

Distúrbios alimentares na gravidez ***Eating disorders in pregnancy***

Ana Catarina Queirós Coelho

ORIENTADO POR: PROF^a DOUTORA CARLA RÊGO
COORIENTADO POR: PROF^a DOUTORA INÊS TOMADA

REVISÃO TEMÁTICA
I.º CICLO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO | UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO

TC

PORTO, 2022



Resumo

A gravidez e o pós-parto representam períodos de grande vulnerabilidade, particularmente para o desenvolvimento e/ou agravamento de um distúrbio alimentar (DA), devido às enormes mudanças físicas e emocionais decorrentes desses períodos. A prevalência dos DA em mulheres grávidas foi estimada como sendo de, pelo menos, 7,5%. Esta condição afeta o índice de massa corporal pré-gestacional e o ganho de peso durante a gravidez que, por sua vez, vão originar complicações no decurso da gravidez e parto, bem como efeitos fetais e neonatais adversos.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura relativamente ao impacto dos DA durante a gravidez, das implicações e desafios clínicos para a identificação e gestão dos DA maternos, assim como o uso do termo “pregorexia”. Apesar da maioria das complicações na gravidez e neonatais, como por exemplo, aborto espontâneo, hiperémese gravídica, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, recém-nascidos com peso e/ou comprimento insuficientes para a idade gestacional e microcefalia, serem mais frequentes na presença de DA durante a gravidez, também a história materna de um DA é fator risco para a futura mãe, para o feto em desenvolvimento e para o bebé. Assim, é crucial o rastreio precoce de DA em mulheres grávidas, bem como o posterior acompanhamento por uma equipa multidisciplinar, onde a nutrição desempenha um papel muito importante.

Palavras-chave: distúrbios alimentares; gravidez; pregorexia

Abstract

Pregnancy and postpartum are periods of huge vulnerability, particularly for the development of an eating disorder (ED) or worsening of a previous diagnosed ED, due to the enormous physical and emotional changes arising from these periods. The prevalence of ED in pregnant women has been estimated to be at least 7.5%. Furthermore, this condition may affect pre-gestational body mass index and weight gain during pregnancy, which may lead to complications during pregnancy and delivery, as well as adverse neonatal effects.

The aim of this work was to review the literature regarding the impact of EDs during pregnancy. Clinical implications and challenges for the identification and management of maternal ED were also revised as well as the use of the term “pregorexia”.

Although most pregnancy and neonatal complications, such as miscarriages, hyperemesis gravidarum, premature births, intrauterine growth restriction, babies with insufficient weight and/or length for gestational age and microcephaly, are more noticeable in the presence of ED during pregnancy, a maternal history of ED is also a risk factor for the future mother, the developing fetus, and the baby. Thus, early screening for EDs in pregnant women is crucial, as well as their subsequent follow-up by a multidisciplinary team, where nutrition plays a very important role.

Key words: eating disorders; pregnancy; pregorexia

Lista de siglas e acrónimos

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

DA - Distúrbio(s) alimentar(es)

IMC - Índice de Massa Corporal

PEA - Perturbações do Espectro Autista

PHDA - Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

PIAC - Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

Sumário

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de siglas e acrónimos	iii
Sumário	iv
Introdução.....	1
Objetivos	2
Metodologia	2
Distúrbios alimentares	2
Distúrbios alimentares e gravidez	4
Efeitos adversos dos distúrbios alimentares na grávida e na lactante	8
Efeitos adversos dos distúrbios alimentares maternos no bebé	10
Estratégias de diagnóstico dos distúrbios alimentares	12
Estratégias de intervenção nutricional nos distúrbios alimentares na gravidez	13
Análise crítica	14
Conclusão	15
Referências	16
Anexos	22
Índice de anexos	22

Introdução

A gravidez e o pós-parto são períodos de enormes mudanças a nível do peso, forma e tamanho corporais da mulher^(1, 2). Isto, constitui um período de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma autoperceção negativa da imagem corporal, especialmente em mulheres com um distúrbio alimentar (DA) previamente diagnosticado⁽³⁾.

Easter *et al.* (2013) indicaram que até pelo menos 7,5% das mulheres grávidas têm um DA⁽⁴⁾, afetando o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e o ganho de peso durante a gravidez. Estes fatores, *per se*, estão associados a complicações no decurso da gravidez e no parto, assim como a efeitos neonatais adversos^(2, 5), com impacto na saúde futura da criança. Isto reforça a importância de compreender como os DA são afetados pela gravidez e vice-versa⁽⁶⁾, assim como o seu efeito no bem-estar materno e fetal⁽⁷⁾.

Uma revisão sistemática de quinze trabalhos focados no impacto dos DA na gravidez e no pós-parto, indicou que cerca de 15% das grávidas provavelmente tiveram um DA em algum momento da sua vida e que, entre 5 a 7,5% têm um DA durante a gravidez⁽⁸⁾. Embora os sintomas dos DA tendam a diminuir durante a gestação, na maioria dos casos, a remissão é apenas temporária, com sintomas geralmente ressurgindo no pós-parto⁽⁸⁾.

Assim, os DA durante a gravidez apresentam-se como um problema merecedor de uma abordagem multidisciplinar⁽⁷⁾, tendo igual interesse para profissionais de saúde das áreas da psiquiatria, obstetrícia, neonatologia, nutrição e pediatria.

