

**COMPREENDENDO A PREGOREXIA E A INFLUÊNCIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA GESTAÇÃO**

Suellen Marques Pereira<sup>1</sup>, Ana Paula Rocha de Melo<sup>1</sup>, Raquel Araújo de Santana<sup>1</sup>  
Andrea Cristina Cosme de Amorim Saraiva<sup>2</sup>, Marcele Mariah Torres dos Santos<sup>1</sup>  
Maria Victoria Santana da Costa<sup>1</sup>, Carmem Lygia Burgos Ambrósio<sup>1</sup>

**RESUMO**

A gravidez é um período de diversas mudanças, onde muitas mulheres têm dificuldades em lidar com as emoções inerentes ao seu estado e, somados a comportamentos alimentares inadequados, podem evoluir para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA), que na gestação são reunidos sob o termo pregorexia. A presença deste conjunto de problemas interfere na saúde da mulher e do bebê no período pré e pós-natal. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo averiguar o comportamento alimentar de gestantes atendidas em um consultório de nutrição materno-infantil em Recife-PE. Na coleta de dados primários, durante a consulta, as gestantes responderam ao Teste de Atitude Alimentar 26 (Eating Attitudes Test 26 - EAT 26), questionário de dados socioeconômicos e antropométricos. Já os dados secundários consistiram nos resultados de exames bioquímicos provenientes dos prontuários das pacientes. Participaram da pesquisa 19 gestantes sem diagnóstico de TA, porém, 10,5% obtiveram pontuação sugestiva de transtorno. Quanto ao estado nutricional, a maioria possuía IMC adequado no período pré-gestacional (63,2%) e gestacional (47,4%) e algumas apresentaram alterações nos resultados bioquímicos. Sobre os dados socioeconômicos, a maioria tinha ensino superior completo (94,7%) e renda familiar igual ou superior a 5 salários-mínimos (94,7%), eram primíparas (87,5%) com idade entre 30-39 anos (89,5%) e com rede de apoio no puerpério (94,7%). Assim, a presente pesquisa constatou a presença de comportamento alimentar de risco de pregorexia, apesar de a maioria das gestantes ter apresentado um estado nutricional adequado.

**Palavras-chave:** Gestantes. Bulimia nervosa. Anorexia nervosa. Compulsão alimentar.

**ABSTRACT**

Understanding pregorexia and the influence of eating disorders during pregnancy

Pregnancy is a period of several changes in a woman's life, where many have difficulties in dealing with the emotions inherent to their state and, added to inappropriate eating behaviors, can evolve to the development of eating disorders (ED), which during pregnancy are grouped together under the term pregorexia. The presence of this set of problems interferes with the health of the woman and the baby in the pre- and post-natal period. This work aimed to investigate the eating behavior of pregnant women attended at a maternal and child nutrition office in Recife-PE. In the collection of primary data, in the consultation, through interviews, the participating pregnant women answered the Eating Attitudes Test 26 (EAT 26), the socioeconomic and anthropometric data questionnaire. Secondary data consisted of the results of biochemical tests from the patients' medical records. 19 pregnant women without a diagnosis of ED participated in the research, however, 10.5% obtained a score suggestive of the disorder. As for nutritional status, most had adequate BMI in the pre-pregnancy (63.2%) and gestational (47.4%) periods and some showed changes in biochemical results. As for socioeconomic data, most had completed higher education (94.7%) and family income equal to or greater than 5 minimum wages (94.7%), were primiparous (87.5%) aged between 30-39 years (89.5%) and with a support network in the puerperium (94.7%). The presence of eating behavior with risk of pregorexia was verified, although most of the pregnant women had an adequate nutritional status.

**Key words:** Pregnant. Bulimia nervosa. Anorexia nervosa. Binge eating disorder.

1 - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

2 - Consultório de nutrição materno-infantil, Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por distúrbios severos no comportamento alimentar, podendo ser frequentemente observados em adolescentes e, principalmente, jovens adultos.

Apesar da dificuldade de integrar todos os dados de prevalência desses transtornos, estudos recentes demonstram que eles são altamente frequentes no mundo, especialmente em mulheres (Galmiche e colaboradores, 2019).

