

TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA DURANTE A GESTAÇÃO

Joyce Cristina Rodrigues¹
Patrícia Silva de Castro²
Thaís Renata Q. S. Carneiro³
Sandra Rosa de Souza⁴

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão da literatura sobre transtornos alimentares na gestação. Os transtornos alimentares são doenças de ordem psiquiátrica que tem despertado grandes preocupações devido ao aumento da incidência de significativos graus de morbidade e mortalidade na gestação. Para consecução do objetivo do trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS, BDNF e SCIELO. Foram analisados 24 artigos relacionados ao tema de transtorno alimentar, anorexia, bulimia nervosa, gestante, síndrome e abortamento. Como resultado do trabalho, observou-se, nos artigos analisados, que as pesquisas são fragmentadas, isto é, tratam de maneira individual sobre os aspectos do transtorno alimentar, não contemplando a totalidade do diagnóstico inicial ao final do tratamento de pacientes gestantes com transtornos alimentares. Pesquisas futuras devem enfatizar o tema em sua totalidade, desde anamnese ao final do tratamento.

Palavras chaves: transtorno alimentar, anorexia, bulimia nervosa, gestante, abortamento, síndromes..

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

³ Orientador Prof. Ms. Psicologia Clínica e Cultura, Faculdade União de Goyazes.

⁴Co- Orientador Prof. Esp. Enfermagem e Educação em Saúde, Faculdade União de Goyazes.

EATING DISORDERS:
ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA DURING PREGNANCY

ABSTRACT

The aim of this study was to review the literature on eating disorders during pregnancy. Eating disorders are psychiatric order illnesses that has aroused great concern due to the increased incidence of significant levels of morbidity and mortality during pregnancy. To achieve the objective of the work was performed a literature search in the databases LILACS, and SCIELO BDENF. We analyzed 24 articles related to the topic of eating disorder, anorexia, bulimia nervosa, pregnancy, syndrome and abortion. As a result of the work, it was observed, in the articles analyzed, the research is fragmented, that is, treat individually on aspects of the eating disorder, not contemplating the entire initial diagnosis to the end of the treatment of pregnant patients with eating disorders. Future research should emphasize the issue in its entirety, since anamnese to end of treatment.

Keywords: eating disorder, anorexia, bulimia nervosa, pregnancy, abortion, syndromes.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Borges et al. (2006), os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar, podendo originar prejuízos biológicos e psicológicos, sendo os principais: a Anorexia e Bulimia Nervosa.

De acordo com Appolinário & Claudino (2000), os transtornos alimentares são descritos na literatura como síndromes psicossomáticas, cuja etiologia envolve um modelo multifatorial no qual estão envolvidos fatores genéticos, socioculturais, familiares e psicológicos que explicam sua origem e manutenção.

“Os transtornos alimentares são freqüentemente considerados quadros clínicos ligados a modernidade, na medida que ao avanço da mídia nas últimas décadas tem-se dado papel de relevância quase casual”(CORDÁS & CLAUDINO 2002, p.3.).

Segundo Gorgati, Holcberg & Oliveira (2002), a etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, envolvendo componentes biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais que determinam a dimensão necessária na abordagem do tratamento desses transtornos.

Para Botelho et.al. (2007), mudanças emocionais e psicológicas são também decorrentes da transição entre a adolescência e a fase adulta. Esta transição conhecida pela assimilação do código social e valor moral, remete o jovem a uma posição antagônica quanto à identidade e as exigências de um mundo globalizado.

Este processo de mudanças no âmbito social e sexual do adolescente pode gerar crenças que funcionam como uma contenção emocional frente à ebulição de um novo mundo pragmático).

Com a chegada da adolescência há uma grande mudança na forma corporal, transformações que podem ser enfrentadas de forma negativa por muitas jovens, principalmente para meninas após a primeira menarca. Devido o aumento natural, o corpo ganha novas formas arredondadas, causando assim o surgimento de novas cobranças tanto dos pais quanto da sociedade.

Segundo Martins et al. (2009), a influência da mídia pode causar situações que levam as jovens a sofrerem *Bullyings*, gerando conflitos internos e insatisfação com o próprio corpo, a pessoa se vê de uma forma distorcida podendo influenciar o surgimento de dietas radicais e aparecimento de sintomas de transtornos como anorexia e bulimia nervosa.

