, em ambos os sexos. Também apontaram que um em cinco indivíduos com AN que foram a óbito havia cometido suicídio. Portanto, os indivíduos com TA tem uma taxa de mortalidade significativamente elevada, sendo que AN tem a taxa mais alta no sexo feminino.

Foi definido um termo popular para o transtorno alimentar que ocorre durante a gestação, que foi chamado de “Pregorexia”. É importante ressaltar que esta denominação não está presente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição (DSM-5). O termo pregorexia deriva da mistura das palavras “*pregnancy*”, que significa gravidez em inglês, e “*orexia*”, de *orexis*, do latim, que significa apetite (Vianna & Vilhena, 2016). Geralmente, mulheres com pregorexia buscam mecanismos para o controle do peso, como a restrição de certos grupos alimentares comumente associados a vilões, como os carboidratos, gorduras e açúcares (Bannatyne et al., 2018).

No estudo de Crow et al. (2008) que propôs estudar prospectivamente os comportamentos alimentares e os distúrbios cognitivos alimentares em mulheres grávidas diagnosticadas com transtorno alimentar, estas preencheram o *Eating Disorders Examination* (EDE) e foi encontrada uma diminuição para 2,9 episódios de maneira total ou parcial dos comportamentos ou seus sintomas associados de TA por quase um mês, especificamente no período intraparto, comparando-o com 8,7 episódios no pré-parto. Além disso, a partir da pesquisa de Lemberg e Phillips (1989), que envolveu 43 mulheres com transtorno alimentar 6 meses antes da primeira gestação, foram coletadas informações

sobre a gestação e preocupações associadas ao feto. Eles encontraram que a gestação foi benéfica em relação aos sintomas bulímicos e anoréxicos durante o período gestacional.

Um percentual de 65% das mulheres grávidas com bulimia, anorexia, ou os dois em conjunto e que faziam dietas restritivas, melhoraram seu estado nutricional no período da gravidez, outras chegaram a parar de restringir grupos alimentares; 56% delas que se alimentavam de forma compulsiva também apresentaram melhoras durante a gestação. Porém, 18% destas gestantes com anorexia, bulimia ou ambos ativos pioraram quanto à compulsão e impulsividade na ingestão de alimentos, os quais resultaram em comer de maneira excessiva em 12% delas, sendo que, o estudo de revisão de Fogarty et al. (2018) encontraram onze artigos com uma população total estudada de 94 mulheres na faixa etária de 21 a 45 anos, e um dos achados foi o de que depois de uma experiência tumultuada da gestação, muitas mulheres com TA afirmaram retornarem à incidência de comportamentos e pensamentos alimentares desordenados no pós-parto, experimentando uma grande dificuldade em relação aos sentimentos e emoções por terem um transtorno alimentar neste período.

Uma mulher grávida tem grandes chances de desenvolver um transtorno alimentar, em decorrência das diversas modificações corporais que elas costumam atravessar neste período. A gestante que apresenta sinais e sintomas sugestivos para um transtorno alimentar, poderá ter prejuízos desde o momento de dar à luz até na qualidade de vida do filho ao nascer (Arnold et al., 2019), maiores riscos de apresentar hemorragia antes do parto, restrição de crescimento intrauterino, perímetro cefálico do feto pequeno ao nascer, desregulações neurocomportamentais logo após o nascimento (Barona et al., 2017; Eagles et al., 2012; Koubaa et al., 2005) e maior predisposição ao aborto espontâneo, prematuridade do bebê, pré-eclâmpsia, morte perinatal, recém-nascido pequeno ou grande

para a idade gestacional com maiores possibilidades de nascer com baixo peso e depressão pós-parto (Andersen & Ryan, 2009; Franko & Spurell, 2000).

A insatisfação a estas mudanças e a imagem corporal distorcida afetam diretamente as gestantes. No estudo qualitativo de Tierney et al. (2011), que objetivou ter-se maior entendimento sobre gestantes com transtornos alimentares e o início do período da maternidade, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Ao interpretar os dados, identificaram-se como resultados as mudanças significativas do corpo e da alimentação e o ajuste às emoções: a amamentação sendo um grande desafio, pois algumas mães relataram não estar nutrindo o bebê de maneira adequada, tendo que recorrer ao uso de fórmulas; o apoio do cônjuge no período pós-parto; preocupação sobre a gravidez em frente à alimentação e ao corpo; evitavam o convívio com outras mães para conversar sobre ganho e perda de peso; se sentiam capazes de lidar com a mudança do abdome pois era associado ao crescimento do bebê, entretanto, se preocupavam com o crescimento dos braços e das pernas; além do ódio à forma corporal durante a gestação por se sentirem “mais pesadas do que nunca”. Polivy e Herman (2002) afirmam que o perfeccionismo gera uma predisposição ao transtorno alimentar, o que pode tentar explicar a resistência das grávidas no estudo a relatar suas dificuldades, por não desejarem que outros indivíduos pensem que não são capazes de lidar com os seus problemas (Tierney et al., 2011). Os autores afirmaram que é de extrema importância que os sintomas de transtornos alimentares se dissipem ou diminuam, por suas consequências negativas dentro do período gestacional.

Battaglia et al. (2018) realizaram um estudo piloto prospectivo no qual o objetivo foi avaliar longitudinalmente as consequências do ganho de peso e da percepção de imagem corporal na sexualidade, estresse e parceria, em mulheres grávidas. A *Stunkard Figure Scale* (FRS) é uma escala em que há nove imagens de silhuetas, que varia entre abaixo do peso (n=1) até obesidade grave (n=9). Ela foi utilizada com o intuito das

gestantes indicarem seu peso ideal, selecionar a silhueta idealizada, a mais atraente e a mais próxima da sua própria silhueta atual. A escala também evidenciou que a seleção da silhueta do “corpo atual” aumentou durante o 9º mês de gestação e que pioraram a sensação da percepção de imagem corporal.

O estudo transversal de Tutkuvienė et al. (2018) que foi realizado no Centro de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Vilnius, na Lituânia, teve como objetivo avaliar a auto-estima, a imagem corporal e o controle de peso de mulheres antes e durante a gravidez. Foram avaliadas 234 gestantes e a atitude em relação à forma corporal foi avaliada pela figura de Stunkard (1983). A forma do corpo real e a forma do corpo favorita foram escolhidas pelas gestantes utilizando os números da escala de Stunkard: em média, 3,40 e 2,93 (respectivamente) figuras de tamanho no momento pré-gestação ($p < 0,05$), enquanto escolheram 4,38 e 3,44 (respectivamente) figuras durante a gestação ($p < 0,05$). Em relação a opinião das mulheres sobre o tamanho do corpo na gravidez, o esforço delas para não engordar não foi determinado e nem associado por esta opinião ($r_s(232) = 0,136$, $p > 0,05$). De maneira independente à avaliação do formato do corpo durante o período gestacional, as mulheres grávidas não realizaram dietas ($r_s(232) = 0,064$, $p > 0,05$).

Passanha et al. (2013) realizaram uma análise transversal com estudo de coorte de 237 gestantes em São Paulo, com o objetivo de identificar fatores associados à insatisfação com a imagem corporal reportada por mulheres no período pré-gestacional. Realizou-se entrevista com as mulheres grávidas com duas perguntas referentes à percepção da imagem corporal no período pré gestação: "1. Escolha a figura que melhor descreve a senhora antes da gravidez", e "2. Qual destes desenhos representa a aparência que a senhora gostaria de ter antes da gestação?", sendo a primeira questão correspondente à imagem percebida, e a segunda à imagem desejada. A insatisfação com a imagem corporal foi obtida através do cálculo da diferença entre o valor da imagem que demonstra a

aparência percebida e o valor da que representa a aparência ideal/desejada (Skouteris et al., 2005). Quanto maior o valor, mais magra a mulher gostaria de ser. Quanto menor, o peso maior do que o apresentado é o idealizado. Um percentual de 47,1% (maior parte das grávidas) encontraram-se satisfeitas com sua imagem; entretanto, 36,7% queriam ser mais magras. A percepção da imagem corporal foi distinta de acordo com o estado nutricional das grávidas: 50,0% das que estavam com baixo peso estavam satisfeitas com sua imagem corporal e nenhuma delas gostaria de emagrecer; 20,2% das que tinham peso adequado gostariam de se tornar mais magras; dentre as gestantes com sobrepeso ou obesidade, 68,9% afirmaram que gostariam de emagrecer e, somente 29,7% delas expressaram satisfação com a imagem corporal.

As mulheres com histórico passado de TA se tornam muito mais vulneráveis às preocupações intensas com a imagem corporal, principalmente em relação ao crescimento da barriga e seu volume aumentado e outras alterações físicas e hormonais que não são controladas de maneira voluntária, além de terem uma maior dificuldade de percepção corporal e aceitam menos as mudanças em relação à imagem corporal na gestação (Koubaa et al., 2005; Bannatyne et al.; 2018). Por exemplo, para Claydon et al. (2018, p. 2) *“acordar todos os dias em um corpo que não é o seu”* é uma frase que se relaciona ao cotidiano de muitas gestantes. Por isso, essa desconexão corporal em uma mulher grávida com TA ou histórico anterior é ainda mais acentuada.

Geralmente, quando as mulheres com um transtorno alimentar descobrem a gravidez, algumas delas se sentem motivadas em buscar ajuda profissional para cessar completamente os sintomas e comportamentos do TA por preocupações em relação ao feto (Tierney et al., 2013), enquanto outras tentam reduzir estes sintomas o máximo que conseguem. Entretanto, existem situações em que o quadro do transtorno alimentar permanece o mesmo (Bulik et al., 2007).

Para combater e evitar a ocorrência dos transtornos alimentares durante o período gestacional, pode-se contar com os fatores protetivos, que para Pereira et al. (2018) são definidos como fatores que amenizam os efeitos de eventos negativos e dos desafios que possam ser enfrentados pelas mulheres grávidas. Podem envolver autoestima e autoeficácia ou o meio o qual as gestantes estão envolvidas, sua relação com amigos, familiares, e rede de apoio, suporte e assistência à saúde adequada para lidar com os problemas. Os fatores de proteção auxiliam na alteração do comportamento, desenvolvendo uma experiência de proteção às situações de risco e auxiliando na solução dos problemas. O pré-natal e a satisfação das necessidades alimentares diárias podem ser considerados fatores de proteção (Dunker et al., 2009).

Entretanto, os fatores de risco (Pereira et al., 2018) para o desenvolvimento de um transtorno alimentar no período gestacional estão associados a eventos e características negativas do cotidiano das gestantes, aumentando as chances de se manifestarem problemas físicos, emocionais e sociais, tornando as grávidas mais vulneráveis às adversidades. Os fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno alimentar durante a gravidez são sinalizados a partir de sintomas de ansiedade e depressão, preocupação excessiva em relação às modificações corporais, altos níveis de tabagismo (Martínez-Olcina et al., 2020), como também idade materna maior que quarenta anos, diabetes gestacional, hiperêmese gravídica (Watson et al., 2019) e episódios de purgação. Comer de maneira compulsiva (justificado pelo “comer por 2”), exercícios realizados de maneira exagerada sem respeitar os limites postos por médico e profissional de educação física, além de comentários de amigos e familiares sobre o corpo da gestante, também podem ser considerados fatores de risco em relação à forma como a gestante enxerga a si e a sua alimentação, além da cobrança da sociedade como um todo para que a mulher volte rapidamente ao corpo de antes do período gestacional (Bannatyne et al., 2018). Por fim,

apenas a presença destes fatores não define o impacto na vida das mulheres grávidas, também deve ser visualizada com o máximo de atenção a intensidade e a frequência deles (Pereira et al., 2018).

Por exemplo, o estudo de Micali et al. (2007) determinou os efeitos da gestação nos sintomas de transtornos alimentares em mulheres que foram identificadas de acordo com o histórico recente ou regresso de TA, comparadas às mulheres com obesidade e ao grupo controle que se concentrava na população geral não obesa. Eles encontraram mulheres com recente episódio de transtorno alimentar fazendo dietas, utilizando laxantes e que também declararam induzir vômitos, além de praticarem mais atividade física do que outros grupos no período gestacional. Grande parte das informações que envolveram raciocínio, memória e percepção destas mulheres estavam associados aos TA na gravidez e os escores de peso e forma encontraram-se em níveis altos. As mulheres com transtorno alimentar anterior foram mais propensas do que o grupo controle a terem comportamentos de TA e/ou preocupações sobre o ganho de peso gestacional.