As mulheres gestantes passam por diversas mudanças, tanto mentalmente quanto fisicamente, à medida que seus papéis mudam de mulheres comuns para mães. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que em todo o mundo cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz vivenciam algum tipo de transtorno psicológico (Fan e colaboradores, 2020).

Garantir a saúde das mães e das suas crianças é um tema prioritário para a saúde pública no Brasil e no mundo. Evidências científicas mostram que o estado nutricional gestacional adequado traz vantagens de saúde para ambos, mãe e filho, não apenas na gestação, mas principalmente ao longo da sua vida (Ozcariz, Bandeira e Knobel, 2019).

Muitas mulheres saudáveis desejam melhorar a alimentação quando engravidam, mas o aumento do peso e alterações na forma física, associadas ao medo de engordar são fatores de risco para desenvolver ou exacerbar os transtornos alimentares (Vianna e Vilhena, 2016).

Ou, inversamente, para as mulheres que já possuem o transtorno anterior à gravidez, pode ser uma chance de melhorar padrões alimentares devido à preocupação da mãe com o feto (Sebastiani e colaboradores, 2020).

Dentro dos transtornos alimentares, o termo *Pregorexia* define um conjunto dos transtornos alimentares desenvolvidos durante a gravidez.

Aprofundar o conhecimento nesta temática mostra-se importante, devido à escassez de literatura nacional, servindo, portanto, como exemplo e estímulo para despertar o interesse em pesquisas relacionadas com este tema (Vianna e Vilhena, 2016).

A sociedade está mais atenta ao desenvolvimento de transtornos alimentares, vários estudos estão sendo realizados para melhorar o diagnóstico e aperfeiçoar o tratamento dos indivíduos acometidos.

Entretanto, a *pregorexia* só foi descrita recentemente na literatura, o que resulta em um número limitado de dados para orientar os profissionais em termos de diagnóstico e tratamento durante a gravidez (Puşuroğlu e Hocaoglu, 2023).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi avaliar o comportamento alimentar das gestantes assistidas em um consultório particular de nutrição materno-infantil, em Recife-PE.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem transversal-descritivo, onde participaram 19 mulheres gestantes com idades entre 18 e 39 anos, vinculadas ao consultório de uma nutricionista materno-infantil na cidade do Recife-PE, entre os meses de fevereiro e agosto de 2022.

A pesquisa usou o método não probabilístico de amostra por conveniência, após o convite e exposição do objetivo dela, considerando a disponibilidade das gestantes de participarem da amostra em um determinado intervalo de tempo.

Além disso, a pesquisa foi do tipo qualitativa/exploratória, analisando a frequência dos dados coletados, com o objetivo de verificar se há correlação entre os dados obtidos e a ocorrência de *pregorexia*.

### Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram obtidos através de um questionário aplicado após a realização da consulta com a nutricionista, visando manter a privacidade das participantes, nas dependências físicas do local.

Já as informações sobre dados bioquímicos e antropométricos foram de fonte secundária, cedidos pela nutricionista em momento posterior à entrevista presencial com as gestantes.

Foram considerados aqueles obtidos desde o início do acompanhamento nutricional, retrospectivamente, até o dia da aplicação dos

questionários para avaliar a evolução ponderal da gestante.

Para calcular o IMC gestacional foi utilizada a calculadora do Estado Nutricional da Gestante do Ministério da Saúde (<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=9>)

### Instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram dois questionários; o Teste de Atitude Alimentar 26 (Eating Attitudes Test 26 - EAT 26) e o Questionário Socioeconômico e Antropométrico.

O EAT 26 validado para uso no Brasil por Nunes e colaboradores, (2005), é do tipo Likert, composto por 26 questões objetivas, é um instrumento autoaplicável de rastreamento, que avalia e indica a presença de padrões alimentares em indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares. As respostas podem ser SEMPRE (3 pontos), MUITO FREQUENTEMENTE (2 pontos), FREQUENTEMENTE (1 ponto), ÀS VEZES, RARAMENTE e NUNCA (não pontuam). Os pontos são somados e convertidos em escores, sendo o resultado maior ou igual a 20 sugestivo de comportamento alimentar de risco para transtornos de alimentação (Cordás e Kachani, 2010).