A medida que a pessoa não se sente feliz com sua própria imagem, aumentam-se os índices de doenças alimentares. Meninas que ainda estão acima do peso tem maior probabilidade estarem preocupadas com sua própria imagem e grotas jovem na fase escolar podem apresentar maiores chances de predisposição a situações e fatores e levem o surgimento dos transtornos alimentares. Mas não significa que a insatisfação com o corpo pode ser o fator mais agravante para o surgimento dos distúrbios alimentares. (MARTINS et al., 2009).

Segundo Gonzaga & Weinberg (2005), a anorexia e bulimia vêm aumentando muito e a mídia pode ser um fator para que mulheres desenvolvam os transtornos, mas sem duvida o que desencadeia a doença é a busca insaciável pela perfeição atribuída ao corpo belo e magro como ideal de vida. A cultura e a sociedade podem favorecer os transtornos alimentares preocupando-se somente com a estética, deixando de lado a aparência saudável e o biótipo de cada um.

Ainda para Gonzaga & Weinberg (2005), os corpos anoréxicos estão em constante sofrimento físico e influência psicológica que não devem ser negligenciados. As mudanças físicas que ocorrem na adolescência contribuem muito para que existam tantos conflitos internos e as cobranças feitas pelos pais, em fazer tudo correto, geram nestas meninas culpa e medos por não conseguir atingir o desejo almejado pelos pais, nesse momento começam a se punir sacrificando o próprio corpo.

A ausência e falta de afetividade dos pais podem contribuir para o surgimento de transtornos alimentares, sendo caracterizados por apelos que pode levar a morte silenciosa de seus filhos.

Ainda para Dias & Frey (2011), a anorexia é vista como a doença do momento da vida atual, mas na realidade o sacrifício por jejuns prolongados já existe há muito

tempo até mesmo a religião tem sua contribuição, fazendo com que seus seguidores jejuem por tempo prolongado.

Tendo por base os poucos estudos sobre os transtornos alimentares durante a gestação, verificamos que é de suma importância o seu diagnóstico, pois estas doenças estão associadas a mudanças metabólicas endócrinas, psicológicas e nutricionais que geram efeitos negativos tanto para a mulher quanto para o feto.

O objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão bibliográfica abordando em seu decorrer o quadro clínico, complicações clínicas da anorexia e bulimia nervosa durante a gestação, diagnóstico, e tratamento, levantando uma discussão sobre o tema buscando uma reflexão sobre as consequências destes transtornos alimentares na gestação.

2. METODOLOGIA

Para revisão da literatura utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica, na qual segundo Lakatos & Marconi (1991), sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debate que tenham sido transcritas por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas. Esta abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, portanto, comportando, por conseguinte, artigos científicos, teses e dissertações, os primeiros objetos de análise desta pesquisa.

A revisão foi elaborada a partir de uma pesquisa realizada na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e na SCIELO, por meio dos seguintes descritores: Transtorno alimentar, Anorexia, Bulimia Nervosa, gestante, síndrome, abortamento. O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu concomitantemente, entre os meses de fevereiro e outubro de 2012.

Para seleção dos estudos, foram adotados como critérios de inclusão: artigos disponíveis eletronicamente que abordaram o tema: transtornos alimentares e gestação, como também capítulos de livros de enfermagem

referentes ao tema. Foram excluídos aqueles artigos que não atendessem ao objetivo do estudo, e aqueles que não estivessem disponíveis na íntegra.

3. DISCUSSÃO

3.1 Transtornos alimentares e gestação

Segundo Dunker, Alvarenga & Alves (2009), para mulheres que aprenderam que sua auto estima depende da sua forma física, o ganho de peso associado à gestação pode se tornar um problema, visto que a perspectiva de ganhar alguns quilos pode ser desconcertante, principalmente para mulheres que possuem um histórico de transtorno alimentar.

Para Dunker, Alvarenga & Alves (2009), a gravidez é um evento particular no contexto dos transtornos alimentares visto que sua prevalência durante a gestação é desconhecida, talvez por existir uma relutância da paciente em abrir detalhes de seu comportamento quando não é questionada especificamente sobre seus hábitos alimentares.

A gravidez é caracterizada por um serie de alterações físicas, psicológicas e sociais, um período de grande transição que tem impacto inevitável nas mudanças de comportamento e atitudes relativos ao peso e forma corporal da gestante.

Para Cardoso & Pires (2012), mulheres que apresentam sinais de risco para comportamentos anormais na alimentação em qualquer fase da vida, podem reapresentar os sintomas em uma gestação, principalmente quando seu estado emocional esta abalado e a gravidez não estava no plano do casal.