Objetivos

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura a fim de fornecer uma visão geral e atualizada do impacto dos DA durante a gravidez e no pós-parto, assim como as consequências neonatais e na vida futura da criança gerada num ambiente de carência nutricional e stresse. Para além disso, também serão discutidas as implicações e desafios clínicos para a identificação e gestão dos DA maternos, bem como o uso do termo “pregorexia”.

Metodologia

Para a realização desta monografia, foi realizada uma pesquisa da literatura disponível nas plataformas digitais “PubMed”, “Google Scholar” e “Scopus”, entre abril e julho de 2022, tendo sido dada preferência a artigos publicados a partir de 2017. Nessas pesquisas foram utilizados termos como “eating disorders”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa” combinados com “pregnancy” e “pregorexy”. Inicialmente, os artigos foram selecionados através da leitura do título e do resumo, tendo sido excluídos aqueles que, após leitura integral, não correspondessem aos objetivos desta revisão. Adicionalmente, foram incluídos alguns artigos utilizados como referências nos artigos selecionados inicialmente. Para exportar e gerenciar as referências, recorreu-se ao *Software EndNote X9* 20.3, que permitiu eliminar artigos duplicados e a obtenção de artigos completos.

Distúrbios alimentares

Os DA são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado com a alimentação, que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial⁽⁹⁾. Os DA são doenças psiquiátricas graves⁽⁸⁾ que

afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo, independentemente da etnia ou condição socioeconómica⁽¹⁰⁾. Ocorrem com maior frequência em mulheres, particularmente nas mais jovens, ou seja, durante a adolescência ou no início da idade adulta, o que coincide com a fase reprodutiva da mulher⁽⁷⁾. O curso da doença é crónico em cerca de 10% dos doentes, estando associado a complicações somáticas e psiquiátricas significativas⁽¹⁰⁾. Em 2017, estimou-se que em todo o mundo, mais de 3,3 milhões de anos de vida saudável foram perdidos por incapacidade decorrente de DA⁽¹¹⁾.

Os DA são uma categoria diagnóstica que inclui várias entidades nosológicas (Anexo A), nomeadamente a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC)⁽⁷⁾. Sucintamente, a AN caracteriza-se pela incapacidade de manter o peso corporal adequado, tendo em consideração a idade, o sexo e o perfil de crescimento, cuja gravidade da doença em adultos verifica-se através das categorias de IMC definidos pela Organização Mundial da Saúde⁽⁹⁾. A doença ocorre normalmente devido a medo intenso em ganhar peso⁽¹²⁾, autoperceção negativa da imagem corporal, autoimposição de restrições alimentares e/ou outros comportamentos indutores de perda de peso⁽⁷⁾. Por outro lado, a BN caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguida de comportamentos compensatórios inapropriados, mais frequentemente a indução do vômito^(7, 9). Em média, estes comportamentos ocorrem, no mínimo, uma vez por semana durante três meses. A perturbação é tanto mais grave quanto maior for a frequência dos comportamentos compensatórios⁽⁹⁾. Já a PIAC é caracterizada por episódios frequentes de ingestão compulsiva de alimentos num curto espaço de tempo, acompanhado por sensação

de falta de controlo sobre a ingestão. Estes episódios, habitualmente, não são seguidos de manobras de compensação⁽⁹⁾. Para além destes, estão ainda descritos outros DA, cuja heterogeneidade de sintomas não satisfazem todos os critérios de diagnóstico de outros DA bem definidos, como a Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e a Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada⁽⁹⁾.

Nas mulheres da população europeia, segundo Keski-Rahkonen *et al.* (2016), a prevalência de AN varia entre menos de 1 a 4%, e a de BN é menor que 2%. A prevalência de PIAC é de entre 1 e 4%, e dos DA subliminares entre 2 e 3%⁽¹³⁾. Reconhece-se que a AN, a BN e o PIAC têm consequências negativas substanciais para o número de anos vividos com saúde, isto porque a recuperação é lenta e a patologia persiste de forma total ou parcial. Para além disso, são patologias que não afetam apenas a qualidade de vida das pessoas com a doença, mas também a dos cuidadores e da sociedade em geral⁽¹¹⁾.

Distúrbios alimentares e gravidez

Durante a gravidez e no pós-parto podem ocorrer alterações no padrão alimentar (excesso ou rejeição de alimentos e/ou bebidas específicas), bem como mudanças na perceção do paladar que, associadas às modificações corporais, podem estar na origem do desenvolvimento de um DA^(14, 15).

A prevalência de DA em mulheres grávidas foi estimada como sendo, de pelo menos, 7,5%⁽⁴⁾. Embora na maioria das mulheres com história de DA, os sintomas tendam a diminuir durante a gravidez devido à preocupação com o feto, a uma perceção diferente do seu corpo ou a um maior apoio da família e dos profissionais de saúde, essa melhoria parece ser transitória podendo agudizar-se no pós-parto^(16, 17). De facto, alguns estudos indicam que nesse período a prevalência dos DA

pode aumentar para 11,5 a 12,8%, sobretudo nas mulheres mais jovens^(18, 19). Outros estudos descrevem ainda a deterioração ou aparecimento de novos sintomas de DA durante a gravidez, principalmente no caso do PIAC⁽²⁰⁾. A história materna de um DA e a sua manifestação na gravidez, constituem um risco tanto para a futura mãe quanto para o feto em desenvolvimento, como para o bebé⁽²¹⁾.