Já com o questionário socioeconômico e antropométrico, foram realizadas perguntas que permitiram traçar as características socioeconômicas das gestantes (prática de atividade física, diagnóstico formal de transtorno alimentar, assistência de profissionais de saúde, renda familiar, escolaridade, rede de apoio, faixa etária e paridade) e saber como está evoluindo o ganho de peso durante o período gestacional, respectivamente. Para a avaliação do estado nutricional foram utilizados o IMC pré-gestacional (Organização Mundial de Saúde, 1995) e o IMC gestacional (Atalah e colaboradores, 1997).

Com relação aos exames bioquímicos, foram avaliados o perfil glicídico (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023), perfil lipídico (Lopes e colaboradores, 2019), do hemograma hematócrito, hemoglobina e hemácias (Friel e colaboradores, 2021) e ferro e ferritina (Rodrigues e Jorge, 2010).

### Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UFPE (Comprovante no: 122578/2021) e sua realização obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

### RESULTADOS

De acordo com o perfil socioeconômico das gestantes, com a exceção de apenas uma, todas possuíam ensino superior, renda familiar com 5 ou mais salários-mínimos e estavam inseridas no mercado de trabalho (Tabela 1).

A maior parte delas são profissionais liberais, sendo válido ressaltar que uma das gestantes com possível diagnóstico de TA é profissional de saúde.

**Tabela 1** - Renda familiar e escolaridade das gestantes Variáveis.

Variáveis	n (%)
Renda familiar	
< 1 salário-mínimo	0 (0%)
1 a 2 salários-mínimos	0 (0%)
3 a 4 salários-mínimos	1 (5,3%)
5 ou mais salários-mínimos	18 (94,7%)
Escolaridade	
Ensino fundamental	0 (0%)
Ensino médio	1 (5,3%)
Ensino superior	18 (94,7%)

Sobre a rede de apoio, apenas uma gestante relatou que não contará com ajuda durante o puerpério. Já entre as que possuem uma rede de apoio neste período, a maioria citou que teria ajuda de babás ou funcionárias, seguidas pelos familiares: companheiros, avós e cunhada (Tabela 2).

**Tabela 2 - Rede de apoio das gestantes,**

Variáveis	n (%)
Presença de rede de apoio	
Sim	18 (94,7%)
Não	1 (5,3%)
Integrantes da rede de apoio	
Companheiro	5 (27,8%)
Avós	3 (16,7%)
Babás/ funcionárias	10 (55,6%)
Cunhada	1 (5,6%)

Conforme as tendências nacionais e internacionais relacionando a idade materna e a primeira gestação, prevaleceu o perfil de primíparas com idade entre 30-39 anos, sendo a maior parte classificada no 2º ou 3º trimestre gestacional (Tabela 3).

Este adiamento da maternidade acontece principalmente em virtude da entrada da mulher no mercado de trabalho e pela melhoria no acesso a serviços de saúde, de modo que é possível a realização de planejamento familiar (Myrrha, Turra e Wajnman, 2017).