Muitas mulheres ao engravidar desejam ter uma alimentação saudável, no entanto com aumento de peso e mudança da forma física associados ao medo de engordar podem influenciar algumas mulheres a se engajar em hábitos alimentares inadequados como dietas restritivas e uso de laxativos, podendo assim desenvolver um transtorno alimentar no período gestacional.

Segundo Cardoso & Pires (2012), estudos relatam que o número de mulheres com anorexia e bulimia que conseguem engravidar dobrou, porém esta gestação acarreta mais riscos e complicações à saúde do feto. Entretanto, muitas gestantes com transtorno alimentar conseguem reduzir e até mesmo se verem

livres destes transtornos no período gestacional, podendo reaparecer no pós-parto.

De acordo com Werutsky et al., (2008), o estado nutricional da gestante influi diretamente na saúde, crescimento e desenvolvimento adequado do feto, seu peso ao nascer, nas chances de prematuridade, mortalidade e morbidade neonatal.

Sendo assim a avaliação nutricional e o monitoramento do ganho de peso ponderal da gestante são considerados cuidados essenciais sendo preconizado, para tanto, pelo Ministério da Saúde, o emprego da antropometria (WERUTSKY et al., 2008)

3.2 Quadro Clínico

Dunker, Alvarenga & Alves (2009), relatam que os sinais de um possível transtorno na gestação incluem ausência de ganho de peso em duas visitas consecutivas no segundo trimestre de gestação, hiperêmese³ gravídica e uma história pregressa de transtorno alimentar. A maioria das mulheres apresenta um período curto de distúrbio em seus hábitos alimentares durante a gestação, incluindo aversão a certos tipos de alimento e adoção de dietas restritivas e inadequadas durante a gestação.

Cardoso & Pires (2012) ressaltam que a gravidez pode agravar manter, reduzir, despoletear recaídas, ou mesmo evitar comportamentos de risco para mulheres com história passada ou atual de transtorno alimentar, precipitar ou manter afastadas destes comportamentos as mulheres sem sintomatologia.

A compulsão alimentar não está somente relacionada ao número de calorias ingeridas, mas também aos sentimentos, perda de controle e ingestão de determinados tipos de alimentos.

Algumas mulheres pioram ou mesmo recomeçam estes comportamentos, sendo principal impulsionador as alterações físicas e psicológicas que advêm a gravidez, nomeadamente o risco de ganhar peso. (DUNKER; ALVARENGA & ALVES, 2009)

³ Hiperêmese: abundância de vômitos em particular na mulher grávida (SILVA e VIANA 2010 p.404)

3.3 Anorexia Nervosa

“Anorexia nervosa é o estado que se caracteriza por profunda aversão aos alimentos em decorrência de transtorno histérico” (SILVA & VIANA, 2010, p. 63).

A anorexia é caracterizada pela perda de peso à custa de dieta extremamente restrita, a busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. (BORGES et al., 2006)

Segundo Rosset (2009), pode-se relacionar as causas da anorexia nervosa a uma etiologia multifatorial, onde aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos integram entre si uma forma complexa, para produzir ou até mesmo perpetuar o transtorno.

Existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo, onde as pacientes utilizam comportamentos restritivos associados a dieta; e o purgativo, onde acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de métodos compensatórios, como vômitos auto induzidos e o uso de laxantes e diuréticos.(BORGES, et al., 2006)

As principais características físicas das anoréxicas são: baixo peso corporal, falta de energia, amenorréia, fadiga, fraqueza muscular, diminuição do equilíbrio, marcha instável, baixa temperatura corporal, hipotensão, parestesia nas mãos e pés, cabelos quebradiços, dor abdominal, arritmia cardíaca, pele amarelada e seca, dentre outros. (DIAS & FREY 2011)

Geralmente pacientes com anorexia sempre estão insatisfeitas com algo na sua vida e no seu corpo. O transtorno pode aparecer na adolescência, fase em que existe grande preocupação com a estética, nas horas de refeição a mesma se isola ou sempre tem um motivo para não se alimentar na mesa. Muitas vezes quando a família percebe, a doença está bem avançada, o que dificulta o tratamento.

Gestantes com anorexia tornam-se pouco afetivas, podendo rejeitar a criança no primeiro momento, mas este quadro evolui de forma espontânea, fazendo com que a mesma tenha atitude de cuidar do bebê, porém a cultura pela magreza ainda prevalece. (NERY. et al., 2002)

Segundo Borges et al. (2006), alguns fatores são significativos para uma evolução desfavorável, como peso muito baixo no início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora para procurar ajuda médica, presença de práticas purgativas, relações familiares comprometidas e comorbidade psiquiátrica.