A AN é um distúrbio psiquiátrico com inúmeras comorbilidades, entre elas, modificações na anatomofisiologia do sistema reprodutor feminino. Alguns estudos recentes indicam que não há diferenças nas taxas de fecundidade nas mulheres com AN comparativamente à população geral, contudo, salientam que a gravidez em mulheres com AN ativa deva ser considerada de alto risco⁽¹²⁾. A hipótese de que as mulheres com AN ativa não engravidariam devido à menstruação irregular ou amenorreia, levou a um uso insuficiente de contraceção e, em consequência, a um maior risco de uma gravidez não planeada (duas vezes maior em relação à população geral), e em idade mais jovem⁽⁷⁾. Uma gravidez não planeada constitui um risco adicional para o desenvolvimento fetal devido à exacerbação de sentimentos opostos nas mulheres ao descobrir o seu estado de gravidez e à inexistente assistência pré-natal, cujo intuito é de promover uma nutrição equilibrada e a suplementação com nutrientes cujas necessidades estão aumentadas na gravidez (designadamente o ácido fólico), assim como de banir o consumo de substâncias nocivas, tais como o álcool e o tabaco⁽²⁾.

No que respeita à BN e à PIAC na gravidez, apesar dos escassos estudos, Pasternak *et al.* (2011) encontraram uma grande percentagem de partos por cesariana em mulheres com BN e PIAC⁽²²⁾. Particularmente nas mulheres com PIAC, Bulik *et al.* (2009) verificaram um maior risco de parto prematuro, de parto

induzido e de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, para além de uma maior prevalência de tabagismo⁽²³⁾.

O *Institute of Medicine* (IOM) recomenda que o ganho de peso ao longo da gestação seja de acordo com o estado nutricional prévio (Anexo B)⁽²⁴⁾, algo que nem sempre acontece nas mulheres com DA. De facto, as mulheres com AN apresentam uma maior probabilidade de um ganho de peso gestacional insuficiente, enquanto naquelas com BN e PIAC a probabilidade de aumentar excessivamente de peso é maior⁽²⁵⁾. Ambas as situações acarretam risco para complicações perinatais⁽²⁶⁾.

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

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

Entre as repercussões da ingestão inadequada de micronutrientes, destaca-se que as grávidas com DA apresentam maior risco de anemia gestacional, uma vez que as suas reservas de ferro na preconceção estão diminuídas devido ao aumento das necessidades fetais⁽³³⁾. No que respeita a vitaminas, a ingestão inadequada de ácido fólico durante a gravidez está associada à redução da biossíntese de DNA, assim como a defeitos no tubo neural⁽³⁴⁾. O aporte inadequado em vitamina A durante a gravidez parece estar associado a parto prematuro, baixo peso ao nascimento e baixos níveis hepáticos neonatais de vitamina A, o qual parece contribuir para o risco de displasia broncopulmonar no recém-nascido^(35, 36). Já o défice em vitamina D predispõe o recém-nascido a hipocalcemia neonatal e, posteriormente, a raquitismo. Outros estudos sugerem que o défice em vitamina D está associado a um maior risco de desenvolvimento futuro de esclerose múltipla, cancro, diabetes *mellitus* tipo 1 e esquizofrenia⁽³⁷⁾.

Apesar da *Food Standards Agency* recomendar um consumo de cafeína inferior a 200 mg/dia, mulheres com DA são duas vezes mais propensas a consumir mais de 350 mg/dia de cafeína comparativamente a mulheres sem DA, muitas vezes com o intuito de inibir o apetite. Alguns estudos realizados em grávidas com e sem DA sobre a ingestão de cafeína, mostraram que esta substância atravessa a placenta e pode originar efeitos negativos no feto⁽³⁸⁾, nomeadamente baixo peso ao nascimento e excesso de peso ou obesidade na infância⁽³⁹⁾.

Assim, é essencial garantir uma ingestão adequada em energia e nutrientes, como proteínas completas, ácidos gordos polinsaturados ómega-3, ferro e ácido fólico, cujo aporte é claramente insuficiente nas grávidas com DA, especialmente em casos de AN ativa⁽¹²⁾.

Efeitos adversos dos distúrbios alimentares na grávida e na lactante

No primeiro trimestre de gravidez pode ocorrer uma melhoria dos sintomas de DA, ao contrário do que ocorre no final da gravidez ou no pós-parto^(2, 40). O pós-parto é um período de alto risco para a exacerbação ou para o aparecimento de sintomas de DA e deterioração da imagem corporal, independentemente da mulher ter ou não história de DA⁽⁷⁾. Também durante os períodos pré e pós-natal, mulheres com antecedentes ou com DA podem ter sintomas depressivos e de ansiedade mais intensos em comparação àquelas sem histórico de DA⁽²¹⁾.