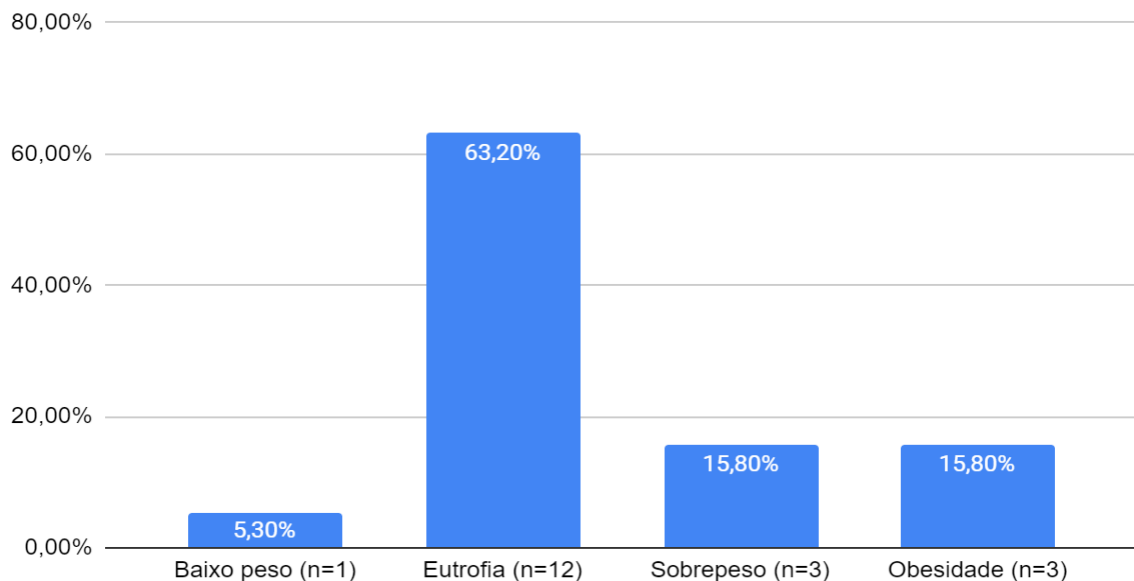
Levando em consideração as atitudes alimentares das gestantes e seu estado nutricional, os gráficos 1a e 1b apresentam os

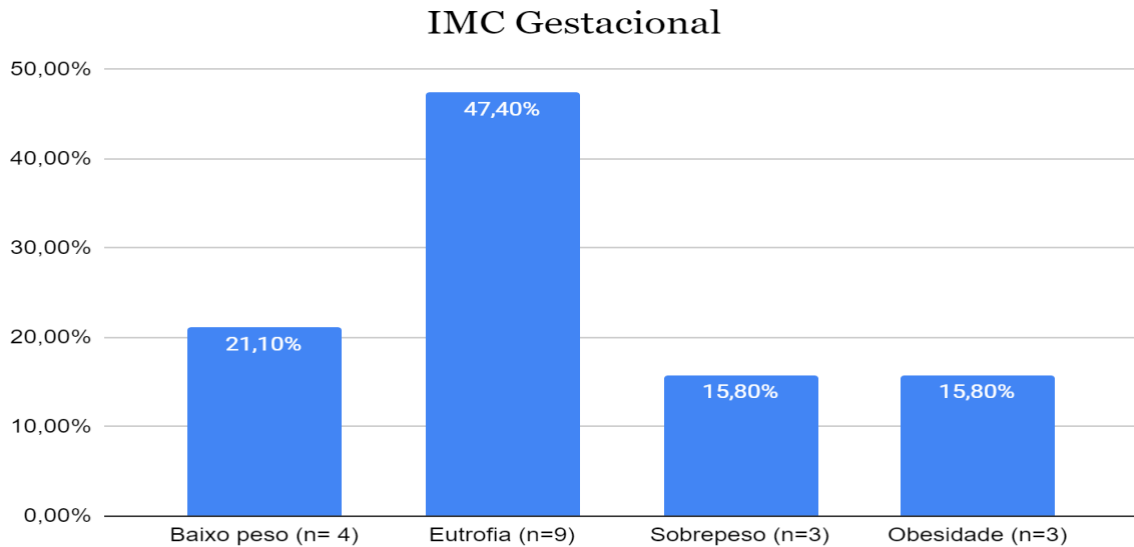
resultados da análise do estado nutricional das gestantes no período pré-gestacional (Organização Mundial de Saúde, 1995) e no período gestacional (Atalah e colaboradores, 1997).

**Tabela 3 - Idade gestacional e faixa etária das gestantes.**

Variáveis	n (%)
Idade gestacional	
1º Trimestre	4 (21%)
2º Trimestre	7 (36%)
3º Trimestre	8 (42,1%)
Faixa etária	
18-19 anos	0 (0%)
20- 29 anos	2 (10,5%)
30-39 anos	17 (89,5%)
Paridade	
Primíparas	16 (84,2%)
Multíparas	3 (15,8%)
Faixa etária das primíparas	
18-19 anos	0 (0%)
20- 29 anos	2 (12,5%)
30-39 anos	14 (87,5%)

### IMC Pré- gestacional

**Figura 1 a - Classificação do estado nutricional segundo o IMC pré-gestacional das gestantes atendidas no período de 2022.**



**Figura 1b** - Classificação do estado nutricional segundo o IMC gestacional das gestantes atendidas no período de 2022.

