

Principais complicações maternas e neonatais de gestantes com anorexia nervosa ativa: uma revisão sistemática

Main maternal and neonatal complications of pregnant women with active anorexia nervosa: a systematic review

Principales complicaciones maternas y neonatales de gestantes con anorexia nerviosa activa: una revisión sistemática

Recebido: 13/05/2022 | Revisado: 25/05/2022 | Aceito: 26/05/2022 | Publicado: 31/05/2022

José William Araújo do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1844-1117>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: jwan@cin.ufpe.br

Geicianfran da Silva Lima Roque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3799-788X>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: gslr@cin.ufpe.br

Vitória Campos dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1271-9253>

Universidade Salvador, Brasil

E-mail: enfvtoriacampos@gmail.com

Jaine Arruda Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8626-3375>

Centro Universitário Tabosa de Almeida, Brasil

E-mail: jainemelo.a@gmail.com

Caroline Maria Santos de Assis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6171-6975>

Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

E-mail: cs7095048@gmail.com

Carolinne Santana de Moraes Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6373-6080>

Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

E-mail: carolinne.enfmorais@gmail.com

Wállyssa Cheiza Fernandes Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3647-1600>

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: walyssacfs@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar as principais complicações maternas e neonatais de gestantes com anorexia nervosa ativa. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada por meio do método PRISMA, nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scopus e Web of Science, por meio dos seguintes descritores: “anorexia nervosa”, “pregnancy”, “antenatal” e “perinatal”. Foram incluídos artigos completos, disponíveis em português, inglês ou espanhol; publicados entre janeiro de 2011 a dezembro de 2021. **Resultados:** Quatro artigos compuseram a amostra final desse estudo, com maior frequência de publicação em 2020 (n: 02). Todas as pesquisas utilizaram o estudo de coorte retrospectivo, apresentando nível de evidência moderado (III). Constatou-se que as principais complicações maternas entre as gestantes com anorexia nervosa ativa envolvem o trabalho de parto prematuro, contrações prematuras, diabetes mellitus e hipertensão gestacional, anemia, insuficiência hepática, hiperêmese gravídica e maior chance de internação em unidade de terapia intensiva. As principais complicações neonatais relatadas nos estudos são: morte perinatal, pequeno para idade gestacional, nascimento prematuro e muito prematuro, baixo peso ao nascimento, distúrbios cardiovasculares e respiratórios e baixa pontuação de Apgar em 1 min (<7). **Conclusão:** Os achados dessa pesquisa sugerem que, embora com base em um pequeno número de estudos, apesar das mulheres com AN ativa poderem conceber, existem riscos potenciais para mãe e o feto, especialmente o trabalho de parto prematuro, morte perinatal, pequeno para idade gestacional e maior risco de internação em unidade de terapia intensiva.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Enfermagem obstétrica; Revisão.

Abstract

Objective: To analyze the main maternal and neonatal complications of pregnant women with active anorexia nervosa. **Methodology:** This is a systematic review carried out using the PRISMA method, in the electronic databases PubMed, Scopus and Web of Science, using the following descriptors: “anorexia nervosa”, “pregnancy”, “antenatal” and “perinatal”. Full articles, available in Portuguese, English or Spanish, were included; published between January 2011 and December 2021. **Results:** Four articles made up the final sample of this study, with a higher frequency of publication in 2020 (n: 02). All studies used the retrospective cohort study, with a moderate level of evidence (III). It was found that the main maternal complications among pregnant women with active anorexia nervosa involve premature labor, premature contractions, diabetes mellitus and gestational hypertension, anemia, liver failure, hyperemesis gravidarum and a greater chance of hospitalization in an intensive care unit. The main neonatal complications reported in the studies are: perinatal death, small for gestational age, preterm and very preterm birth, low birth weight, cardiovascular and respiratory disorders, and low Apgar score at 1 min (<7). **Conclusion:** The findings of this research suggest that, although based on a small number of studies, although women with active AN can conceive, there are potential risks to mother and fetus, especially preterm labor, perinatal death, small for age, gestational age and increased risk of admission to an intensive care unit.

Keywords: Anorexia nervosa; Obstetric nursing; Review.