Durante a gestação ocorrem modificações neuroendócrinas que podem alterar a função cerebral, prejudicando o metabolismo, a regulação do apetite e o humor⁽⁴¹⁾. O stresse, o humor alterado e a ansiedade da mulher durante a gravidez podem afetar negativamente o ambiente intrauterino^(42, 43), assim como provocar parto prematuro devido ao aumento dos níveis da hormona libertadora de corticotrofina⁽⁴⁴⁾. A alteração do humor pode prejudicar tanto a

gravidez como o desenvolvimento fetal, aumentando o risco de prematuridade, peso e/ou comprimento baixos ou insuficientes para a idade gestacional e de restrição de crescimento intrauterino (RCIU)⁽⁴²⁾. Alguns estudos indicam que o ganho de peso insuficiente durante a gravidez, promove um aumento do risco de parto prematuro, especialmente em mulheres com baixo IMC pré-gestacional⁽⁴⁵⁾.

Níveis insuficientes de vitamina D (<50 nmol/L) e um baixo IMC, presentes em grávidas com DA, associam-se a baixa densidade mineral óssea, sendo que o ganho de peso adequado foi descrito como o fator mais importante na melhoria da saúde óssea⁽⁴⁶⁾. Particularmente nas mulheres com AN ativa, a probabilidade de complicações maternas na gravidez, tais como hiperêmese gravídica, hemorragia anteparto e anemia, é maior e mais grave^(10, 12).

A existência de um DA durante a gravidez aumenta o risco de depressão pós-parto e pode representar um obstáculo ao estabelecimento de vínculo precoce entre a mãe e o bebê⁽⁴⁷⁾. Algumas mães com DA relatam maiores dificuldades em determinar as necessidades dos seus filhos, existindo um maior risco de projetarem neles as suas preocupações alimentares e corporais⁽⁴⁸⁾. Lee *et al.* (2020) indicam que as mudanças na aparência física durante a gravidez são mais aceitas socialmente, sendo mais difícil de aceitar a aparência da mulher após o parto. Assim, no pós-parto, as mulheres sofrem pressão para retornar à aparência e ao peso pré-gestacionais, colocando-as em maior risco de desenvolver depressão pós-parto e perturbações de ansiedade, especialmente em mulheres com DA⁽⁴⁹⁾.

As mães com história de DA ou DA ativo relataram ter uma lactação escassa e mostraram-se mais propensas ao abandono precoce do aleitamento materno, provavelmente devido a constrangimentos causados pela amamentação e à

elevada insatisfação pela forma e imagem corporais^(50, 51). Existem escassos estudos relativos à composição do leite humano nas mulheres com DA⁽²⁾, contudo, sabe-se que a variação do teor de gordura e o valor nutricional do leite estão relacionados com o IMC e a composição corporal da mãe⁽⁵²⁾. Por exemplo, lactantes com ingestão insuficiente de ferro e vitamina B12, condicionam o aporte destes nutrientes aos bebés amamentados com leite humano, com consequências neurológicas⁽⁵³⁾. Em suma, entre as principais complicações dos DA durante a gravidez destacadas na literatura estão a infertilidade, abortos espontâneos, desnutrição durante a gravidez, hiperémese gravídica, parto por cesariana, parto prematuro e depressão pós-parto^(2, 17, 54).

Efeitos adversos dos distúrbios alimentares maternos no bebé

A desnutrição materna afeta negativamente o desenvolvimento fetal, já que este depende intrinsecamente do estado nutricional equilibrado da mãe, de um adequado suprimento placentário e de fatores de crescimento fetal⁽⁵⁵⁾.

Para além do impacto negativo na gravidez, a história de DA ou a sua manifestação durante a gravidez, associam-se a resultados neonatais adversos e a um risco maior de complicações obstétricas, tais como aborto espontâneo, parto prematuro, RCIU, peso e/ou comprimento baixos ou insuficientes para a idade gestacional, recém-nascidos grandes para a idade gestacional e microcefalia ^(2, 10, 21). A presença de DA ou défices nutricionais específicos na gravidez produzem graves alterações nos perfis epigenéticos da mãe e do feto⁽⁵⁶⁾, uma vez que a gravidez é o período mais sensível às mudanças epigenéticas que persistirão na vida adulta⁽⁵⁷⁾.

Uma revisão sistemática que incidiu em estudos que compararam mulheres com e sem DA e os seus filhos, indicou que a presença de DA na gravidez tem

repercussões no desenvolvimento psicológico, cognitivo e alimentar da criança, originando dificuldades comportamentais, sociais e emocionais relativamente à alimentação, que por sua vez, podem aumentar o risco de DA na criança⁽⁵⁸⁾. Para além disso, os bebés cujas mães tiveram um DA ativo durante a gravidez apresentam dificuldades em manter a homeostasia perante fatores de stresse, assim como na regulação emocional ao longo da vida⁽⁵⁹⁾.

Tal como já referido, um ambiente intrauterino alterado pode predispor a descendência ao risco de desenvolver doenças crónicas na vida adulta⁽⁶⁰⁾. Ainda que os mecanismos e interações não estejam completamente compreendidos, acredita-se que a exposição ambiental durante a vida intrauterina, incluindo fatores nutricionais, afetam o neurodesenvolvimento e a maturação imunológica do feto. Num estudo de coorte prospetivo de base populacional, observou-se um risco aumentado de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e de Perturbações do Espectro Autista (PEA) nos filhos de mulheres com DA, independentemente do tipo, em comparação com os filhos de mulheres sem DA. Em concreto, o risco de PHDA e PEA foi 2,5 e 4 vezes maior, respetivamente, entre filhos de mães com AN ativa comparativamente àqueles de mães com AN prévia⁽⁶⁾. Os efeitos adversos dos DA no desenvolvimento fetal mais comuns são o RCIU, peso e/ou comprimento do recém-nascido insuficientes para a idade gestacional, microcefalia, baixo índice de Apgar e risco de mortalidade perinatal^(2, 17, 54).