3.4 Bulimia Nervosa

“Bulimia é o exagero mórbido do apetite, é um distúrbio caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimento, culminando em vômito provocado pelo próprio indivíduo”. (SILVA & VIANA, 2010, p.124).

A Bulimia Nervosa caracteriza-se por episódios repetidos de grande ingestão alimentar e uma preocupação excessiva do controle de peso corporal, chegando a adotar medidas extremas a fim de evitar o ganho de peso, devido à ingestão exagerada de alimentos. (BORGES et al., 2006; LEAL et al., 2003)

A bulimia e anorexia não se isolam uma da outra, o que as diferencia é que a pessoa com bulimia se alimenta de forma exagerada podendo ingerir até 5.000 Kcal em um momento de compulsão, o que se torna algo cotidiano, um hábito no qual a paciente induz o vômito utilizando laxativos, diuréticos e atividades físicas na tentativa de manter o peso.

A bulimia é uma espécie de toxicomania, um distúrbio psiquiátrico caracterizado pelo medo, depressão, ansiedade, ocasionando, assim, oscilações no peso, causando frustração e aumentando a frequência de indução de vômito.

Pacientes com histórico de hiperemese gravídica podem evoluir para bulimia nervosa, principalmente se há preocupação com a aparência e a busca pela magreza persistir durante a gestação. (NERY et al., 2002)

Para Leal et.al. (2003), mulheres grávidas que apresentam transtorno alimentar tem maior probabilidade de perder a criança devido às complicações metabólicas e endócrinas causadas pelos distúrbios alimentares, comportamentos inadequados na alimentação podem gerar crianças com pouco desenvolvimento e com deficiências causadas pela má nutrição.

Em muitos casos a bulimia nervosa pode aumentar o número de episódios compulsivos na gestação devido a ansiedade extrema e estresse que

são maiores em pessoas com transtorno alimentar e toda esta ansiedade pode passar para o feto prejudicando a gestação. As alterações no comportamento podem levar a repercussões no feto, principalmente em pacientes sem resposta satisfatória ao tratamento.

A presença da bulimia nervosa está associada ao aumento do risco de interrupção da gravidez, pois esta associada à consequência potencialmente negativa durante a gestação.

Mulheres com transtorno alimentar correm o risco de ter problemas na hora do parto e maiores complicações no pós-parto, como depressão, insatisfação com a própria imagem, isolamento social, humor deprimido, crises nervosas e desmotivação para cuidar do bebê, aumentando assim episódios de bulimia nervosa neste período.

3.5 Riscos Associados

Os transtornos alimentares são acompanhados de diversas complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para controle de peso.

A anorexia leva a gestante a ingerir pouco ou nenhum alimento, reduzindo até mesmo a ingestão de líquido, levando a um quadro de magreza caquética, ossos expostos, desnutrição aparente e sem interesse pela vida, tornando-se pouco sociável. Pacientes com transtorno alimentar abandonam o tratamento devido à fobia de ganhar peso.

De acordo com Borges et al. (2006), as complicações clínicas relacionadas à anorexia nervosa são decorrentes da própria desnutrição. Já na bulimia nervosa as complicações clínicas são mais frequentes, relacionadas principalmente ao desequilíbrio eletrolítico⁴.

Citado por Assumpção & Cabral (2002), a mortalidade associada aos transtornos alimentares é expressiva, sendo que a anorexia nervosa apresenta a

⁴ Desequilíbrio eletrolítico: Risco de mudança nos níveis de eletrólitos séricos capazes de comprometer a saúde. (NANDA 2009 p.106)

maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano.

As complicações clínicas da anorexia e bulimia nervosa estão diretamente associadas com o grau de perda de peso corporal e o uso de métodos compensatórios utilizados pelo paciente. (ASSUMPÇÃO & CABRAL 2002)

O peso inadequado da mulher durante a gestação pode contribuir para o aparecimento de alterações metabólicas, endócrinas, alterações hematológicas (anemia e leucopenia), renais, gastrointestinais, e alterações cardiovasculares.

Citado por Cardoso & Pires (2012), Leal et al. (2003), o risco de complicações inclui retardo no crescimento intra-uterino, malformações congênitas, problemas no desenvolvimento do sistema nervoso central, aborto espontâneo, nascimento de prematuros, baixo peso à nascença, baixos valores do índice de Apgar, fissura lábio palatina e microcefalia.

Os bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer podem desenvolver problemas como hipoglicemia, hipotermia, risco aumentado para infecções, efeitos neurológicos adversos e morte.