**Tabela 4** - Características das gestantes em relação ao autocuidado.

Variáveis	n (%)
Prática de atividade física	
Sim	11 (57,9%)
Não	8 (42,1%)
Acompanhamento por profissionais de saúde	
Nutricionista	19 (100%)
Médico (obstetra, psiquiatra, gastroenterologista)	19 (100%)
Psicólogo	
Cunhada	4 (21,1%)

Na pesquisa, todas as gestantes relataram estar acompanhadas por nutricionista, médicos e um percentual menor, 21,1% (n=4), por psicólogo.

Além disso, a maior parte delas, 57,9% (n=11), realizava atividade física, o que também contribui para o controle do peso (Soares e colaboradores, 2017) (Tabela 4).

Com relação aos exames bioquímicos das gestantes, 78,9% (n=15) compartilharam resultados com a nutricionista. Os exames solicitados na pesquisa foram os de glicemia, lipidograma, hemograma (série vermelha), ferro sérico e ferritina.

**Tabela 5** - Exames bioquímicos com resultados fora dos intervalos de recomendação.

Variáveis	n	(%)
Perfil glicídico		
Glicose	3/15	20,00%
Perfil lipídico		
Colesterol total	5/7	71,40%
HDL-c	1/7	14,30%
LDL-c	1/8	12,50%
Triglicerídeos	4/8	50,00%
Perfil do ferro		
Ferro sérico	2/3	15,80%
Ferritina	6/9	66,70%
Hemograma (série vermelha)		
Hemácias	3/14	21,40%
Hemoglobina		
1º e 3º trimestre	2/14	14,30%
Hematócrito		
1º e 3º trimestre	2/14	14,30%

Fonte: Feitosa e colaboradores (2017); Friel (2021); Rodrigues e Jorge (2010); Sociedade Brasileira de Diabetes (2023);

Ao analisar o perfil glicídico, 20,0% (n=3/15) apresentaram o nível glicêmico compatível com o diabetes mellitus gestacional

(DMG) (Tabela 5) e, coincidentemente, duas delas iniciaram a gestação com diagnóstico de obesidade, fator de risco para o desenvolvimento do DMG. Já a hemoglobina glicada de todas as gestantes estava normal, inferior a 6,5%. Sobre o perfil lipídico, das 8 pacientes que apresentaram exames, cinco possuíam pelo menos um resultado fora do intervalo recomendado (Tabela 5).

Analisando os níveis de ferro sérico, ferritina, hemoglobina e hematócrito, duas gestantes encontram-se anêmicas, pois estavam com todos os resultados abaixo do intervalo recomendado (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Segundo Leone e Portilho (2018), já não é mais comum que as mulheres com a carreira profissional consolidada renunciem à vida laboral para se dedicar ao casamento e à criação dos filhos.

Diante disso, é importante a construção de uma rede de apoio capaz de auxiliar a mulher desde a gestação, passando pelo puerpério até o retorno ao trabalho.

Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) reforçam que as mulheres que contam com uma rede de apoio durante todo este período possuem menores índices de sintomas de estresse, ansiedade e depressão pós-parto.

Neste sentido, conforme observado no estudo, a maior parte das gestantes relatou que contaria com o auxílio de funcionárias/babás, o que aponta que uma maior renda familiar interfere diretamente na formação da rede de apoio, em caso da ausência de familiares que possam estar presentes em tempo integral.

A gestação tardia e a quantidade reduzida de filhos também têm relação com a escolaridade, uma vez que permite à mulher ter maior progressão na carreira profissional e renda, fatos que foram explicitados na pesquisa, onde 94,7% das gestantes possuem ensino superior completo e renda familiar igual ou superior a 5 salários-mínimos.

Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado pela ONU intitulado Dinâmica e Fecundidade da População Brasileira (Fundo de População das Nações Unidas, 2018), no qual está documentado que a educação e a renda têm impacto direto sobre as taxas de fecundidade: a) as mulheres brasileiras mais escolarizadas tendem a ter menos filhos, por vezes menos do que o desejado, devido à falta de tempo para conciliar vida pessoal e

profissional; b) com relação à renda neste estrato da população feminina, nos 20% dos domicílios com maiores rendimentos no país, essas mulheres apresentam taxas de fecundidade inferiores às taxas de reposição delas mesmas na população (ao redor de 1, frente à taxa de reposição de 2).

Os dados coletados nesta pesquisa mostraram que a estável situação socioeconômica das gestantes pode proporcioná-las mais qualidade de vida, um maior acesso a serviços de saúde e de estética, além de permitir a escolha de alimentos mais saudáveis, que juntos são fatores capazes de minimizar o risco de desenvolver insatisfação com a imagem corporal. Isso pois, como é sabido, a preocupação excessiva com a aparência, associada ao padrão alimentar, bem como outros problemas de ordem emocional, como a ansiedade, são fatores precursores para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Quanto às atitudes alimentares das gestantes e seu estado nutricional, das 19 participantes da pesquisa, 10,5% (n=2) apresentaram pontuação superior a 20, que corresponde ao ponto de corte do teste EAT-26. Porém, nenhuma apresentou diagnóstico formal de transtorno alimentar atestado por médico psiquiatra.

A primeira gestante alcançou 31 pontos (sugestivo de bulimia nervosa) e a segunda atingiu 25 pontos, com sinais de risco de anorexia nervosa.

Comparando tais resultados com outros estudos, a proporção de gestantes com pontuação sugestiva de TA nesta pesquisa foi mais alta, enquanto outros autores encontraram percentuais variando entre 5%-7,5% (Easter e colaboradores, 2013; Watson e colaboradores, 2014; Santos e colaboradores, 2017; Popovick e colaboradores, 2018).

Segundo a nutricionista responsável pelo acompanhamento das participantes, os históricos de vida das mulheres com resultados sugestivos de TA foram os seguintes: a primeira gestante, relatou sobrepeso/obesidade na adolescência e início da vida adulta, por este motivo, relata ter sido vítima de bullying e passou a apresentar quadro de depressão, ansiedade e comportamento alimentar com episódios de restrição-compulsão-purgação (vômito e atividade física), compatível com bulimia nervosa.

Desde então, tem acompanhamento psiquiátrico, fazendo uso de medicamentos

ansiolíticos e antidepressivos, apesar de nunca ter recebido diagnóstico formal de transtorno alimentar.

Durante a gestação os sintomas bulímicos estavam sob controle, entretanto, apresentou-se bastante rígida quanto à contagem de calorias, insistindo em seguir um plano alimentar quantitativo. Relatou muito medo de engordar além do necessário, apesar de estar dentro da faixa de peso recomendada para o período gestacional.

Dunker, Alvarenga e Alves (2009), Soares e colaboradores, (2009) e Sebastiani e colaboradores, (2020) relataram que, geralmente, os pacientes portadores de transtorno alimentar também possuem perturbações de ordem emocional.

Aparentemente, a primeira gestante apresentou remissão da atitude alimentar de risco, conforme Sebastiani e colaboradores, (2020), afirmam ser comum em mulheres que apresentam estes quadros de saúde, com o objetivo de preservar o desenvolvimento do conceito.

Com relação à segunda gestante, esta relatou que desde a adolescência tem muito medo de engordar e, por isso, realiza um controle rígido das calorias e da qualidade dos alimentos ingeridos, o que pode indicar um padrão de conduta compatível com anorexia nervosa.

Apresentava IMC pré-gestacional baixo, embora eutrófico, e no dia da entrevista tinha baixo peso para a 23ª semana gestacional, o que pode estar relacionado com comportamento de risco para transtorno alimentar, com possível restrição calórica.

De acordo com Dunker, Alvarenga e Alves (2009), a resistência ao ganho de peso é uma situação típica em gestantes com anorexia, mesmo aquele recomendado para o período gestacional.

Anteriormente, a nutricionista havia aconselhado acompanhamento psicológico à paciente, que até o dia da entrevista não havia acatado a sugestão.