Salienta-se que nem todos os DA, se associam aos mesmos efeitos adversos no feto, assim como nem todos os estudos avaliaram cada DA de forma independente, pelo que as conclusões dos diferentes estudos e revisões não são consistentes⁽²⁾.

Estratégias de diagnóstico dos distúrbios alimentares

Os DA acarretam um elevado custo nos cuidados de saúde (em relação a outros distúrbios), assim como um maior risco para a fertilidade e para a saúde materno-infantil⁽¹¹⁾. O diagnóstico precoce dos DA na grávida é muito importante, contudo, existem vários obstáculos. Em primeiro lugar, os intrinsecamente ligados ao DA, como a negação ou a falta de vontade de mudar o comportamento alimentar⁽⁶¹⁾, mas também o desconhecimento do impacto dos DA na saúde. Por exemplo, no tratamento de infertilidade, algumas mulheres não revelam a sua história de DA (ou a sua presença no momento) porque desconhecem as suas repercussões e também por medo da estigmatização pelos profissionais de saúde⁽⁶²⁾.

Os profissionais de saúde que realizam avaliações preconcepcionais têm um papel muito importante no rastreio, monitorização e encaminhamento de mulheres com (ou em risco de) DA⁽⁶³⁾. No entanto, muitos não se sentem seguros na sua capacidade para identificar um DA e, simultaneamente, relatam que há falta de oportunidade e tempo na rotina de cuidados pré-natais para discutir abertamente os DA⁽⁶¹⁾. Neste contexto, acredita-se que a inclusão de ferramentas de rastreio simples e de fácil aplicação para a avaliação dos DA seria muito útil⁽⁶³⁾.

Uma destas ferramentas é o questionário rápido de 5 itens SCOFF (*Sick, Control, One, Fat and Food*) (Anexo C)⁽⁵⁰⁾, com boa sensibilidade para o rastreio de AN e BN⁽⁶⁴⁾, apesar de ser pouco sensível na identificação do PIAC e pouco confiável para aplicar em populações com excesso de peso⁽⁶⁵⁾. Em 2019, Paslakis *et al.* atualizou um algoritmo de rastreio e recomendou a utilização da versão abreviada de 8 itens do *Teste de Atitudes perante a Alimentação* (*Eating Attitude Test* ou EAT-8). Este teste tem um bom valor preditivo positivo, quando combinado com medidas antropométricas, como o peso corporal e o IMC. No entanto, como está

mais orientado para a identificação de AN e tem um maior número de itens⁽⁶⁶⁾, o recurso ao questionário SCOFF continua a ser a alternativa mais interessante⁽⁶⁷⁾, apesar de ainda não ter sido traduzido nem validado em português.

Estratégias de intervenção nutricional nos distúrbios alimentares na gravidez

Uma nutrição inadequada durante a gravidez decorrente de um DA, como já referido, pode causar défices nutricionais que, *per se*, estão associados a RCIU e a maior risco de parto prematuro⁽¹⁰⁾. As grávidas com DA apresentam determinados padrões nutricionais, sendo que muitas são vegetarianas ou têm um baixo consumo de carne, consomem grandes quantidades de café e/ou não apresentam deficiências significativas de minerais e vitaminas⁽⁶⁸⁾.

Existem algumas abordagens de prevenção de DA em grávidas, nomeadamente o seu acompanhamento regular durante a gravidez e o puerpério, onde é realizado aconselhamento e encorajado o controlo do seu comportamento alimentar e emoções⁽⁴⁷⁾. Segundo o *Kelty Mental Health Center*, a recaída de um DA pode ser evitada através do desenvolvimento de um sistema de apoio (família, amigos, cuidadores), identificação de estímulos e criação de um plano pessoal para lidar com os mesmos, redução de influências negativas e ingestão de lanches e refeições regularmente⁽⁶⁹⁾, com o intuito de manter padrões alimentares regulares e otimizar a ingestão nutricional para a mãe e o feto⁽⁷⁰⁾.

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

Análise crítica

A gravidez é um período de grande vulnerabilidade a fatores externos que, nas grávidas com maior suscetibilidade, podem desencadear um DA. Nas mulheres com antecedentes de DA ou que engravidam com um DA ativo, os sintomas persistem durante a gravidez e no pós-parto, originando consequências negativas tanto na mulher, como no feto e, mais tarde, no bebê⁽⁴⁾. Assim, as grávidas com DA devem ser rigorosamente monitorizadas antes, durante e após a gravidez⁽²⁾.

Atualmente, sabe-se que os DA na gravidez são mais comuns do que se pensava anteriormente⁽⁴⁾. Em 2008, o termo “pregorexia” foi descrito pela primeira vez nos media, como a *Fox News* e o *The Early Show*, para caracterizar os comportamentos restritivos nas grávidas, nomeadamente limitar a ingestão energética e intensificar a prática de exercício físico, com o intuito de manter uma “figura perfeita” durante a gravidez e imediatamente após o parto⁽⁷¹⁾. Contudo, tendo em conta os artigos analisados e a última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, este termo não está refletido nas categorias de diagnóstico atuais, pelo que não é referido ao longo da revisão.