3.6 Diagnóstico

Segundo Nanda (2010), o diagnóstico de enfermagem são julgamentos clínicos sobre a resposta do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

De acordo com Tannure & Gonçalves (2009), para realizar diagnósticos é necessário ter capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção ao interpretar dados clínicos, baseando-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quanto para os problemas potenciais (voltados para o futuro), que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais ou psicossociais, podendo influenciar no desenvolvimento da gestação.

Para Dias & Frey (2011) o transtorno é diagnosticado pela avaliação do comportamento relativo àquilo que a pessoa ingere e pela determinação do índice de massa corpórea (IMC).

Para que a anorexia nervosa e a bulimia sejam diagnosticadas já no início é necessário uma abordagem clara e direta do profissional de saúde junto à gestante, a mesma precisa se sentir segura para falar sobre o transtorno, devido à dificuldade de enfrentar sentimentos como medo, vergonha e culpa, por ser responsável pela vida do bebê a gestante precisa ser esclarecida sobre riscos e complicações que podem surgir como desnutrição e retardo no desenvolvimento da criança.

Segundo Assumpção & Cabral (2002), o exame de um paciente com transtorno alimentar baseia-se na avaliação de seu estado nutricional e das complicações decorrentes, este exame inclui uma detalhada investigação das alterações relacionadas à perda de peso, padrão alimentar atual e gravidade dos métodos de purgação.

Citado por Borges (2006), o diagnóstico da anorexia e bulimia nervosas é feito segundo os critérios estabelecidos pelo DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA, 1994), conforme referido na Tabela 1.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARAL, S. A.; SOUSA, A. F. S.; RIBEIRO, S. O. **Acidentes com material perfurocortante em profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista – BA**. Sitientibus, Feira de Santana, n.33, p.101-114, jul./dez. 2005.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, 2011. Disponível em <http://www.abnt.org.br/>. Acesso em 15 de maio de 2012.

BALSAMO, A. C.; FELLI, V. E. A. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário**. Rev Latino-am Enfermagem, 2006.

BARBOSA, M. V. J.; SOUZA, A. M. de. **Incidência de acidentes com materiais perfurocortantes e fluidos corpóreos no Hospital Universitário “Alzira Velano” Alfenas – MG**. Alfenas, 2008 Disponível em <

http://www.unifenas.br/pesquisa/download/ArtigosRev2_99/pag221-225.pdf>

Acesso em 20 setembro, 2012.

BRANDÃO, P. S. J. **Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital.** [dissertação]. Rio de

Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

BRASIL, Ministério do Trabalho NR2. **Segurança e segurança no trabalho em serviços de saúde.** Brasília: Ministério do Trabalho em Emprego, 2005.

BRASIL. Lei 8.213, de 24 de Julho de 1991. **Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Brasília: Presidencia da Republica, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm, acessado em: 19 de agosto de 2012.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. **Análise dos acidentes com agulhas em um hospital universitário: situações de ocorrência e tendências.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dez, 2002.

CANINI, S. E. M.; GIR, E.; HAYASHIDA, M.; MACHADO, A. A. **Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista.** Rev Latino-am Enfermagem, 2002.

CASTRO, M. R. de.; FARIAS, S. N. P. de. **Repercussões do acidente com perfurocortantes para a enfermagem: uma construção a partir do grupo foco.** Rev. Esc Anna Nery Enferm, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 523-529, jul./set. 2009.

CAIXETA, R. B.; BARBOSA-BRANCO, A. **Acidente de trabalho com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal.** Brasil. 2002/2003. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 737-746, 2005.

DAMASCENO, A. P.; PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; PRADO, M. A. **Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado.** Rev. bras. enfermagem. Brasília, v. 59, n.

1, fevereiro, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100014>. Acessado em: 24 de agosto de 2012.

FERREIRA, O.; MARTINEZ, E. Z.; MOTA, C. A.; SILVA, A. M. **Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem**. Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia, 2007, p. 160-167.

FLORÊNCIO, V. B.; RODRIGUES, C. A.; PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. C. S. **Adesão as precauções padrão entre os Profissionais da Equipe de Resgate Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás**. Revista Eletrônica de Enfermagem 2003; 5(1). Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/adesao.html> Acesso em 03 setembro 2012.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. **A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, July 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de setembro 2012.

MARZIALE, M. H. P. **Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem**. Rev. bras. enfermagem, Brasília, v. 56, n. 2, 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200011 Acesso em 20 outubro 2012.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. **Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.1.