Bye e colaboradores, (2018), buscaram rastrear as barreiras para a identificação de transtornos alimentares na gravidez e no período pós-natal, sendo os principais entraves encontrados: a relutância das mulheres em conversar com profissionais de saúde sobre a doença, seja por vergonha, constrangimento pelo estigma das doenças mentais ou por crerem conseguir manter a situação sob controle.

Por outro lado, observa-se a falta de conhecimento e de habilidade dos profissionais de saúde para lidar com transtornos alimentares, visto que a maior parte deles não possui treinamento técnico sobre a temática, desconhecem os riscos para o desenvolvimento dos conceitos e acreditam que a identificação do transtorno é dever apenas dos profissionais da psicologia.

## CONCLUSÃO

Os achados deste trabalho corroboram com estudos anteriores sobre a presença de comportamento alimentar de risco na gestação, embora a maioria das gestantes tenha apresentado estado nutricional adequado.

O percentual de resultados sugestivos de transtornos alimentares foi alto, comparado com outras pesquisas disponíveis na literatura. Este resultado serve de alerta para que os profissionais de saúde, sobretudo o nutricionista, estejam alertas sobre o relacionamento dos seus pacientes com a comida e possam realizar intervenções interdisciplinares, de forma que o indivíduo receba um tratamento integralizado.

Houve limitações no presente estudo, como o tamanho reduzido da amostra e sua homogeneidade, que se deveu ao curto tempo de coleta de dados e acesso apenas a gestantes com acesso à rede particular de saúde e nível socioeconômico mais elevado, fatos estes que não permitiram a realização de análises mais aprofundadas utilizando as variáveis abordadas.

## REFERÊNCIAS

- 1-Atalah, E.; Castillo, C.; Castro, R.; Aldea, A. Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. *Revista Médica de Chile*. Vol. 125, Núm.12, 1997. p. 1429-1436. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9609018/>>
- 2-Bye, A.; Shawe, J.; Bick, D.; Faster, A.; Kash-Macdonald, M.; Micali, N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Núm.18, Vol. 114, 2018. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1745-x>>

- 3-Cordás, T.A.; Kachani, A.T. (Cols). *Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed. 2010.
- 4-Dunker, K.L.L.; Alvarenga, M.S.; Alves, V.P.O. Transtornos alimentares e gestação – uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. Vol. 58. Num. 1. 2009. p. 60-68.
- 5-Easter, A.; Bye, A.; Taborrelli, E.; Corfield, F.; Schmidt, U.; Treasure, J.; Micali, M. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?. *Eur. Eat. Disorders Rev.* Vol. 21. 2013. p. 340-344. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.2229>>
- 6-Fan, S.; Guan, J.; Cao, L.; Wang, M.; Zhao, H.; Chen, L.; Yan, L. Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: a systematic review with meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 56, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533>>.
- 7-Feitosa, A.C.R.; Barreto, L.T.; Silva, I.M.; Silva, F.F.; Feitosa Filho, G.S. Impacto do Uso de Diferentes Critérios Diagnósticos na Prevalência de Dislipidemia em Gestantes. *Arq Bras Cardiol*. Vol. 109. Núm.1. 2017. p. 30-38.
- 8-Friel, L. Anemia na gestação. Manual MSD versão online para profissionais de saúde, 2021. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetricia/gestacao-complicada-por-doencas/anemia-na-gestacao>> Acesso em: 01/09/ 2022.
- 9-Fundo de População das Nações Unidas. *Fecundidade e dinâmica da população brasileira*. Brasília-DF: UNFPA Brasil, 2018. Disponível em: <[https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop\\_brasil\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf)> Acesso em: 16/08/2022.
- 10-Galmiche, M.; Déchelotte, P.; Lambert, G.; Tavolacci, M.P. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*, Vol. 109, Núm. 5, 2009. p. 1402-1413. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>> Acesso em: 30/09/2023.
- 11-Leone, E.T.; Portilho, L. Inserção de mulheres e homens com nível superior de escolaridade no mercado de trabalho brasileiro. *Temáticas*. Vol. 26. Núm. 52. 2018. p. 227-246.
- 12-Lopes, M.; Oliveira, C.C.; Franco, L.O.A.; Silva Júnior, W.T. Hipertrigliceridemia grave na gestação: relato de um caso. *Brasília Med*. Vol. 56. 2019. p. 1-5.
- 13-Maffei, B.; Menezes, M.; Crepaldi, M.A. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. *Rev. SBPH*. Vol. 22, Núm. 1. 2019.
- 14-Myrrha, L.J.D.; Turra, C.M.; Wajnman, S.A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Revista Latinoamericana de Población*, Vol. 11. Num. 20. 2017. p. 37-54. Disponível em: <<https://doi.org/10.31406/relap2017.v11.i1.n20.2>>
- 15-Puşuroğlu, M.; Hocaoglu, Ç. Pregorexia: Eating Disorder in Pregnancy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, Vol. 15. Núm. 2. 2023. p. 251-256. Disponível em: <<https://doi.org/10.18863/pgy.1068128>>
- 16-Nunes, M.A.; Camey, S.; Olinto, M.T.; Mari, T.T. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the test Eating Attitudes Test-26. *Braz Med Biol Res*. Núm. 38. 2005. p. 1655-62.
- 17-Organização Mundial de Saúde. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva. WHO. 1995.
- 18-Ozcariz, S.; Bandeira, C. Knobel, R. Promoção do ganho de peso adequado na gestação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2019.
- 19-Popovick, M.; Pizzi, C.; Rusconi, F.; Gagliardi, L.; Galassi, C.; Trevisan, M.; Merletti, F.; Richiardi, L. The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study. *Int. J. Eat Disord*. Vol. 51. Núm. 8. 2018. p. 842-851.