Os pontos fortes deste trabalho foram a utilização de várias bases de dados para a procura de evidência científica, o que também possibilitou a recolha de referências adicionais. No entanto, os autores da maioria dos artigos incluídos nesta revisão enumeraram algumas limitações nos estudos que relacionam os DA e a gravidez, nomeadamente a grande variedade do quadro clínico dos DA, o nível de gravidade dos sintomas nas grávidas (motivo de incoerência entre estudos) e a presença de fatores de confundidores, para os quais os dados não foram ajustados (idade e IMC da grávida, gravidade da patologia psiquiátrica, e consumo de álcool, drogas ou tabaco). Nos estudos em que os autores ajustaram essas potenciais

variáveis confundidoras, é possível que existam fatores não mensuráveis e/ou confundidores residuais, responsáveis pelas associações observadas. Outros motivos que podem influenciar os resultados e conclusões referidos pelos autores, são o pequeno tamanho amostral e o diagnóstico dos DA nas grávidas, através de questionários diferentes, não permitindo comparar resultados, assim como a não distinção entre grávidas com DA ativo e grávidas com antecedentes de DA⁽²⁾.

Vários estudos epidemiológicos indicam que muitos indivíduos com DA não procuram os cuidados de saúde pelo que não são contabilizados⁽¹⁰⁾. De facto, o diagnóstico precoce de DA é de grande importância e constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, pelo que se deve desenvolver, validar e usar estratégias específicas, como as ferramentas de rastreio⁽⁶⁷⁾. Importa ainda referir que, atualmente, a informação sobre DA em grávidas, inclusive adolescentes, é muito limitada, o que reforça a necessidade de pesquisas adicionais nessa área⁽⁷⁾.

Conclusão

Reconhecendo as repercussões dos DA, é importante rastrear e identificar precocemente todas as grávidas quanto à manifestação de um DA durante a gravidez ou no passado, a fim de melhor orientar (e supervisionar) essas mulheres, minimizando consequências potencialmente graves. Para isso, é fundamental a colaboração de uma equipa multidisciplinar, assim como é necessário o desenvolvimento de novos métodos de rastreio (ou a validação dos já existentes), a incluir nas consultas pré-natal e de vigilância da gravidez, com o objetivo de melhorar a deteção de DA nas mulheres que pretendem engravidar e nas grávidas.

Referências

1. Zanardo V, Cavaliere A, Giliberti E, Giliberti L, Manghina V, Parotto M, et al. Gestational weight gain and eating-related disorders. *J Obstet Gynaecol*. 2021; 41(8):1205-09.
2. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating Disorders During Gestation: Implications for Mother's Health, Fetal Outcomes, and Epigenetic Changes. *Front Pediatr*. 2020; 8:587.
3. Coyne SM, Liechty T, Collier KM, Sharp AD, Davis EJ, Kroff SL. The Effect of Media on Body Image in Pregnant and Postpartum Women. *Health Commun*. 2018; 33(7):793-99.
4. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev*. 2013; 21(4):340-4.
5. Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse Birth Outcomes Associated with Types of Eating Disorders: A Review. *Can J Diet Pract Res*. 2019; 80(3):131-36.
6. Mantel Ä, Örtqvist AK, Hirschberg AL, Stephansson O. Analysis of Neurodevelopmental Disorders in Offspring of Mothers With Eating Disorders in Sweden. *JAMA Netw Open*. 2022; 5(1):e2143947.
7. Janas-Kozik M, Żmijowska A, Zasada I, Jelonek I, Cichoń L, Siwiec A, et al. Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy-Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry*. 2021; 12:777529.
8. Bye A, Martini MG, Micali N. Eating disorders, pregnancy and the postnatal period: a review of the recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2021; 34(6):563-68.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition). Reference Reviews. 2014; 28(3):36-37.
10. Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(3):285-93.
11. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*. 2020; 33(6):521-27.
12. Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord*. 2022; 10(1):25.
13. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6):340-5.

14. Cardoso JP, Pires AP. Perturbações do comportamento alimentar na gravidez: uma revisão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012; 25:139-46.
15. Orloff NC, Hormes JM. Pickles and ice cream! Food cravings in pregnancy: hypotheses, preliminary evidence, and directions for future research. *Front Psychol*. 2014; 5:1076.
16. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord*. 2008; 41(3):277-9.
17. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016; 49(3):260-75.
18. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2003; 11(2):116-24.
19. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(4):675-80.
20. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; 17(2):227-39.
21. Tuncer E, GÜMÜŞ AB, Keser A. The Importance of Pregorexia Awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2020; 10(3):186-90.
22. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012; 21(1):61-5.
23. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009; 42(1):9-18.
24. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013; 121(1):210-2.
25. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(5):428-34.
26. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(6):1726-30.
27. de Souza RJ, Zulyniak MA, Stearns JC, Wahi G, Teo K, Gupta M, et al. The influence of maternal and infant nutrition on cardiometabolic traits: novel

findings and future research directions from four Canadian birth cohort studies. *Proc Nutr Soc.* 2019; 78(3):351-61.

28. Vucetic Z, Kimmel J, Totoki K, Hollenbeck E, Reyes TM. Maternal high-fat diet alters methylation and gene expression of dopamine and opioid-related genes. *Endocrinology.* 2010; 151(10):4756-64.

29. Hadigan CM, Anderson EJ, Miller KK, Hubbard JL, Herzog DB, Klibanski A, et al. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(3):284-92.

30. Chiurazzi C, Cioffi I, De Caprio C, De Filippo E, Marra M, Sammarco R, et al. Adequacy of nutrient intake in women with restrictive anorexia nervosa. *Nutrition.* 2017; 38:80-84.

31. Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25(2):137-42.

32. Bardone-Cone AM, Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Maldonado CR, Lawson MA, Smith R, et al. The inter-relationships between vegetarianism and eating disorders among females. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(8):1247-52.

33. Koubaa S, Hällström T, Brismar K, Hellström PM, Hirschberg AL. Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:318.

34. Black RE. Micronutrients in pregnancy. *Br J Nutr.* 2001; 85 Suppl 2:S193-7.

35. Strobel M, Tinz J, Biesalski HK. The importance of beta-carotene as a source of vitamin A with special regard to pregnant and breastfeeding women. *Eur J Nutr.* 2007; 46 Suppl 1:I1-20.

36. Shenai JP, Chytil F, Stahlman MT. Liver vitamin A reserves of very low birth weight neonates. *Pediatr Res.* 1985; 19(9):892-3.

37. Kovacs CS. Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *Am J Clin Nutr.* 2008; 88(2):520s-28s.

38. Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2020; 56(7)

39. Jin F, Qiao C. Association of maternal caffeine intake during pregnancy with low birth weight, childhood overweight, and obesity: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Obes (Lond).* 2021; 45(2):279-87.

40. Thompson K. An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Arch Womens Ment Health.* 2020; 23(5):625-33.

41. Russell JA, Douglas AJ, Ingram CD. Brain preparations for maternity--adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation. An overview. *Prog Brain Res.* 2001; 133:1-38.
42. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014; 384(9956):1800-19.
43. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Séguin JR. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *J Perinat Med.* 2013; 41(6):631-45.
44. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 30(8):724-43.
45. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, Perry G, Ferre C, Blackmore-Prince C, et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(2):194-200.
46. Velickovic KM, Makovey J, Abraham SF. Vitamin D, bone mineral density and body mass index in eating disorder patients. *Eat Behav.* 2013; 14(2):124-7.
47. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):323.
48. Watson HJ, O'Brien A, Sadeh-Sharvit S. Children of Parents with Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2018; 20(11):101.
49. Lee MF, Williams SL, Burke KJ. Striving for the thin ideal post-pregnancy: a cross-sectional study of intuitive eating in postpartum women. *J Reprod Infant Psychol.* 2020; 38(2):127-38.
50. Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(6):1353-67.
51. Dozier AM, Nelson A, Brownell E. The Relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low-Income Mothers. *Adv Prev Med.* 2012; 2012:902487.
52. Bzikowska-Jura A, Czerwonogrodzka-Senczyna A, Olędzka G, Szostak-Węgierek D, Weker H, Wesołowska A. Maternal Nutrition and Body Composition During Breastfeeding: Association with Human Milk Composition. *Nutrients.* 2018; 10(10)
53. Honzik T, Adamovicova M, Smolka V, Magner M, Hrubá E, Zeman J. Clinical presentation and metabolic consequences in 40 breastfed infants with nutritional

vitamin B12 deficiency--what have we learned? *Eur J Paediatr Neurol*. 2010; 14(6):488-95.

54. Paslakis G, de Zwaan M. Clinical management of females seeking fertility treatment and of pregnant females with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2019; 27(3):215-23.

55. Liu Y, Murphy SK, Murtha AP, Fuemmeler BF, Schildkraut J, Huang Z, et al. Depression in pregnancy, infant birth weight and DNA methylation of imprint regulatory elements. *Epigenetics*. 2012; 7(7):735-46.

56. Vanhees K, Vonhögen IG, van Schooten FJ, Godschalk RW. You are what you eat, and so are your children: the impact of micronutrients on the epigenetic programming of offspring. *Cell Mol Life Sci*. 2014; 71(2):271-85.

57. Dauncey MJ. Genomic and epigenomic insights into nutrition and brain disorders. *Nutrients*. 2013; 5(3):887-914.

58. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2020; 23(4):449-67.

59. Barona M, Taborrelli E, Corfield F, Pawlby S, Easter A, Schmidt U, et al. Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017; 58(8):931-38.

60. Barker DJ, Eriksson JG, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol*. 2002; 31(6):1235-9.

61. Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1):114.

62. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril*. 2010; 93(1):72-8.

63. Rodino IS, Byrne S, Sanders KA. Disordered eating attitudes and exercise in women undergoing fertility treatment. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016; 56(1):82-7.

64. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*. 1999; 319(7223):1467-8.

65. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med*. 2020; 35(3):885-93.

66. Lima CSM. Contributo para a validação da versão portuguesa do questionário SCOFF para deteção de casos de perturbação do comportamento alimentar. Universidade do Porto; 2012.

67. Le Floch M, Crohin A, Duverger P, Picard A, Legendre G, Riquin E. Prevalence and phenotype of eating disorders in assisted reproduction: a systematic review. *Reprod Health*. 2022; 19(1):38.
68. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr*. 2012; 108(11):2093-9.
69. Kelty Mental Health Resource Centre - BC Children's Hospital. Relapse Prevention - Kelty Eating Disorders [website]. [citado em: 2022 Jul 11]. Disponível em: <https://keltyeatingdisorders.ca/recovery/relapse-prevention/>.
70. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4:18022.
71. Mathieu J. What is pregorexia? *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(6):976-9.

Anexos

Índice de anexos

Anexo A - Critérios de diagnóstico dos distúrbios alimentares, segundo o Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)	23
Anexo B - Recomendação para ganho de peso ao longo da gestação de acordo com o índice de massa corporal pré-gestacional.....	27
Anexo C - Ferramenta de rastreio de distúrbios alimentares - <i>Sick, Control, One, Fat and Food</i> (SCOFF)	28

Anexo A - Critérios de diagnóstico dos distúrbios alimentares, segundo o Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*

Distúrbio alimentar	Critérios de Diagnóstico
Anorexia nervosa	A. Restrição da ingestão energética face às necessidades, originando um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Um peso corporal significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado. B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo. C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.
Bulimia nervosa	A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspetos: 1. Ingestão, num determinado período de tempo (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes; 2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou de controlar o tipo de alimentos e a quantidade que está a ingerir). B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercício físico em excesso.

	C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses. D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva	A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspetos: 1. Ingestão, num determinado período de tempo (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes; 2. Sensação de falta de controlo sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e o quanto está a ingerir). B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspetos: 1. Comer mais rapidamente do que o normal; 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio; 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está a comer; 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida. C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar. D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses. E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados, como na bulimia nervosa, e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Pica	A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês. B. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo. C. O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita. D. Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outra perturbação mental (p. ex., deficiência intelectual, perturbação do espectro autista, esquizofrenia) ou de outra condição médica (incluindo gestação), é suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional.
Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva	A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em determinados alimentos; esquia baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentares) manifestada por um fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas, que está associada a um (ou mais) dos seguintes aspetos: 1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento nas crianças); 2. Deficiência nutricional significativa; 3. Dependência de alimentação entérica ou suplementos nutricionais orais; 4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial. B. A perturbação não consegue ser explicada pela indisponibilidade de alimentos ou por uma prática culturalmente aceita. C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada. D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro distúrbio mental.

	Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de uma outra condição ou distúrbio, habitualmente a sua gravidade excede a associada à condição ou ao distúrbio, pelo que justifica atenção clínica adicional.
Mericismo	A. Regurgitação repetida de alimento durante um período mínimo de um mês. O alimento regurgitado pode ser remastigado, novamente deglutido ou cuspid. B. A regurgitação repetida não é atribuível a uma condição gastrointestinal ou a outra condição médica (p. ex., refluxo gastroesofágico, estenose do piloro). C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno alimentar restritivo/evitativo. D. Se os sintomas ocorrerem no contexto de outra perturbação mental (p. ex., deficiência intelectual ou outro distúrbio do neurodesenvolvimento) são suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional.
Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação <i>(Other Specified Feeding or Eating Disorder)</i>	Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de um distúrbio alimentar causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer classe diagnóstica dos distúrbios alimentares. Esta categoria é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer distúrbio alimentar específico, ou seja, isso é feito por meio do registo de “Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação”, seguido da razão específica (p. ex., “bulimia nervosa de baixa frequência”).
Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada	Esta categoria aplica-se a apresentações em que os sintomas característicos de um distúrbio alimentar causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

<i>(Eating Disorder Not Otherwise Specified)</i>	predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer classe diagnóstica dos distúrbios alimentares. Esta categoria é usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um distúrbio alimentar específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).
---	--

*Adaptado do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Edição)

Anexo B - Recomendação para ganho de peso ao longo da gestação de acordo com o índice de massa corporal pré-gestacional

Categoria de peso corporal pré-gestacional	Índice de Massa Corporal (kg/m²)	Aumento de peso recomendado durante a gravidez (kg)	Aumento de peso por semana no 2º e 3º trimestres (kg)
Baixo peso	< 18,5	12,5 a 18,0	0,5
Peso normal	[18,5; 25,0[	11,5 a 16,0	0,4
Pré-obesidade	[25,0; 30,0[	7,0 a 11,5	0,3
Obesidade (todas as classes)	≥ 30,0	5,0 a 9,0	0,2

Fonte: *Institute of Medicine* (IOM-2009)

Anexo C - Ferramenta de rastreio de distúrbios alimentares - *Sick, Control, One, Fat and Food* (SCOFF)⁽⁶⁴⁾

5 Questões do SCOFF	
S	Do you make yourself Sick (vomit) because you feel uncomfortable full?
C	Do you worry that you have lost Control over how much you eat?
O	Have you recently lost more than One stone (15 pounds = 6,8 kg) in a 3-month period?
F	Do you believe yourself to be Fat when others say you are thin?
F	Would you say that Food dominates your life?

NOTA: Teste de respostas dicotómicas: Sim ou Não. Para cada “Sim” atribui-se a pontuação de 1 ponto. Uma pontuação superior ou igual a 2 indica um caso provável de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