MACHADO, M. R. M.; MACHADO, F. A. **Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO)**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 36, n. 124, Dec. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200011 Acesso em 24 setembro 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/ Aids. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://www.infectologia.org.br/anexos/MS%202004_Manual%20Recomend%20P%C3%B3s-Exposi%C3%A7%C3%A3o%20Ocupacional_HIV%20HBV%20HC.pdf Acessado em abril de 2012.

OLIVEIRA, A. C.; GONÇALVES, J. de A. **Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico.** (2008) Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/34.pdf> > Acesso em 21 setembro 2012.

PAIVA, M. H. R. S. **Atendimento pré-hospitalar público de Belo Horizonte: uma análise da adoção às medidas de precaução pela equipe multidisciplinar** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

PINTO, M.; ELUCIR, G.; CANINI, S. R. **Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais.** Revista Científica de Enfermagem, 2006.

ROBAZZI, M. L. C. C.; BARROS, J. O. C. J. **Proposta Brasileira de Normatização para os Trabalhadores da Saúde.** Revista Proteção edição 46, p.56-58, 2005.

SARQUIS, L. M. M. **Monitoramento de trabalhadores de saúde expostos aos fluidos biológicos** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. de S. **O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante.** Revista escola de enfermagem. USP. São Paulo, v. 42, n. 4, Dezembro, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400026&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 02 de setembro de 2012.

VIEGAS, C. **Trabalhador 24 horas**. Revista Proteção, janeiro, 2007.

Tabela 1: Critérios diagnósticos dos transtornos alimentares segundo DSM IV

| Anorexia nervosa | Bulimia nervosa |
|--|--|
| 1. Recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo adequado a idade e a altura. | 1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar que pode ser caracterizada por: a) comer, em um período de duas horas, grande quantidade de alimentos; b) sentimento de perda de controle alimentar durante o episódio |
| 2. Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do normal | 2. Comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso: vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas ou outras drogas, jejum ou exercícios |
| 3. Distúrbio da imagem corporal | 3. A compulsão alimentar e comportamentos compensatórios ocorrem duas vezes/ semana, por, pelo menos, três meses |
| 4. Amenorréia em mulheres pós menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos) | 4. Preocupação excessiva com a forma corporal e o peso |
| Subtipos: Restritivo: restrição dietética Compulsivo/ Purgativo: ingestão excessiva/vômitos, laxativos, diuréticos. | 5. O distúrbio não ocorre durante os episódios de anorexia nervosa |
| | Subtipos: Purgativo: vômitos ou abuso de laxativos, diuréticos e enemas ⁵ Não purgativo: jejum ou exercícios excessivos |

Fonte: Borges (2006)

Pacientes com anorexia nervosa podem ter comportamento bulimico purgativo ou apenas restringir a alimentação.

“Os critérios de diagnóstico da bulimia nervosa estão focados nos comportamentos de compulsão alimentar com subsequente purgação, bem como auto-avaliação indevidamente influenciada pela forma corporal e peso” (TIMERMAN, SCAGLIUSI & CORDÁS, 2010, p.113)

Antes de se confirmar o diagnóstico de transtorno é importante excluir causas orgânicas que podem simular os quadros de anorexia e bulimia nervosa como o descrito na Tabela II.

Tabela 2: Diagnóstico diferencial dos transtornos alimentares

| Anorexia nervosa | Bulimia nervosa |
|--|---|
| 1. Doenças gastrointestinais e consumptivas (aids, câncer) | 1. Anorexia nervosa do tipo compulsivo/ purgativo |

⁵ Enemas: introdução de líquido pelo ânus. (Silva e Viana 2010 p.281)

| | |
|---|---|
| 2. Síndrome da artéria mesentérica superior | 2. Depressão com características atípicas |
| 3. Depressão e esquizofrenia | 3. Distúrbios de personalidade |

Fonte: Borges (2006)

É de importância fundamental estar atento a diferenciação de quadros clínicos, pois alguns sintomas como doenças inflamatórias intestinais, diabetes mellitus, câncer e hipertiroidismo podem estar associados ao intenso emagrecimento que ocorre na anorexia nervosa.

3.7 Tratamento

O tratamento só é eficaz quando se tem a participação do paciente, que assume ter o problema e que precisa se tratar. O tratamento pode ser longo devido o medo que o paciente tem de aumentar o peso, recusando-se a manter um peso corporal adequado para sua idade.