Resumen

Objetivo: Analizar las principales complicaciones maternas y neonatales de gestantes con anorexia nerviosa activa. **Metodología:** Se trata de una revisión sistemática realizada mediante el método PRISMA, en las bases de datos electrónicas PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando los siguientes descriptores: “anorexia nervosa”, “pregnancy”, “antenatal” y “perinatal”. Se incluyeron artículos completos, disponibles en portugués, inglés o español; publicados entre enero de 2011 y diciembre de 2021. **Resultados:** Cuatro artículos conformaron la muestra final de este estudio, con mayor frecuencia de publicación en 2020 (n: 02). Todos los estudios utilizaron el estudio de cohortes retrospectivo, con un nivel de evidencia moderado (III). Se encontró que las principales complicaciones maternas entre las gestantes con anorexia nerviosa activa involucran parto prematuro, contracciones prematuras, diabetes mellitus e hipertensión gestacional, anemia, insuficiencia hepática, hiperémesis gravídica y mayor probabilidad de hospitalización en unidad de cuidados intensivos. Las principales complicaciones neonatales reportadas en los estudios son: muerte perinatal, pequeño para la edad gestacional, parto pretérmino y muy pretérmino, bajo peso al nacer, trastornos cardiovasculares y respiratorios, y puntaje de Apgar bajo al minuto (<7). **Conclusión:** Los hallazgos de esta investigación sugieren que, aunque se basan en una pequeña cantidad de estudios, aunque las mujeres con AN activa pueden concebir, existen riesgos potenciales para la madre y el feto, especialmente parto prematuro, muerte perinatal, pequeño para la edad gestacional y mayor riesgo de ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave: Anorexia nerviosa; Enfermería obstétrica; Revisión.

1. Introdução

A anorexia nervosa (AN) é definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como uma restrição de energia em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, um medo intenso de ganhar peso ou engordar, bem como distúrbios na maneira de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual (APA, 2013). A AN se refere a um transtorno psiquiátrico que está incluído entre os transtornos alimentares, apresentando uma prevalência que varia entre 0,5 a 2,2%, afetando aproximadamente 1 em cada 100 mulheres em idade reprodutiva (Smink et al., 2012; Roux et al., 2013).

Pesquisas apontam que a idade de início da AN é principalmente entre 14 e 24 anos, onde metade dos casos ocorre antes dos 18 anos. No entanto, embora esse transtorno geralmente tenha seu início no período da adolescência, a cronicidade dessa condição psiquiátrica, a negação do transtorno e, por vezes, a dificuldade de acesso a cuidados especializados, explicam porque muitas mulheres ainda sofrem de AN quando adultas (Nagl et al., 2016; Pham-Scottet, 2017). Associado às complicações psiquiátricas, a AN precede diversas consequências físicas, incluindo desequilíbrio eletrolítico, amenorreia secundária a distúrbios hormonais, hematopoiese prejudicada e diminuição da massa cinzenta encefálica (Misra & Klibanski, 2014).

Ao invés da amenorreia, algumas mulheres com AN apresentam períodos irregulares menstruais, de tal forma que durante a fase de recuperação parcial, um breve aumento da ingestão de energia reverte a alteração produzida pela baixa ingestão a nível do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, causando dessa forma, ovulações ocasionais que consequentemente

levam à gestação. Nesse sentido, apesar de incomum, mulheres com AN podem engravidar, sendo nesse caso, uma gestação de alto risco (Misra & Klibanski, 2014). As mulheres com períodos irregulares ou ausentes muitas vezes assumem que não podem conceber, de modo que isso possa levar ao uso inadequado de contracepção e ao risco de gravidez não planejada (Galbally et al., 2022).

O curso da gestação entre mulheres com AN deve ser monitorado constantemente por profissionais capacitados, uma vez que a desnutrição materna pode provocar a ausência de nutrientes essenciais para esse período, como proteínas completas, lisina, ácidos graxos ômega-3, ferro e folato. Dessa forma, gestantes com AN ativa podem ter um risco elevado de apresentarem complicações maternas e desfechos adversos ao nascimento, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, anemia materna e mortalidade (Cates et al., 2017; Galbally et al., 2022).