De acordo com Glassman et al. (1991), é comum para uma mulher com transtorno alimentar desenvolver uma disfunção no processo da menstruação. Engravidar neste período é um episódio relativamente raro, porém, não impossível de se acontecer. O fato de que a gravidez possa ocorrer durante um transtorno alimentar é mais comum do que se pensa, porém, há uma grande dificuldade no diagnóstico e na comunicação das pacientes com os profissionais da área da saúde sobre tais TAs (Cardwell, 2013).

O estudo de Linna et al. (2013), teve como objetivo avaliar como os transtornos alimentares se associam com decorrências de saúde reprodutiva em 2.257 pacientes da Finlândia, comparadas com um grupo controle combinado $n = 9.028$. A pesquisa encontrou que as pacientes com TA tinham mais chances de não ter filhos (engravidar e parir) do que o grupo controle. Em mulheres bulímicas, havia riscos maiores da ocorrência

de abortos induzidos em comparação com os controles. O transtorno da compulsão alimentar também foi relacionado a grandes riscos da ocorrência de aborto espontâneo, porém, em Easter et al. (2011), objetivou-se estudar os efeitos dos transtornos alimentares sobre a fertilidade e atitudes associadas à gestação em 14.633 mulheres. Os resultados encontraram que nesta amostra as gestações sem planejamento estão mais associadas às mulheres com anorexia comparando-as ao resto da população. Todas as mulheres com algum TA tiveram maior frequência de sentimentos negativos quando descobriram a gestação, nos grupos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa na 18ª semana de gravidez, principalmente.

Segundo o estudo de Bulik et al. (2010) houve uma comparação em relação à frequência com que ocorrem gravidezes não planejadas em mulheres com anorexia nervosa e as mulheres sem transtornos alimentares. Foi encontrado que mulheres com transtorno alimentar possuem maior probabilidade de uma gravidez não planejada, comparadas às mulheres sem TA. Na Anorexia Nervosa há chances 2x maiores de uma gestação não planejada (50% das mulheres com anorexia nervosa tiveram gravidez não planejada, sendo que apenas 18,9% das mulheres sem TA engravidaram sem planejamento). Além de que as pessoas com diagnóstico de anorexia são mais jovens no primeiro período gestacional relacionando-as aos outros grupos, e são avaliadas como menos preparadas emocionalmente para lidar com a gestação (Média = 26,2 anos) em comparação com mulheres sem um TA (Média = 29,9 anos). Na Bulimia Nervosa, as mulheres têm uma chance 30x maior de engravidar sem planejamento em comparação a mulheres sem TA.

Não é claro, mas há uma hipótese de que essas taxas de gravidez não planejadas em mulheres diagnosticadas com transtorno alimentar podem ser consequência de uma crença das pacientes de que a amenorreia (cessação da menstruação) ou oligomenorreia (períodos

menstruais infrequentes) estaria ligada diretamente a infertilidade e, portanto, indicariam assim, a impossibilidade da gravidez (Bulik et al., 2010). Por conta dessa mesma crença, a utilização de anticoncepcionais de forma adequada não é realizada, gerando mais atitudes negativas, e estas mulheres acabam passando por um trauma, que pode acontecer durante a transição para a maternidade (Claydon et al., 2018).

Durante o período gestacional, uma alimentação diversificada e equilibrada e a realização de atividade física de maneira cotidiana oferece uma gravidez saudável, levando em consideração o desenvolvimento da criança, a saúde da mãe e do bebê, tanto a curto quanto em longo prazo (Koletzko et al., 2018). Entretanto, os transtornos alimentares, por terem características de comportamentos alimentares disfuncionais por meio de restrição de calorias e comportamento purgativo, têm grande possibilidade de resultar em déficits de macro e micronutrientes e prejuízos no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (Easter et al., 2013).

No estudo de Micali et al. (2007), 11,3% das mulheres com TA recente e 4,4% das mulheres com transtorno alimentar anterior, realizaram dietas no período em que a gestação finalizou, em comparação com 8% das mulheres com obesidade e 2,5% das mulheres que não tinham diagnóstico de obesidade (grupo controle). Em relação ao sentimento de perda de controle sobre a alimentação no período gestacional, 72,5% das mulheres com transtorno alimentar recente e 42,8% das mulheres com TA anterior o relataram, bem como 33,8% das mulheres saudáveis com obesidade e 36,1% das mulheres saudáveis que não tinham diagnóstico de obesidade. As gestantes com bulimia nervosa recente eram mais pré-dispostas ao sentimento de perda de controle na gravidez em comparação com todos os outros grupos.

Uma maneira de conhecer, caracterizar e identificar a amostra destas mulheres gestantes que foram estudadas foi baseada a partir de dados sociodemográficos, os quais

permitiu distribuir as informações em percentuais, como nível social, renda, entre outros. De acordo com o estudo de Alves et al. (2012), o alto nível em relação à renda e ao social era cotado como o maior responsável à exposição aos transtornos alimentares, porém, entre as literaturas recentes não há um consenso no ponto específico que trata da associação entre os eventos. Entretanto, fatores sociais podem estar associados diretamente à insatisfação corporal, ou seja, sugere que fatores culturais e a construção de padrões de beleza relacionados à corporeidade estão associados a fatores socioeconômicos (Felden et al., 2015).

Uma forma de identificar transtornos alimentares é utilizando o SCOFF (*Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire*). O SCOFF é uma ferramenta que foi validada para o português do Brasil (Teixeira et al., 2021) e contém cinco perguntas que podem ser conduzidas de maneira oral ou por escrito, a fim de esclarecer a suspeita de que um transtorno alimentar possa existir (Perry et al., 2002). Morgan et al. (2000) afirmam que o instrumento, mesmo sendo adaptado para 15 culturas diferentes no mundo todo, manteve as propriedades em relação à métrica e vem sendo bastante utilizado desde então. A escala foi elaborada com o intuito de profissionais e não profissionais da área da saúde a utilizarem, além de viabilizar o uso na atenção primária à saúde. Todos os itens disponíveis no SCOFF foram desenvolvidos por grupos com pacientes diagnosticados com TA e profissionais especializados na área (Morgan et al., 1999).

Com o fim de verificar a percepção de imagem corporal entre as mulheres grávidas, o questionário de Pinheiro e Aguiar, que foi desenvolvido apoiado pelo método de análise de silhuetas de Stunkard et al. (1983), originalmente, tem 15 questões sobre a frequência na busca por informações a respeito da alimentação e práticas esportivas, bem como a opinião dos indivíduos acerca do padrão corporal estipulado pela mídia e o quanto este modelo atua física e psicologicamente na autoestima, além de investigar a presença de

possíveis transtornos alimentares influenciados ou não por estes veículos de comunicação (Pinheiro & Aguiar, 2017).

Para a verificação da percepção de tamanho e forma corporal, a escala de análise de silhuetas de Stunkard et al. (1983) é composta oficialmente por um conjunto de dezoito imagens, nove desenhos de silhuetas femininas e nove masculinas, que têm nove variações de formato corporal. A insatisfação corporal é definida pela diferença de pontuação entre as silhuetas percebidas e as desejadas, sendo que, valores diferentes de zero são iguais aos indivíduos insatisfeitos, valores positivos indicam insatisfação por estar acima do peso e valores negativos indicam insatisfação por estar abaixo do peso (Stunkard et al., 1983).

Para apresentar a abordagem do estilo de vida destas gestantes com possíveis transtornos alimentares, a utilização da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) para a elaboração das questões é de grande relevância, pois tem como objetivo principal estimar frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (Brasil, 2019).

De acordo com o Vigitel (2018), entre as mulheres, o consumo abusivo de álcool (ingestão de 4 doses ou mais em uma mesma ocasião no último mês) foi de 7,7% em 2006 e 11% em 2018, havendo assim, um acréscimo de 40%. Importante apontar que a frequente ingestão de álcool, assim como, o seu abuso e dependência se encontram em níveis altos entre indivíduos com transtornos alimentares, e 16% deles também sofrem de abuso ou dependência de álcool, sendo a bulimia nervosa o TA mais associado ao uso abusivo do álcool (Bulik et al., 2004; Bruce et al., 2009).

E, por fim, para demonstrar o estilo de vida das mulheres grávidas, o questionário de Pinheiro e Aguiar foi utilizado. Como anteriormente foi dito, o questionário também verifica a realização de práticas esportivas (Pinheiro & Aguiar, 2017).

A ideia de construção deste projeto leva em consideração o meio acadêmico (curso de graduação, cursos complementares e palestras) e profissional, os quais ainda são locais onde há pouca discussão sobre a temática de transtornos alimentares em mulheres grávidas, além de que ainda é pobre o conhecimento e a análise clínica destas gestantes em relação ao desenvolvimento dos TAs (Dunker et al., 2009). Abraham et al. (2001) pontuam que médicos especialistas deveriam utilizar parte de suas análises para verificar os hábitos em relação à alimentação e o peso destas mulheres grávidas. De fato, este apontamento se faz necessário com a finalidade de prevenção de problemas durante a gravidez, já que há evidências de que estas mulheres tentam não engordar se utilizando de processos não recomendáveis, como o uso de remédios, realização de exercícios extenuantes, fumam cigarros e induzem vômitos (Dunker et al., 2009; Koubaa et al., 2005; Micali et al., 2007; Vianna & Vilhena, 2016).

Na revisão de Franko e Walton (1993), afirma-se que há pouca ou nenhuma comunicação sobre os comportamentos e sintomas de um transtorno alimentar pelas mulheres, o que por consequência, gera maior possibilidade de malefícios à saúde delas a partir do momento em que não recebem a assistência e tratamento adequados. Os profissionais que atuam diretamente nos cuidados pré-natais precisam estar cientes dos transtornos alimentares no período gestacional e ter capacidade e recursos para abordar e tratar adequadamente mulheres grávidas com estes transtornos (Tierney et al., 2013). É importante investigar as experiências destas mulheres com fim de compreensão e para ajudá-las, além de melhorar seu acesso a apoio comunitário, médico e psicológico adequado.

Portanto, o projeto tem como objetivo investigar os fatores sociodemográficos, comportamento alimentar e estilo de vida associados aos transtornos alimentares em mulheres grávidas, verificando a frequência dos transtornos alimentares nestas mulheres,

bem como a associação dos TA em mulheres grávidas e os fatores sociodemográficos e estilo de vida na busca por fatores de risco e os fatores de proteção.

Método

Descrição Geral do Delineamento

O estudo foi de caráter transversal, analítico e com amostra por conveniência. Foi realizado por meio de formulário on-line autopreenchido.

Participantes

Os critérios de inclusão do estudo considerados foram: mulheres, gestantes, com idade entre 18 e 59 anos e que concordaram em participar da pesquisa. Já os critérios de exclusão foram: gestação na adolescência, mulheres que não responderam todas as questões de rastreamento de comportamentos sugestivos para um transtorno alimentar (SCOFF-BR), não possuir acesso à internet.

Procedimento Geral

Foi disponibilizado um formulário on-line no *Google Forms* que foi preenchido de maneira remota pelas participantes. O preenchimento total do formulário durava em torno de 20 minutos.

A captação das mulheres gestantes ocorreu por meio da divulgação da pesquisa nas redes sociais, na Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL) e em grupos de pesquisas sobre gestação, saúde da mulher e transtornos alimentares cadastrados nos diretórios de pesquisa do CNPQ. Foi criada uma página no *Instagram* (Anexo 1) para o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, bem como foi disponibilizado os e-mails das pesquisadoras para esta finalidade.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) fez parte do formulário, e, havendo concordância, a participante era direcionada ao preenchimento do formulário. Em caso de não concordância ao TCLE havia um agradecimento e a pesquisa era finalizada.

A mulher gestante que concordou em participar respondeu à pesquisa seguindo a seguinte ordem dos instrumentos: 1º - Questionário de Dados Sociodemográficos; 2º - Formulário de Características da Gestação, Antropométricas e Psicológicas; 3º - SCOFF-BR (triagem dos transtornos alimentares) (Teixeira et al., 2021); 4º - Questionário com perguntas adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017); 5º - Escala de análise de Silhuetas de Stunkard et al. (1983); 6º - Questionário de Estilo de Vida, segundo o VIGITEL (Brasil, 2019); e 7º - Questionário de Estilo de Vida adaptado de Pinheiro e Aguiar (2017).

Participaram deste estudo 144 mulheres, entretanto foram excluídos dois formulários preenchidos, uma vez uma das respondentes não preencheu todas as questões referentes ao SCOFF-BR (não atendeu a um dos critérios de inclusão) e o outro formulário foi excluído porque identificou-se duplicidade de registro. Assim, foram incluídas neste estudo 142 mulheres grávidas.

Instrumentos de Pesquisa

Questionário de Dados Sociodemográficos

Este formulário foi composto por questões referentes à idade, escolaridade, região de residência, raça/cor, estado civil, renda familiar, situação da moradia e zona de residência. As questões foram adaptadas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (IBGE, 2010; INEP, 2013) (Anexo 3).