Os transtornos alimentares podem apresentar algumas alterações durante a gravidez, diversos estudos têm demonstrado melhora importante nos episódios de compulsão, relacionado à preocupação materna com a saúde e o desenvolvimento fetal. (LEAL et al., 2003; NERY et al., 2002; CARDOSO & PIRES, 2012)

Segundo Dias & Frey (2011), Dunker et al. (2009), o tratamento é multiprofissional, geralmente conduzido pelo médico psiquiatra, psicólogos e nutricionistas, porém a participação e envolvimento da pessoa e da família são fundamentais. Casos mais graves são tratados em hospitais sendo comuns as recidivas.

Segundo Espíndola & Blay (2009), o não-reconhecimento da doença pode retardar o início do tratamento, contribuindo para o agravamento do quadro, por possibilitar maior cronicidade ou por aumentar o risco de morte em casos graves.

A família constitui importante componente no tratamento. A dinâmica familiar pode causar a manifestação dos transtornos ou somente interferir para manutenção do quadro. As relações familiares problemáticas, pautadas principalmente na falta de limites, desencadeiam sofrimento intenso. (ESPÍNDOLA & BLAY 2009)

Para Rosset (2008), os aspectos familiares encontrados nos transtornos alimentares vêm sendo alvo de interesse e preocupação dos profissionais envolvidos nos tratamentos destes quadros.

De acordo com Alvarenga & Larino (2002), uma das principais fases do tratamento dos transtornos alimentares, é a reabilitação nutricional, cujo principal meta é ajudar o paciente a normalizar seu padrão alimentar e aprender que a mudança de comportamento deve envolver pratica com o alimento real. Propondo assim uma dieta balanceada para atender as necessidades do paciente e recuperar o estado nutricional debilitada pela doença.

A psicoterapia psicodinâmica tem como objetivo recuperar e fortalecer a auto-estima e auxiliar na tradução de sensações e afetos que permanecem distantes da consciência. (GORGATI; HOLCBERG & OLIVEIRA 2002)

4 CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre transtornos alimentares na gestação. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS, BDEF e SCIELO. Dessa forma foram coletados e analisados 24 artigos relacionados aos temas de: transtorno alimentar, anorexia, bulimia nervosa, gestante, síndrome e abortamento.

Verificou-se nos artigos analisados que estes são realizados de formas pontuais, ou seja, que não analisam o problema do transtorno alimentar desde sua detecção ao tratamento final de pacientes gestantes.

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que precisam ser conhecidas e diagnosticadas pelo profissional de saúde logo no início do quadro, para que a intervenção e tratamento derivem em resultados positivos para a paciente. (DUNKER et al., 2009; PIZON & NOGUEIRA, 2004)

Dessa forma, é de suma importância que o profissional de saúde seja apto para investigar a paciente gestante, na tentativa de averiguar todas as hipóteses da doença no momento da anamnese.

Segundo Pizon & Nogueira (2004), conhecer os indicadores de bom e mal prognóstico dos transtornos alimentares possibilita determinar com maior precisão, tempo, intensidade e tipo de tratamento a ser utilizado em cada quadro.

Esta revisão bibliográfica ilustra a necessidade de acompanhamento periódico multidisciplinar em gestantes com transtorno alimentar, pois estas necessitam de cuidado intensivo, além da intervenção precoce para evitar complicações inerentes aos transtornos alimentares.

Consideramos que existe uma grande necessidade de se determinar a prevalência dos transtornos alimentares na gestação de modo que os profissionais de saúde possam acompanhar os riscos clínicos e estar alertas aos possíveis benefícios de uma intervenção no pré-natal.

Pesquisas futuras devem enfatizar o tema em sua totalidade, deste anamnese ao final do tratamento. A investigação adequada do peso e comportamento alimentar da gestante são necessárias a fim de se diagnosticar um possível transtorno alimentar e se propor uma intervenção especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M.; LARINO, M.A., **Terapia Nutricional na anorexia e bulimia nervosa**, Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.24 suppl.3 São Paulo dec.2002, Disponível em: <http://dx.doi/10.15920/S1516-44462002000700009> . Acesso em: 28 ago.2012

APPOLINARIO J.C.;CLAUDINO, A.M. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (supl.2), 28-31.2000 Disponível em : <<http://www.scielo.br.php?script+arttext&pid+51516-44462000000600008>>. Acesso em 28 ago. 2012

ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D., **Complicações clínicas da anorexia e bulimia nervosa**, revista brasileira de psiquiatria vol.24 suppl.3 São Paulo Dec.2002, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700007>>. Acesso em: 28 set. 2012