Além dos fatores nutricionais, questões psicológicas também podem afetar a gestação entre mulheres com AN ativa, como perfeccionismo, baixa autoestima, alto nível de dependência e ambiente familiar crítico, ocasionando sofrimento materno. Nesta perspectiva, o estresse psicológico materno tem sido associado a parto prematuro e complicações pré-parto, como pré-eclâmpsia, ameaça de aborto, hiperêmese gravídica e ruptura prematura de membranas (RUPREMA), além de outros transtornos psiquiátricos como a depressão pós-parto (Kimmel et al., 2016; Arnold et al., 2019).

Uma vez que a compreensão das possíveis complicações da gravidez em mulheres com AN ativa permita aos profissionais de saúde tomar melhores decisões para evitar resultados desfavoráveis na gestação e trabalho de parto, este estudo objetivou analisar as principais complicações maternas e neonatais de gestantes com anorexia nervosa ativa.

2. Metodologia

O estudo desenvolveu-se por meio de uma revisão sistemática da literatura, sendo conduzido pela seguinte pergunta norteadora: “Quais as principais complicações maternas e neonatais de gestantes com anorexia nervosa ativa?” A condução do design do estudo ocorreu por meio do método Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis (PRISMA) (Moher et al., 2015). As seguintes etapas da pesquisa foram realizadas: 1) Definição da questão norteadora e objetivos da pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão/ amostragem dos estudos; 3) Busca na literatura; 4) Categorização e análise dos estudos; 5) Apresentação e discussão dos resultados da amostra e; 6) Apresentação e síntese do conhecimento (Pati & Lorusso, 2018).

A investigação das publicações ocorreu nas bases de dados eletrônicas - Nacional Institute of Medicine (NIH-PubMed), Scopus e Web of Science, no período de março a abril de 2022. As bases de dados foram selecionadas pela sua grande abrangência de estudos. Para as buscas nestas bases, foram utilizados descritores extraídos do Medical Subject Headings (MeSH), a saber: “anorexia nervosa”, “pregnancy”, “antenatal” e “perinatal”. Foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” para o cruzamento dos descritores, com aplicações específicas para cada base de dados, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Estratégias de busca nas bases de dados, Recife (PE), Brasil, 2022.

Base de dados (artigos recuperados)	Estratégia de busca
PubMed (879)	(((anorexia nervosa) AND (pregnancy) OR (perinatal)))
Scopus (214)	(((anorexia nervosa) AND (pregnancy) OR (antenatal)))
Web of Science (126)	((((anorexia nervosa) AND (perinatal) OR (antenatal)) OR (pregnancy)))

Fonte: Dados obtidos no estudo.

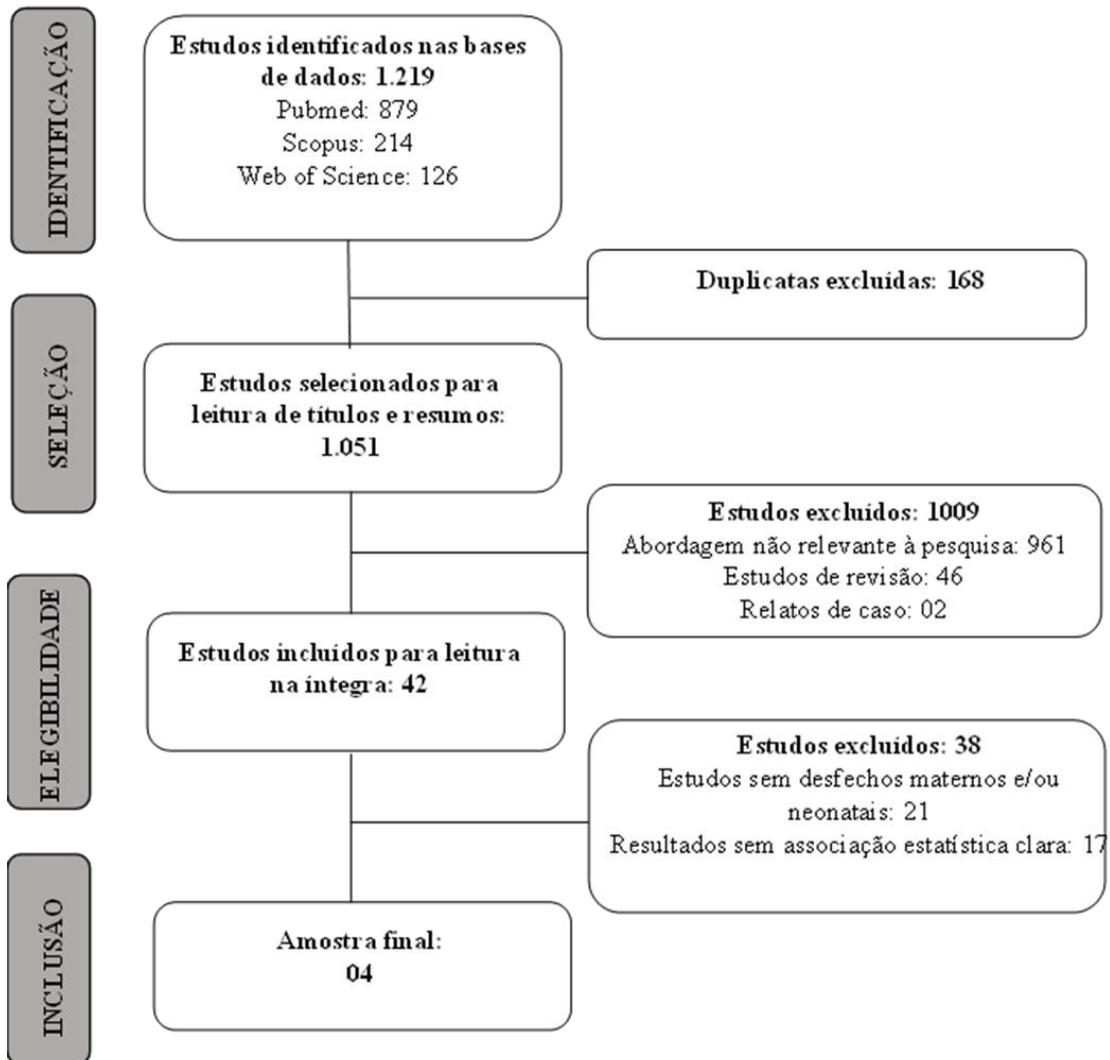
Os artigos selecionados atenderam aos seguintes critérios de inclusão: textos completos, disponíveis em português, inglês ou espanhol, publicados entre janeiro de 2011 a dezembro de 2021; estudos com pacientes gestantes com diagnóstico

ativo de AN; pesquisas com desfechos maternos ou neonatais com apresentações estatísticas. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados (duplicatas), relatos de casos, estudos de revisão, editoriais, artigos de opinião, dissertações e teses e pesquisas com temática não relevante a questão norteadora da pesquisa.

Para garantir o registro conjunto de informações relevantes ao tema, foi utilizado o instrumento proposto por Nascimento et al. (2021), adaptado para este estudo com as seguintes variáveis: dados de identificação (título, autores, periódico, ano de publicação, país de origem do estudo, fator de impacto segundo o Journal Citation Reports – JCR, qualis e base de dados), delineamento metodológico (tipo/abordagem do estudo e nível de evidência) e principais resultados (número de participante dos estudos, idade média e desfechos maternos e neonatais).

Após a aplicação dos filtros de pesquisa nas bases de dados, inicialmente foram encontrados 1.219 artigos. Os estudos duplicados (168) foram registrados apenas uma vez, totalizando em 1.051 para leitura dos títulos e resumos. Nesta etapa foram excluídas 961 publicações que não tinham abordagem relevante a temática deste estudo, 46 estudos de revisão e dois relatos de caso. Sendo assim, 42 publicações foram selecionadas para leitura na íntegra, porém 21 foram excluídas por não apresentarem em seus resultados os desfechos maternos e/ou neonatais oriundos da AN e 17 foram excluídas por não trazerem associações estatísticas bem definidas nos resultados. Dessa forma, quatro artigos constituíram a amostra final desta revisão, conforme explicitado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção do estudo, Recife (PE), Brasil, 2022.