Formulário de características da Gestação, Antropométricas e Psicológicas

Este formulário teve como finalidade caracterizar o período gestacional, o estado nutricional atual e diagnóstico médico anterior de transtorno psicológico (Anexo 4).

Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), o peso atual (em Kg), foi dividido pela altura (em metros) ao quadrado. Ambos foram autorreferidos. Para a classificação do estado nutricional considerou-se o IMC de acordo com a semana gestacional (BVS, 2023) (<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=9>).

Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire (SCOFF-BR) (Teixeira et al., 2021)

Esta escala contém cinco questões sobre comportamentos compensatórios, preocupação com o descontrole alimentar, perda de peso em um período curto, autoimagem corporal e se a participante visualiza a comida como um ponto dominante em sua vida. As perguntas deviam ser respondidas com sim ou não. Se houver, no mínimo, duas respostas sim, o resultado sugere o desenvolvimento de transtornos alimentares. Cada resposta “sim” às cinco perguntas é somada para a pontuação total. Duas ou mais respostas “sim” foram originalmente definidas como um ponto de corte relacionado à sensibilidade máxima para detectar anorexia e bulimia nervosa, sendo importante enfatizar que esta escala não é usada para o diagnóstico (Teixeira et al., 2021) (Anexo 5).

Questionário com perguntas adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017)

Este formulário teve como finalidade obter dados relacionados à imagem corporal das gestantes. As questões que fazem parte estão relacionadas à insatisfação corporal, comentários externos sobre o corpo, dietas, comportamentos compensatórios e percepção de imagem corporal. As questões foram adaptadas para o contexto da gestação e originalmente inspiradas pela *Figure Rating Scale* – (FRS) e propostas por Pinheiro e Aguiar (2017) (Anexo 6).

Escala de Análise de Silhuetas (Stunkard et al., 1983)

A escala de percepção e satisfação da imagem corporal de Stunkard et al. (1983) foi utilizada como forma de avaliar a percepção e o tamanho do corpo das mulheres grávidas que participaram do estudo (Anexo 7).

Questionário Estilo de Vida (Brasil, 2019)

Este questionário VIGITEL (Brasil, 2019) teve como objetivo investigar o consumo de álcool, ingestão de álcool de forma abusiva e tabagismo (Anexo 8). O consumo abusivo de bebida alcoólica foi considerado quando a mulher respondeu sim à questão que houve consumo de quatro ou mais doses de bebida alcoólica, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Considerou-se uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada, segundo estudo do VIGITEL (2018). Sobre o hábito de fumar, as mulheres foram questionadas sobre serem fumantes atuais ou passivas de cigarro.

Questionário de Estilo de Vida (Pinheiro & Aguiar, 2017)

O questionário de Estilo de Vida foi adaptado de Pinheiro e Aguiar (2017), e contém perguntas sobre hábitos em relação à atividade física (Anexo 9).

Variáveis do Estudo

A variável comportamento sugestivo para transtorno alimentar, calculada a partir das respostas ao SCOFF-BR, foi considerada como variável desfecho neste estudo e foi categorizada em sim (quem respondeu sim a duas ou mais questões do SCOFF – BR) e não (quem respondeu sim em menos de 2 questões do SCOFF – BR).

As demais variáveis foram consideradas explicativas. A idade foi categorizada em três faixas etárias: 18 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 a 59 anos. Para a classificação da escolaridade considerou-se três faixas, segundo os anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 ou

mais anos de estudo. A região de residência foi categorizada segundo as cinco macrorregiões do país: norte, nordeste, sul, sudeste e centro – oeste. No que tange à raça/cor classificou-se em três diferentes categorias: 1) branca; 2) preta e parda e 3) amarelas e indígenas. O estado civil foi classificado em duas categorias: 1) casadas ou em união estável e 2) solteiras ou divorciadas. Categorizou-se a renda familiar em sete categorias, segundo o número de salários-mínimos (SM): 1) sem renda; 2) até um SM; 3) 3 a 6 SM; 4) 6 a 9 SM; 5) 9 a 12; 6) 12 a 15 SM e 7) 15 ou mais SM. A situação da moradia foi classificada em 1) alugada, 2) própria ou 3) cedida, enquanto a zona de residência foi categorizada em 1) rural e 2) urbana.

O estado nutricional foi classificado em: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade. O diagnóstico médico anterior de transtorno psicológico foi classificado em sim ou não e para aquelas que responderam sim à esta questão perguntou-se qual o transtorno. Categorizou-se o tempo de gestação por trimestre: primeiro, segundo ou terceiro trimestre gestacional. A variável diagnóstico médico de transtorno psicológico foi classificada em sim ou não. Para àquelas que responderam que tinham diagnóstico médico de transtorno psicológico foi questionado qual o transtorno psicológico diagnosticado e nos resultados foram apresentados todos os citados.

O consumo de bebida alcoólica, o consumo abusivo de bebida alcoólica, o hábito de fumar e ser fumante passiva foram classificadas em sim ou não. Prática de atividade física foi classificada em sim ou não; o motivo que pratica atividade física foi categorizado em: 1) Porque me sinto bem, para me manter saudável, 2) Para manter um corpo legal (estética), 3) Por problemas de saúde e 4) outros. A prática de atividade física como método compensatório foi categorizada em: 1) Costuma se exercitar mesmo doente ou quando está muito cansada, 2) Respeita os limites do seu corpo, e o treino do professor de educação física e 3) Quando exagera na comida, treina mais, para compensar o excesso de calorias ingeridas.

A variável o que você faz quando vê blogueiras fitness gestantes nas redes sociais foi classificada em três categorias: 1) Não vê ou Não Liga ou Não sente nada, 2) Sente-se motivada a atingir aquele padrão corporal e 3) Sente-se deprimida, pois nunca conseguirá atingir aquele padrão corporal. Encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria foi classificada em: 1) não liga, 2) fica deprimida, mas disfarça e 3) procura iniciar uma dieta para emagrecer. Acompanhar dietas da moda foi categorizada em: sim (àquelas que responderam “Sim, sempre acompanho as novas dietas e procuro segui-las”) e não (às que responderam “Sempre procuro conhecer as novas dietas, mas não sigo” ou “Já fiz muitas, mas atualmente não sigo nenhuma” ou “Não me interessa”). As Práticas compensatórias do consumo alimentar excessivo durante a gestação (uso de laxantes e/ou diuréticos; realização de atividade física em excesso; indução de vômito; e realização de jejum prolongado) foram classificadas em sim ou não. Para categorizar a escala Silhueta Stunkard et al. (1983) procedeu-se a diferença entre a silhueta atual e a desejada. Após classificou-se em: insatisfação silhueta menor (valores negativos), satisfeita (resultado igual a 1) e insatisfação silhueta maior (valores positivos).

Procedimento de Análise de Dados

Para a análise descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas. A frequência do comportamento sugestivo para um transtorno alimentar foi estimada segundo os fatores sociodemográficos e estilo de vida. Posteriormente, foram calculadas para todas as variáveis do estudo: as razões de prevalências brutas e ajustadas, segundo o comportamento sugestivo para TA, por regressão log-linear de Poisson, considerando-se $p \leq 0,05$. Para o cálculo das razões de prevalência considerou-se comportamento sugestivo de transtorno alimentar como variável dependente e todas as demais variáveis independentes. Considerou-se na razão de prevalência ajustada todas as variáveis que

apresentaram com $p \leq 0,20$ na razão de prevalência bruta. A categoria de referência nas razões de prevalência foram as de maior proteção para TA. As análises dos dados foram realizadas por meio do software Stata versão 12.0.

Considerações Éticas

O projeto foi submetido e aprovado ao comitê de ética nº5172 - Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará - NMT/UFPA com o número de protocolo 53887921.4.00005172 (Anexo 10). As mulheres não foram identificadas na coleta, análise e divulgação dos dados. Elas podiam interromper a participação no estudo a qualquer momento que desejassem. Foi disponibilizado acesso a informações relevantes da pesquisa por meio de um perfil no instagram: @_gestta e do e-mail das coordenadoras da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi a primeira pergunta do formulário, sendo necessário que a gestante o aceitasse para prosseguir com a sua participação.

Resultados

O presente estudo contou com a participação de 142 mulheres grávidas, em semanas gestacionais diversas e de todas as regiões do Brasil. A maioria das mulheres que participaram do estudo tinha idade entre 18 a 29 anos (52,1%); tinham 12 ou mais anos de estudo (71,8%); residiam na região Norte do Brasil (50,4%); se autodeclararam pretas e pardas (57,5); eram casadas ou tinham união estável (66,4%); tinham renda familiar entre 1 a 3 SM (30,3%); moravam em casa própria (57,0%) e apenas 2,1% delas residiam na zona rural. No que se refere ao estado nutricional 14,5% das gestantes foram classificadas com baixo peso; 30,4% com peso adequado; 31,9% com sobrepeso e 23,2% com obesidade. A maior parte das mulheres estavam no terceiro trimestre de gestação 54,2% e 35,2% delas responderam que tinham diagnóstico médico de transtorno psicológico (Tabela 1).

No que se refere ao estilo de vida 21,8% das mulheres grávidas do estudo referiram consumo de álcool e 5,6% destas informaram que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva nos últimos 30 dias. O hábito de fumar foi referido por 3,5% das entrevistadas e 12,0% afirmaram ser fumantes passivas. A prática de atividade física foi referida por 44,4% das entrevistadas. O principal motivo pelo qual as mulheres grávidas referiram fazer atividade física foi para sentir-se bem e/ou manter o corpo saudável (55,6%) (Tabela 1).

Respondendo o que fazem quando veem blogueiras fitness gestantes nas redes sociais a maioria alegou não ver ou não ligar ou não sentir nada (51,4%), entretanto, 33,1% afirmaram sentir-se deprimida, pois nunca conseguirão atingir aquele padrão corporal. Quando questionadas sobre “o que faz ao encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir o comentário que engordou mais do que deveria” 47,9% das gestantes afirmaram que ficam deprimidas, mas disfarçam e 39,4% disseram que não ligavam e

12,7% das entrevistadas disseram que procuram iniciar uma dieta para emagrecer após ouvir o comentário (Tabela 1).

Ao responder sobre as práticas compensatórias em virtude do consumo alimentar 9,2% das mulheres grávidas afirmaram usar laxantes e/ou diuréticos; 16,2% referiram praticar atividade física em excesso; 4,9% responderam que induziram vômitos e 18,3% afirmaram fazer jejum prolongado. De acordo com as respostas relacionadas à escala de análise de Silhuetas de Stunkard et al. (1983) a maioria das mulheres do estudo foram classificadas com insatisfação silhueta menor (61,0%), seguido da satisfação (33,3%) e da insatisfação silhueta maior (5,7%) (Tabela 1).

Em relação às questões do SCOFF-BR se observou que 9,9% das grávidas, que responderam à pesquisa, referiram provocar vômito quando estavam se sentindo desconfortavelmente cheias; 59,2% referiram se preocupar de ter perdido o controle do quanto comem; 88,7% responderam que não perdeu recentemente mais do que cinco quilos em um período de três meses, entretanto 11,3% afirmaram que sim. Quando questionadas se acreditavam estar gordas, apesar das outras pessoas dizerem que ela estava muito magra, 33,8% das entrevistadas responderam sim; 31% das gestantes afirmaram que a comida dominava a sua vida. Constatou-se que 50% das grávidas que participaram deste estudo apresentaram comportamentos sugestivos para TA, ou seja, respondeu sim em duas ou mais questões do SCOFF-BR.

Tabela 1

Descrição e frequência, segundo a presença de comportamentos sugestivos para transtornos alimentares, das características sociodemográficas, de estilo de vida, antropométricas e satisfação corporal de mulheres grávidas que participaram do estudo.

		n	%	Presença de comportamentos sugestivos para TA	
				n	%
Idade (em anos)	18 a 29	74	52,1	43	60,6
	30 a 39	63	44,4	25	35,2
	40 a 59	5	3,5	3	4,2
Escolaridade (em anos)	0 a 8	18	12,7	11	15,5
	9 a 11	22	15,5	14	19,7
	12 ou mais	102	71,8	46	64,8
Região de Residência	Norte	64	50,4	29	46,8
	Nordeste	12	9,4	4	6,5
	Sul	9	7,1	4	6,5
	Sudeste	37	29,1	24	38,7
	Centro Oeste	5	3,9	1	1,6
Cor/raça	Branca	58	40,8	29	40,8
	Preta e Parda	81	57,0	41	57,7
	Amarela e Indígena	3	2,1	1	1,4
Estado Civil	Casada ou União Estável	93	66,4	40	58,0
	Solteira ou Divorciada	47	33,6	29	42,0
Renda Familiar (salário mínimo - SM)	Sem renda	1	0,7		0,0
	Ganha até 1 SM	2	1,4	1	1,4
	Ganha de 1 a 3 SM	43	30,3	26	36,6
	Ganha de 3 a 6 SM	34	23,9	17	23,9
	Ganha de 6 a 9 SM	19	13,4	9	12,7
	Ganha de 9 a 12 SM	14	9,9	8	11,3
	Ganha de 12 a 15 SM	11	7,7	3	4,2
Ganha mais de 15 SM	18	12,7	7	9,9	
Moradia	Alugada	47	33,1	27	38,0
	Cedida	14	9,9	8	11,3
	Própria	81	57,0	36	50,7
Zona de Residência	Rural	3	2,1	3	4,2
	Urbana	139	97,9	68	95,8
Estado Nutricional	Baixo Peso	20	14,5	5	7,2
	Adequado	42	30,4	20	29,0
	Sobrepeso	44	31,9	24	34,8
	Obesidade	32	23,2	20	29,0
Tempo Gestação (Trimestre)	Primeiro	22	15,5	10	14,1
	Segundo	43	30,3	20	28,2
	Terceiro	77	54,2	41	57,7

Transtorno Psicológico (com diagnóstico médico)

	Sim	50	35,2	33	46,5
	Não	92	64,8	38	53,5
Consumo de Álcool					
	Sim	31	21,8	21	29,6
	Não	111	78,2	50	70,4
Consumo Abusivo de Bebida Alcoólica					
	Sim	8	5,6	5	7,0
	Não	134	94,4	66	93,0
Fumante Atual					
	Sim	5	3,5	4	5,6
	Não	137	96,5	67	94,4
Fumante Passiva					
	Sim	17	12,0	8	11,3
	Não	125	88,0	63	88,7
Faz Atividade Física					
	Sim	63	44,4	30	42,3
	Não	79	55,6	41	57,7
Motivo pelo qual faz atividade física					
Sentir-se bem e/ou manter o corpo saudável		45	55,6	22	56,4
Estética		11	13,6	6	15,4
Problemas de Saúde		6	7,4	2	5,1
Outros motivos		19	23,5	9	23,1
O que faz quando vê blogueiras fitness grávidas nas redes sociais					
Não vê ou Não Liga ou Não sente nada		73	51,4	34	47,9
Sente-se motivada a atingir aquele padrão corporal		22	15,5	5	7,0
Sente-se deprimida, pois nunca conseguirá atingir aquele padrão corporal		47	33,1	32	45,1
O que faz após encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir comentário que engordou mais do que deveria					
Fica deprimida, mas disfarça		68	47,9	44	62,0
Não liga		56	39,4	17	23,9
Procura iniciar uma dieta para emagrecer		18	12,7	10	14,1
Práticas compensatórias em virtude do consumo alimentar excessivo					
Uso de laxantes e/ou diuréticos					
Sim		13	9,2	9	12,7
Não		129	90,8	62	87,3
Realização de atividade física em excesso					
Sim		23	16,2	19	26,8
Não		119	83,8	52	73,2
Indução de vômito			0,0		
Sim		7	4,9	6	8,5
Não		135	95,1	65	91,5
Fez jejum prolongado			0,0		
Sim		26	18,3	20	28,2
Não		116	81,7	51	71,8
Escala Silhueta Stunkard et al. (1983)					
Insatisfação silhueta menor		86	61,0	48	67,6
Satisfação		47	33,3	21	29,6
Insatisfação silhueta maior		8	5,7	2	2,8
Provoca vômito quando está se sentindo desconfortavelmente cheia					
Não		128	90,1		
Sim		14	9,9		
Preocupa-se de ter perdido o controle do quanto você come					
Não		58	40,8		
Sim		84	59,2		
Perdeu recentemente mais de 5 quilos num período de 3 meses					
Não		126	88,7		
Sim		16	11,3		
Acredita estar gorda, apesar das outras pessoas dizerem que você está					
Não		94	66,2		

	Sim	48	33,8
A comida domina a sua vida	Não	98	69,0
	Sim	44	31,0
Comportamento Sugestivo para TA (Respondeu sim em duas ou mais	Sim	71	50,0
	Não	71	50,0

A maioria das mulheres com presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA tinham idade de 18 a 29 anos (60,6%); estudaram 12 ou mais anos (64,8%); residiam na região Norte (46,8%); referiram ser da raça/cor preta/parda (57,7%); eram casadas ou tinham união estável (58,0%); A maior parte das grávidas com presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA ganhavam entre 1 a 3 salários mínimos (SM) (36,6%); residiam em casas próprias (50,7%) e em zona urbana (95,8%). No que tange o estado nutricional 7,2% delas foram classificadas com baixo peso, 29,0% com eutrofia, 34,8% com sobrepeso e 29,0% com obesidade. A maioria das mulheres com presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA estavam no terceiro trimestre gestacional (57,7%) e 46,5% referiram ter diagnóstico médico de transtorno psicológico (Tabela 1).

Quase 30,0% das mulheres com presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA referiram consumir bebida alcoólica, dessas, 7,0% referiram consumo abusivo de bebida alcoólica; 5,6% dessas gestantes referiram ser fumantes atuais e 11,3% fumantes passivas e 57,7% referiram não fazer atividade física. Dentre as grávidas com dois ou mais comportamentos sugestivos para TA que referiram prática de atividade física 56,4% disseram que faziam para se sentir bem ou para manter o corpo saudável, entretanto, 15,4% disseram que faziam por estética. Quando questionadas sobre a atitude quando veem blogueiras fitness grávidas nas redes sociais 47,9 referiram que não veem ou não ligam ou não sentem nada, porém 45,1% disseram que se sentem deprimidas, pois nunca conseguirão atingir aquele padrão corporal. A maioria das mulheres grávidas com dois ou mais comportamentos sugestivos para TA afirmaram que ao encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir

comentário que engordou mais do que do que deveria se sentem deprimidas, mas disfarçam (62,0%) e 14,1% dessas mulheres procuram iniciar uma dieta para emagrecer (Tabela 1).

Quanto às práticas compensatórias em virtude do consumo alimentar 12,7% das grávidas com dois ou mais comportamentos sugestivos para TA que referiram que usam laxantes ou diuréticos; 26,8% afirmaram realizar atividades físicas em excesso; 8,5% referiram indução de vômito e que fizeram jejum prolongado (28,2%). A satisfação corporal entre as grávidas com dois ou mais comportamentos sugestivos para TA foi observada em apenas 29,6 dessas mulheres; maioria foi classificada com insatisfação corporal menor (67,6%) (Tabela 1).

Tabela 2

Razão de prevalência bruta e ajustada de comportamentos sugestivos para transtornos alimentares segundo características sociodemográficas, antropométricas, estilo de vida e satisfação corporal em mulheres grávidas que participaram do estudo.

Características	Presença de Comportamentos Sugestivos para TA					
	RP Bruta			RP Ajustada		
	RP	IC 95%	<i>p</i>	RP	IC 95%	<i>p</i>
Idade (em anos)			0,088			0,530
18 a 29	1,00			1,00		
30 a 39	0,47	(0,24 - 0,94)		0,80	(0,25 - 2,55)	
40 a 59	1,08	(0,17 - 6,90)		0,34	(0,02 - 5,24)	
Escolaridade (em anos)			0,170			0,014
0 a 8	1,00			1,00		
9 a 11	1,11	(0,31 - 4,02)		0,50	(0,57 - 4,38)	
12 ou mais	0,52	(0,19 - 1,45)		0,12	(0,18 - 0,76)	
Região de Residência			0,125			0,179
Norte	1,00			1,00		
Nordeste	0,60	(0,16 - 2,21)		0,17	(0,02 - 1,22)	
Sul	0,96	(0,24 - 3,93)		0,18	(0,02 - 1,82)	
Sudeste	2,22	(0,97 - 5,13)		0,53	(0,13 - 2,08)	
Centro Oeste	0,30	(0,32 - 2,85)		0,13	(0,01 - 1,75)	
Cor/raça			0,838			
Branca	1,00					
Preta e Parda	1,02	(0,52 - 2,01)				
Amarela e Indígena	0,50	(0,42 - 5,82)				

Estado Civil			0,036		0,482
Casada ou União Estável	1,00			1,00	
Solteira ou Divorciada	2,13	(1,04 - 4,37)		1,43	(0,36 - 5,62)
Renda Familiar (SM)					
Ganha até 1 salário	1,00		0,350		
Ganha de 1 a 3 salários	1,57	(0,08 - 29,40)			
Ganha de 3 a 6 salários	2,40	(0,78 - 7,42)			
Ganha de 6 a 9 salários	1,57	(0,49 - 5,02)			
Ganha de 9 a 12 salários	1,41	(0,38 - 5,22)			
Ganha de 12 a 15 salários	2,09	(0,51 - 8,67)			
Ganha mais de 15 salários	0,58	(0,12 - 3,00)			
Moradia			0,311		
Alugada	1,00				
Cedida	0,99	(0,30 - 3,29)			
Própria	0,59	(0,29 - 1,22)			
Zona de Residência					
Urbana	1,00		0,799		
Rural	0,95	(0,68 - 1,33)			
Estado Nutricional			0,052		0,031
Baixo Peso	1,00			1,00	
Adequado	2,72	(0,84 - 8,87)		1,55	(0,18 - 12,90)
Sobrepeso	3,60	(1,11 - 11,63)		5,43	(0,68 - 43,26)
Obesidade	5,00	(1,44 - 17,27)		4,12	(0,49 - 34,77)
Tempo Gestação (Trimestre)			0,699		
Primeiro	1,00				
Segundo	1,04	(0,37 - 2,92)			
Terceiro	1,37	(0,53 - 3,53)			
Transtorno Psicológico (com diagnóstico médico)			0,004		0,192
Sim	1,00			1,00	
Não	0,36	(0,18 - 0,74)		0,46	(0,15 - 1,42)
Consumo de Álcool			0,024		
Sim	1,00			1,00	0,197
Não	0,39	(0,17 - 0,90)		0,33	(0,07 - 1,63)
Consumo Abusivo de Bebida Alcoólica			0,464		
Sim	1,00				
Não	0,58	(0,13 - 2,53)			
Fumante Atual			0,258		
Sim	1,00				
Não	0,23	(0,02 - 2,19)			
Fumante Passiva			0,796		
Sim	1,00				
Não	1,14	(0,41 - 3,15)			
Faz Atividade Física					
Não	1,00		0,260		
Sim	0,84	(0,43 - 1,63)			
Motivo pelo qual faz atividade física			0,865		
Estética	1,00				

Sentir-se bem e/ou manter o corpo saudável	0,79	(0,21 - 2,99)		
Problemas de Saúde	0,42	(0,05 - 3,31)		
Outros motivos	0,75	(0,17 - 3,33)		
O que faz quando vê blogueiras fitness grávidas nas redes sociais			0,001	0,951
Sente-se deprimida, pois nunca conseguirá atingir aquele padrão corporal	1,00		1,00	
Sente-se motivada a atingir aquele padrão corporal	0,14	(0,43 - 0,44)	0,27	(0,05 - 1,40)
Não vê ou Não Liga ou Não	0,41	(0,19 - 0,88)	0,96	(0,25 - 3,74)
O que faz após encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria			0,001	0,002
Procura iniciar uma dieta para emagrecer	1,00		1,00	
Fica deprimida, mas disfarça	1,47	(0,51 - 4,21)	0,49	(0,11 - 2,25)
Não liga	0,35	(0,12 - 1,04)	0,66	(0,01 - 0,36)
Práticas compensatórias em virtude do consumo alimentar excessivo durante a gestação				
Uso de laxantes e/ou diuréticos			0,141	0,985
Sim	1,00		1,00	
Não	0,41	(0,12 - 1,40)	0,96	(0,10 - 9,19)
Realização de atividade física em excesso			0,000	0,050
Sim	1,00		1,00	
Não	0,16	(0,52 - 0,51)	0,25	(0,04 - 1,69)
Indução de vômito			0,041	0,723
Sim	1,00		1,00	
Não	0,15	(0,02 - 1,32)	1,33	(0,69 - 25,92)
Fez jejum prolongado			0,002	0,827
Sim	1,00		1,00	
Não	0,24	(0,09 - 0,63)	1,28	(0,25 - 6,62)
Escala Silhueta Stunkard et al. (1983)			0,151	0,958
Insatisfação silhueta menor	1,00		1,00	
			1,16	
Insatisfação silhueta maior	0,64	(0,31 - 1,31)	0,80	(0,35 - 3,81)
Satisfação	0,26	(0,05 - 1,38)	0,80	(0,43 - 14,8)

Na análise da razão de prevalência bruta as variáveis que foram associadas (p valor \leq 0,20), à presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA em mulheres grávidas, foram idade (p valor 0,08), escolaridade (p valor 0,170), região de residência (p valor 0,125), estado civil (p valor 0,036), estado nutricional (p valor 0,05), ter diagnóstico médico de

transtorno psicológico (p valor 0,004), consumo de álcool (p valor 0,024), o que faz quando vê blogueiras fitness grávida nas redes sociais (p valor 0,001), o que faz após encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria (p valor 0,001), uso de laxantes e/ou diuréticos (p valor 0,141), realização de atividade física em excesso (p valor 0,000), indução de vômito (p valor 0,04) e fazer jejum prolongado (p valor 0,002) (Tabela 2).

Após a análise da razão de prevalência ajustada para todas as variáveis com p valor \leq 0,20 as variáveis que mantiveram associação ($p \leq 0,05$), à presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA, foram escolaridade (p valor 0,014), estado nutricional (p valor 0,031), ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria (p valor 0,002) e realizar atividade física em excesso (p valor 0,05) (Tabela 2).

Houve maior probabilidade de presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA para a menor escolaridade (0 a 8 anos de estudo) (RP 1,00) quando comparada com quem estudou de 9 a 11 anos (RP 0,50) e 12 ou mais (RP 0,12). Mulheres grávidas com estado nutricional adequado (RP 1,55), sobrepeso (RP 5,43) e obesidade (RP 4,12) tiveram maior probabilidade de ter dois ou mais comportamentos sugestivos para TA quando comparadas às que foram classificadas com baixo peso (RP 1,00). Quanto ao que faz ao ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria e as grávidas que afirmaram que procuram começar uma dieta tiveram maior probabilidade de ter dois ou mais comportamentos sugestivos para TA (RP 1,00) quando comparada às que afirmaram ficar deprimidas, mas disfarçavam (RP 0,49) e que não ligavam (RP 0,66). As gestantes que afirmaram não realizar atividade física em excesso para compensar o consumo alimentar tiveram menor probabilidade de ter dois ou mais comportamentos sugestivos para TA (RP 0,25) quando comparadas àquelas que afirmaram fazer atividade física em excesso como método compensatório (RP 1,00) (Tabela 2).

Discussão

Observou-se que 50% das mulheres grávidas que participaram deste estudo apresentaram dois ou mais comportamentos sugestivos para TA, o que é mais do que o encontrado na população feminina mundial (13,5%) (Eisenberg et al., 2011) e brasileira (33,5%) (Teixeira et al., 2021). As variáveis associadas à presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA foram escolaridade, estado nutricional, ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria e realizar atividade física em excesso.

A maioria das mulheres que participaram desta pesquisa (52,1%) tinha idade entre 18 e 29 anos, seguidas da faixa etária de 30 a 39 anos (44,4%), e o restante com idade maior ou igual a 40 anos. Bulik et al. (2007) realizaram estudo de coorte prospectivo, junto à 41.157 mulheres grávidas na Noruega, e tiveram como objetivo identificar a prevalência de transtornos alimentares e comportamento alimentar desordenado antes da gravidez, bem como os padrões de remissão, continuação e incidência de transtornos alimentares durante a gestação. Os autores encontraram que a maioria das grávidas que participaram da pesquisa tinha entre 30 e 34 anos (37,4%), seguidas daquelas que tinham entre 25 e 29 anos (34,3%), corroborando as duas faixas etárias mais frequentes no presente estudo. Resultado semelhante também foi encontrado por Eagles et al. (2012) que realizou estudo de com 134 mulheres grávidas diagnosticadas com anorexia nervosa e 670 gestantes sem esse diagnóstico com objetivo de comparar resultados do período gestacional de mulheres com e sem história de anorexia nervosa, sendo que, a maioria delas tinham entre 25 e 29 anos de idade, e por fim, em Battaglia et al. (2018), realizaram um estudo piloto prospectivo, com o objetivo de avaliar longitudinalmente as consequências do ganho de peso e da percepção de imagem corporal na sexualidade, estresse e parceria, em 26 mulheres grávidas; também tiveram resultados

aproximados ao presente estudo com média de mulheres com 29,8 anos, ou seja, também se aproximou da idade das participantes desta pesquisa.

No presente estudo, a maior parte das participantes era casada ou tinham união estável (66,4%), o que se assemelha a Bulik et al. (2007), onde as gestantes totalizaram 96,7% casadas ou em união estável. Em Eagles et al. (2012), 83,6% das mulheres com diagnóstico de anorexia eram casadas, e 83,1% das que não tinham diagnóstico, também eram casadas.

Os resultados da presente pesquisa indicam que a maioria das gestantes participantes possuía 12 ou mais anos de escolaridade. Essa alta proporção de participantes com maior nível de escolaridade difere dos achados do estudo de Bulik et al. (2010), onde apenas 40,1% das grávidas tinham algum tipo de curso técnico ou eram graduadas no ensino superior. Essa discrepância sugere uma possível diferença no perfil educacional das amostras entre os estudos. No estudo de Broussard (2012), que investigou traços psicológicos e comportamentais associados a transtornos alimentares durante a gestação, observou-se uma proporção significativa de mulheres com graduação (50%) e pós-graduação (29,6%). A média de escolaridade de 8,6 anos de estudo, encontrada nesse estudo, pode ser contrastada com a média de 12 ou mais anos de escolaridade encontrada na presente pesquisa. Essas diferenças sugerem que o perfil educacional das gestantes pode influenciar o desenvolvimento e a manifestação de transtornos alimentares durante a gravidez. A variável do nível de escolaridade pode ter implicações importantes para a pesquisa. O nível de escolaridade foi selecionado devido o seu potencial impacto nas características e comportamentos relacionados aos TA durante a gestação. A escolha das diferentes categorias de nível de escolaridade permitiu uma análise mais abrangente das possíveis relações entre educação e transtornos alimentares. A educação pode afetar diversos fatores, como o acesso à informação sobre saúde, a tomada de decisões relacionadas à alimentação e o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Além disso, o nível de escolaridade pode

estar relacionado a outros fatores socioeconômicos, como renda e status social, que também podem influenciar a saúde e os comportamentos alimentares.

Na presente pesquisa, as mulheres se autodeclararam em sua maioria, pretas e pardas (57,5%), seguidas de brancas (40,8%), dados diferentes quando relacionam-se ao estudo de Broussard (2012), onde 75,9% eram brancas, entretanto, não haviam dados de participantes mulheres pretas e pardas. A maioria das grávidas do estudo tinha renda familiar entre 1 a 6 SM (54,2%), semelhante ao mesmo estudo, no qual as gestantes recebiam de 2 a 5 salários mínimos. Entretanto, este resultado difere bastante de Bulik et al. (2010), no qual, a renda mínima da mãe junto com o pai era de mais de trinta e seis mil dólares comparando com as que ganhavam menos.

No presente estudo, a maioria das mulheres grávidas estavam no terceiro trimestre de gestação (54,2%), dado que ficou distante do estudo de Kouba et al. (2005) que realizou estudo comparando 49 mulheres que nunca tiveram filhos, diagnosticadas com TA e não fumantes com 68 mulheres no início da gravidez. A maioria das mulheres grávidas que participaram do seu estudo estavam na décima semana de gestação. Já em Easter et al. (2013), que investigaram o estado diagnóstico de TA e sintomas relacionados em 739 mulheres grávidas, a semana gestacional, em média, foi de 11,5 semanas e, por fim, distante do público de Bulik et al. (2007), já que neste a maioria das grávidas estavam na 18ª semana de gestação.

Em relação ao estado nutricional das gestantes no presente estudo, revelou-se uma proporção significativa de gestantes que apresentou sobrepeso (31,9%) e obesidade (23,2%), enquanto 14,5% foram classificadas como baixo peso e 30,4% como peso adequado. Esses achados são consistentes com o estudo de Passanha et al. (2013), que também relatou uma prevalência considerável de peso adequado (62,2%) e sobrepeso (26,7%) em gestantes em São Paulo. Por outro lado, o estudo de Kouba et al. (2005), que investigou mulheres com

transtornos alimentares, relatou que essas mulheres apresentavam índices de massa corporal (IMC) abaixo do recomendado. Mulheres com anorexia apresentaram IMC abaixo da média em comparação com o grupo controle, enquanto não houve diferença significativa entre mulheres com bulimia e o grupo controle. Esses resultados sugerem que o estado nutricional das gestantes pode ser um fator importante a ser considerado em relação aos transtornos alimentares e aos desfechos relacionados à gravidez. O excesso de peso como sobrepeso e obesidade, pode estar associado a riscos aumentados de complicações durante a gravidez, como diabetes gestacional, hipertensão e parto prematuro. Por outro lado, o baixo peso pode estar relacionado à desnutrição e riscos para o desenvolvimento adequado do feto. A utilização da variável estado nutricional é relevante a esta pesquisa devido ao seu impacto direto as condições de saúde das grávidas e nos desfechos direcionados à gestação. A escolha destas categorias permitiu uma análise mais abrangente das diferentes situações nutricionais e suas implicações para a saúde materna e fetal.

Em relação às práticas compensatórias em virtude do consumo alimentar, 16,2% das mulheres grávidas relataram praticar atividade física em excesso como uma forma de compensação pelo consumo alimentar. Essa proporção difere dos achados de Easter et al. (2013), que encontrou uma menor prevalência dessas práticas compensatórias em seu estudo não brasileiro, como o jejum e exercícios excessivos relatados por apenas 0,9% das mulheres. Além disso, Abraham (2001) relatou a existência de comportamentos para controle de peso mencionados pelos obstetras durante as consultas pré-natais, com uma proporção de 19% na consulta pré-natal e 22% nas consultas subsequentes. Esses resultados indicam que os comportamentos compensatórios, como a atividade física em excesso, podem ser relativamente comuns durante a gestação, e a sua presença pode ter implicações na saúde e bem-estar das gestantes e seus bebês. A inclusão da variável atividade física em excesso é relevante para identificar possíveis fatores de risco e promover intervenções adequadas para

minimizar os potenciais impactos negativos na saúde materna e fetal. Os resultados descritos sugerem a necessidade de uma abordagem abrangente na assistência pré-natal, que inclua a identificação e a monitorização desses comportamentos compensatórios, a fim de fornecer o suporte necessário para uma gestação saudável. Além disso, pode ser importante promover a educação e a conscientização sobre a importância de práticas alimentares equilibradas e um estilo de vida ativo durante a gestação, visando o bem-estar global das gestantes e a saúde dos seus bebês.

Referindo-se ao estilo de vida das gestantes da pesquisa, 21,8% das mulheres grávidas do estudo relataram consumo de álcool e 5,6% destas informaram que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva nos últimos 30 dias. O hábito de fumar foi referido por 3,5% das entrevistadas e 12,0% afirmaram ser fumantes passivas. 44,4% relataram praticar atividade física. O principal motivo pelo qual as mulheres grávidas referiram fazer atividade física foi para sentir-se bem e/ou manter o corpo saudável (55,6%). Em Bulik et al. (2010) 11,1% das participantes costumavam fumar durante a gravidez. O presente estudo se assemelha ao de Eagles et al. (2012), onde a maior parte das participantes não fumavam (com AN= 61,9%; sem AN= 62,2%). Com números acima dos resultados da pesquisa: Abraham (2001) afirma que em seu estudo, durante a primeira consulta pré-natal logo após descobrirem a gravidez, obtiveram dados: mulheres fumantes (96%), consumo de bebida alcoólica (84%), prática de exercícios (49%); em consultas subsequentes: fumantes (86%) e consumo de álcool (64%).

Direcionando-os às respostas relacionadas à escala de análise de Silhuetas de Stunkard et al. (1983), a maioria das mulheres do estudo foram classificadas com insatisfação silhueta menor (61,0%). Isso foi diferente de Tutkuvienė et al. (2018) que estudaram avaliar a autoestima, a imagem corporal e o controle de peso de mulheres antes e durante a gravidez em 234 gestantes que afirmaram que as mulheres investigadas escolheram, em média, 4,38 e 3,44 (respectivamente) valores durante a gravidez ($p < 0,05$). A partir da escala verificou-se

um aumento da silhueta do "corpo real" durante o terceiro trimestre da gravidez (de 4.2 a 5.4) e as mulheres tiveram uma piora associada à sensação da própria silhueta (de 3.5 a 2.7). No presente estudo, as gestantes satisfeitas com a imagem de acordo com a escala totalizaram 33,3%, sendo que em Passanha et al. (2013) o número de gestantes satisfeitas foi maior: 47,1% das gestantes encontraram-se com satisfação corporal.