- BORGES, et al. **Transtornos alimentares**: quadro clínico, medicina de Ribeirão preto 2006. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol36n3/4-transtornos-alimentares-quadro-clinico.pdf>>. Acesso em: 06 fev.2012
- BOTELHO, F.S. et.al. **Um estudo sobre auto-imagem e crenças alimentares em adolescentes** Psicol. hosp. (São Paulo) v.5 n.2 São Paulo 2007. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script> >. Acesso em: 02 set.2012
- CARDOSO, J. P. & PIRES, A. P. **Perturbações do comportamento alimentar na gravidez**: Uma Revisão, Psicologia: Reflexão e Crítica, 25 (1), 139-146. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.com.br/prc>>. Acesso em: 21 set. 2012.
- CORDÁS, T.A. e CLAUDINO, A.M. **Transtornos Alimentares**: fundamentos históricos, Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24 (Supl III):3-6 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>>. Acesso em: 06 de jul.2012
- CORDÁS, T.A. Transtornos Alimentares: Classificação e Diagnostico. Revis. Psiquiatria clinica. São Paulo, v.31, n.4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>>. Acesso em: 12 de jul.2012
- DIAS, S.C.F.; FREY, T. **Trinta e dois quilos, de Ivonne Thein**- um olhar critico para anorexia nervosa, Cuidarte enfermagem 2011 julho-dezembro: 5(21);114-121 Disponível em: <<http://fundaçãopadrealbino.org/br>>. Acesso em: 02 set.2012
- DUNKER, K.L.L.; ALVARENGA. M.S.; ALVES, V.P.O., **Transtornos alimentares e gestação** – uma revisão, Jornal brasileiro de psiquiatria.2009;58(1):60.8, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58.n1/a10v58n1.pdf> >. Acesso em: 05 fev. 2012
- ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. **Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia nervosa**: revisão sistemática. Rev. Saúde Publica. 2009; 43(4): 707-16, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid+50034-89102009333400018&script+sci.arttext>>. Acesso em: 05 de set. 2012
- GONZAGA, A.P.; WEINBERG, C., **Transtornos alimentares**: uma questão cultural? Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental/ em Livia/ 2005, vol.VIII {citado 2012-09-10} Disponível em:<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/art.pdf> Red.Jps?cve=233017514004.issn14154714>. Acesso em: 28 ago.2012
- GORGATI, S.B.; HOLCBERG, A.S. e OLIVEIRA, M. D., **Abordagem Psicodinamica no tratamento dos transtornos alimentares**. Revista Brasileira

de Psiquiatria vol.24, suppl.3.São Paulo Dec. 2002,. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700010>> . Acesso em: 24 ago.2012

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEAL, C.T.S. et al. **Complicações da bulimia nervosa durante a gestação**: relato de caso, jornal brasileiro de psiquiatria. Vol.52(6): 427-431 2003. Disponível em:< <http://www.metodogerar.com.br/wp-content/uploads/2009/09/bulimia-na-gestacao.pdf#page27> >. Acesso em: 28 ago. 2012

MARTINS,C.R. et.al.2009 **Insatisfação com a imagem corporal em relação com o estado nutricional**: adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/pdf/rprs/v32n1/v32n1a04pdf>>. Acesso em:19 set. 2012.

NANDA, **Diagnóstico de enfermagem**: definições e classificações 2009-2011/ NANDA international; tradução Regina Machado Garcez –Porto Alegre: ARmed, 2010.

NERY, F.G. et al., **Anorexia nervosa e gravidez**: relato de caso, Revista Brasileira de Psiquiatria 2002;24(4):186-8. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12727.pdf>>. Acesso em: 06 fev.2012

PIZON, V.; NOGUEIRA, F.C. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. Revista de Psiq.Clinica 31(4); 158-160,2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22399.pdf>> Acesso em 06 fev.2012

ROSSET, Janine. **A interação familiar e o desenvolvimento emocional na anorexia**. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XIV, IX, 2009. Anais. Curitiba. Centro Reichiano, 2009. Disponível em: <<http://www.centroreichiniano.com.br/artigos>>. Acesso em: 02 set.2012

SILVA, C.R.L. et al.,**Compacto dicionário ilustrado de saúde**, 5ª. Ed.rev. e atual. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010.

TANNURE; GONÇALVES, **SAE-Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TIMERMAM, F.; SCAGLIUSI, F.B.; CORDÁS, T.A., **Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia**

nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. Revista Psiq. Clin. 2010;37(3):113-117. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50101-60832010000300004> . Acesso em: 25 de out. 2012

WERUTSKY, N.M.A.; et. al. **Avaliação e recomendações nutricionais específicas para a gestante e puérpera gemelar.** *Einstein*; 6(2): 212- 20, 2008. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso