

# Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão

*Eating disorders and pregnancy – A review*

Karin Louise Lenz Dunker<sup>1</sup>, Marle dos Santos Alvarenga<sup>2</sup>, Viviane Pião de Oliveira Alves<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Estudar o impacto dos transtornos alimentares nas funções reprodutivas, problemas na gestação e puerpério, e dificuldades com a alimentação dos filhos. **Métodos:** Realizou-se revisão da literatura nos últimos 28 anos nos bancos de dados MedLine e Lilacs. Combinaram-se os descritores *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, *transtornos alimentares e gestação*. **Resultados:** Os estudos de revisão, estudos de caso e pesquisas realizadas com gestantes apontam uma associação entre TA e uma variedade de complicações na gestação, no parto, para o feto, com aumentado risco de morbidade perinatal, além de complicações na alimentação futura da criança. **Conclusões:** Observa-se uma maior necessidade de acompanhamento especializado, principalmente no pré-natal, em relação aos hábitos alimentares e preocupação com peso e forma corporais – especialmente nas mulheres que apresentam ganho ponderal inadequado, hiperêmese gravídica, picacismo, entre outros.

## Palavras-chave

Anorexia, bulimia, gestação.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study was to show the impact of eating disorders on reproductive functions, pregnancy and puerperium problems, and difficulties in feeding her babies. **Methods:** Review of literature of last 28 years in MedLine and Lilacs database. The keywords used were *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, *eating disorders and pregnancy*. **Results:** Review and case studies, and research made with eating disorders pregnant patients demonstrate that there are an association between eating disorders and many pregnancy complications on birth, to the child with an increase risk of morbidity after the birth and some implications on food behavior of the child. **Conclusions:** It was noticed a need for specialized treatment, especially before the pregnancy, regarding eating habits and worries about weight and body shape, especially for women that present inadequate weight gain, hyperemesis gravidarum, pica and other eating problems.

## Keywords

Anorexia, bulimia, pregnancy.

## INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TA) são doenças psiquiátricas caracterizadas por sérias alterações de padrão e comportamento alimentar com critérios diagnósticos definidos

pela American Psychiatric Association (APA) em seu Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição – DSM-IV, sendo os quadros mais frequentes a anorexia e bulimia nervosa<sup>1</sup>.

Recebido em  
28/10/2008  
Aprovado em  
26/1/2009

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo (USP).

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>3</sup> Centro Universitário São Camilo e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Endereço para correspondência: Karin Louise Lenz Dunker  
Rua Damasceno Viera, 928, ap. 52F, Vila Mascote – 04363-040 – São Paulo, SP  
Telefones: (11) 3586-8574 e 3586-1850  
E-mail: kdunker00@yahoo.com.br

A anorexia nervosa (AN) é um TA, caracterizado por recusa em se alimentar, ou alimentar-se de modo minimamente adequado, com uma busca insaciável pela magreza, recusa em manter o peso corporal normal, uma distorção da imagem corporal (na percepção do tamanho e forma do corpo) e ainda amenorreia secundária. A bulimia nervosa (BN) é um TA caracterizado por episódios repetidos de compulsão alimentar, seguido por métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso – como vômitos provocados, abuso de laxantes e diuréticos entre outros medicamentos, dietas, jejuns e atividade física excessiva; e uma preocupação intensa com o peso<sup>1,2</sup>. Além desses dois quadros diagnósticos, aparecem os transtornos alimentares não especificados (TANE), para os indivíduos que não preenchem o critério para o diagnóstico específico.

Essas doenças são mais prevalentes em mulheres (90% dos casos), afetando de 0,5% a 5,0% das mulheres jovens<sup>3,4</sup>. A etiologia dos quadros é multifatorial, com a combinação de fatores genéticos, familiares, psicológicos e socioculturais.

O comportamento alimentar restritivo e inadequado destes quadros leva a uma série de distúrbios fisiológicos, e ainda os comportamentos purgativos – presentes na BN e na AN de subtipo purgativo – trazem uma série de consequências clínicas<sup>5,6</sup>. Essas doenças têm um impacto profundo sobre a vida do paciente, tanto no aspecto físico, psicológico, familiar, como comportamental, sexual e ocupacional.

Alguns trabalhos relatam como os TA podem afetar as funções reprodutivas, comprometendo o ciclo menstrual, a gestação e puerpério, assim como trazer dificuldades no cuidado da alimentação dos filhos<sup>7-12</sup>.

O desconhecimento da problemática dos TA durante a gestação pelos clínicos assim como o tratamento mais adequado é relatado em alguns estudos<sup>13-16</sup>. Abraham *et al.*<sup>13</sup> apontam a necessidade de estudos mais detalhados sobre os TA na gestação e sugerem que os obstetras incluam em sua anamnese uma história do hábito alimentar e peso de suas pacientes por se conhecer que durante a gestação muitas mulheres tentam controlar seu ganho de peso por meio de métodos inadequados, como abuso de cigarros e vômitos autoinduzidos. É de suma importância diagnosticar um TA durante a gestação, pois essas doenças estão associadas a mudanças metabólicas, endócrinas, psicológicas e nutricionais que geram efeitos negativos tanto para a mulher quanto para o feto, incluindo alta prevalência de abortos, baixo peso ao nascer, complicações obstétricas e depressão pós-parto<sup>17</sup>.

## MÉTODOS

Este artigo de revisão foi elaborado a partir de pesquisa nos bancos de dados MedLine e Lilacs. As palavras-chave utilizadas foram anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos

alimentares e gestação. O período pesquisado foi o compreendido entre 1982 e 2008. Também foram analisados livros e artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas.

## Discussão

### *Transtornos alimentares durante a gestação*

A prevalência de TA na gravidez é desconhecida, mas sugere-se que é menos comum do que na população em geral<sup>14</sup>. Segundo Erick<sup>18</sup>, espera-se encontrar aproximadamente 1/100 gestantes com TA. Tanto a BN como a AN são ainda mal diagnosticadas durante a gestação, talvez porque exista uma relutância da paciente em abrir os detalhes de seu comportamento quando não é questionada especificamente sobre hábitos alimentares e atitudes para com o ganho de peso<sup>19</sup>. Fahy e O'Donoghue<sup>14</sup> apontam que existe uma necessidade de se distinguir a BN e AN dos transtornos menores da gestação e da hiperêmese gravídica.

Não existem indicadores laboratoriais confiáveis para o diagnóstico de um TA. A detecção depende exclusivamente de uma investigação detalhada pelos profissionais. Os sinais de um possível TA na gestação incluem ausência de ganho de peso em duas visitas consecutivas no segundo trimestre da gestação, hiperêmese gravídica e uma história progressiva de transtorno alimentar<sup>17</sup>.

A gestação é um evento particular no contexto dos TA. Muitas mulheres desejam ter uma alimentação saudável quando engravidam, mas o aumento do peso e alterações na forma física durante a gestação – associados ao medo de engordar – podem influenciar algumas mulheres a se engajar em dietas inadequadas e restritivas<sup>5</sup>. A maioria das mulheres também apresenta um curto período de distúrbio em seus hábitos alimentares durante a gestação; a maioria refere-se a desejos e aversões por certos tipos de alimentos e algumas referências sugerem ainda que a AN e BN podem ser precipitadas pela gestação<sup>10,20,21,22</sup>.

Não existe ainda consenso na literatura sobre melhora ou piora do quadro de TA durante a gestação. Avaliando gestantes com BN, alguns estudos observaram que certos comportamentos anormais remeteram durante a gestação, mas que após o parto os comportamentos de purgação e compulsão foram retomados<sup>23,24</sup>. Hollifield e Hodby<sup>19</sup> obtiveram resultados desfavoráveis com bulímicas, que, mesmo sentindo uma enorme culpa sobre seus comportamentos, se engajavam em exercícios intensos e episódios de compulsão e purgação durante a gestação; o comportamento bulímico dessas gestantes também continuou após o nascimento de seus filhos; elas relataram dificuldade em aceitar a mudança corporal ocorrida na gestação.

Crow *et al.*<sup>25</sup>, em um estudo prospectivo de 4 anos em mulheres com AN, BN, TANE e transtorno do comer compulsivo, verificaram que alguns sintomas dos TA, como o co-

mer compulsivo, a purgação e algumas cognições dos TA, aumentaram substancialmente com a gestação, mas que estas tendiam a retornar aos níveis iniciais pré-gestacionais após o parto.

Alguns estudos retrospectivos também examinaram o curso da BN durante a gestação como o de Lacey e Smith<sup>23</sup> que examinou 20 pacientes de peso normal que tinham tido filhos até 2 anos antes do tratamento a fim de obter o impacto da gestação nos comportamentos bulímicos. Os resultados mostraram mais uma vez a dificuldade que algumas mulheres têm em aceitar a mudança corporal na gestação. Houve uma diminuição da ocorrência de episódios bulímicos para 95% delas conforme a gestação se prolongava, entretanto, todas retornaram o comportamento após o parto. A diminuição de episódios bulímicos durante gestação também é relatada por Wills e Rand<sup>24</sup>, entretanto, mais uma vez os sintomas foram retomados após o nascimento de recém-nascidos normais para a idade gestacional.

Lemberg e Phillips<sup>26</sup> observaram melhora dos sintomas bulímicos durante a gestação e significativa remissão dos sintomas logo após o nascimento dos filhos<sup>23</sup>.

Os estudos com pacientes anoréxicas apresentam resultados diversos, mas apontam para várias complicações. Pacientes que resistiram em ganhar uma quantidade adequada de peso durante a gestação apresentaram hiperêmese gravídica com maior frequência e tiveram complicações como recém-nascidos prematuros e de baixo peso<sup>27</sup>.

Fahy e Morrison<sup>14</sup> apontam ainda que a maioria das pacientes com AN retorna ao peso pré-gestacional rapidamente dentro de algumas semanas depois do nascimento de seus filhos.

Namir *et al.*<sup>28</sup> e RAND *et al.*<sup>29</sup> apontaram que pacientes com AN em tratamento, que obtiveram ganho de peso adequado, tiveram recém-nascidos saudáveis. Essas pacientes conseguiram um aumento significativo da ingestão calórica de modo a ter um ganho de peso adequado.

O que se pode observar nestes estudos é que possivelmente o receio de causar danos ao feto devido a uma nutrição inadequada e abuso de substâncias leve essas gestantes a uma melhora dos sintomas durante a gestação. O medo de o peso “não voltar mais ao normal” pode ser um dos motivos para algumas mulheres iniciarem comportamentos inadequados após a gestação. Muitas temem perder o controle da situação e já iniciam os comportamentos restritivos e purgativos até mesmo durante a gestação<sup>30</sup>. A insatisfação com a imagem corporal é teorizada como um dos fatores precipitantes da BN ou, então, o que leva a uma piora de alguns sintomas bulímicos durante a gestação<sup>11</sup>.

Soest *et al.*<sup>31</sup> estudaram se a maternidade pode levar a mudanças nos problemas alimentares de mulheres com TA, comparando com mulheres sem filhos. Os autores concluíram que os problemas com alimentação tendem a diminuir com o crescimento do filho, diferentemente do que ocorre

no pós-parto. No entanto, o mesmo efeito não foi observado em relação à satisfação com a aparência, que pode estar negativamente correlacionada com os problemas alimentares.

Alguns trabalhos reforçam que fatores psicológicos estressantes associados à preocupação com o peso são intensificados em razão das mudanças corporais ocorridas na gestação, levando à exacerbação dos sintomas de TA, assim como desordens de humor no pós-parto. Em muitos estudos, mulheres com TA apresentam uma dificuldade de adaptação com a maternidade, em função da depressão pós-parto, que pode levar a mãe a uma rejeição do filho, colocando a criança em risco<sup>7,32-34</sup>.

Os efeitos dos TA no processo reprodutivo como um todo podem ser analisados em diferentes aspectos, na ovulação e menstruação, na sexualidade, na fertilidade e nos efeitos no feto assim como nos cuidados posteriores com os filhos.

### **Alterações das funções reprodutivas**

A AN tem na amenorreia um de seus critérios diagnósticos<sup>1</sup>; essa alteração tem como causa a perda de peso autoinduzida e normalmente aparece no início do quadro. Com relação à BN, achados endocrinológicos apontam baixos níveis de hormônio luteinizante (LH), secreção de gonadotrofina inadequada – com consequentes anormalidades de ciclo menstrual<sup>35</sup>. Taxas de irregularidades menstruais também foram encontradas por Crow *et al.*<sup>36</sup> em bulímicas, mas a amenorreia foi incomum nestas pacientes. Contrapondo esse estudo, Abraham<sup>37</sup> mostrou presença de amenorreia durante 3 a 12 meses em pacientes bulímicas durante o curso de sua doença. A presença de disfunções menstruais também foi observada em quadros parciais ou subclínicos e aponta-se que, para ocorrer o retorno da menstruação, a mulher deve manter índices de massa corpórea (IMC = kg/m<sup>2</sup>) maiores que 19 juntamente com a interrupção de comportamentos inadequados como vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, restrição alimentar severa e prática excessiva de exercícios<sup>38,39</sup>.

A infertilidade inexplicada em algumas mulheres pode ser em consequência de um TA desconhecido ou um severo controle de peso. Encontra-se um considerável número de mulheres preenchendo critério diagnóstico para AN ou BN em clínicas de fertilidade<sup>35</sup>. Steward<sup>35</sup> encontrou uma prevalência de 17% de mulheres inférteis com TA em clínicas de fertilidade.

Bates *et al.*<sup>40</sup> observaram que muitas mulheres inférteis com disfunção menstrual tinham práticas de controle de peso e restrição calórica severa em busca de um “corpo magro”.

O baixo peso corporal, ciclos menstruais irregulares e inatividade sexual da AN levam a uma redução da taxa de fertilidade<sup>9</sup>. A AN por reduzir o peso da mulher para níveis de desnutrição, interfere diretamente no ciclo ovulatório

com redução dos níveis dos hormônios luteinizantes e foliculo-estimulantes e consequente comprometimento da maturação folicular<sup>35</sup>. A AN é também associada com altos níveis de hidrocortisona e grande diminuição da produção de estrógenos. Segundo Goldman e Koren<sup>41</sup>, a disfunção ovulatória acontece na AN por causa da disfunção eixo hipotálamo-hipófise. Mesmo assim a gravidez é possível e chega a acontecer. Kaplan<sup>42</sup>, descreve o caso de uma anoréxica infértil que deu a luz quatro vezes a recém-nascidos prematuros depois de fertilização *in vitro*. Descreve-se que o risco de gerar recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) pode estar aumentado em casos de fertilização *in vitro*<sup>14</sup>.

A BN é menos provável de resultar em infertilidade<sup>14,36</sup> e na maioria das vezes essas mulheres são avaliadas quanto ao tratamento para infertilidade quando estão com a doença em fase ativa<sup>37</sup>.

O estudo de Pinelli e Tagliabue<sup>43</sup> discorre sobre o papel da leptina nos processos fisiológicos com a menstruação, gestação e puberdade. Os autores observam que os níveis de leptina estão diretamente associados às condições nutricionais do indivíduo, como mudanças na composição corporal e fatores da dieta. Portanto, em situações de desequilíbrio nutricional, como ocorre nos TA, podem ocorrer alterações neuroendócrinas e metabólicas, levando a problemas de fertilidade.

### Estado nutricional da gestante

O estado nutricional da gestante é reconhecido como um importante fator para uma gestação saudável e sem complicações. O IMC baixo e um inadequado aporte de nutrientes materno são preditores para uma gravidez de risco, com aumento da incidência de nascimentos pré-termo e crescimento fetal restrito, como também risco de morbimortalidade materna<sup>12,20,44-46</sup>.

Puffer e Serrano<sup>47</sup> relataram que os dois fatores mais importantes relacionados ao baixo peso ao nascer são o peso pré-gestacional e o ganho de peso materno; ambos podem estar alterados nas gestantes com TA<sup>48</sup>. Ainda, o adequado crescimento fetal requer uma gestante em bom estado nutricional e nutrientes vitais devem estar disponíveis, condição incompatível com os quadros de TA<sup>11</sup>.

O IMC baixo e um inadequado aporte de nutrientes materno são preditores para uma gravidez de risco, com aumento da incidência de nascimentos pré-termo e crescimento fetal restrito, como também risco de morbimortalidade materna<sup>49,50</sup>.

Segundo Sollid *et al.*<sup>12</sup>, os comportamentos alimentares de controle de peso – como dietas restritas, vômitos e exercícios excessivos – contribuem para danos no crescimento fetal por comprometer a passagem dos nutrientes essenciais do sangue materno para o feto. Esses comportamentos também levam à desnutrição materna, causando danos

no sistema imune – o que pode aumentar o risco de doenças infecciosas maternas – contribuindo para nascimentos pré-termo. RN de baixo peso e prematuros têm suscetibilidade aumentada a infecções e alterações no crescimento e desenvolvimento neurocognitivo. A deficiência nutricional pode, portanto, causar infecções, que podem ser prevenidas por uma adequada intervenção nutricional para melhorar a saúde materno-fetal<sup>11,51</sup>. Assim sendo, os comportamentos alimentares inadequados e ganho inadequado de peso durante a gestação podem determinar o crescimento do RN. Conti *et al.*<sup>52</sup> investigaram os comportamentos alimentares de gestantes que deram à luz a RN com baixo peso e RN de peso normal. As mulheres que deram a luz bebês de baixo peso relataram hábitos alimentares piores antes, durante e depois da gestação. Neste estudo os preditores para ter um RN de baixo peso foram peso pré-gestacional menor, alto escore no questionário de investigação para BN (Teste de investigação de Edinburg – BITE – <sup>53</sup>) e ganho inadequado de peso durante a gestação.

Fahy e O'Donoghue<sup>10</sup> afirmaram que mulheres que estão abaixo do peso na concepção (IMC < 19) têm risco aumentado de gerar bebês abaixo do percentil 10, e que este risco aumentaria para 54% para mulheres de baixo peso que induziram a ovulação.

Há ainda a possibilidade de a BN ou dietas restritivas poderem constituir um risco teratogênico ao feto. Segundo Van Der Spuy<sup>54</sup>, a desnutrição materna está associada ao aumento da mortalidade perinatal e risco aumentado de malformação congênita.

Carmichael *et al.*<sup>55</sup> verificaram em seu estudo que alguns comportamentos de dieta, como a restrição alimentar e o jejum, e o uso de diuréticos estavam associados com o aumento de risco de desenvolvimento de doenças do tubo neural durante o primeiro trimestre da gestação.

Para mulheres que aprenderam que a sua autoestima depende da sua forma física, o ganho de peso associado à gestação pode se tornar um problema. Vivendo em uma cultura que admira a magreza, a perspectiva de “ganhar alguns quilos” pode ser desconcertante, principalmente para mulheres que possuem uma história de TA; essa preocupação pode resultar em um rígido controle de peso e preocupação exagerada com o alimento e a forma corporal<sup>20,30,56</sup>.

O ganho de peso também pode ser um fator de exacerbação dos TA. Fahy e O'Donoghue<sup>10</sup> discutem que gestantes com história de dietas consecutivas prévias tinham medo maior de ganhar peso e que, em gestantes, quanto piores as atitudes para com ganho de peso, mais baixo era o ganho ponderal na gravidez.

Olson e Strawderman<sup>51</sup>, acompanhando 622 gestantes saudáveis realizando pré-natal, encontraram que apenas 38% delas tiveram ganho de peso dentro do recomendado. Os autores recomendam que sejam feitas propostas e

intervenções efetivas para promover um adequado ganho de peso gestacional.

### **Hiperêmese gravídica**

Sabe-se que náuseas e vômitos são comuns durante o primeiro trimestre da gravidez, sendo que as náuseas acometem cerca de 90% das gestantes<sup>57</sup>.

Já a hiperêmese gravídica (HG) é uma síndrome marcada por vômitos incoercíveis no primeiro trimestre da gestação, resultando em distúrbios metabólicos com perda de peso e riscos a gravidez, e é causada por uma variedade de problemas psicológicos e sociais<sup>58</sup>. Afirma-se que 66% dos pacientes com HG exibem também um hipertireoidismo transitório e que a severidade deste pode estar correlacionada aos vômitos<sup>41</sup>. Segundo Lingam e McCluskey<sup>59</sup>, a hiperêmese gravídica estaria relacionada ao agravamento ou ao desenvolvimento de um TA na gravidez.

Descreve-se que mulheres com HG que perdem mais do que 5% do seu peso pré-gestacional dão a luz a RN menores e com anormalidades<sup>60</sup>. Lacey e Smith<sup>23</sup> também argumentaram que vômitos durante a gestação podem ter efeitos teratogênicos. Por outro lado, um rigoroso estudo realizado por Klebanoff e Mills<sup>61</sup> mostrou que o uso de antieméticos em pacientes com HG poderia também estar associado com o aumento do risco para efeitos teratogênicos.

Embora a prevalência de HG seja de 1 em 1.000 grávidas, Abraham<sup>37</sup> observou que aproximadamente 10% de um grupo de 25 bulímicas ativas apresentaram HG durante a gestação. Estudo realizado por Franko e Spurell<sup>17</sup> mostrou a HG como sendo mais comum em gestantes com TA do que em controles. Steward<sup>35</sup> também registrou HG com maior frequência em mulheres com TA que fizeram fertilização *in vitro*. Steward *et al.*<sup>62</sup> observaram ainda que gestantes com TA associado a um quadro de HG respondiam pior ao tratamento, além de passar o dobro de tempo internadas em hospitais.

### **Picacismo**

O picacismo é definido como uma compulsão (*craving*) e ingestão de substâncias não nutritivas, sendo visto com maior frequência em crianças pequenas e ocasionalmente em mulheres grávidas<sup>63</sup>.

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) da Associação de Psiquiatria Americana<sup>1</sup> classifica o picacismo como um transtorno da primeira infância e afirma que é mais comum em crianças; já a Classificação Internacional de Doenças – CID-10<sup>64</sup> classifica o picacismo como um transtorno da alimentação, mas aponta-se que o quadro pode ser uma deficiência nutricional não aparente nas gestantes<sup>65</sup>.

Goulart *et al.*<sup>65</sup> afirmam que atualmente o picacismo vem sendo considerado um TA quando pessoas se sentem impulsionadas a ingerir substâncias não comestíveis (sabone-

te, materiais de construção, cera, papel) e, em alguns casos, substâncias até comestíveis, mas não na sua forma “normal” (farinha crua, arroz cru, gelo, grãos de café, fermento em pó químico, entre outros). O picacismo ocorre em mulheres no mundo inteiro<sup>66</sup>.

Geissler *et al.*<sup>67</sup>, estudando grávidas no Quênia, acharam que três quartos das mulheres ingeriam terra regularmente; esta prática era considerada como parte da sua cultura; essas mulheres também sofriam de anemia. Os autores também verificaram que mulheres que comem terra têm o apetite diminuído devido ao volume de terra ingerido e como consequência apresentam deficiência nutricional e anemia. A deficiência de ferro conduz a várias formas de picacismo entre gestantes, incluindo comer gelo e papel. O estudo de Goulart *et al.*<sup>65</sup> encontrou uma prevalência de 27% de picacismo em um grupo de gestantes que possuíam condições socioeconômicas desfavoráveis<sup>68,69</sup>.

Rainville<sup>70</sup> afirmou que o picacismo na gravidez é mais comum do que se pensa e pode ter sérios efeitos para a gestante e a criança. Numa amostra de 281 gestantes, o autor encontrou uma prevalência de 53,7% de picacismo com gelo, 14,6% com gelo “raspado de freezer” e 8,2% de outros tipos, que incluíam amido de milho ou goma, talco, sujeira, argila, tijolo, grama, fermento, bicarbonato, farinha, e pontas de fósforos queimados. O trabalho concluiu que gestantes que apresentam anemia deveriam ser questionadas sobre picacismo, pois, se esta influi na absorção de minerais ou toma o lugar de alimentos ricos em ferro na dieta materna, pode resultar em anemia.

Corbett *et al.*<sup>66</sup> encontraram uma prevalência de picacismo de 38% em gestantes de comunidades rurais e desvantagens socioeconômicas avaliadas em visitas pré-natais. A maioria dessas gestantes era afro-americana e afirmava ter uma compulsão por gelo (pagofagia); 60% das que praticavam o picacismo identificaram uma história de picacismo em algum membro da família (mães e irmãs). Os autores afirmam ainda que o motivo da ingestão de determinadas substâncias pelas gestantes pode variar: gosto, compulsão, divertimento, satisfação, hábito e cheiro podem ser algumas das causas.

O aparecimento desse fenômeno em mulheres grávidas pode ser causado pelo fator emocional, devido às mudanças corporais, pelas alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez (alterações no apetite e vontades específicas devido a falta de um nutriente), como também pode ser um hábito cultural de certos povos (pessoas que sentem necessidade de mastigar gelo – o que pode estar relacionado ao clima quente da região)<sup>65</sup>.

As consequências do picacismo para mãe e feto variam de acordo com a natureza da substância ingerida. Os efeitos para a mãe podem incluir feridas na boca, constipação, obstrução intestinal, infecções por parasitas, toxemia, interferência na absorção de minerais, envenenamento por

chumbo e hipercalcemia. Possíveis efeitos no feto incluem prematuridade, mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer, irritabilidade, redução da circunferência cefálica e efeitos da exposição a produtos químicos, tais como pesticidas e herbicidas<sup>71</sup>.

A presença de picacismo pode ser um comportamento alimentar que pode representar um risco para a saúde da gestante e feto, há a necessidade de uma busca ativa nas consultas pré-natal, com o intuito de diagnosticar precocemente a existência dessa deficiência, a fim de propor intervenções que sejam eficazes para seu controle<sup>65,66</sup>.

### **Consequências para o feto**

Nascimento pré-termo e restrição do crescimento intrauterino são os principais preditores para morte perinatal, além de poder representar um risco para danos no funcionamento cognitivo e físico no decorrer da vida<sup>62</sup>.

Estudos recentes indicam que mulheres com TA têm um risco aumentado para gerar RN com baixo peso ao nascer<sup>9,44,62,72</sup>. Sollid *et al.*<sup>12</sup> encontraram que o risco para gerar um RN de baixo peso foi duas vezes maior nas mulheres hospitalizadas com TA antes da gravidez do que em gestantes sem o transtorno. A literatura também descreve, no entanto, o nascimento de RN de peso normal em mulheres com TA<sup>30,48,80</sup>.

Steward *et al.*<sup>62</sup> e Treasure e Rusell<sup>27</sup> relataram complicações fetais como crescimento fetal restrito, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixa pontuação de *score* Apgar, aumento de risco para anomalia congênita e para mortalidade perinatal em mulheres com TA. Treasure e Rusell<sup>27</sup> acompanharam 7 RN de mães com AN no qual a circunferência abdominal no nascimento era abaixo do percentil 3. Van Der Spuy<sup>54</sup> descreveu que o crescimento fetal restrito pode ocasionar asfixia antenatal e morte antes do nascimento. Uma vez gerados, os RN podem apresentar hipotermia, hipoglicemia e infecções e ainda um aumento para mortalidade perinatal.

Brinch *et al.*<sup>9</sup>, estudando 50 mães anoréxicas (que tiveram 86 bebês), encontraram que 7 morreram dentro de 1 semana: 5 de complicações em decorrência de prematuridade, 1 de hidrocefalia e 1 natimorto.

Steward *et al.*<sup>62</sup> relataram que mulheres com TA ativo tiveram filhos com peso menor e menor *score* de Apgar do que filhos de mulheres em remissão do transtorno. Esses mesmos autores encontraram entre 10 gestantes anoréxicas um abortamento espontâneo – 12 semanas – e um abortamento retido – 15 semanas.

Fahy e O'Donoghue<sup>10</sup> afirmaram que mulheres com TA tendem a ter mais filhos prematuros e com *score* de Apgar menor.

Em relação aos abortamentos, Abraham<sup>37</sup>; Helgstrand e Andersen<sup>44</sup> e Bulik *et al.*<sup>72</sup> afirmaram que mulheres com TA

ativo ou história passada de um TA têm aumento significativo do número de abortamentos, quando comparadas com mulheres sem TA e outras doenças psiquiátricas. O abortamento está associado a baixo peso pré-gestacional e ganho inadequado de peso durante a gestação.

Lacey e Smith<sup>23</sup>, estudando 20 bulímicas, registraram 22 nascimentos e um bebê nasceu prematuramente (29 semanas), morrendo logo após o nascimento (a criança pesava 950 g, sua mãe tinha uma longa história de abuso de álcool e drogas e preenchia critério para bulimia multi-impulsiva). Todas outras crianças nasceram de termo (pesaram entre 2.500 g e 3.700 g) e houve dois pares de gêmeos. Um bebê nasceu com fenda palatina e outro com lábio leporino. Defeitos no nascimento também foram encontrados nos RN de três gestantes; no estudo de Franko *et al.*<sup>73</sup>, duas dessas três gestantes tiveram comportamentos teratogênicos durante a gestação, incluindo purgação (uso de laxantes e vômitos) e abuso de álcool.

### **Crianças de mães com TA**

Existem evidências de uma relação entre certas doenças psiquiátricas nas mães e distúrbios em seus filhos. A alimentação de crianças de mães com TA é descrita como sendo também afetada. A intensa preocupação com o alimento e a forma corporal da anoréxica podem prejudicar a forma como alimenta e cuida do seu filho; nas bulímicas restrição alimentar ou superalimentação das crianças também podem ocorrer<sup>10,23,35,74-75</sup>.

Lacey e Smith<sup>23</sup> afirmam que muitas mulheres tentam controlar o seu TA com medo de que seus comportamentos alimentares tragam danos a seus filhos. Entretanto, estudos descrevem a transferência de suas preocupações, medos e crenças com a forma e peso corporal para as crianças. Medo de que seus filhos se tornem crianças obesas, restrição a certos tipos de alimentos, restrição de grandes quantidades de alimento dentro de casa, dietas vegetarianas para as crianças e até mesmo a restrição de carboidratos e açúcar já foram descritos<sup>23,74</sup>.

Descreve-se, ainda, que durante os episódios bulímicos mulheres podem ignorar seus bebês<sup>14</sup> ou até mesmo trançá-los sozinhos em algum cômodo da casa<sup>74</sup>.

Brinch *et al.*<sup>9</sup> descreveram o caso de 3 crianças filhas de mães com AN classificadas como “doentes mentais”; duas meninas, uma de 13 anos diagnosticada com AN que morreu aos 15 anos e outra de 5 anos com tricotilomania; e um menino de 9 anos, que era obeso e apresentava problemas emocionais, sociais e comportamentais.

Agras *et al.*<sup>74</sup> afirmaram que mães com TA – quando comparadas com controles – desejam controlar mais o peso dos filhos, achando que eles deveriam pesar menos que o normal. Van Wezel-Meijler e Witt<sup>77</sup> analisaram 7 crianças de mães com AN e observaram que estas apresentaram atraso no crescimento e peso inadequado em relação à altura. Os

autores afirmaram que as crianças estavam desnutridas e sofriam de privação alimentar.

O estudo de Barbin *et al.*<sup>78</sup> avaliou diferenças quanto ao ajuste psicológico de filhos de mães com histórico de TA, depressão e sem histórico de doença psiquiátrica. Eles verificaram que os problemas psicológicos estiveram significativamente mais presentes nas mães com depressão, diferente do grupo das mães com histórico de TA e sem histórico que tiveram resultados semelhantes em relação a esses problemas. No entanto, os autores ressaltam que ocorreram com maior frequência complicações na gestação e no parto, e sintomas clínicos de depressão, no grupo com histórico de TA, o que poderia trazer implicações psicológicas ao filho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas mulheres experimentam insatisfação com seu peso e corpo sem que seja diagnosticado um TA ou necessário um tratamento específico, mas é importante que os clínicos sejam capazes de distinguir alguns sinais e sintomas de um TA de um simples descontentamento com a imagem corporal durante a gestação<sup>11</sup>.

É consenso nas revisões de literatura as complicações geradas pelo TA ativo durante a gestação; pacientes que relutam em ganhar peso e com quadros mais severos do transtorno são alvos de piores complicações<sup>17</sup>.

Episódios contínuos de vômitos durante a gestação devem ser investigados cuidadosamente como um sintoma de BN. Um TA deve ser suscitado em pacientes com um ganho de peso inadequado e uma exagerada preocupação com a forma corporal<sup>62</sup>.

Um questionamento sobre peso e imagem corporal, ganho de peso durante a gestação, técnicas para controle de peso, restrição alimentar, padrões e comportamentos alimentares, exercícios físicos e experiências em gestações anteriores podem ser úteis para uma correta investigação de TA na gestação<sup>11</sup>. A gestante com TA necessita de um tratamento multidisciplinar, assim como todo quadro de TA<sup>2,63</sup>. A intervenção preventiva pode ser essencial para evitar problemas futuros<sup>3</sup>.

A eficácia do tratamento para TA foi demonstrada por Namir *et al.*<sup>28</sup> e Rand *et al.*<sup>29</sup>; nesse sentido, as pacientes tratadas para AN (antes e durante a gestação) ganharam peso adequado durante a gestação e tiveram RN saudáveis.

Considerando os riscos gerados pelo TA para ambos, mãe e feto, devem-se monitorar cuidadosamente os comportamentos alimentares dessas gestantes. O tratamento nutricional requer cuidados individualizados para promover uma alimentação equilibrada com uma quantidade adequada de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do feto<sup>11</sup>. Segundo Morril e Nickols-Richardson<sup>11</sup>, muitas mulheres com TA têm conhecimentos de nu-

trição, entretanto poucas são as que realmente sabem como deve ser a adequada nutrição durante a gestação. A educação nutricional deve enfatizar a importância de uma alimentação equilibrada a fim de promover uma gestação saudável e apropriado crescimento fetal<sup>17</sup>.

As necessidades energéticas devem ser garantidas para promover um ganho adequado de peso corporal, de acordo com as necessidades individuais da gestante com enfoque também para adequação dos micronutrientes. A estabilização do peso corporal deve ocorrer até a 10<sup>a</sup> a 12<sup>a</sup> semanas de gestação, antecedendo as principais mudanças corporais gestacionais (segundo e terceiro trimestre). As dietas restritivas e outros comportamentos para controle de peso, como uso de laxantes e/ou diuréticos, vômitos e exercícios excessivos, devem ser fortemente evitados. Para BN, primeiramente propõe-se à interrupção dos ciclos purgação-compulsão a fim de a gestante poder se engajar em padrões alimentares mais consistentes<sup>11</sup>.

Hollifield e Hobdy<sup>19</sup> sugerem que ver a imagem do feto na barriga da mãe (através de ultrassom) pode ser benéfico para o controle dos comportamentos alimentares das gestantes com TA, pois quanto antes a mãe “sentir” o bebê e associar seu comportamento alimentar com o crescimento e desenvolvimento fetal, mais cedo pode haver ações positivas.

## CONCLUSÃO

Existe a necessidade de se determinar a prevalência de TA na gestação de modo que os profissionais possam acompanhar os riscos clínicos e estar alertas aos possíveis benefícios de uma intervenção psiquiátrica no pré-natal. A investigação adequada do peso corporal e comportamento alimentar da gestante é necessária a fim de se diagnosticar um possível TA e se propor uma intervenção especializada.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th. (DSM-IV), Washington, D.C.; 1994.
2. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.* 2001;101:810-19.
3. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Current concepts: eating disorders. *N Engl J Med.* 1999;340:1092-98
4. Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimento futuro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:13-7.
5. Assunção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:29-33.
6. D'Elia FGL, Cordás TA. Complicações clínicas. In: CORDÁS, T.A. (coord.) *Bulimia nervosa, diagnóstico e propostas de tratamento.* São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 33-40.

7. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17:227-39.
8. Bonne OB, Rubinoff B, Berry EM. Delayed Detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: two case reports. *Int J Eat Disord*. 1996;20:423-25.
9. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;77:611-17.
10. Fahy TA, O'Donoghue G. Eating disorders in pregnancy. *Psychol Med*. 1991; 21:577-80.
11. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia Nervosa during pregnancy: A review. *J Am Diet Assoc*. 2001;101:448-54.
12. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(1):206-10.
13. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001;22:159-63.
14. Fahy T, Morrison M. The clinical significance of eating disorders in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:708-10.
15. Newton MS; Chizawsky LL. Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27:5-7.
16. Senior R, Barnes J, Emberson JR, Golding J, ALSPAC Study Team. Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *Br J Psychiatry*. 2005;187:268-73.
17. Franko DL, Spurell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obst Gynecol*. 2000;95:942-6.
18. Erick M. Eating disorders: a few more thoughts. *J Am Diet Assoc*. 2002;102:477
19. Hollifield J, Hobby J. The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychotherapy*. 1990;27:249-55.
20. Abram S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1994;15:189-95.
21. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*. 2007;63:297-303.
22. Price WA, Giannini AJ, Loiselle RH. Bulimia precipitated by pregnancy. *J Clinical Psychiatr*. 1986;47:275-6.
23. Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa. Impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry*. 1987;150:777-81.
24. Willis DC, Rand CSW. Pregnancy in bulimic women. *Obstet Gynecol*. 1988;71:708-10.
25. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating Disorder Symptoms in Pregnancy: A Prospective Study. *Int J Eat Disord*. 2008;41:277-279.
26. Lemberg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia e bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1989;8:285-95.
27. Treasure JL e Russell GFM. Intrauterine growth and neonatal weight gain in babies of women with anorexia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988;296:1038.
28. Namir S, Melman K, Yager J. Pregnancy in Restrictor-Type Anorexia Nervosa: A Study of Six Women. *Int J Eat Disord*. 1986;5:837-45.
29. Rand CSW, Willis DC, Kulda JM. Pregnancy after Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 1987;6:671-4.
30. Ambroz JR. Eating disorders and pregnancy. *Midwifery Today Childbirth Educ*. 1996; 40:24-5.
31. Soest TV, Lars Wichstrøm L. The Impact of Becoming a Mother on Eating Problems. *Int J Eat Disord*. 2008;41:215-223.
32. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2008;41:405-10.
33. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, Aggen SH, Bulik CM. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord*. 2006;39:202-11.
34. Mitchell AM, Bulik CM. Eating disorders and women's health: an update. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51:193-201.
35. Steward DE. Reproductive functions in eating disorders. *Annals of Medicine*. 1992;24:287-91.
36. Crow JS, Thuras P, Keel PK, Mitchell EJ. Long- Term Menstrual and Reproductive Function in Patients with Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1048-50.
37. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Research*. 1998;44:491-502.
38. Kreipe RE, Strauss J, Hodgman CH, Ryan RM. Menstrual cycle abnormalities and subclinical eating disorders: a preliminary report. *Psychosom Med*. 1989;51:1-86.
39. Van Der Spuy ZM; Steer PJ, McCusker M, Steele SJ, Jacobs HS. Outcome of pregnancy in underweight women after spontaneous and induced ovulation. *Br Med J*. 1988;296:962-65.
40. Bates GW, Bates SR e Whitworth NS. Reproductive failure in women who practice weight control. *Fertil Steril*. 1982;37:373-8.
41. Goldman RD, Koren G. Anorexia nervosa during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2003; 49:425-6.
42. Kaplan R. Anorexia nervosa, infertility and pregnancy (letter). *Med J Aust*. 1999; 171:391-2.
43. Pinelli G, Tagliabue A. Nutrition and fertility. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2007;53:375-82.
44. Helgstrand S; Andersen AM. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2005; 84:1197-201.
45. Micali N, Simonoff E, Treasure JL. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2007;190:255-9.
46. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*. 2006;68:487-92.
47. Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nacer. Washington DC: OMS; 1988. (Publicación Científica,504).
48. Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP. Intrauterine growth retardation and preterm delivery: prenatal risk factors in an indigent population. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;162:213-8.
49. King JC. The risk of maternal nutrition depletion and poor outcomes increases in early or closely spaced pregnancies. *J Nutr*. 2003;133:1732S-6S.
50. Neggers Y, Goldenberg RL. Some thoughts on body mass index, micronutrient intakes and pregnancy outcome. *J Nutr*. 2003;133:1737S-40S.
51. Olson CM, Strawderman MS. Modifiable behavioral factors in a biopsychosocial model predict inadequate and excessive gestational weight gain. *J Am Diet Assoc*. 2003;103:48-54.
52. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J. Psychosom Research*. 1998;44:465-77.
53. Henderson M, Freeman A. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Brit J Psych*. 1987;150:18-24.
54. Van Der Spuy ZM. Nutrition and reproduction. *Clin Obstet Gynecol* 1985;12:579-604.
55. Carmichael SL, Shaw GM, Schaffer DM, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *Am J Epidemiol*. 2003;158:1127-31.
56. Thompson JK, Covert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord*. 1995;18:221-36.
57. Burrow GN, Ferris TF. Medical Complications during Pregnancy, 3 ed. WB Saunders: Philadelphia; 1988, p. 378- 380.
58. Hiroi H, Kugu H, Hoshino H, Kozuma S, Taketani Y. Hyperemesis gravidarum associated with thyrotoxicosis and a past history of an eating disorder. *Arch Gynecol Obstet*. 2001;265:228-30.
59. Lingam R, McCluskey S. Eating disorders associated with hyperemesis gravidarum. *J Psych Research*. 1996;40:231-34.
60. Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:906-955.
61. Klebanof MA e Mills JL. Is vomiting during pregnancy teratogenic? *Br Med J*. 1986;292:724-26.
62. Steward DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robison GE. Anorexia Nervosa, bulimia and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157:1194-98.
63. American Psychiatric Association. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psych*. 1993;150:207-28.
64. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre, Artes Médicas; 1993.

65. Goulart RMM, Magalhães CA, Cremanesi MM. Prevalência de pica em gestantes atendidas em instituições públicas e privadas. *Nutrição Brasil*. 2002;1:63-7.
66. Corbett RW, Ryan C, Weinrich PS. Pica in pregnancy: Does it affect pregnancy outcomes? *Am J Matern Child Nurs*. 2003;28:183-9.
67. Geissler PW, Prince RJ, Levene M, Poda C, Beckerleg SE, Mutemi W, et al. Perceptions of soil-eating and anemia among pregnant women on the Kenyan coast. *Soc Sci Med*. 1999;48:1069-79.
68. Edwards CH, Johnson AA, Knight EM, Oyemade UJ, Cole OJ, Westney OE, et al. Pica in an urban environment. *J Nutr*. 1994; 124:954S-62S.
69. Smulian J, Motiwala S, Sigman R. Pica in a rural population. *South Med J*. 1995;88: 1236-40.
70. Rainville AJ. Pica practices of pregnant women are associated lower maternal hemoglobin level at delivery. *J Am Diet Assoc* 1998; 98:293-96.
71. Simpson E, Mull JD, East J. Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico. *Western Journal of Medicine*. 2000;173:20-4.
72. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999;60:130-5.
73. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT et al. Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in women with Eating Disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34:337-42.
74. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord*. 1999;25:253-62.
75. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychos Medicine*. 1992;54:665-72.
76. Park RJ, Senior R, Stein A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12 Suppl 1:110-19.
77. Van Wezel-Meijler G, Wit JM. The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for undernutrition and stunting? *Eur J Pediatr*. 1989;149:130-5.
78. Barbin JM, Williamson DA, Stewart TM, Reas DL, Thaw JM, Guarda AS. Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2002;7:32-8.