Fonte: Dados obtidos no estudo.

Os artigos selecionados foram submetidos à classificação do nível de evidência, a partir do instrumento de Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos (Stillwell et al., 2010). Segundo esta classificação, os níveis I e II são considerados evidências fortes, III e IV moderadas e V a VII fracas. Salienta-se que este estudo preservou os aspectos éticos de tal forma que todos os autores das publicações analisadas foram referenciados apropriadamente, mediante a Lei de Direitos Autorais nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 (Brasil, 1998).

3. Resultados

Do total de quatro artigos analisados, observa-se, no Quadro 2, maior frequência de publicação em 2020 (n: 02) e todas as produções realizadas na Europa. Em relação aos Qualis dos periódicos da amostra, todos os estudos são classificados como A1 pela CAPES. Quanto ao fator de impacto destes periódicos, a JAMA Psychiatry apresentou o JCR mais elevado (21.596). Referente à abordagem dos artigos encontrados, verifica-se que todos utilizaram o modelo de coorte retrospectivo, caracterizando as pesquisas como apresentando nível de evidência moderado (III), mediante a classificação utilizada para análise.

Quadro 2: Caracterização dos artigos da amostra final, Recife (PE), Brasil, 2022.

ID	Autoria/ ano	País	Periódico (Qualis – JCR)	Design do estudo (NE*)	Objetivos
01	Lina et al. 2014	Finlândia	American Journal of Obstetrics and Gynecology (A1 – 3,268)	Coorte retrospectivo (III)	Avaliar a gravidez, os resultados de saúde obstétrica e perinatal e complicações em mulheres com transtornos alimentares ao longo da vida.
02	Micali et al. 2016	Dinamarca	BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology (A1 – 6.531)	Coorte retrospectivo (III)	Investigar se os transtornos alimentares estão associados ao menor tamanho ao nascer, restrição de crescimento simétrico e parto prematuro; e se o tabagismo na gravidez explica a associação entre anorexia nervosa e crescimento fetal.
03	Ante et al. 2020	Canadá	International Journal of Eating Disorders (A1 – 4.861)	Coorte retrospectivo (III)	Identificar desfechos maternos e infantis associados a anorexia nervosa entre gestantes.
04	Mantel et al. 2020	Suécia	JAMA Psychiatry (A1 – 21.596)	Coorte retrospectivo (III)	Investigar o risco relativo de gravidez adversa e desfechos neonatais para mulheres com transtornos alimentares.

*NE - Nível de evidência. Fonte: Dados obtidos no estudo.

Por meio do Quadro 3 é possível analisar algumas informações importantes acerca dos estudos realizados. No total, 6.470 gestantes com AN ativa foram investigadas, cuja comparações foram realizadas com 3.452.088 controles saudáveis. Referente à idade média das participantes dos estudos, verificou-se que as gestantes com AN ativa tiveram uma idade média de 29,4 anos, ao passo que as gestantes dos grupos controles apresentaram uma idade média mínima de 30,3 e máxima de 30,4 anos.

Constatou-se que as principais complicações maternas entre as gestantes com AN ativa envolvem o trabalho de parto prematuro, contrações prematuras, diabetes mellitus e hipertensão gestacional, anemia, insuficiência hepática, hiperêmese gravídica e maior chance de internação em unidade de terapia intensiva, com Odds Ratio (Razão de probabilidade) variando entre 0,38 (diabetes mellitus) a 2,31 (contrações prematuras). As principais complicações neonatais relatadas nos estudos são: morte perinatal, pequeno para idade gestacional, nascimento prematuro e muito prematuro, baixo peso ao nascimento, distúrbios cardiovasculares e respiratórios e baixa pontuação de Apgar em 1 min (<7), com Odds Ratio variando entre 0,68 a 4,06 (morte perinatal).

Quadro 3: Análise da associação entre endometriose e placenta prévia, Recife (PE), Brasil, 2022.

ID	Número de participantes	Idade média	Principais resultados
01	AN ativa: 182; Controle: 3.642	AN ativa: 29,4; Controle: 30,4	<ul style="list-style-type: none"> Complicações maternas: diabetes mellitus gestacional (OR^e = 0,38; IC95%* = 0,13-1,10); anemia (OR^e = 2,31; IC95%* = 1,05-5,11); hipertensão gestacional (OR^e = 0,63; IC95%* = 0,20-2,00); contrações prematuras (OR^e = 2,31; IC95%* = 1,05-5,11). Complicações neonatais: morte perinatal (OR^e = 4,06; IC95%* = 1,15-14,35); pequeno para idade gestacional (OR^e = 2,20; IC95%* = 1,23-3,93); nascimento prematuro (OR^e = 1,28; IC95%* = 0,71-2,33); muito baixo peso ao nascer (OR^e = 2,14; IC95%* = 0,64-7,20); baixa pontuação de Apgar em 1 min (<7) (OR^e = 1,17; IC95%* = 0,68-2,01).
02	AN ativa: 1.609; Controle: 76.724	–	<ul style="list-style-type: none"> Complicações neonatais: pequeno para idade gestacional (OR^e = 1,5; IC95%* = 1,2-1,9); menor peso ao nascer, menor perímetro cefálico e abdominal e menor índice ponderal (OR^e = 2,90; IC95%* = 1,98-4,26); nascimento prematuro (OR^e = 1,77; IC95%* = 1,00-3,12).
03	AN ativa: 1.910; Controle: 2.134.945	–	<ul style="list-style-type: none"> Complicações maternas: trabalho de parto prematuro (OR^e = 1,43; IC95%* = 1,12-1,82); insuficiência hepática aguda (OR^e = 1,90; IC95%* = 1,12-3,21); internação em unidade de terapia intensiva (OR^e = 1,86; IC95%* = 1,06-3,28). Complicações neonatais: pequeno para idade gestacional (OR^e = 1,52; IC95%* = 1,35-1,72); nascimento prematuro < 37 semanas (OR^e = 1,32; IC95%* = 1,13-1,55); baixo peso ao nascer (OR^e = 1,69; IC95%* = 1,44-1,99); morte perinatal (natimorto ou morte durante o período neonatal) (OR^e = 1,99; IC95%* = 1,20-3,30); internação em terapia intensiva neonatal (OR^e = 1,33; IC95%* = 1,09-1,62); distúrbios cardiovasculares (OR^e = 1,27; IC95%* = 1,03-1,56); distúrbios respiratórios (OR^e = 1,16; IC95%* = 1,02-1,31).
04	AN ativa: 2.769; Controle: 1.236.777	AN ativa: 29,4; Controle: 30,3	<ul style="list-style-type: none"> Complicações maternas: anemia (OR^e = 2,1; IC95%* = 1,3-3,2); hiperêmese gravídica (OR^e = 4,9; IC95%* = 3,5-6,9). Complicações neonatais: pequeno para idade gestacional (OR^e = 2,1; IC95%* = 1,3-3,6); nascimento prematuro < 37 semanas (OR^e = 2,0; IC95%* = 1,4-2,9); nascimento muito prematuro < 28 semanas (OR^e = 2,0; IC95%* = 1,4-3,0).

*IC95% - Intervalo de confiança de 95%; €OR - Odds Ratio (Razão de probabilidade). Fonte: Dados obtidos no estudo.

4. Discussão

Este estudo analisou a produção científica a respeito das principais complicações maternas e neonatais entre gestantes com AN ativa, a fim de fomentar uma discussão científica mais abrangente acerca dessa problemática. Embora poucos estudos tenham participado dessa revisão, verificou-se uma elevada quantidade de complicações maternas importantes na população em análise. Três pesquisas (Lina et al. 2014; Micali et al. 2016; Mantel et al. 2020) analisaram exclusivamente essas complicações, a saber: trabalho de parto prematuro, contrações prematuras, diabetes mellitus e hipertensão gestacional, anemia, insuficiência hepática, hiperêmese gravídica e maior chance de internação em unidade de terapia intensiva.

Essas complicações podem ocorrer devido a múltiplas variáveis, como estresse, desequilíbrio hormonal, baixos níveis de leptina e condições como síndrome dos ovários policísticos. Por exemplo, baixos níveis de leptina têm sido associados ao risco de aborto espontâneo, parto prematuro e baixo crescimento fetal (Mantel et al., 2020).

A anemia materna está associada à deficiência de ferro, ao passo que os distúrbios hipertensivos estão associados à ingestão inadequada de cálcio. Ambas as deficiências nutricionais provavelmente são comuns entre mulheres com AN ativa. Embora a anemia esteja entre as complicações maternas mais relatadas em mulheres grávidas com AN ativa, elas são menos propensas a ter hemorragia pós-parto. Não há diferença significativa nas taxas de distúrbios hipertensivos entre mulheres com AN ativa e sem. A razão para as discrepâncias não é clara, de tal modo que uma possível explicação é que a hemorragia pós-parto e os distúrbios hipertensivos são comumente associados à obesidade materna. Mulheres com AN ativa estão abaixo do peso por definição, enquanto alguém desnutrido ainda pode ser obeso ou ter peso normal (Buppasiri et al., 2015; Ante et al., 2020).

A respeito das complicações neonatais, os estudos analisados nessa revisão relataram maiores riscos de morte

perinatal, pequeno para idade gestacional, nascimento prematuro e muito prematuro, baixo peso ao nascimento, distúrbios cardiovasculares e respiratórios e baixa pontuação de Apgar em 1 min (<7) (Lina et al. 2014; Micali et al. 2016; Ante et al., 2020; Mantel et al. 2020). O achado de menor peso ao nascer de bebês em mães com AN ativa é paralelo aos achados de uma metanálise recente (Solmi et al., 2014). Um padrão semelhante foi encontrado para pequeno para idade gestacional (PIG). Nosso estudo também fornece evidências de maior risco de parto muito prematuro em mães com AN ativa. A literatura anterior sobre prematuridade é conflitante, mas a maior parte da literatura sugere um risco elevado de parto prematuro em mulheres com essa condição clínica (Lina et al., 2014).

O baixo índice de massa corporal pré-gestacional, o pequeno ganho de peso durante a gravidez e a exposição fetal a altos níveis de cortisol têm sido amplamente associados ao baixo peso do recém-nascido, restrição do crescimento fetal e parto prematuro. Além disso, foi demonstrado que a baixa ingestão de folato e ferro aumenta o risco de PIG. Em mulheres com AN, esses fatores podem mediar o efeito no crescimento fetal e na duração da gestação, pois a AN está associada à alimentação restritiva, níveis elevados de estresse e baixo peso corporal (Lina et al., 2014).

Ressalta-se que há carência de pesquisas na área de manejo da gravidez em mulheres com AN ativa. Existem algumas diretrizes para gerenciar as complicações mais comuns mencionadas em nossa revisão, porém é importante notar que as diretrizes não são específicas para mulheres com AN ativa. Para gestantes com essa condição clínica, o risco de complicações pode ser estimado usando o tempo desde a última internação hospitalar por AN com um período mais curto e com maior risco, bem como índice de massa corporal e gravidade dos sintomas comportamentais da AN durante a gravidez (Martínez-Olcina et al., 2020).

A maioria das complicações maternas e fetais relatadas, como anemia podem ser monitoradas por meio de exames regulares de crescimento pré-natal e medidas de peso materno, investigações laboratoriais, triagem de substâncias recreativas e avaliação psiquiátrica do estado mental durante a gravidez, além de cuidados obstétricos padrão. Anormalidades no monitoramento devem ser intervencionadas sempre que possível. Se a hiperêmese gravídica estiver presente, é importante diferenciá-la com um sintoma purgativo de AN, pois o manejo seria diferente. A reabilitação nutricional ativa deve ser utilizada para garantir o ganho de peso materno adequado durante a gravidez, bem como a otimização de qualquer deficiência de micronutrientes, como ferro e cálcio. O manejo hospitalar só deve ser considerado após fornecer suporte adequado e reabilitação nutricional ativa em um ambiente ambulatorial que não conseguiu manter um peso saudável durante a gravidez ou anormalidade grave encontrada em investigações (Ante et al., 2020).