Não foram encontrados dados do SCOFF-BR e nem do SCOFF em estudos específicos com participantes grávidas, tanto em português brasileiro quanto em outros idiomas. Em estudos internacionais foi encontrado um artigo com a utilização do "SCOFF modificado" (Dörsam et al., 2022) e em outros havia menções ao instrumento para o desenvolvimento ou utilização de outras escalas específicas para gestantes, entretanto, somente do ano de 2022. O SCOFF-BR foi traduzido e validado em 2020, o que pode justificar a ausência da escala em estudos brasileiros com gestantes.

De acordo com as respostas deste estudo em relação às questões do SCOFF-BR, constatou-se que 50% das grávidas apresentaram comportamentos sugestivos para TA, ou seja, respondeu sim em duas ou mais questões do SCOFF-BR. Esse valor é superior ao encontrado em mulheres brasileiras da mesma faixa etária (Teixeira et al., 2021).

O estudo de Teixeira et al. (2021) que teve como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar uma versão em português do Brasil (SCOFF-BR) do *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF) para rastrear transtornos alimentares em 361 adultos jovens, ficou mais próximo com um percentual de 33,5% questionários SCOFF-BR positivos.

Eisenberg et al. (2011) teve como objetivo examinar a prevalência, correlatos, persistência e procura de tratamento relacionados a sintomas de transtornos alimentares (TAs) em uma amostra aleatória de 2.822 alunos, que abrangeu estudantes da graduação e pós-graduação. Comportamentos sugestivos para um TA através do SCOFF foi de 13,5%

em mulheres, e 3,6% para homens. Entre os SCOFF+, 20% haviam passado por tratamento de saúde mental no ano anterior. Na amostra de acompanhamento do estudo (n= 753), os sintomas de TA foram previstos significativamente 2 anos depois.

No estudo de Tivolacci et al. (2015), que teve como finalidade determinar a prevalência de transtornos alimentares em 3.457 universitários e sua relação com características comportamentais e uso de substâncias, a triagem positiva (2 ou mais respostas sim) em relação ao SCOFF foi de 20,5%. Já no estudo de Shaikh e Kayani (2014), que tiveram como objetivo determinar opiniões e comportamentos relativos à dieta e tamanho do corpo em 1.134 alunas adolescentes e adultas paquistanesas obteve-se um grande número de respostas afirmativas em relação ao SCOFF (64,9%). A principal resposta positiva a ele, ou seja, onde os participantes responderam sim, foi na pergunta se “a comida domina a vida” (62,3%). Apenas 11,6% responderam com não a todas as cinco perguntas, enquanto que, na presente pesquisa, a principal resposta positiva foi que as gestantes foram questionadas se acreditavam estar gordas, apesar das outras pessoas dizerem que elas estavam muito magras (33,8%).

Neste estudo, após a análise da razão de prevalência bruta, as variáveis que foram associadas à presença de dois ou mais comportamentos sugestivos para TA em mulheres grávidas foram idade, escolaridade, região de residência, estado civil, estado nutricional, ter diagnóstico médico de transtorno psicológico, consumo de álcool, o que faz quando vê blogueiras fitness grávida nas redes sociais, o que faz após encontrar com alguém após um longo tempo e ouvir comentário que engordou mais do que do que deveria, uso de laxantes e/ou diuréticos, realização de atividade física em excesso, indução de vômito e fazer jejum prolongado. Entretanto, as que mantiveram associação após a análise da razão de prevalência ajustada foram escolaridade, estado nutricional, ouvir comentário que engordou mais do que deveria e realizar atividade física em excesso.

Tavolacci et al. (2015) verificaram uma alta associação entre SCOFF+ e o sexo feminino (26,4%) em relação ao masculino (10,3%), também relataram uma maior prevalência de sobrepeso e obesidade em alunos SCOFF+ comparando aos de SCOFF- (16,3% e 11,3%, respectivamente) e, por fim, maiores taxas de tabagismo, problemas com uso de álcool e risco moderado ou grave ciberdependência em alunos com score positivo no SCOFF. Em Eisenberg et al. (2011) a prevalência de SCOFF+ foi em mulheres em comparação aos homens, e de etnia asiática e branca, não hispânicas, além de que, a triagem para TA foi associada a maiores possibilidades de rastreio positivo para depressão em ambos os sexos, transtorno de ansiedade generalizada, pensamentos suicidas e tabagismo em mulheres e homens. Atividade física frequente foi associada a comportamentos sugestivos para TA entre as mulheres do estudo. Diferentemente da presente pesquisa, o estudo de Shaikh e Kayani (2011), relatou que os 64,9% respondentes que pontuaram positivamente o SCOFF, 62,4% do total de participantes tinha entre 19 e 20 anos e 49,7% de 16 a 18 anos, entretanto, não houve associação estatisticamente significativa entre as faixas etárias.

Tavolacci et al. (2021) estudaram 3.508 alunos de uma universidade francesa com o objetivo de identificar fatores, como mudanças nas escolhas alimentares, estilo de vida, comportamento de risco e proteção, saúde mental e dados sociodemográficos sobre transtornos alimentares utilizando uma versão francesa do SCOFF. Eles obtiveram dados de comportamentos sugestivos de TA no estudo em categorias diferentes da presente pesquisa, tais como: escores mais baixos de segurança alimentar foram associados a um risco maior de TA. A depressão e o estresse acadêmico devido ao COVID-19 foram associados a comportamentos sugestivos de TA, entretanto os resultados se assemelham, quanto a outros estudos, onde há uma associação positiva entre SCOFF+ e sexo feminino, o qual faz parte da população total da atual pesquisa.

Considerações finais

O presente estudo levou em consideração as observações de Dunker et al. (2009) e Abraham et al. (2001), os quais alertaram, respectivamente, sobre o pouco conhecimento e análise clínica direcionada às gestantes sobre comportamentos que possam deixá-las suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, profissionais da área da saúde, principalmente os que cuidam da alimentação, devem verificar dados sobre peso, altura e se utilizar de instrumentos que verifiquem os comportamentos compensatórios que possam estar presentes. De certo, esse roteiro se faz necessário, já que há evidências na base literária e que foram demonstradas nesta pesquisa, que mesmo em mulheres gestantes, a escolaridade, o estado nutricional, comentários externos e métodos compensatórios como exercício excessivo e realização de dietas estão altamente associados ao desenvolvimento de um Transtorno Alimentar.

Das limitações, pode se citar problemas com o uso da escala de Stunkard para análise de silhuetas, que podem trazer imagens corporais e valores irreais de altura e peso corporal. O estado civil foi abordado em questão sociodemográfica, entretanto, não foram coletadas informações específicas sobre o parceiro. Em relação ao estudo em específico com mulheres grávidas, é importante a adaptação por conta da composição corporal diversificada do público estudado. Pode-se alegar também que há ausência de instrumentos psicométricos de transtornos alimentares durante o período gestacional, levando assim a crer na possibilidade da frequência existente na literatura estar subestimando ou superestimando tais sintomas devido à sobreposição clínica entre os sintomas de TA e a experiência do período gestacional.. Na presente pesquisa, coletamos dados de renda familiar e poucos foram os achados na literatura que relaciona esta categoria com TA, sendo esta uma variável importante para caracterizar a amostra.

Direcionamento às próximas pesquisas: avaliação do comportamento alimentar através de instrumento específico e outro para avaliação do estado nutricional da gestante. O IMC é considerado fidedigno, entretanto, leva em consideração apenas peso e altura, por exemplo, dois corpos iguais podem ter pesos diferentes. Quanto maior o percentual de massa magra, mais pesada a pessoa pode ser. As variações de massa dos diferentes tecidos não são consideradas; o instrumento pode considerar também que pessoas mais baixas são mais magras do que realmente são e as mais altas estariam acima do peso quando não estão.

Referências

- Abraham, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(3), 159-163. <https://doi.org/10.3109/01674820109049968>.
- Alves, T. C. H. S., Santana, M. L. P., Silva, R. C. R., Pinto, E. J. & Assis, M. O.(2012). Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 55-63. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000200001>.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. (DSM-V) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Andersen, A. E., Ryan, G. L. (2009). Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstetrics and gynecology*, 114(6), 1353-67. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c070f9>.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>.
- Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C., & Agius, M. (2019). The effects of Eating Disorders in Pregnancy on mother and baby: A Review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 615-618.
- Bannatyne, A. J., Hughes, R., Stapleton, P., Watt, B., & MacKenzie-Shalders, K. (2018). Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1849-3>.

- Barona, M., Taborelli, E., Corfield, F., Pawlby, S., Easter, A., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2017). Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(8), 931–938. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12736>.
- Battaglia, C., Morotti, E., Zanetti, I., Battaglia, B. & Mattioli, M. (2018). Stunkard Figure Rating Scale and Sexuality during pregnancy. A longitudinal, Pilot study. *Reproductive System & Sexual disorders*, 7(1), 1-5. <https://doi.org/10.4172/2161-038X.1000222>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL 2018: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL 2019: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- Broussard, B. (2011). Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: a pilot study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 61–66. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00089.x>.
- Bruce, K., Mansour, S., & Steiger, H. (2009). Expectancies related to thinness, dietary restriction, eating, and alcohol consumption in women with bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 42(3), 253–258. <https://doi.org/10.1002/eat.20594>.
- Bulik, C. M., Hoffman, E. R., Von Holle, A., Torgersen, L., Stoltenberg, C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1136–1140. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f7efdc>.

- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G. B., Keel, P. K., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *The Journal of clinical psychiatry*, *65*(7), 1000–1006. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0718.7>.
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., Siega-Riz, A. M., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychological medicine*, *37*(8), 1109–1118. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000724>.
- Cardwell M. S. (2013). Eating disorders during pregnancy. *Obstetrical & gynecological survey*, *68*(4), 312–323. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31828736b9>.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. & Milgrom, J. (2009). My baby body: a qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(4), 330–345. <https://doi.org/10.1080/02646830903190904>.
- Claydon, E. A., Davidov, D. M., Zullig, K. J., Lilly, C. L., Cottrell, L., & Zerwas, S. C. (2018). Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, *18*(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2105-6>.
- Coker, E., & Abraham, S. (2015). Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, *20*(1), 71–79. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0133-4>.

- Cordioli, A. V., Kieling, C., Silva, C. T. B., Passos, I. C. & Barcellos, M. T. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. *Artmed*: p. 329.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Crosby, R., Halmi, K., & Mitchell, J. E. (2008). Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *The International journal of eating disorders*, 41(3), 277–279. <https://doi.org/10.1002/eat.20496>.
- Dörsam, A. F., Bye, A., Graf, J., Howard, L. M., Throm, J. K., Müller, M., Wallwiener, S., Zipfel, S., Micali, N., & Giel, K. E. (2022). Screening instruments for eating disorders in pregnancy: Current evidence, challenges, and future directions. *The International journal of eating disorders*, 55(9), 1208–1218. <https://doi.org/10.1002/eat.23780>.
- Dunker, K. L. L., Alvarenga, M. & Alves, V. (2009). Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 60-68. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100010>.
- Eagles, J. M., Lee, A. J., Raja, E. A., Millar, H. R., & Bhattacharya, S. (2012). Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 42(12), 2651–2660. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000414>.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J. & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *European Eating Disorders Review*, 21(4), 340-344. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>.
- Easter, A., Treasure, J., & Micali, N. (2011). Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG : an international journal of obstetrics and*

- gynaecology*, 118(12), 1491–1498. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03077.x>.
- Eik-Nes, T. T., Horn, J., Strohmaier, S., Holmen, T. L., Micali, N., & Bjørnelv, S. (2018). Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *The International journal of eating disorders*, 51(10), 1134–1143. <https://doi.org/10.1002/eat.22916>.
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American college health : J of ACH*, 59(8), 700–707. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.546461>.
- Erick, M. (2002). Eating disorders: a few more thoughts. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(4), 477. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90110-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90110-0).
- Felden, E. P. G., Claumann, G. S., Sacomori, C., Daronco, L. S. E., Cardoso, F. L., Pelegrini, A. (2015). Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(11), 3331-3337. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.00212015>.
- Fogarty, S., Elmir, R., Hay, P. & Schmied, V. (2018). The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1762>.
- Franko, D. L., Spurell, E. B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 95(6 Pt 1), 942–946. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00792-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00792-4).
- Franko, D. L., & Walton, B. E. (1993). Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *The International journal of eating disorders*, 13(1), 41–47.

[https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199301\)13:1<41::aid-eat2260130106>3.0.co;2-](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199301)13:1<41::aid-eat2260130106>3.0.co;2-)

[1.](#)

Glassman, J. N., Rich, C. H., Darko, D., Clarkin, A. (1991). Menstrual Dysfunction in Bulimia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3(2), 161-165.

<https://doi.org/10.3109/10401239109147986>.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

Biological psychiatry, 61(3), 348-358.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>.

Koletzko, B., Cremer, M., Flothkötter, M., Graf, C., Hauner, H., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Röbl-Mathieu, M., Schiffner, U., Vetter, K., Weissenborn, A., & Wöckel, A. (2018). Diet and Lifestyle Before and During Pregnancy - Practical Recommendations of the Germany-wide Healthy Start - Young Family Network. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78(12), 1262-1282.

<https://doi.org/10.1055/a-0713-1058>.

Koubaa, S., Hällström, T., Lindholm, C. & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics and gynecology*,

105(2), 255-260. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000148265.90984.c3>.

Lemberg, R., & Phillips, J. (1989). The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 285-295.

[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198905\)8:3%3c285::AID-](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3%3c285::AID-)

[EAT2260080304%3e3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198905)8:3%3c285::AID-EAT2260080304%3e3.0.CO;2-P).

Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *The International journal of eating disorders*,

46(8), 826-833. <https://doi.org/10.1002/eat.22179>.

- Lowes, H., Kopeika, J., Micali, N. & Ash, A. (2012). Anorexia Nervosa in Pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 14(3), 179-187. <https://doi.org/10.1111/j.1744-4667.2012.00110.x>.
- Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. A., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., & Martínez-Rodríguez, A. (2020). Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(7), 352. <https://doi.org/10.3390/medicina56070352>.
- Micali, N., Treasure, J., Simonoff, E. (2007). Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of psychosomatic research*, 63(3), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.003>.
- Miller F. (2002). Nausea and vomiting in pregnancy: the problem of perception - is it really a disease? *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5 Suppl Understanding), S182–S183. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.122594>.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7223), 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *The Western journal of medicine*, 172(3), 164–165. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.3.164>.
- Natacci, L. C., Júnior, M. F. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>.
- Oliveira, L. L. & Hutz, C. S. (2010). Transtornos Alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em estudo*, 15(3), 575-582.

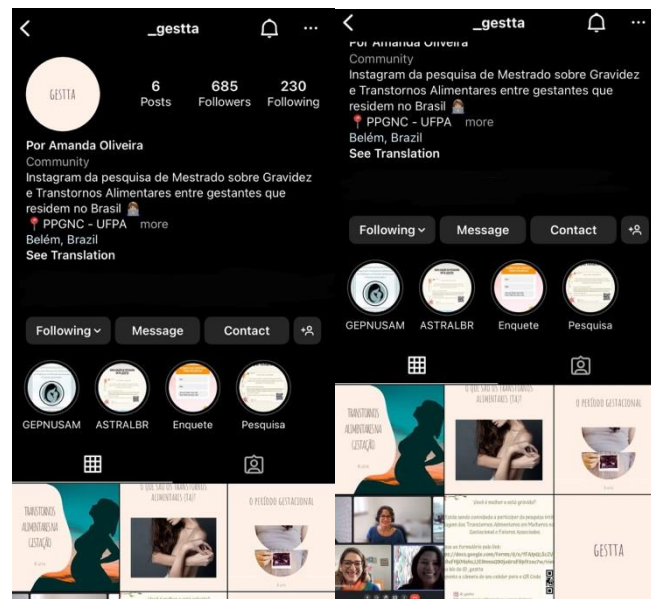
- Paslakis, G., Zwaan, M. (2019). Clinical management of females seeking fertility treatment and of pregnant females with eating disorders. *European eating disorders review*, 27(3), 215-223. <https://doi.org/10.1002/erv.2667>.
- Passanha, A., Martins, A. P. B., Silva, A. C. F., & Benício, M. H. D. (2013). Insatisfação com a imagem corporal no período pré-gestacional e fatores associados. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 92-101. Recuperado em 30 de janeiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A., Luck, A., & Lacey, H. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *The International journal of eating disorders*, 32(4), 466–472. <https://doi.org/10.1002/eat.10093>.
- Pinheiro, L., & Aguiar, R. (2017). Influência dos padrões de beleza impostos pela mídia sobre a autoestima de praticantes de atividade física de uma academia de Belém-Pa. Trabalho de conclusão de curso não-publicado, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Nutrição, Universidade da Amazônia. Belém, Brasil.
- Shaikh, M. A., & Kayani, A. (2014). Detection of eating disorders in 16-20 year old female students--perspective from Islamabad, Pakistan. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(3), 334–336.
- Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body image*, 2(4), 347–361. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.002>
- Soares, R. M., Nunes, M. A., Schmidt, M. I., Giacomello, A., Manzolli, P., Camey, S., Buss, C., Drehmer, M., Melere, C., Hoffman, J., Ozcariz, S., Manenti, C. N.,

- Pinheiro, A. P. & Duncan, B. B. (2009). Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. *The International journal of eating disorders*, 42(5), 387–393. <https://doi.org/10.1002/eat.20643>.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T. & Schlusinger, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. (1983). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*, New York: 115-120.
- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of nutrition education and behavior*, 47(5), 412–20.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.06.009>.
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., & Dechelotte, P. (2021). COVID-19 Pandemic and Eating Disorders among University Students. *Nutrients*, 13(12), 4294. <https://doi.org/10.3390/nu13124294>.
- Teixeira, A., Roque, M. A., Freitas, A. A., Santos, N. F., Garcia, F. M., Khoury, J. M., Albuquerque, M. R., Neves, M. C. & Garcia, F. D. (2021). The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults: cultural adaptation and validation study in a university population. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 00(00), 000-000. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1667>.
- Tierney, S., Fox, J. R., Butterfield, C., Stringer, E., & Furber, C. (2011). Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 48(10), 1223–1233. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.007>.

- Tierney, S., McGlone, C., & Furber, C. (2013). What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery*, 29(5), 542–549. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.013>.
- Tutkuvienė, J., Juskaite, A., Katinaite, J., Silove, S., Drasutis, J., Sargautyte, R., Ramasauskaite, D., & Drasutiene, G. (2018). Body image issues in Lithuanian females before and during pregnancy. *Anthropologischer Anzeiger; Bericht uber die biologisch-anthropologische Literatur*, 75(1), 9–17. <https://doi.org/10.1127/anthranz/2018/0779>.
- Vianna, M., Vilhena, J. (2016). Para além dos nove meses: uma reflexão sobre os transtornos alimentares na gestação e puerpério. *Trivium*, 8(1), 97. <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2016v1p.96>.
- Watson, H. J., Diemer, E. W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G. P., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *The International journal of eating disorders*, 52(6), 643–651. <https://doi.org/10.1002/eat.23073>.
- Watson, H. J., Torgersen, L., Zerwas, S., Reichborn-Kjennerud, T., Knoph, C., Stoltenberg, C., Siega-Riz, A. M., Von Holle, A., Hamer, R. M., Meltzer, H., Ferguson, E. H., Haugen, M., Magnus, P., Kuhns, R., & Bulik, C. M. (2014). Eating Disorders, Pregnancy, and the Postpartum Period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Norsk epidemiologi = Norwegian journal of epidemiology*, 24(1-2), 51–62. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1758>.

Anexo 1

Instagram da pesquisa, divulgação oficial e compartilhamento ASTRAL BR



Você é mulher e está grávida?

Estás sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **Triagem dos Transtornos Alimentares em Mulheres no Período Gestacional e Fatores Associados.**

Acesse ao formulário pelo link:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZVRcd06rd9fgBuFHjOHshsJJE8mnsQ90ja6raF8piYzoc7w/viewform>
 ou na bio do @_gestta
 ou aponte a câmera do seu celular para o QR Code


 @_gestta
 oliveiramanda_s@hotmail.com / naizasa@ufpa.br

astralbr

DIVULGAÇÃO DE PESQUISA DA @_GESTTA

Você é mulher e está grávida?

Estás sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **Triagem dos Transtornos Alimentares em Mulheres no Período Gestacional e Fatores Associados.**

Acesse ao formulário pelo link:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZVRcd06rd9fgBuFHjOHshsJJE8mnsQ90ja6raF8piYzoc7w/viewform>
 ou na bio do @_gestta
 ou aponte a câmera do seu celular para o QR Code


 @_gestta
 oliveiramanda_s@hotmail.com / naizasa@ufpa.br

[DOCS.GOOGLE.COM](https://docs.google.com)

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar do Projeto de Mestrado que tem como título “Triagem dos Transtornos Alimentares em Mulheres no Período Gestacional e Fatores Associados” desenvolvido por Amanda Oliveira da Silva, a quem você poderá contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail oliveiraamanda_s@hotmail.com. A pesquisa é orientada/coorientada respectivamente pelas professoras Naíza de Sá e Rachel Ripardo. A participação é voluntária, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus, a finalidade é exclusivamente de colaborar para o sucesso da pesquisa. O objetivo deste projeto, em linhas gerais, é investigar os fatores sociodemográficos, comportamento alimentar e estilo de vida associados aos transtornos alimentares em mulheres grávidas. Os riscos da pesquisa são invasão de privacidade e o preenchimento de questões que possam ser sensíveis, havendo a possibilidade de você sentir algum tipo de incômodo ao respondê-las. Estes riscos podem ser minimizados garantindo que ao fim da pesquisa, haja o seu acesso aos resultados, bem

como, você poderá interromper o preenchimento do formulário a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. A sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de formulário de preenchimento on-line, a ser gravado a partir de seu aceite a esta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e a sua orientadora e coorientadora. O benefício é alertá-la aos problemas que estão sendo pesquisados. Durante todo o período de realização da pesquisa, você pode tirar suas dúvidas e acompanhar o andamento, mandando um e-mail para a pesquisadora Amanda Oliveira da Silva, através do endereço: oliveiraamanda_s@hotmail.com, ou para a orientadora Naíza de Sá, através do endereço: naizasa@ufpa.br. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa, você deverá procurar o Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical CEP/NMT/UFPA - Av. Generalíssimo Deodoro, 92, bairro Umarizal, CEP: 66055-240, fone (91) 3201-0961, e-mail cepnmt@ufpa.br. Escolhendo uma das alternativas, você declara que leu as informações acima e está de acordo em participar da pesquisa de forma voluntária e anônima ou não está de acordo. Guarde esta cópia se tiver alguma dúvida ou você julgue necessário algum tipo de esclarecimento por parte dos pesquisadores.

Anexo 3**Questionário de Dados Sociodemográficos**

1. Nome Completo [.....]
2. Idade [.....]
3. Data de Nascimento [.....]
4. Estado Civil:
 1. Solteira
 2. Casada
 3. União Estável
 4. Divorciada
 5. Viúva
5. Nível de Escolaridade
 1. Ensino Médio incompleto
 2. Ensino Médio Completo
 3. Ensino Superior Incompleto
 4. Ensino Superior Completo
 5. Pós-graduação incompleto
 6. Pós-graduação completo
 7. Mestrado
 8. Doutorado
6. Naturalidade [.....]
7. A sua cor ou raça é:
 1. Branca
 2. Preta
 3. Amarela
 4. Parda
 5. Indígena
8. Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos (Marque apenas uma resposta):
 1. Moro Sozinha
 2. Uma
 3. Duas
 4. Três
 5. Quatro ou mais
9. A casa onde você mora é? (Marque apenas uma resposta).
 1. Própria
 2. Alugada
 3. Cedida

10. Sua casa está localizada em? (Marque apenas uma resposta)

1. Zona rural
2. Zona urbana
3. Comunidade indígena
4. Comunidade quilombola

11. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? (Marque apenas uma resposta).

1. Nenhuma renda
2. Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00)
3. De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.100,00 até R\$ 3.300,00)
4. De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.300,00 até R\$ 6.600,00)
5. De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.600,00 até R\$ 9.900,00)
6. De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 9.900,00 até R\$ 13.200,00)
7. De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 13.200,00 até R\$ 16.500,00)
8. Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 16.500,00)

12. Qual a sua renda mensal, aproximadamente? (Marque apenas uma resposta).

1. Nenhuma renda
2. Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.100,00)
3. De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.100,00 até R\$ 3.300,00)
4. De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.300,00 até R\$ 6.600,00)
5. De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.600,00 até R\$ 9.900,00)
6. De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 9.900,00 até R\$ 13.200,00)
7. De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 13.200,00 até R\$ 16.500,00)
8. Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 16.500,00)

13. Você trabalha ou já trabalhou? (Marque apenas uma resposta).

1. Sim
2. Não

Anexo 4**Formulário de Características da Gestação, Antropométricas e Psicológicas**

1. Quantas semanas de gestação? [.....]
2. Qual o seu peso? [.....]
3. Qual a sua altura? [.....]
4. Tem histórico de transtorno psicológico?
 Sim
 Não
5. Algum médico já a diagnosticou com um transtorno psicológico?
 Sim
 Não
6. Se sim: Qual? [.....]

Anexo 5***Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire (SCOFF-BR)***

1. Provoca vômito quando está se sentindo desconfortavelmente cheia

Sim

Não

2. Se preocupa de ter perdido o controle do quanto você come

Sim

Não

3. Perdeu recentemente mais de 5 quilos num período de 3 meses

Sim

Não

4. Acredita estar gorda, apesar das outras pessoas dizerem que você está muito magra

Sim

Não

5. Diria que a comida domina a sua vida

Sim

Não

Anexo 6

Questionário com perguntas adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017)

1. Quando você vê *blogueiras fitness* gestantes nas redes sociais, o que você faz?
- Sinto-me motivada a chegar nesses padrões de corpo.
 - Sinto-me um pouco deprimida, pois nunca conseguirei atingir esses padrões.
 - Não vejo/ não ligo/ não sinto nada.

2. Se, ao encontrar alguém após um longo tempo, e essa pessoa comenta que você engordou mais do que deveria durante a gestação, você...

- Não liga.
- Fica deprimida mas disfarça.
- Procura iniciar uma dieta para emagrecer.

3. Você acompanha as dietas que estão na moda? (Ex: lowcarb; dukan, dieta da proteína, entre outras):

- Sim, sempre acompanho as novas dietas e procuro segui-las.
- Sempre procuro conhecer as novas dietas, mas não sigo.
- Já fiz muitas, mas atualmente não sigo nenhuma.
- Não me interessa.

4. Nos últimos 6 meses você realizou alguma(s) dessas práticas para compensar o excesso de consumo alimentar durante a gestação:

a- Uso de laxantes e/ou diuréticos:

- Nunca
- 1x/semana
- Menos de 1x/semana
- 1x/mês

b- Realizou atividades físicas em excesso?

- Nunca
- 1x/semana
- Menos de 1x/semana
- 1x/mês

c- Induziu vômito?

- Nunca

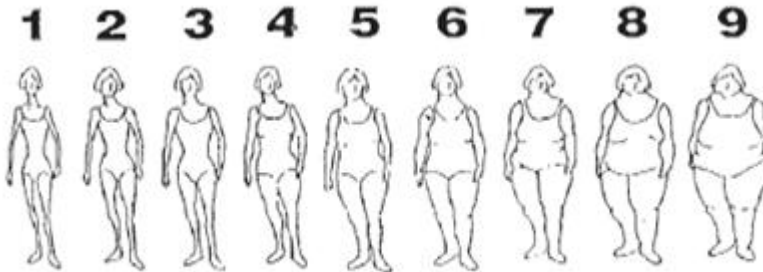
- 1x/semana
- Menos de 1x/semana
- 1x/mês

d- Fez jejum prolongado?

- Nunca
- 1x/semana
- Menos de 1x/semana
- 1x/mês

Anexo 7**Escala de Análise de Silhuetas (Stunkard et al., 1983)**

1. Analisando a imagem abaixo, responda:



Instrumento de análise da silhueta proposto por STUNKARD, SORENSON e SCHLUSINGER (1983).

a) Qual a silhueta que melhor representa a sua aparência física atual?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

b) Qual silhueta você gostaria de ter?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

Anexo 8**Questionário Estilo de Vida (Vigitel)**

1. Consume álcool?

Sim

Não

2. Consume álcool de forma abusiva? (quatro ou mais doses em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada).

Sim

Não

3. Fumante passiva? (Tabagismo passivo é a inalação da fumaça de derivados do tabaco, tais como cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo, narguilé e outros produtores de fumaça, por indivíduos não fumantes, que convivem com fumantes em diferentes ambientes respirando as mesmas substâncias tóxicas que o fumante inala).

Sim

Não

4. Fumante atual de cigarro?

Sim

Não

Anexo 9**Questionário Estilo de Vida com questões adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017)**

1. Faz atividade física?

Sim

Não

2. Se sim:

Por que você procurou a prática de atividade física?

Porque me sinto bem, para me manter saudável.

Para manter um corpo legal (estética).

Por problemas de saúde.

Outra opção [.....]

3. Em relação à prática de atividade física/alimentação:

Costuma se exercitar mesmo doente ou quando está muito cansada.

Respeita os limites do seu corpo, e o treino do professor de educação física.

Quando exagera na comida, treina mais, para compensar o excesso de calorias ingeridas.

Anexo 10

Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rastreamento de Transtornos Alimentares em mulheres no Período Gestacional e Fatores Associados.

Pesquisador: Amanda Oliveira da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53887921.4.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.213.814

Apresentação do Projeto:

O projeto "Rastreamento de Transtornos Alimentares em mulheres no Período Gestacional e Fatores Associados" constitui um Projeto de Qualificação de Dissertação da pós-graduanda Amanda Oliveira da Silva, submetido ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, a ser orientada pelas docentes Prof^{as} Dra. Naiza Nayla Bandeira de Sá (orientadora) e Prof^a Dra. Rachel Coelho Ripardo Teixeira (Co-orientadora), todas vinculadas ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento (NTPC), da UFPA. Pretende avaliar o comportamento alimentar (caracterização e ocorrência de distúrbio alimentar) em mulheres grávidas e possíveis correlações com fatores sociodemográficos e estilos de vida. Serão investigadas "cem mulheres de 18 a 59 anos de idade de todo o território nacional...gestantes que estejam na fase adulta" que não tenham diagnósticos de outros transtornos psicológicos e nem "hiperêmese gravídica (um tipo forte de náusea e vômito que podem ocorrer durante a gestação, com sensação de desmaio ou tontura ao ficar de pé) que pode ser confundida com sintomas bulímicos". As grávidas participantes serão convocadas através das redes sociais e por meio de convite divulgados em algumas instituições e organizações da área de transtornos alimentares. A coleta de dados será iniciada através de um formulário online, construído na plataforma Formulários Google, cuja primeira parte consistirá do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, se aceito os termos de participação, remeterá a participante para os instrumentos que constituirão a coleta dos dados. Serão utilizados: uma escala validada no Brasil e

Endereço: Av. Generalíssimo Dardano, 92
Bairro: Umarizal **CEP:** 68.055-240
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (01)3201-0981 **E-mail:** cepnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.213.814

que identifica a existência de algum distúrbio alimentar; dois questionários que avaliam fatores de risco e de proteção (questionário de dados sociodemográficos) e estilo de vida; além de um questionário que fornecerá dados sobre o comportamento alimentar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

"... investigar os fatores sociodemográficos, comportamento alimentar e estilo de vida associados aos transtornos alimentares (T.A.) em mulheres grávidas"

Objetivos específicos:

- a) verificar a prevalência dos distúrbios alimentares nestas mulheres
- b) verificar a associação dos T.A. em mulheres grávidas e os fatores sociodemográficos e estilo de vida na busca por fatores de risco e os fatores de proteção
- c) identificar o comportamento alimentar destas gestantes com transtornos alimentares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do estudo para os participantes estão assim indicados:

RISCOS:

"Invasão de privacidade e o preenchimento de questões que possam ser sensíveis, havendo a possibilidade das participantes sentirem algum tipo de incômodo respondendo o formulário." (p. 6 do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823930.pdf)

BENEFÍCIOS:

"Alertar as mulheres para os problemas que estão sendo pesquisados." (p. 8 do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823930.pdf)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende ao que é preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com seres humanos (minimização de riscos, sigilo, autonomia e voluntariedade dos participantes).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os Termos exigidos.

1. FOLHA DE ROSTO CONEP - Apresentado e adequado.

Endereço: Av. Generalíssimo Dardoro, 92
 Bairro: Umarizal CEP: 68.055-240
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-0981 E-mail: ceprmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.213.814

2. PROJETO DE PESQUISA ORIGINAL NA ÍNTEGRA - Apresentado e adequado.
3. TAI – Termo de Anuência Institucional – Não se aplica.
4. CRONOGRAMA – Apresentado e adequado.
5. ORÇAMENTO: Apresentado e adequado (O projeto prevê financiamento próprio para o custo do estudo, estimado em cinquenta reais).
6. TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Não se aplica.
7. TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – Não se aplica.
8. TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apresentado e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na avaliação anterior deste projeto foram identificadas as pendências listadas abaixo, as quais a nova submissão (esta, de janeiro de 2022) já traz corrigidas:

1. O cronograma prevê o início da coleta de dados neste mês em curso, quando o mesmo ainda está em apreciação pelo Comitê de ética. Deve ser ajustado para início em fevereiro. (ATENDIDO)
2. No arquivo "Informações Básicas do Projeto", à página 6, a pesquisadora respondeu "sim" à questão "Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?" Entretanto não haverá uso de fontes secundárias, o que tornaria necessário a apresentação do Termo de Consentimento de Uso de Dados (TCUD). A coleta, pela própria pesquisadora - diretamente com a participante - de dados demográficos - como prevê o projeto - não caracteriza "uso de fontes secundárias", portanto esse item no documento ("Informações Básicas do Projeto") precisa ser corrigido. (ATENDIDO)
3. O TCLE necessita dos seguintes ajustes:
 - Explicitar no TCLE os riscos (e as formas de minimização dos riscos) e os benefícios para a participante (e não para a pesquisadora ou para a área de conhecimento); (ATENDIDO)
 - Adequar o texto do TCLE quanto à sequência de conteúdo. O TCLE está começando com a declaração de anuência de participação da respondente e finaliza com descrições da pesquisadora sobre a pesquisa dirigidas à participante. Sugestão: começar com a descrição da pesquisadora sobre o projeto (e dirigida à participante) e ao final incluir o texto de concordância da participante

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
 Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-0961 E-mail: capnmt@ufpa.br



Continuação do Parecer: 5.213.814

- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, alteração ou interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- g) comunicar antecipadamente alterações no cronograma por meio da Plataforma Brasil via Emenda.
- h) O convite para participação na pesquisa não deve ser feito com a utilização de listas que permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros.
- i) Qualquer convite individual enviado por e-mail só poderá ter um remetente e um destinatário, ou ser enviado na forma de lista oculta.
- j) Qualquer convite individual deve esclarecer ao candidato a participantes de pesquisa, que antes de responder às perguntas do pesquisador disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual (questionário/formulário ou entrevista), será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ou Termo de Assentimento, quando for o caso) para a sua anuência.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1844500.pdf	29/12/2021 16:20:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.docx	29/12/2021 16:20:13	Amanda Oliveira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.docx	29/12/2021 16:17:32	Amanda Oliveira da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/12/2021 12:22:29	Amanda Oliveira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	amanda_SILVA.pdf	22/10/2021 11:15:43	Amanda Oliveira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
 Bairro: Umarizal
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-0961 CEP: 66.055-240
 E-mail: cepnmt@ufpa.br



UFPa - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 5.213.614

BELEM, 27 de Janeiro de 2022

Assinado por:
FABIOLA ELIZABETH VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961 E-mail: cexnmt@ufpa.br

Anexo 12

Questões Adaptadas

Questionário Sociodemográfico		
Questão que estava no questionário	Questão original	Referência da questão original
Nome Completo [.....]	Nome da pessoa	Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).
Idade [.....]	Qual era a sua idade em 31 de julho de 2010?	Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).
Data de Nascimento [.....]	Qual o mês e o ano de seu nascimento?	Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).
Nível de Escolaridade	Qual é o nível de escolaridade do seu pai? Qual é o nível de escolaridade do sua mãe?	Questionário Socioeconômico ENCCEJA 2013 (INEP, 2013).
Naturalidade [.....]	Qual é a sua nacionalidade?	Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).

Questionário com perguntas adaptadas de Pinheiro e Aguiar (2017)		
Questão que estava no questionário	Questão original	Referência da questão original
Quando você vê <i>blogueiras fitness</i> gestantes nas redes sociais, o que você faz?	Como você se sente ao ver fotos	Pinheiro e Aguiar (2017).

	enaltecendo os corpos de modelos, atores-atrizes, cantores, entre outros?	
Se, ao encontrar alguém após um longo tempo, e essa pessoa comenta que você engordou mais do que deveria durante a gestação, você...	Se, ao encontrar alguém após um longo tempo, e essa pessoa comenta que você engordou, você:	Pinheiro e Aguiar (2017).
Nos últimos 6 meses você realizou alguma(s) dessas práticas para compensar o excesso de consumo alimentar durante a gestação:	Nos últimos 6 meses você realizou alguma(s) dessas práticas para compensar o excesso de consumo alimentar:	Pinheiro e Aguiar (2017).