20-Rodrigues, L.P.; Jorge, S.R.P.F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. Vol. 32. suppl 2. 2010.

21-Santos, A.M.; Benute, G.R.G.; Santos, N.O.; Nomura, R.M.Y.; Lucia, M.C.Z.; Francisco, R.P.V. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. Midwifery, Vol. 51. 2017. p. 12-15.

22-Sebastiani, G.; Andreu-Fernández, V.; Barbero, A.H.; Aldecoa-Bilbao, V.; Miracle, X.; Barrabes, E.M.; Ibañez, A.B.; Astals-Vizcaino, M.; Ferrero-Martínez, S.; Gómez-Roig, M.D.; García-Algar, O. Eating disorders during gestation: implications for mothers's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. Front. Pediatr. Vol. 8. Núm. 587. 2020.

23-Soares, R.M.; Nunes, M.A.; SchmidT, M.I.; Giacomelo, A.; Manzolli, P.; Camey, S.; Drehmer, M.; Melere, C.; Hoffman, J.; Ozcariz, S.; Manenti, C.N.; Pinheiro, A.P.; Duncan, B.B. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. Int J Eat Disord. Vol. 42. Núm. 5. 2009. p. 387-393.

24-Soares, D.S.C.; Soares, J.J.; Graup, S.; Streb, A.R. Atividade física na gestação: uma revisão integrativa. R. Perspect. Ci. e Saúde., Vol. 2, Núm. 2. 2017. p. 71-84. Disponível em: <<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/138/105>>

25-Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz oficial da sociedade brasileira de diabetes 2023. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/>> Acesso em: 28/08/2023.

26-Vianna, M.; Vilhena, J. Para além dos nove meses: uma reflexão sobre os transtornos alimentares na gestação e puerpério. Trivium, Rio de Janeiro. Vol. 8. Núm.1. 2016. p. 96-109.

27-Watson, H.J.; Holle, A.V.; Hamer, R.M.; Berg, C.K.; Torgersen, L.; Magnuns, P.; Stoltenberg, C.; Sullivan, P.; Reichborn-Kjennerud, T.; Mulik, C.M. Remission, continuation, and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study on a

population-based birth cohort. Psychol Med. Vol. 43. Núm. 8. 2013. p. 1723-1734. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206832/>>

E-mail dos autores:

suellen.pereira@ufpe.br

ana.rmelo@ufpe.br

raquel.asantana@ufpe.br

andreaccamorim@gmail.com

marcele.torres@ufpe.br

mariavictoria.costa@ufpe.br

carmem.ambrosio@ufpe.br

Recebido para publicação em 04/11/2023

Aceito em 15/04/2024