Durante o período pós-parto, uma abordagem multidisciplinar com um único ponto de contato e coordenação deve continuar. O acompanhamento mais frequente da obstetrícia pode ser benéfico no reconhecimento precoce de quaisquer complicações maternas, bem-estar geral da mãe e dos bebês e garantia de sua alimentação adequada. O acompanhamento pediátrico regular deve ser providenciado para garantir o crescimento adequado dos bebês, bem como sua saúde geral. O acompanhamento psiquiátrico regular para as mães após o parto é crucial, pois os sintomas da AN podem piorar durante o período perinatal (Bye et al., 2018).

5. Conclusão

Os achados dessa pesquisa sugerem que, embora com base em um pequeno número de estudos, apesar das mulheres com AN ativa poderem conceber, existem riscos potenciais para mãe e o feto, especialmente o trabalho de parto prematuro, morte perinatal, pequeno para idade gestacional e maior risco de internação em unidade de terapia intensiva.

Como futuras linhas de pesquisa, estudos empíricos devem ser realizados para identificar fatores de risco e de proteção (familiares, psicossociais, culturais, hábitos alimentares) associados ao desenvolvimento e manutenção da AN ativa. Além disso, devem ser feitas em populações diferentes, pois não é possível extrapolar os dados porque as características

maternas não são as mesmas de acordo com as diferentes áreas geográficas. Além disso, também é necessário que tanto os critérios diagnósticos quanto os questionários utilizados sejam os mesmos.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.), American Psychiatric Association, Arlington.
- Ante, Z., Luu, T.M., Healy-Profittós, J., He, S., Taddeo, D., Lo, E., et al. (2020). Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 53(5), 403–412.
- Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C. & Agius M. (2019). The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 31(3), 615–618.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (1998). *Lei no 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm
- Buppasiri, P., Lumbiganon, P., Thinkhamrop, J., Ngamjarus, C., Laopaiboon, M. & Medley, N. (2015). Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2, 66.
- Bye, A., Mackintosh, N., Sandall, J., Easter, A. & Walker, M. (2018). Supporting women with eating disorders during pregnancy and the postnatal period. *J Health Vis*. 2018;6(5):224–8.
- Cates, J.E., Unger, H.W., Briand, V., Fievet, N., Valea, I., Tinto, H, et al. (2017). Malaria, malnutrition, and birthweight: a meta-analysis using individual participant data. *PLoS Med*. 14(8), e1002373.
- Kimmel, M.C., Ferguson, E.H., Zerwas, S., Bulik, C.M. & Meltzer-Brody S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 49(3), 260–275.
- Linna, M.S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J.M., Suokas, J.T. & Gissler, M. (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 211(4), 392.e1-8.
- Mantel, Ä., Hirschberg, A.L. & Stephansson, O. (2020). Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry*. 77(3), 285–293.
- Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J.A., Garcia, C.R., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J., et al. (2020). Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicine*. 56(7), 352.
- Micali, N., Stemann Larsen, P., Strandberg-Larsen, K. & Nybo Andersen, A.M. (2016). Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG*. 123(8), 1301–1310.
- Misra, M. & Klibanski A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2(7), 581–592.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M.; Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev*. 4(1), 1-9.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., et al. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 25, 903-918.
- Nascimento, J.W.A., Santos, R.S., Santos, T.M.R., Silva, A.L.B., Rodrigues, L.D.C., Silva, V.W., et al. (2021). Complications associated with intimate partner violence in pregnant women: a systematic review. *Int. J. Dev. Res*. 11(7), 48924-48928.
- Pati, D. & Lorusso, L.N. (2018). How to Write a Systematic Review of the Literature. *HERD*. 11(1), 15-30.
- Pham-Scottez, A. (2017). Maternité et anorexie mentale : confrontation des données de la littérature internationale et de l'expérience de terrain. *Carnet PSY*. 212, 25-31.
- Roux, H., Chapelon, E. & Godart, N. (2013). Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 39, 85-93.
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 14(4), 406–414.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J. & Micali, N. (2014). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev*. 36, 49-56.
- Stillwell, S., Fineout-Overholt, E., Melnyk, B.M. & Williamson, K.M. (2010). Evidence– based practice: step by step. *Am J Nurs*; 110(5), 41-47.