

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E METABOLISMO

ISABELLA MARTA SCANAVEZ FERREIRA

**Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o
desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas**

RIBEIRÃO PRETO – SP

2021

ISABELLA MARTA SCANAVEZ FERREIRA

VERSÃO CORRIGIDA

Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Nutrição e Metabolismo

Área de concentração: Nutrição e Metabolismo

Orientadora: Prof. Dra. Rosane Pilot Pessa

RIBEIRÃO PRETO – SP

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Isabella Marta Scanavez

Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas /Ribeirão Preto, 2021.

112 p.:

Orientador: Prof. Dra. Rosane Pilot Pessa.

Dissertação – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

1. Transtorno alimentar. 2. Relação mãe-filha. 3. Comportamento alimentar. 4. Imagem corporal.

Nome: FERREIRA, Isabella Marta Scanavez

Título: Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, em especial à minha mãe, por sempre estar presente e transmitir mensagens positivas sobre comida e corpo.

À todas as mães que (des)constroem padrões estéticos e têm uma relação afetuosa com seus corpos e com suas filhas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pelo dom da vida e ter me permitido chegar até aqui. Pela força para prosseguir em todos os momentos difíceis, por todas as bênçãos, o conhecimento adquirido e toda a trajetória que tive ao longo da jornada do mestrado.

À minha mãe em especial, por ter apoiado, cuidado e insistido na minha educação desde o início. Sou eternamente grata por todos os ensinamentos, carinho, amor e valores transmitidos. Gratidão.

Ao meu pai, por sempre estar presente e investido diretamente na minha formação. Um exemplo de ser humano trabalhador, honesto e responsável. Um pai incrível e protetor. Muito obrigada.

À minha irmã, que sempre esteve ao meu lado, me auxiliando e apoiando. Sempre me ajudou da melhor forma possível. Grata por toda compreensão, amizade e irmandade.

De forma geral, à toda a minha família, pelo apoio incondicional, pelas conversas e pelo estímulo nos momentos difíceis.

À todas as pessoas que cruzaram meu caminho durante essa jornada e contribuíram de alguma forma, para que eu me engajasse da melhor forma possível.

Aos professores e profissionais do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pelas valiosas contribuições e ensinamentos, de forma singular, e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Sou eternamente GRATA.

Para quem contribuiu de forma direta para concretização desse trabalho, minha orientadora Prof. Dra. Rosane Pilot Pessa, da qual também serei eternamente GRATA por todo acolhimento, apoio, trocas, ensinamentos e compartilhar um pouco das vivências e do amor pela Nutrição mais humanizada. Gratidão.

RESUMO

FERREIRA, Isabella Marta Scanavez. **Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por graves alterações no comportamento alimentar que podem comprometer a saúde física e o funcionamento psicossocial de forma significativa. Sua etiologia é multifatorial sendo que a dinâmica familiar tem sido cada vez mais investigada, principalmente a relação mãe-filha, vista como fusional e simbiótica. Fatores como preocupação com a forma corporal, práticas alimentares inadequadas e monitoramento dos hábitos alimentares e o peso das filhas podem exercer influência no desenvolvimento desses quadros. Objetivo: Identificar comportamentos de risco nutricional de mães cujas filhas apresentam TA comparando-as com mães que possuem filhas sem esse quadro buscando compreender a rotina alimentar das famílias, as práticas alimentares das mães e a satisfação com a imagem corporal. Método: Trata-se de um estudo com caráter descritivo, transversal e comparativo, com abordagem quanti-qualitativa. As participantes foram 13 mães de pacientes com TA em tratamento em um serviço especializado do interior do estado de São Paulo (grupo experimental - GE) e 10 mães de filhas sem esse quadro (grupo controle-GC). Foram coletados dados sociodemográficos e antropométricos (peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC); circunferência da cintura (CC), e aplicados o Teste de Atitudes Alimentares, a Escala de Silhuetas e um questionário sobre a rotina alimentar da família e práticas alimentares da mãe, com perguntas abertas e fechadas. Os dados quantitativos foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para análise descritiva e comparativa. Os dados qualitativos foram submetidos à análise temática. Resultados: Mães do GE apresentaram eutrofia (IMC: 23,74Kg/m²) e risco cardiovascular elevado (CC: 85cm) enquanto que as do GC, sobrepeso (IMC: 26,82Kg/m²) e risco muito elevado (CC: 90cm). Essas mães (GC) têm maior inacurácia e insatisfação corporal quando comparadas às do GE. Todas as participantes são responsáveis pela rotina alimentar da família, desde a compra dos alimentos até o preparo das refeições. O padrão alimentar das famílias em relação ao número, duração e local das refeições diárias foi similar entre os grupos, assim como o partilhar desses momentos com outros membros, com oferta de comidas e bebidas de boa qualidade nutricional. As mães consideram que eles possuem refeições equilibradas e

adequadas e a dinâmica familiar se mostrou quase sempre harmoniosa à mesa. Famílias do GE costumam sair pouco para comer fora de casa e a leitura dos rótulos dos alimentos foi relatada pelas mães do GC e filhas com TA do GE. Todas as mães estão atentas à alimentação das filhas, evitam preparar e consumir alimentos mais calóricos e se preocupam quando isso acontece, principalmente as do GC. Nas famílias, há membros que monitoram o peso corporal e o comportamento de comer exageradamente foi observado mais naqueles do GE. As mães não apresentaram atitudes alimentares características dos TA, mas costumam beliscar entre as refeições, fazer restrição alimentar pontual para controle de peso sendo que este variou nos últimos 12 meses entre ganho e perda, com insatisfação e satisfação corporal, respectivamente.

Conclusão: Os comportamentos de risco nutricional foram observados em ambos os grupos não confirmando a hipótese do estudo. Mães têm um papel importante na organização alimentar da família e podem exercer influência sobre o desenvolvimento do TA das filhas por meio de comportamentos e práticas de restrição alimentar, controle de peso e preocupação com a própria imagem corporal e de suas filhas. Ações de prevenção seletiva, dirigida às famílias e principalmente às mães, são recomendadas para melhor relação com o alimento e corpo e consequentemente, diminuição dos riscos desses graves transtornos e detecção precoce dos seus sinais e sintomas.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, relação mãe-filha, comportamento alimentar, imagem corporal

ABSTRACT

FERREIRA, Isabella Marta Scanavez. **Mothers' nutritional risk behaviors and their relationship with the development of their daughters' eating disorder.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Eating disorders (ED) are characterized by severe changes in eating behavior that can significantly compromise physical health and psychosocial functioning. Its aetiology is multifactorial and family dynamics have been increasingly investigated, especially the mother-daughter relationship, which is seen as fusional and symbiotic. Body shape concern, inappropriate eating practices, and monitoring of eating habits and the weight of daughters are factors that can influence the development of these conditions. Objective: To identify nutritional risk behaviours of mothers whose daughters have ED by comparing them with mothers who have daughters without this condition, in order to understand the families' eating routine, the mothers' eating practices and their satisfaction with body image. Method: This is a descriptive, cross-sectional and comparative study, with a quantitative and qualitative approach. Participants were 13 mothers of patients with ED undergoing treatment in a specialized service in the countryside of the state of São Paulo (experimental group - EG) and 10 mothers of daughters without this condition (control group- CG). Socio-demographic and anthropometric data (weight and height to calculate Body Mass Index (BMI)) were collected, waist circumference (WC), and the Eating Attitudes Test, the Silhouettes Scale and a questionnaire about the family's eating routine and the mother's dietary practices were applied, with open-ended and closed-ended questions. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program for descriptive and comparative analysis was used to analyse quantitative data, while qualitative data were subjected to thematic analysis. Results: Mothers from the EG showed normal weight (BMI: 23.74 kg/m²) and high cardiovascular risk (WC: 85cm), while those from the CG, presented overweight (BMI: 26.82 kg/m²) and very high cardiovascular risk (WC: 90cm). Mothers from the CG have higher body image distortion and body dissatisfaction than those from the EG. All the participants are responsible for the family's eating routine, from the purchase of food to the preparation of meals. The families eating pattern regarding the number, duration and location of daily meals was similar between groups, as well as the sharing of these moments with other members, with food and drinks of good nutritional quality. Mothers consider that they have balanced and adequate meals, and the family dynamics at the table

showed to be almost always harmonious. Mothers consider that they have balanced and adequate meals, and the family dynamics at the table showed to be almost always harmonious. Families from the EG usually don't eat out, and both mothers from the CG and daughters with ED from the EG reported reading food labels. All mothers are attentive to their daughters' eating habits; avoid preparing and consuming more caloric foods and worry when this happens, especially those from the CG. In the families, there are members who monitor the body weight, and the behavior of overeating was more observed in those from the EG. The mothers did not show eating attitudes characteristic of ED, but they usually snack and followed eating restrictions diets for weight control (weight that varied in the last 12 months between gain and loss, with dissatisfaction and body satisfaction, respectively). Conclusion: Nutritional risk behaviors were observed in both groups, not confirming the study hypothesis. Mothers play an important role in the family's eating organization and can influence on the development of their daughters' ED through eating restriction behaviors and practices, weight control, and concern for their own body image and their daughters one. Selective prevention actions, aimed at families and especially mothers, are recommended for a better relationship with food and body and consequently reducing the risks of these serious disorders and early detection of their signs and symptoms.

Keyword: Eating disorders, mother-daughter relationship, eating behavior, body image.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1- Dados sociodemográficos da amostra, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Tabela 2- Idade, dados antropométricos e tempo de tratamento das filhas das participantes, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC), em mediana e intervalo. Ribeirão Preto, 2019.

Tabela 3- Escore do EAT-26 da amostra, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Tabela 4- Dados antropométricos e de imagem corporal, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Quadro 1- Critérios diagnósticos da AN e BN, de acordo com DSM-V (2013). Ribeirão Preto, 2020

Quadro 2- Quadro 2- Critérios diagnósticos da AN e BN, de acordo com CID-10 (1993). Ribeirão Preto, 2020.

Quadro 3- Caracterização da rotina alimentar das famílias do grupo experimental (GE; n=13), segundo as refeições. Ribeirão Preto, 2019.

Quadro 4- Caracterização da rotina alimentar das famílias grupo controle (GC; n=10), segundo as refeições. Ribeirão Preto, 2019.

LISTA DE SIGLAS

AN	Anorexia Nervosa
AN-CP	Anorexia Nervosa do Sub-tipo Compulsivo-Purgativo
AN-R	Anorexia Nervosa do Sub-tipo Restritivo
BN	Bulimia Nervosa
CC	Circunferência da Cintura
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAT	Teste de Atitudes Alimentares
ES	Escala de Silhuetas para adultos
ESRRA	Estrogênio α
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HDAC4	Histona Desacetilase 4
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC-A	Índice de Massa Corporal Atual
IMC-D	Índice de Massa Corporal Desejado
IMC-R	Índice de Massa Corporal Real
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SSPS	Statistical Package for the Social Sciences
TA	Transtorno Alimentar
TCA	Transtorno da Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	16
1.1- Transtornos alimentares: contexto histórico, definição, critérios diagnósticos, prevalência, etiologia e tratamento.....	17
1.2- Fatores familiares e relação mãe-filha nos TA.....	23
2- JUSTIFICATIVA	28
3- HIPÓTESE.....	29
4- OBJETIVOS	30
4.1- Geral:	30
4.2- Específicos:	30
5- MÉTODO	31
5.1- Tipo e local do estudo	31
5.2- Participantes	32
5.2.1- Grupo Experimental (GE)	32
5.2.2- Grupo Controle (GC).....	32
5.3- Instrumentos	32
5.3.1- Questionário sociodemográfico e antropométrico.....	33
5.3.2- Teste de Atitudes Alimentares - <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-26).....	33
5.3.3- Escala de Silhuetas para adulto	33
5.3.4- Questionário da rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães	34
5.4- Procedimentos para coleta de dados.....	34
5.5- Análise de dados.....	35
5.6- Questões éticas	37
6- RESULTADOS	38
6.1- Características sociodemográficas, alimentares, antropométricas e de imagem corporal da amostra.....	38
6.2- Rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães.....	40
6.2.1- Grupo experimental (GE)	40

6.2.2- Grupo controle (GC).....	42
6.2.3- Rotina da alimentação da casa.....	43
6.2.4- Comportamento alimentar das famílias.....	44
6.2.5- Conceitos e práticas de alimentação saudável.....	47
6.2.6- Monitoramento da alimentação das famílias.....	49
6.2.7- Práticas alimentares das mães.....	53
7- DISCUSSÃO.....	59
8- CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE 1- Questionário sociodemográfico e antropométrico.....	96
APÊNDICE 2- Questionário sobre a rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães.....	97
APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMITÊ DE JUÍZES.....	101
APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DAS PACIENTES COM E SEM TRANSTORNO ALIMENTAR.....	103
APÊNDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –FILHAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	105
APÊNDICE 6- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FILHAS – (MENORES DE 18 ANOS) DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO).....	107
APÊNDICE 7- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS OU RESPONSÁVEIS DAS FILHAS MENORES DE 18 ANOS.....	109
ANEXOS.....	111
ANEXO 1- Teste de Atitudes Alimentares - <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-26).....	110
ANEXO 2- Escala de Silhuetas para adultos.....	112

1- INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) representam um dos principais problemas de saúde mental devido à sérias consequências associadas às comorbidades que afetam os diversos sistemas do organismo e a qualidade de vida (NAPOLITANO et al., 2019; OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2018). Dados epidemiológicos indicam que esses quadros aumentaram drasticamente em todo o mundo nas últimas duas décadas e ocorreram em todos os grupos étnicos, culturais e socioeconômicos (WASEEM; AHMAD, 2018).

Os TA são graves distúrbios que atingem, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino com início na adolescência afetando cerca de uma em cada dez adolescentes (CASTRO; BRANDÃO, 2018; MICALI et al., 2015; NAPOLITANO et al., 2019). Quanto ao grupo mais vulnerável, 13% das meninas são marcadas por angústias, comprometimento disfuncional, aumento do risco de obesidade futura, depressão, suicídio, abuso de substâncias e mortalidade representando os principais fatores de risco associados aos TA (STICE et al., 2019).

A partir dos primeiros relatos dos TA, algumas características do funcionamento familiar vêm sendo descritas, investigadas e atualmente, estão recebendo atenção especial adquirindo relevância do ponto de vista etiológico. Vários estudos buscam relacionar o funcionamento familiar do paciente como fator desencadeador ou perpetuador do quadro. Certos aspectos da dinâmica familiar do paciente, como baixa capacidade de expressão emocional, baixo nível de coesão e experiência de conflitos mais intensos do que nas famílias do grupo controle (GC), são frequentemente mencionadas pela literatura (GARCIA et al., 2018; SIQUEIRA et al., 2020).

A mãe é o primeiro modelo para a filha em relação aos conceitos sobre o peso, a forma do corpo e a imagem corporal (MOURA et al., 2015). A relação mãe-filha apresenta associação entre o comportamento alimentar de mães com estratégias de controle de peso, alimentação restrita, insatisfação corporal das mães e preferência por magreza. Além disso observou-se a associação entre a crítica materna relacionada ao corpo da filha, bem como o incentivo à dieta e insatisfação corporal das filhas, problemas alimentares, tentativas de perda de peso, comportamento de controle de peso e compulsão alimentar (BAUER et al., 2017).

1.1- Transtornos alimentares: contexto histórico, definição, critérios diagnósticos, prevalência, etiologia e tratamento

Os TA são definidos como uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2013).

Os primeiros registros desses casos foram apresentados em três momentos históricos distintos. O primeiro na Idade Média, onde o jejum autoimposto era visto como algo admirável, um verdadeiro espetáculo com objetivo espiritual, nas quais as jovens que o praticavam por maior tempo possível, eram vistas como verdadeiros milagres obtendo fama e ganhando força. O segundo momento é caracterizado pela chegada do Renascimento, período de grande mudança na forma de pensar sobre o hábito de jejuar, visto como bruxaria e passível de levar a mulher à fogueira, ou seja, período da Santa Inquisição em que as santas passam a ser pecadoras. O terceiro ocorre no Século XIX, em que esse comportamento passa a ser visto como um sintoma patológico, na perspectiva das ciências médicas, quando essas virgens miraculosas passam a ser consideradas doentes que precisavam de tratamento médico. Com o incremento dos estudos científicos sobre os sinais e sintomas presentes nesses quadros, eles são reconhecidos como doença e integraram os TA sendo os principais, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) (HAAS, 2018).

Com o passar do tempo, o caráter religioso foi perdendo força para explicar a etiologia bastante complexa e multifatorial dando lugar aos aspectos socioculturais contemporâneos que valorizam o corpo magro como sinal de beleza, independência e sucesso. Nesse contexto, os recursos comerciais tiveram um aumento progressivo e prometem o alcance quase que milagroso desse ideal, e quase inalcançável, como produtos cosméticos e alimentícios. Além disso, um corpo padrão e, na maioria das vezes irreal, é reforçado pelas mídias sociais e domina o inconsciente coletivo das pessoas que passam a acreditar que a felicidade está condicionada à exibição de uma imagem corporal ideal (MIRANDA, 2010).

Os critérios diagnósticos para os diversos tipos de transtornos alimentares, entre eles, AN, BN, transtorno da compulsão alimentar (TCA), transtorno de ruminação e o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), originam em um esquema de classificação que é mutuamente excludente, de modo que, durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído. A justificativa para tal conduta é que, além de uma série de

aspectos psicológicos e comportamentais comuns, os transtornos diferem substancialmente em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento (APA, 2013).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2013) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993) apontam, como principais TA, a AN e a BN. A AN se caracteriza pela restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Já na BN, ocorrem episódios recorrentes de compulsão alimentar acompanhados de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso (APA, 2013). O Quadro 1 mostra os principais critérios diagnósticos da AN e BN.

Quadro 1- Critérios diagnósticos da AN e BN, de acordo com DSM-V (2013). Ribeirão Preto, 2020.

AN	BN
<p>A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.</p>	<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo). <p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.</p> <p>C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.</p> <p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.</p> <p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p>

Quadro 2- Critérios diagnósticos da AN e BN, de acordo com CID-10 (1993). Ribeirão Preto, 2020.

AN	BN
<p>Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado);</p> <p>Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC $\leq 17,5$ kg/m²);</p> <p>Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;</p> <p>Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam;</p> <p>Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso;</p> <p>Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o) sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso;</p> <p>Amenorréia por 3 ciclos consecutivos;</p> <p>Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal;</p> <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. restritivo (dieta e exercícios apenas) 2. compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios) <p>*vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes</p>	<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle); Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses) preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;</p> <p>Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos;</p> <p>Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios ou outros tireoidianos ou diuréticos) *;</p> <p>Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses;</p> <p>Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável;</p> <p>Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação;</p> <p>*diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)</p>

A prevalência mundial dos TA é de 1,5% a 2,8% (GALMICHE et al., 2019), mas quando consideradas as mulheres com idade entre 18 e 30 anos, é de 3,2% sendo que a relação homem:mulher varia de 1:6 a 1:10 (ADA, 2006). Nos EUA, uma em cada 100 mulheres entre 16 e 18 anos sofrem de AN (KREIPE, 2008), mas no Brasil, não há dados de prevalência, porém observa-se aumento evidente no número de casos nos últimos anos (DUNKER et al., 2009). Embora possa ser diagnosticada em crianças menores de 13 anos, adolescentes entre 15 e 19 anos correm maior risco representando até 40% dos casos (SMINK et al., 2012). A incidência estimada de AN nessa população é de aproximadamente 8 em cada 100 mil indivíduos por ano. A BN, por sua vez, apresenta incidência aproximada de 13 por 100 mil indivíduos por ano (NIELSEN, 2001; PINZON; NOGUEIRA, 2004). A American Dietetic Association Reports (ADA, 2011) reforça que a adolescência é o período mais crítico para o aparecimento desses quadros considerando as características próprias dessa etapa da vida do ser humano, quando ocorrem mudanças físicas, psicológicas e sociais. A adolescência é o momento em que o indivíduo descobre o seu papel dentro da sociedade e precisa ser aprovado. A mídia e as pessoas inseridas em seu convívio social podem contribuir para que isso ocorra, principalmente quanto ao que ele acredita sobre bem-estar e mostrar boa aparência (LEAL, 2013).

A etiologia dos TA é multifatorial composta por vulnerabilidades biológicas e psicológicas e predisposições genéticas, socioculturais (APA, 2013). Como fatores biológicos, a desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), pela atividade aumentada ou diminuída, foi relatada em pacientes com TA (CASTELLINI et al., 2012; CASTELLINI et al., 2013; FÖCKER et al., 2016; MONTELEONE et al., 2015). Pode-se dizer que a perda de peso leva à desnutrição e o estresse associados à fase aguda dos TA (tanto para AN quanto para BN) e podem determinar aumento dos níveis de cortisol. Por outro lado, a remissão dos sintomas de TA, como a recuperação de peso e ausência de comportamentos compulsivos/purgativos podem ser responsáveis pela hipoatividade do HPA com baixos níveis de cortisol (LO SAURO et al., 2008; MONTELEONE et al., 2017; STEUDTE et al., 2011). Os fatores genéticos têm demonstrado investigação promissora a partir dos resultados de um estudo de sequenciamento de exoma/genoma completo em duas famílias comprometidas por TA. Os autores identificaram que os genes do receptor- α estão relacionados ao estrogênio (ESRRA) e a histona desacetilase 4 (HDAC4) como candidatos promissores para investigações em estudos adicionais (CUI et al., 2013). O HDAC4 é expresso no cérebro, incluindo a região cortical implicada nos TA (DARCY et al., 2010) e tem um papel conhecido na plasticidade sináptica (SANDO et al., 2010). Esses achados sugerem que uma diminuição na atividade do ESRRA pode impactar a disfunção neuronal em pacientes com TA. Além disso, o ESRRA tem um papel bem estabelecido na regulação mitocondrial da plasticidade neuronal (MATTSON, 2007) e induz a expressão de monoamina oxidase A e B sugerindo papel potencial no metabolismo de neurotransmissores monoamina, como serotonina e dopamina (REN et al., 2011). Além disso, dada a predominância feminina de TA, é possível que a sinalização de estrogênio possa mediar o risco desses distúrbios alterando a atividade ESRRA-HDAC4 (LIU et al., 2003).

Dentre os fatores psicológicos, a baixa autoestima e a insatisfação com a imagem corporal, são fatores de risco para os TA. A baixa auto-estima, que envolve a distorção da imagem corporal, estaria relacionada com a origem da AN. Pensando nisso, o sub-tipo compulsivo-purgativo (AN-CP) acomete pessoas que apresentam um perfil mais impulsivo do que o restritivo (AN-R), que prevalece mais em pessoas mais perfeccionistas e obsessivas. Além disso, outras características psicológicas são mais predominantes como sentimento de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a buscar aprovação externa, hipersensibilidade à crítica e conflitos referentes às questões de autonomia versus independência. Já, na BN, os pensamentos e emoções desadaptativas, auto-estima flutuante, e atitudes caóticas não somente em relação aos hábitos alimentares, mas também em outros

aspectos da vida, como os estudos, a vida profissional e as relações amorosas são mais descritos na literatura (OLIVEIRA-CARDOSO et al., 2018).

Estudos têm indicado que as relações familiares tendem a se tornar disfuncionais na presença dos TA (COSTA; SANTOS, 2016; ENTEN; GOLAN, 2009; ESPÍNDOLA; BLAY, 2009; NILSSON, et al., 2009; SOUZA; SANTOS, 2007; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016a). As dificuldades de relacionamento familiar são barreiras que comprometem o diálogo e a expressão emocional dos membros (LEONIDAS; SANTOS, 2014a). Conflitos familiares latentes podem vir à tona na medida em que as manifestações sintomatológicas do paciente identificado mobilizam conteúdos emocionais arcaicos. Além disso, com a instalação dos sintomas e, especialmente, no início do tratamento, ocorrem inúmeras mudanças na dinâmica familiar (VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2017).

Ainda, a influência dos fatores socioculturais é de extrema importância na etiologia dos TA atualmente. Os padrões de beleza vigentes definem a magreza e valorizam o corpo esbelto como ideal pressionando os indivíduos, mas principalmente as mulheres, a adotarem comportamentos extremos para o alcance de tal meta. Nesse sentido, o controle excessivo da ingestão alimentar por meio da prática de dietas restritivas associado a exercícios físicos extenuantes, é um fator precipitante para um TA (MAGALHÃES et al., 2017). Pelo fato de a adolescência ser um período de construção de identidade psíquica e também corporal dos jovens, eles são muito suscetíveis às influências impostas pela sociedade, pelo seu âmbito familiar e pelos seus pares incitando, muitas vezes, ao padrão de vida que os definem para si mesmos e pela comunidade. Nesse delicado período, demarcado por questionamentos e incertezas, os adolescentes podem se sentir inseguros com o próprio corpo e construindo uma imagem corporal frágil que pode afetar a autoestima. Esse olhar voltado à aparência externa pode tornar-se o principal aspecto de sofrimento nesta fase de identificação e desenvolvimento (FIGUEIREDO, 2019). Como o padrão estético atual de supervalorizar um formato magro, definido e musculoso como sinal de saúde, aqueles jovens que não se encaixam nessa regra, podem vivenciar situação de frustração, baixa autoestima e discriminação, condições relevantes para o aparecimento de TA (SILVA et al., 2012).

Nesse contexto, as mídias sociais desempenham um papel vital na formulação do que é atraente na sociedade divulgando e reforçando o ideal de beleza magra entre as mulheres, quase sempre, considerado inatingível (POWELL et al., 2018). Esses ideais confirmam a forma como os jovens se percebem e, portanto, como se valorizam (GAROUSI et al., 2016; NEUMARK-SZTAINER et al., 2011). A contradição entre o que a sociedade retrata como um modelo e o corpo real que muitas mulheres jovens têm resultou em constante preocupação com o tamanho

e a forma corporal, que se persistem com o tempo, aumenta a insatisfação corporal e favorece a conduta de atitudes alimentares desordenadas uma vez que provoca sofrimento emocional e psicológico (CARADAS et al., 2001; COHEN et al., 2017).

De fato, quase 90% dos jovens com idade entre 18 e 29 anos relataram ser usuários ativos e estar continuamente expostos a diferentes conteúdos e imagens neste meio (RODGERS et al., 2009; VAN DEN EIJNDEN et al., 2016). Entre os usuários mais ativos dessas mídias sociais, destacam-se os influenciadores. Esses novos modelos de mídia têm um impacto significativo nas últimas tendências, principalmente na forma como os temas são transmitidos e impacta diretamente nos conteúdos que os jovens estão seguindo (QUICK et al., 2014). Nesse sentido, pesquisadores também apontaram como as mídias sociais e influenciadores podem ter a chave para diminuir a insatisfação e as preocupações com o corpo. No entanto, estudos substanciais têm mostrado que os interesses econômicos estão ligados à promoção da dieta nas redes sociais, ou mesmo à cirurgia (APARICIO-MARTINEZ et al., 2019). Por meio das influências manipuladoras, como a cultura midiática, os padrões estéticos, a própria família e amigos, esses jovens buscam a perfeição dos seus corpos atendendo às essas exigências em troca de aceitação social (FIGUEIREDO, 2019).

Diante de diversas questões envolvidas na etiologia desses transtornos, recomenda-se que o diagnóstico seja o mais precoce possível afim de instituir um plano terapêutico que contemple suas múltiplas facetas, tanto para o paciente quanto para a família (LIMA et al., 2012; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016a). A abordagem deve ser realizada por equipe interdisciplinar em serviços especializados (HANACHI-GUIDOUM, 2016), composta por intervenções individuais e em grupo, além da participação dos familiares (GOULART; SANTOS, 2015; SANTOS, 2006a), não só por se considerar a importância da dinâmica das relações familiares como um dos fatores que predispõem à emergência dos TA, mas sobretudo porque os relacionamentos conflituosos podem atuar como mantenedores do quadro (COSTA; SANTOS, 2016; LEONIDAS; SANTOS, 2014a; SOUZA; SANTOS, 2010; VALDANHA-ORNELAS et al., 2013). O profissional que se dedica a cuidar desses transtornos deve ter uma escuta atenta para os conflitos que tensionam o aparelho psíquico desses pacientes, que por vezes têm dificuldade em nomear suas angústias e dar um sentido ao seu sofrimento (CORCOS, 2010).

Por isso, a compreensão da psicodinâmica de como se estrutura a relação mãe-filha nos TA e as características psicológicas específicas que permeiam a dupla é indispensável para o planejamento de estratégias de intervenção que possam contemplar o apoio familiar, de modo

que se possa incluir a família como unidade de tratamento e aprimorar o plano terapêutico oferecido (SIQUEIRA et al., 2020).

1.2- Fatores familiares e relação mãe-filha nos TA

A família se caracteriza por um grupo social específico responsável pela construção de regras e valores que regem o ambiente familiar. Sendo assim, os pais se tornam figuras de referência para os filhos desempenhando papel importante, principalmente no período da adolescência, permitindo que os filhos sejam capazes de manifestar suas subjetividades no mundo em busca do desenvolvimento de conhecimento sobre eles mesmos junto à construção de suas identidades. Dessa forma, a família, enquanto base transmissora de valores de uma educação moral e cívica, é também capaz de evoluir durante esse crescimento, não só fisicamente, mas também em aspectos sociais e psicológicos (FIGUEIREDO, 2019).

No contexto dos TA, alguns estudos observaram determinadas características da dinâmica familiar como baixa capacidade de expressão emocional, baixo nível de coesão e experiência de conflitos mais intensos do que nas famílias empregadas como controles (CASPER; et al., 2002; MA, 2008).

Valdanha-Ornelas e Santos (2016b) encontraram, na linhagem feminina das famílias, conteúdos psíquicos negativos relacionados às experiências com o corpo feminino, sexualidade e alimentação, que foram transmitidos entre as gerações sem a devida elaboração psíquica. A contraposição dos relatos de uma avó, de sua filha (que por sua vez era mãe de uma jovem com AN) e da própria paciente evidenciaram experiências, envolviam pouco cuidado afetivo entre mães e filhas, o que estava relacionado a vivências precoces com marcas de insatisfação corporal.

Dessa forma, o modo como a família se organiza, interage e se relaciona pode exercer influência no comportamento alimentar dos seus membros. Este, é determinado pelo conjunto de crenças e afetos que regem as ações e condutas alimentares sendo que uma série de regras são estabelecidas na infância, por razões variadas, as quais precisam ser entendidas para que não haja interpretação inadequada (ALVARENGA; KORITAR, 2015). Também, pode ser entendido pelo hábito de fazer refeições em família e o fato de outros parentes, como tios e avós, morarem próximos à casa da família (COSTA et al., 2010). Estudos com adolescentes apontam que fazer refeições com a família pode ser considerado um fator de proteção contra os TA, além de ajudar na incorporação de comportamentos alimentares saudáveis. Fazer as

refeições em família, tanto para crianças quanto para adolescentes, diminui em 12% as chances de as crianças apresentarem sobrepeso, e aumentam em 24% as chances de comerem alimentos mais saudáveis. Esses resultados são justificados pelo fato de que, com a família reunida em torno da mesa, é menos provável que distrações diversas, que podem estar associadas com um aumento no risco de obesidade infantil, interferirem no momento da refeição (FIESE et al., 2015; TORAL et al., 2009).

A estrutura das refeições em família inclui as práticas alimentares como a criação de rotinas de alimentação, aplicação de regras e limites sobre alimentação, escolhas orientadas, monitoramento, modelagem de papel e disponibilidade e acessibilidade alimentar em casa. Elas oferecem apoio à autonomia e visam fornecer um ambiente no qual as crianças possam se envolver na escolha de alimentos em um nível adequado de desenvolvimento e engajá-las em conversas sobre as razões das regras e limites relacionados à alimentação (VAUGHN et al., 2016).

Práticas alimentares podem ser compreendidas como todas as formas de convívio com o alimento que abarcam desde o momento da decisão de que alimento preparar, a forma de prepará-lo, os utensílios utilizados, as características, horários e divisão da alimentação em porções nas várias refeições do dia, certas preferências e aversões, até a digestão do alimento (DUNKER; PHILLIPI, 2003). Pode-se afirmar, portanto, que as práticas alimentares não se resumem apenas aos alimentos que são ingeridos ou que se deixa de ingerir, mas englobam também as regras, significados e valores que permeiam os diferentes aspectos relativos à prática de consumo alimentar (ALESSI, 2006). Por isso, podem ocorrer práticas alimentares restritivas e disfuncionais, que são métodos para perder peso, desencadeando ciclos intensos de insatisfação, restrição e compensação culminam com maior impacto na saúde (SCAGLIUSI, 2012). Existem evidências de que a prática de dietas descontroladas é um método ineficaz de controle do peso corporal que pode contribuir para o desenvolvimento de compulsão alimentar e do “efeito sanfona” (NASCIMENTO et al., 2018).

Diversas nomenclaturas podem ser encontradas atualmente para denominar essas práticas alimentares disfuncionais, como por exemplo, comportamento alimentar anormal, atitudes alimentares anormais, padrões alimentares anormais e o "comer transtornado", definido pela APA e ADA como comportamentos alimentares disfuncionais que vão da simples dieta restritiva aos TA. Nesse conceito podem estar incluídas também práticas não saudáveis para controle do peso como fazer jejum ou comer pequena quantidade de comida, pular refeições, usar substitutos de alimentos e refeições como suplementos ou *shakes*, e tomar remédios para emagrecer (LEAL et al., 2013). Essas práticas podem ser consideradas comportamentos de risco

para os TA, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que estes se referem a um “conjunto de hábitos e costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização”. Portanto, o envolvimento do indivíduo em atividades que levam ao comprometimento de sua saúde física e/ou mental por escolhas e atitudes voluntárias pode impactar de forma negativa a saúde tornando prematuro o risco de morbimortalidade (OMS, 2014).

Nesse sentido, mães que apresentam comportamentos de risco para TA, ao compartilhar preocupações com o peso corporal e fazer dieta com as suas filhas, podem servir de exemplo e estímulo para as mesmas atuando como modelo de como as mulheres devem se sentir sobre seus corpos e como implementar o controle de peso. Nesse sentido, Neumark-Sztainer e colaboradores (2010) estudaram os efeitos dos comportamentos relacionados à dieta da mãe na alimentação restritiva da filha, em um estudo transversal com adolescentes com excesso de peso. Os resultados mostraram que a fala materna sobre problemas de peso e dieta, bem como o envolvimento no comportamento de dieta, previu medidas extremas de controle de peso e compulsão alimentar entre filhas.

No contexto dos TA, a relação mãe-filha é entendida como simbiótica, insegura e ambivalente, rodeada por sentimentos de invasão e intrusão emocional, abandono e desamparo (VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016a). O cuidado materno e a consequente construção do vínculo entre a díade podem receber influência de conteúdos emocionais não elaborados, denominados objetos transgeracionais, transmitidos por gerações por mecanismos de identificação, levando o *self* desses indivíduos a ser habitado por conteúdos inconscientes que pertencem à outra geração, impedindo o desenvolvimento de um psiquismo próprio (SILVA, 2003). Segundo Marini (2016), há falhas na constituição do processo de subjetivação e do corpo, instalada pelo vínculo simbiótico entre mãe-filha devido ao investimento materno inadequado.

Os autores Freud (1996), Klein (1996) e Winnicott (1999), descrevem sobre desenvolvimento infantil estabelecendo a relação mãe-bebê de acordo com os primeiros vínculos. O elo entre uma mãe e o filho é o alimento que tem um significado psíquico, não apenas para a saciação da fome, mas induz o melhor contato evitando futuras frustrações. As teorias psicanalíticas compreendem que o que contribui para um bom desenvolvimento da personalidade do indivíduo é a relação da mãe com o recém-nascido (ÁVILA et al., 2007).

No entanto, o narcisismo vivenciado pela mãe com relação ao seu filho, geralmente faz com que a mesma impeça que o seu bebê vincule-se, também, à instância paterna, que é capaz de equilibrar as relações e fazer com que a mãe não seja a única figura presente e compreendida

enquanto relevante na vivência da criança. A partir desta abertura do pai é que a criança torna-se um indivíduo capaz de desejar, estruturando-se psiquicamente, permitindo-se relacionar com o mundo e desenvolver-se. No caso dos TA, ao invés de uma maternagem suficientemente boa, insatisfações maternas e comportamentos instáveis são transmitidos aos filhos em geral, mesmo que silenciosamente, tendo em vista que o vínculo mãe-bebê é inseguro (SOPEZKI; VAZ, 2008).

Essa dificuldade de separação entre os membros pode possibilitar no jovem uma recusa em relação ao que é ofertado pelo outro, ou seja, a partir da não compreensão do processo de castração, a menina não aceita sua própria feminilidade/sexualidade, apresentando-se insatisfeita, podendo tornar-se desenvolver anorexia a partir da recusa do outro. É em meio a falta de significação que há a busca pelo corpo ideal de desejo devido a insatisfação própria do sujeito relacionada aos eventos da infância que podem assumir uma posição traumática futura, como a partir do desenvolvimento de um TA (SOUZA et al., 2018).

Dessa forma, pode-se perceber que a relação mãe-filha no contexto dos TA é complexa, necessitando a compreensão de muitos aspectos, principalmente no que diz respeito ao cuidado materno. Nesse sentido, o estudo de Moura, Santos e Ribeiro (2015) buscou compreender como mães de adolescentes com TA vivenciaram o processo de cuidar de suas filhas desde a gestação até os dois anos de idade, e explorou o modo como essas vivências se relacionavam com o surgimento dos sintomas de TA na adolescência. Os resultados evidenciaram a insatisfação das mães com a maternidade, pois tiveram dificuldades em atender às demandas das filhas, o que acarretou uma sensação persistente de impotência e intenso sofrimento durante a infância. As filhas foram descritas como bebês famintos e insatisfeitos, sugerindo que, provavelmente, teriam experimentado dificuldades precoces em assimilar os cuidados básicos oferecidos por suas mães nos primeiros anos de vida.

Além das características psicológicas das mães, a alimentação também apresenta fatores importantes para o desenvolvimento de comportamentos de risco nutricional entre a díade. Nesse sentido, Bulika e colaboradores (2010) referem que as restrições de alimentos são potencialmente transferidas dos pais para as crianças, especialmente quando a mãe possui um TA, o que colabora para o desenvolvimento desse quadro também nos filhos. Esse achado corrobora a importância da mãe na construção de modelos de práticas alimentares que são transmitidos pelos padrões de reprodução. De fato, Handford e colaboradores (2018) constataram que as meninas com TA se envolveram em uma exposição à autocrítica materna relacionada à alimentação e ao peso, e relataram insatisfação corporal e mais atitudes alimentares não saudáveis em comparação com meninas sem TA. Ainda, o encorajamento da

mãe para perda de peso tem sido associado a problemas relacionados à alimentação entre adolescentes, incluindo restrição não saudável (ARMSTRONG; JANICKE, 2012) e insatisfação corporal (FRANCIS; BIRCH, 2006). A influência materna a este respeito parece bastante poderosa, pois mesmo um encorajamento materno sutil, por uma simples menção do peso da filha, prediz maior restrição das jovens adolescentes e menor estima do corpo (SMOLAK et al., 1999).

Portanto, práticas alimentares maternas e questões corporais nos TA podem estar altamente comprometidas e caracterizadas por consumo alimentar irregular, compulsão e obsessão pela comida, e dietas restritivas seguidas de emoções negativas (ALVARENGA et al., 2011; KOTAIT et al., 2010). A partir desse pressuposto, faz-se necessário compreender como os comportamentos de risco nutricional de mães podem estar relacionados com o TA das filhas.

2- JUSTIFICATIVA

A família exerce papel crucial no desenvolvimento dos seus membros e principalmente, naqueles acometidos por um TA. Segundo Cobelo (2004), um fator fundamental nesses quadros, além da relação mãe-filha, é o da dinâmica familiar. Algumas características das famílias dos indivíduos com AN incluem perfeccionismo, superproteção, repressão das emoções e preocupação com peso e com dieta. O perfeccionismo é presente principalmente entre os pais, os quais enfatizam o bom comportamento de suas filhas, sendo que esta característica levaria a um hipercontrole podendo ter como consequência, a sua infantilização. Já nas famílias de pacientes com BN, é mais comum a ocorrência de uma dinâmica caótica, com poucas regras de funcionamento estabelecidas, problemas de comunicação, dificuldade para demonstrar afeto e para impor limites e normas, e pais com antecedentes psicopatológicos.

Dessa forma, ressalta-se que a dinâmica das relações familiares pertence aos fatores que predisõem à ocorrência dos TA, principalmente no tocante à relação mãe-filha. Um estudo realizado nos Estados Unidos comprovou que os adolescentes filhos de pais que valorizam o controle do peso corporal tiveram mais tendência a realizar dietas, apresentar compulsão alimentar e comportamentos inadequados para evitar o ganho de peso. Já aqueles que estavam com excesso de peso, mas as mães estimulavam hábitos alimentares saudáveis sem enfatizar o peso corporal, foram menos suscetíveis à adesão de dietas e comportamentos inadequados para controle de peso (BERGE et al., 2013). Esses resultados demonstraram que o comportamento materno pode ser determinante e exercer grande influência no desenvolvimento de TA das filhas.

Dada a importância da relação mãe-filha nesse contexto, é relevante identificar e compreender se essa associação existe e como ela afeta o TA da filha a fim de fornecer subsídios para a equipe multiprofissional no planejamento de protocolos terapêuticos direcionados aos familiares e às mães contribuindo para o avanço do conhecimento científica e social.

3- HIPÓTESE

A família participa de maneira importante e decisiva na etiologia dos TA, especialmente no que diz respeito aos comportamentos de riscos nutricionais da mãe. Sendo assim, a hipótese deste estudo é que mães cujas filhas apresentam TA têm preocupação com o peso e a imagem corporal, práticas alimentares inadequadas, e preocupação com os hábitos alimentares e o peso das filhas.

4- OBJETIVOS

4.1- Geral:

Identificar comportamentos de risco nutricional de mães cujas filhas apresentam TA comparando-as com mães que possuem filhas sem esse quadro.

4.2- Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas e antropométricas da amostra;
- Avaliar sinais e sintomas de TA e a imagem corporal;
- Investigar a rotina alimentar da família e as práticas alimentares das mães.

5- MÉTODO

5.1- Tipo e local do estudo

O estudo é de caráter descritivo, transversal e comparativo, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo é aquele que visa apenas observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo. No estudo transversal (ou seccional), a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje (MARCONI et al., 2001; MARCONI et al., 2005; SILVA et al., 2001; SILVA, 2004).

A abordagem quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros. Em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas (SILVA et al., 2001; SILVA, 2004).

A abordagem qualitativa é o tipo de pesquisa apropriada para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas (SILVA et al., 2001; SILVA, 2004).

Este estudo foi desenvolvido junto ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP), o primeiro serviço especializado criado no país, em 1982, para tratamento desses quadros (SANTOS, 2006b). Conta com uma equipe multiprofissional fixa composta por médicos nutrólogos e psiquiatras, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Realiza atendimento na modalidade ambulatorial e de internação integral, individual e em grupo para o paciente e família (SANTOS et al., 2021).

5.2- Participantes

Foram formados dois grupos de participantes, a saber:

5.2.1- Grupo Experimental (GE)

Esse grupo foi composto por 13 participantes, sendo mães de pacientes com TA acompanhadas pelo serviço, com idade entre 30 e 59 anos, ensino fundamental incompleto ou nível superior, independente do estado nutricional, tipo de diagnóstico da filha (AN ou BN) e tempo de tratamento. Como critérios de exclusão, foram consideradas as gestantes e mulheres com necessidades especiais e dificuldade cognitiva que impedem a avaliação antropométrica e aplicação dos instrumentos utilizados. A amostra é por conveniência, ou seja, as mães de pacientes em acompanhamento no serviço no período da coleta de dados, estimada para ocorrer entre abril/2019 e novembro/2019.

5.2.2- Grupo Controle (GC)

Esse grupo foi composto por 10 participantes, sendo mães com idade entre 30 e 59 anos, ensino fundamental incompleto ou nível superior, que tenham, pelo menos, uma filha com idade entre 12 e 40 anos, sem transtorno alimentar (EAT-26 menor de 21 pontos) e índice de massa corporal (IMC) de eutrofia. Como critérios de exclusão, foram consideradas as gestantes e aquelas com necessidades especiais e dificuldade cognitiva que impedem a avaliação antropométrica e aplicação dos instrumentos utilizados. Foi utilizado o método *snow-ball* para recrutamento e a seleção desse grupo, sistema seletivo que parte da seleção, escolha ou indicação de um provável entrevistado indicado e reconhecido socialmente por membros da própria comunidade (ALBUQUERQUE; LINS NETO, 2010). O tamanho da amostra foi pareada com o GE.

5.3 - Instrumentos

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos de medidas:

5.3.1- Questionário sociodemográfico e antropométrico

Foram coletados dados sociodemográficos com questões referentes à idade, estado civil e nível de escolaridade. Para caracterização socioeconômica foi aplicado o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2016). Além disso, foram feitas medidas de peso, altura e circunferência da cintura, já que são ferramentas de baixo custo e fácil aplicação (APÊNDICE 1).

5.3.2- Teste de Atitudes Alimentares - *Eating Attitudes Test* (EAT-26)

Para a identificação de sinais e sintomas de TA, foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), proposto por Gardner e colaboradores (1999) traduzido para o português e validado por Bighetti e colaboradores (2003), para a sua utilização no Brasil com adultos e adolescentes do sexo feminino e de domínio público. O EAT-26 é um questionário de autorrelato que possui questões do tipo escala Likert, com seis opções de resposta, que pontuam de 0 a 3, e a sua pontuação total pode variar de 0 a 78. É um questionário de autopreenchimento, constituído de 26 questões com seis opções de resposta: sempre, muito frequente, frequentemente, às vezes, raramente e nunca. O teste é muito utilizado em estudos epidemiológicos para rastrear indivíduos supostamente suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbio da conduta alimentar e pessoas cujas respostas ao teste atingem escore igual ou superior a 21 (ANEXO 1).

5.3.3- Escala de Silhuetas para adulto

A Escala de Silhuetas para adulto (ES) foi aplicada para investigar a imagem corporal, especificamente a percepção e satisfação corporais, de domínio público. Constitui-se em um instrumento bastante eficaz para avaliar o grau de insatisfação com o peso e as dimensões corporais, como largamente aceito e aplicado por outros pesquisadores (GARDNER; FRIEDMAN; JACKSON, 1998; MADRIGAL et al., 2000; THOMPSON, 1996). A escala, que é validada para a população brasileira (KAKESHITA et al., 2009), consiste em 30 silhuetas, sendo 15 de cada sexo, apresentadas em cartões individuais, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra para a mais larga. O IMC das silhuetas varia de 12,5kg/m² a 47,5kg/m², com intervalos constantes de 2,5kg/m² entre silhuetas seguidas. Os

cartões são apresentados em superfície plana ao indivíduo, estando estes em ordem ascendente. Solicita-se que o participante escolha a silhueta que mais se aproxima a imagem que ele tem de seu próprio corpo, gerando-se assim a variável Silhueta Atual com seu respectivo IMC Atual. Em seguida, solicita-se que o indivíduo escolha o cartão que contenha a silhueta que mais se aproxima daquela que ele gostaria de ter, gerando assim a variável Silhueta Desejada, com seu respectivo IMC Desejado. A discrepância entre a percepção de tamanho corporal atual e o que gostaria de ter é aceita como a medida de insatisfação corporal (ANEXO 2).

5.3.4- Questionário da rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães

Trata-se de um questionário elaborado pelas pesquisadoras do presente estudo para caracterização da rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães (APÊNDICE 2). Uma versão preliminar foi construída e passou por três juízes para validação. Foram convidados docentes *experts* na temática para compor o comitê de juízes (três docentes do Curso de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3). As questões foram pensadas e construídas de acordo com a experiência clínica no tratamento dos TA, uma vez que são questões comuns na sintomatologia desses quadros.

O questionário foi construído para investigar a rotina alimentar das famílias e as práticas alimentares das mães buscando compreender o cotidiano da casa em relação aos hábitos, atitudes e comportamentos. Ele foi composto pela caracterização das pessoas que vivem na mesma casa que a mãe, e abordou questões sobre membros da casa e as refeições em geral (horário, duração, quem participa, local). Além disso, apresentou questões fechadas referentes à percepção da mãe sobre os seus hábitos e comportamentos alimentares e da família. Perguntas relacionadas à alimentação saudável, leitura de rótulos de alimentos, definição de cardápio e preparo das refeições, sentimento de culpa após consumir determinados alimentos, alteração do peso nos últimos 12 meses e sentimento com o peso atual foram questionadas para as participantes.

5.4- Procedimentos para coleta de dados

Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mães de pacientes que estão em tratamento no referido serviço, com uma breve explicação da pesquisa, o motivo e se gostariam

de contribuir com o estudo. Para as que aceitaram, foi entregue o TCLE às participantes para assinarem e, dessa forma, garantir os preceitos éticos de todos envolvidos (APÊNDICE 4). As perguntas abertas audiogravadas para melhor entendimento das questões. Foi solicitada a autorização das pacientes (filhas das participantes do estudo) para que seja realizada a coleta de dados do prontuário médico em relação a informações sobre a data de nascimento, o diagnóstico e tempo de tratamento, mediante a assinatura do TCLE (APÊNDICE 5).

A coleta de dados foi realizada no dia da consulta da paciente, na qual as mães foram recrutadas individualmente, em uma sala do ambulatório específica para este fim. Primeiramente foi aplicado o questionário sociodemográfico e de caracterização socioeconômica. A seguir, a pesquisadora aplicou a Escala de Silhuetas e o questionário de práticas alimentares da família. Por fim, as mães preencheram o EAT-26, e foram pesadas e medidas na balança digital eletrônica disponível no serviço, de acordo com protocolo sistematizado (BRASIL, 2011). Já a coleta de dados do GC foi feita no endereço residencial das mães ou outro local escolhido por elas, nas quais foram aplicados os mesmos questionários e a aferição do peso foi efetuado por balança portátil digital e estatura por estadiômetro portátil.

A coleta dos dados da filha foi realizada no Serviço de Arquivo Médico (SAME) onde estão localizados os prontuários em versão impressa e versão digital disponíveis para pesquisa no local sob agendamento. Os arquivos são de pacientes em acompanhamento no hospital ou com movimentações de prontuários. Para pacientes menores de 18 anos foi entregue o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE 6), e para os pais dessas pacientes serão entregues o TCLE (APÊNDICE 7).

5.5- Análise de dados

Os dados foram tabulados em uma planilha com dupla digitação utilizando-se o programa Excel e transportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0 para análise descritiva e comparativa.

A classificação econômica dos indivíduos seguiu as orientações do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2016 – O novo critério de classificação econômica Brasil (CCEB, 2016). Com os dados de peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) (BRASIL, 2011) pela fórmula $\text{peso (kg)}/\text{estatura (m)}^2$ e a classificação seguiu o proposto pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

O ponto de corte do EAT-26 é de 21 pontos abaixo desse valor foi considerado negativo e acima indicou a presença de atitudes alimentares patológicas e risco para o desenvolvimento de TA (BIGHETTI, 2003).

Em relação à ES, a distorção da imagem corporal é verificada pela acurácia da estimação do tamanho corporal e foi avaliada subtraindo-se o IMC Atual do IMC Real; já a insatisfação corporal foi medida pela discrepância entre o IMC Desejado e o IMC Atual. Quanto mais próxima de zero, mais acurada foi a estimação e menor a insatisfação corporal. Resultados negativos indicam uma subestimação do tamanho corporal real e um anseio por uma silhueta menor, enquanto resultados positivos indicam superestimação e um desejo por uma silhueta maior (LAUS; ALMEIDA, 2013).

Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando a condição para uso do teste qui-quadrado não foi verificada. O teste Mann-Whitney foi aplicado para a variável idade e variáveis da imagem corporal, uma vez que o tamanho da amostra é pequeno. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$) e os intervalos com 95% de confiança.

Já o questionário da rotina familiar e práticas alimentares das mães foi analisado de forma descritiva para as questões fechadas. Para as perguntas abertas foi realizada a análise reflexiva temática, que permite considerar a subjetividade do pesquisador e dá oportunidade para o entendimento da essência das descrições (CLARKE; BRAUN, 2018). Elas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e literalmente, respeitando a sequência de respostas e a forma como foram expressas as falas. O processo de análise temática do questionário qualitativo compreendeu as seguintes etapas sugeridas por Braun e Clarke (2006):

- a) Transcrição das entrevistas, leituras e releituras para imersão e familiarização com os dados e transcrição das respostas das entrevistadas;
- b) Identificação dos códigos iniciais a partir dos conteúdos de interesse inicialmente identificados;
- c) Reavaliação e agrupamento dos códigos, seguido pela construção de mapas com os códigos para a identificação das categorias;
- d) Revisão e refinamento das categorias, com uma reorganização e eventuais criações de temas;
- e) Definição e nomeação dos temas: identificação da essência do que trata cada tema e determinação de qual aspecto dos dados cada tema aborda, visando uma descrição analítica pertinente às questões de pesquisa;

f) Análise final com o oferecimento de uma visão sucinta, coerente, lógica, não repetitiva e relevante a respeito do material obtido.

5.6- Questões éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) devido à participação de seres humanos, segundo a Resolução n° 466/2012 e está registrado de acordo com o Protocolo CAAE: 01594918.4.0000.5393 e n° 510/2018.

6- RESULTADOS

6.1- Características sociodemográficas, alimentares, antropométricas e de imagem corporal da amostra

Participaram do estudo, 13 mães, cujas filhas têm TA (GE) e 10 mães de filhas consideradas saudáveis (GC). A idade mediana foi de 50 anos (36 a 55 anos) no GE e 51 anos (34 a 58 anos) no GC. Em ambos os grupos, mais da metade das mães tem companheiro; o GC tem mais mães com ensino médio completo e nenhuma com ensino superior completo (0,043). Em relação à ocupação, a maioria das participantes apresentam atividade fora de casa, em ambos os grupos. Quanto ao nível socioeconômico, a maior parte delas se enquadra na classe B.

Tabela 1- Dados sociodemográficos da amostra, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	GE (n=13)	GC (n=10)	p-valor*
	n (%)	n (%)	
Estado civil			0,617
Com companheiro	11 (84,6)	7 (70,0)	
Sem companheiro	2 (15,3)	3 (30,0)	
Escolaridade			0,043
Fundamental incompleto	5 (38,0)	3 (30,0)	
Fundamental completo	1 (7,7)	1 (10,0)	
Médio completo	2 (15,4)	6 (60,0)	
Superior completo	5 (38,5)	0 (0)	
Ocupação			0,650
Com atividade	10 (76,9)	6 (60,0)	
Dona de casa	3 (23,1)	4 (40,0)	
Classe social			0,887
A	1 (7,7)	0 (0)	
B	9 (69,3)	7 (70,0)	
C	2 (15,4)	3 (30,0)	
D-E	1 (7,7)	0 (0)	

*Teste exato de Fisher

Das 13 mães de pacientes com TA (GE), 10 delas (79,92%) tinham filhas com AN e três (23,07%), com BN. Elas estavam em tratamento no serviço especializado há 18 meses (mediana). O valor mediano do IMC das filhas de ambos os grupos estava dentro da faixa de normalidade. No entanto, as do GE apresentaram valor inferior e a classificação do estado

nutricional variou de magreza à obesidade. Já as filhas do GC também se mostraram com ampla faixa de IMC chegando ao sobrepeso, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2- Idade, dados antropométricos e tempo de tratamento das filhas das participantes, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC), em mediana e intervalo. Ribeirão Preto, 2019.

	Idade (anos)	IMC (kg/m²)	Tempo de tratamento (meses)
GE (n=13)	19 (13 - 40)	20,15 (14,63 – 31,30)	18,00 (2 – 96)
GC (n=10)	18 (13 – 31)	23,05 (16,22 – 27,98)	-

IMC: Índice de massa corporal

Em relação aos dados alimentares que identificam possíveis sinais e sintomas comuns aos TA, investigados pelo EAT-26, observou-se que o escore foi semelhante nos dois grupos, porém com intervalo maior no GE. Um terço do GC apresentou resultado positivo para o EAT (>21 pontos) (Tabela 3).

Tabela 3- Escore do EAT-26 da amostra, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

	Mediana	Intervalo	Escore positivo n (%)	Valor p*
GE (n=13)	10,00	1 – 42	2 (15,40)	0,618
GC (n=10)	11,50	6- 27	3 (30,00)	

*Teste exato de Fisher

Em relação aos dados antropométricos (Tabela 4), as participantes do GE apresentaram IMC mediano de eutrofia, enquanto as do GC, sobrepeso. Entretanto, observou-se que o intervalo dessa variável foi diferente entre os grupos, em que o GE variou de forma mais ampla (de eutrofia à obesidade grau III) e o GC, até obesidade grau II. A circunferência da cintura (CC) mediana foi semelhante entre os grupos, porém com diferença na classificação: no GE, o risco cardiovascular foi elevado e no GC, muito elevado. Esses resultados indicam que o estado nutricional das participantes do GC era mais comprometido em relação às do GE.

Quanto à acurácia e satisfação corporal da amostra investigada pela Escala de Silhuetas, os resultados sugerem que as participantes do GE apresentaram acurácia da imagem corporal, ou seja, elas se percebem com um corpo de tamanho diferente do real com tendência para um

formato maior (3,71). Além disso, estão insatisfeitas com a imagem corporal, pois todas gostariam de ter um corpo menor do que possuem (-5,00). No GC, foi observado o mesmo comportamento para essas variáveis, com valores ainda maiores quando comparados ao GE, porém sem diferença significativa.

Tabela 4- Dados antropométricos e de imagem corporal, segundo o grupo (experimental-GE e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	GE (n=13)		GC (n=10)		Valor p*
	Mediana	Intervalo	Mediana	Intervalo	
Circunferência da cintura (CC)	85,00	68,00 - 110,00	90,00	77,00 - 100,00	0,693
IMC-R	23,74	18,79 - 48,18	26,82	20,70 - 37,26	0,738
IMC-A	30,00	20,00 - 47,50	32,50	27,50 - 47,50	0,343
IMC-D	25,00	15,00 - 40,00	25,00	20,00 - 32,50	0,879
Acurácia (IMC-A – IMC-R)	3,71	(-3,60) - 10,09	7,93	0,97 - 14,92	0,088
Satisfação (IMC-D – IMC-A)	(-5,00)	(-20,00) - 10,00	(-7,50)	(-17,5) – (-5,0)	0,077

*Teste Mann-Whitney

IMC-R: Índice de massa corporal real; IMC-A: Índice de massa corporal atual; IMC-D: Índice de massa corporal desejado.

6.2- Rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães

6.2.1- Grupo experimental (GE)

Em relação à constituição familiar do GE, observou-se que 11 (84,6%) das 13 participantes moram com o companheiro e mais da metade delas (n=7; 53,8%) têm mais de um filho. Em uma das famílias, a avó materna mora na mesma casa e em outra família, mora uma neta. A média de membros por família é de 3,4 pessoas.

A caracterização da rotina alimentar das famílias do GE e algumas práticas alimentares das mães foram descritas a seguir afim de compreender o contexto e a dinâmica da alimentação. O nome das refeições foi o informado pelas participantes, assim como todas as respostas obtidas em relação aos membros da família que fazem a refeição, o local e os alimentos e bebidas consumidos na refeição.

Quadro 3- Caracterização da rotina alimentar das famílias do grupo experimental (GE; n=13), segundo as refeições. Ribeirão Preto, 2019.

Nome da refeição/horário (Variação)	Duração média da refeição (minutos) (Variação)	Membros da família que fazem a refeição	Local da refeição	Comidas/bebidas consumidos	Mães que realizam essa refeição (n)
“Café da manhã” 4h30 – 8h00	12,9 (3-30)	Mãe, pai, filhos	Cozinha, varanda, copa, sala de jantar, local de trabalho	Pão integral, pão com ovo, bolacha com margarina, torrada, torrada com maionese queijo branco, fruta, bolo, granola, pasta de amendoim, aveia, papa de aveia, café, leite, iogurte,	12
“Intervalo” 09h00	7,5 (5-10)	Mãe, pai, filhos	Cozinha ou local de trabalho	Bombom, bolachinha, suco de fruta	02
“Almoço” 9h00 – 13h30	21,7 (8-40)	Mãe, pai, filhos	Cozinha, local de trabalho, sala, copa, varanda	Arroz, feijão, carne, salada, legumes, ovo	12
“Lanche da tarde”/ “Café” / “Belisco” 15h00 – 17h30	11,3 (5-30)	Mãe, pai, filhos	Cozinha, sala, varanda	Fruta, castanha de caju, torrada, queijo, bolo, gelatina, doce, barra de cereal, iogurte, café, suco, leite	08
“Jantar” / “Belisco” 19h00 – 21h00	22,3 (5-30)	Mãe, pai, filhos	Cozinha, varanda, sala	Arroz, feijão, carne, ovo, cuscuz, legumes, comida japonesa, farofa, pão com queijo, sopa, lanche.	13
“Chá da noite” / “Lanchinho antes de deitar”/ “Lanche da noite” / “Ceia” 21h00 – 22h00	8,0 (5-10)	Mãe, pai, filhos e neta	Cozinha, copa	Pão com manteiga, doce, sorvete, torrada, fruta, bolo, chá, capuccino, leite e iogurte	05

6.2.2- Grupo controle (GC)

Em relação à constituição familiar do GC, sete (70%) das 10 participantes moram com o companheiro, nove delas (90%) têm mais de um filho e, em uma das famílias, a avó materna mora na mesma casa. A média de membros por família é de 3,3 pessoas.

A caracterização da rotina alimentar das famílias do GE e algumas práticas alimentares das mães foram descritas a seguir afim de compreender o contexto e a dinâmica da alimentação.

Quadro 4- Caracterização da rotina alimentar das famílias do grupo controle (GC; n=10), segundo as refeições. Ribeirão Preto, 2019.

Nome da refeição/horário (Variação)	Duração média da refeição (minutos) (Variação)	Membros da família que fazem a refeição	Local da refeição	Comidas/bebidas consumidos	Mães que realizam essa refeição (n)
“Café da manhã” 05:00 – 09:30	19,5 (5 – 60)	Mãe, pai e filhos	Cozinha, mesa da sala (sem TV), copa.	Café com açúcar, pão com manteiga, bolacha de sal, queijo, chá, leite, bisnaga com requeijão, bolo, macarrão instantâneo, ovo mexido, iogurte	10
“Reforço do café” 07:00 – 09:00	12,5 (10 – 20)	Mãe e filha; só a filha	Local de trabalho e escola	Bolo, bolacha, biscoito, pão de queijo, salada, macarrão.	02
“Almoço” 11:00 – 14:00	23 (5 – 40)	Mãe, pai e filhos	Cozinha, mesa da sala sem TV, copa, sala.	Arroz, feijão, carne, legume refogado, salada, fruta, macarrão instantâneo refrigerante	10
“Lanche da tarde”/ “Café da tarde”/ “Lanchinho” 15:00 – 19:00	15 (5 – 30)	Pai e filha; só a filha; mãe e filhas ou só a mãe.	Local de trabalho, cozinha, copa, sala.	Fruta, chá, café, bolacha, salgado, pão de queijo, leite, bolo	10
“Jantar” 18:30 – 23:00	28,3 (15 – 40)	Mãe, pai e filhos	Cozinha, sala, quarto, copa	Arroz, feijão, carne, legume, omelete, fruta, macarrão, refrigerante	10

“Petisco” 23:00	10 (5)	Mãe, pai e filhos	Sala, em frente à TV	Chá ou doce (chocolate, sorvete)	01
--------------------	-----------	----------------------	----------------------------	--	----

Para melhor entendimento da rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães, algumas questões foram realizadas durante a entrevista semiestruturada, descritas a seguir. Os nomes são fictícios para preservar a identidade das participantes: Milena, Fátima, Fabiana, Gisele, Olívia, Nádia, Roberta, Tereza, Denise, Tatiane, Soraia, Pâmela, Karine, Josefa, Fernanda, Pietra, Jordana, Betânia, Abigail e Joice. As questões foram agrupadas em cinco categorias para melhor organização e apresentação dos dados: Rotina da alimentação da casa; Comportamento alimentar das famílias; Coceitos e práticas de alimentação saudável; Monitoramento da alimentação das famílias; Práticas alimentares das mães.

6.2.3- Rotina da alimentação da casa

- Responsável pelas compras da casa:

Cinco participantes do GE realizaram tal atividade acompanhadas das filhas; quatro delas vão sozinhas e três mães relataram que é o companheiro quem realiza as mesmas. Todas as mães fazem as compras em supermercado, sendo que quatro delas vão todos os dias buscando produtos mais frescos e promoções do dia. Quando as filhas vão às compras, elas costumam ler rótulos e comprar produtos mais naturais. Esse comportamento já não é observado pelos companheiros que geralmente, levam uma lista de itens para comprar e se eles têm dúvidas, ligam para a esposa.

Em relação ao GC, três relataram que os responsáveis são elas e os companheiros; duas vão sozinhas; duas referiram que os companheiros vão sozinhos; uma diz que todos da casa fazem as compras conforme o consumo dos alimentos; uma revelou que os filhos vão juntos ao supermercado e uma relatou que é a sua mãe quem faz as compras da casa. Todas as mães referiram ir ao supermercado, pois é o local onde encontram todos os produtos que a família precisa. A frequência dessa tarefa variou de semanal (quatro mães vão uma vez na semana; três vão todos os dias; duas relataram ir de três a quatro vezes) a quinzenal (apenas uma mãe).

- Responsável pelo cardápio:

Sete participantes do GE relataram que elas definem o que será preparado nas refeições. Já no GC, oito delas decidem o cardápio; uma refere que sua mãe é a responsável e outra, que ela e a filha decidem juntas.

- Responsável por cozinhar:

Dez mães do GE confirmaram que elas são as responsáveis, porém contam com a ajuda das filhas e dos companheiros. No GC, quatro mães são as responsáveis por essa tarefa, outras quatro cozinham com suas filhas; uma revelou que é a sua mãe quem prepara as refeições e uma reveza com seu companheiro.

- Sobre fazer refeições fora de casa:

Mais da metade das mães do GE revelou que não costuma sair de casa para comer; quatro mães têm esse hábito “às vezes”, consideradas como saídas semanais com diferentes frequências, como nos seguintes relatos:

“Às vezes, no jantar, porque o almoço e café da manhã geralmente é em casa mesmo. É, barzinho, pizzaria, às vezes tem algum prato assim.” Milena.

“Às vezes sim. É mais assim, a gente sai de casa e vai comer na casa da minha mãe, na casa assim... restaurante, lanchonete, minha filha quase não tá indo, então a gente não... mas é assim mesmo. Um duas vezes na semana.” Fátima.

Em relação ao GC, comer fora de casa faz parte da rotina alimentar de cinco participantes; duas revelaram que saem às vezes e três, raramente. Os lugares mais frequentados são restaurante, pizzaria, casa da tia e shopping. A frequência foi variada: duas participantes contam que saem a cada 15 dias, duas delas, uma vez na semana e uma mãe diz sair uma vez ao mês. As duas mães que relataram que saem “às vezes”, foi observado que a frequência é semanal, ou seja, “às vezes” é considerado saída semanal por essas participantes.

6.2.4- Comportamento alimentar das famílias

- Leitura de rótulos dos alimentos:

Seis mães do GE informaram que as filhas têm esse hábito em busca de informação nutricional; quatro procuram pela data de validade, produtos sem glúten e lactose, e baixa quantidade de sódio. No GC, cinco delas adotaram essa prática e procuram por informação nutricional sobre açúcar, sódio, gordura e validade do produto.

- Hábito de beliscar entre as refeições:

Dez mães do GE apresentam esse comportamento e consomem fruta, iogurte, pão com manteiga, bolacha, doce, salgadinho chips, bolo, chocolate. Algumas participantes relataram ainda, que comem o que tiver disponível na casa.

Já no GC, nove apresentaram esse hábito e, além de alguns alimentos citados pelo GE, surgiram: presunto, muçarela e suco. Uma mãe diz que, apesar de não ter esse comportamento, come tudo o que tem na geladeira quando está em casa à noite, segundo o relato abaixo:

“Não... eu tenho o hábito de beliscar. Durante o dia não, mas à noite sim. Não dá nem tempo tem né, só trabalho. É só à noite. E é tudo que tem na geladeira... doce, salgado.” Fabiana.

Outra fala que chama atenção diz respeito a uma participante que confirma esse comportamento e comenta ser um momento prazeroso:

“Eu tenho (risos). É a parte mais gostosa. E o duro quando você não acha o que beliscar... dá um desespero né (risos). Eu às vezes é maçã, alguma bolachinha, mais ou menos isso.” Gisele.

Diante desses depoimentos, observa-se diferentes representações sobre o hábito de beliscar variando de um possível comportamento de compulsão a uma sensação de prazer e desespero.

- Hábito de comer exageradamente:

Oito participantes do GE informaram que algum membro da família tem esse comportamento. Nessa questão, observou-se que o significado dessa questão foi compreendido de maneira diferente para duas participantes. Uma delas acredita que repetir a refeição significa comer em exagero e a outra, refere que o companheiro, que já fez cirurgia bariátrica, apresenta esse comportamento:

“Eu sim, assim, eu ponho... às vezes quando eu faço aquele arroz, feijão que cozinha no dia, aí eu adoro, então eu como bem mais. Ah, eu ponho umas duas conchas de feijão, umas duas colheres de arroz... escumadeira de arroz. Eu acho, ah eu como mais ou menos um prato bem cheio assim de salada né, carne. Já escutei minha filha falando: “nossa mãe, pra que comer tanto assim, tem tanta fome assim? (risos).” Olívia.

“O padrasto come exageradamente, elas (as filhas) não acompanharam esse problema dele, porque quando ele chegou na nossa casa ele já tinha feito a bariátrica então as meninas não acompanharam esse processo, mas ele come e vomita, porque a filha dele, que não mora com a gente, mas que tem contato, também vomita após as refeições. Ele já tem uma certa estabilidade com a bariátrica, porque já tem 12 anos que fez, mas gosta de comer com gordura e a alimentação dele é diferente da delas (as meninas) às vezes dá até briga, ele vem e quer pôr um azeite a mais, quer pôr um molho a mais, um caldo a mais e elas “já é” aquela coisa sequinha, organizada.” Milena.

Em relação ao GC, apenas uma mãe revelou que algum membro da família apresenta esse comportamento.

- Sobre como é o momento durante as refeições:

No GE, foram encontradas respostas variadas, como sendo um momento tranquilo, festivo, mas também, estressante.

“Ah, às vezes é pouco irritante porque você tem que ficar ela, porque quando eu to em casa, eu gosto que todo mundo vai jantar ou almoçar junto, tem que ficar chamando: “mãe, não to com fome”, ai fica chamando, ai ja começo ficar irritada.” Josefa.

Um relato chamou a atenção sobre a mudança que ocorreu após a internação de seis meses da filha, devido ao TA:

“Olha, antes dela ser internada era muito conturbado, agora tá mais calmo. Porque na verdade eu acho que meu marido não entendia isso da doença sabe, ela não comia e ai me atingia, ele falava uma coisa e atingia ela e ai virava aquele... sabe? Hoje melhorou. Não tem brigas.” Nádia.

Em relação ao GC, foi relatado ser tranquilo, com bastante conversa; uma mãe informa que, de vez em quando, tem discussão entre os filhos, mas considera algo normal.

- Sobre conversas durante as refeições:

Dez participantes do GE revelaram que têm esse hábito e geralmente são assuntos sobre o aniversário de familiares, rotina de trabalho dos filhos, relacionamento da filha, episódios engraçados da própria família, viagem que as filhas iriam fazer e esporte.

Duas mães revelaram que não há conversa nas refeições, segundo falas abaixo:

“É normal, é só eu né. Às vezes eu falo, “Kátia vem comer alguma coisa”, mas ela não quer. Fica deitada no sofá na sala e eu faço a refeição na cozinha. Não, não conversa, sô sozinha, porque ela fica no canto dela, ela é difícil conversar também, só o que eu pergunto, responde.” Olívia.

“Não durante as refeições porque nós não temos esse encontro, entendeu?” Theresa.

No GC, todas as participantes revelaram ter esse comportamento e os assuntos foram semelhantes: sobre o trabalho, escola da filha, namoro, notícias do dia, reforma da casa, casamento da filha e comida.

6.2.5- Conceitos e práticas de alimentação saudável

- Sobre o que elas consideram ser uma alimentação saudável:

No GE, foram obtidas várias respostas em comum: comer arroz, feijão, salada, carne, legume, fruta; fazer as refeições em horários determinados, ter alimentação variada, comer pouco sal e fritura. Uma participante compara o comportamento dos filhos quando se trata da alimentação que ela considera saudável:

“Ó, saudável é sempre você comer arroz, feijão, uma verdura, um legume, uma carne, ou se não tiver a carne também um ovo né, evitar fritura, e comer nos horários certos né, não ficar beliscando também né, porque depois ninguém almoça, ninguém janta, ninguém faz nada, só que de vez em quando eles fogem dessas regras né.” Roberta.

Outras mães consideram alimentação saudável justamente aquilo que elas preparam para suas famílias, segundo a fala abaixo:

“Ah eu considero alimentação saudável isso que eu faço... arroz, feijão, comida de verdade que eu digo, carne, legume, verdura, fruta, o leite eu não digo tanto, mas... é isso pra mim... ovo, outros tipos de carne, carne de vaca, porco, peixe, frango.” Tereza.

Os resultados foram semelhantes no GC, já que todas as participantes consideram o consumo de legumes, frutas e verduras, arroz, feijão, carne ou ovo, pouca fritura e gordura. Um relato chama a atenção pela rigidez em cumprir os horários das refeições, mesmo quando a rotina pode ser mais flexível:

“Com muitas frutas, verduras, horário, sabe assim, não ficar... eu acordo meus filhos na hora de comida, por exemplo, igual de domingo, que é o único dia que eles acordam mais tarde, porque os outros dias eu trabalho e acordo cedo pra levar à minha irmã por exemplo, eu deixo eles dormir até a hora que tem. Então por exemplo, o almoço ficou pronto meio dia, eu vou lá acordar, porque é hora de almoço, depois pode até voltar dormir, mas horário de almoço é horário de almoço. Eu sou mais regrada mesmo em termos de almoço e janta.”
Denise.

- Sobre a importância de ter uma alimentação saudável:

Todas as participantes do GE concordaram com essa afirmação por motivos de saúde, para promover um bom envelhecimento e prevenir doenças. Uma das participantes relata que houve melhora da alimentação da família após o diagnóstico de TA da filha:

“Hoje em dia sim. Sim, acho que hoje em dia a gente pensa muito mais, eu acho que por ter... por a Amanda ter passado por isso, pra dar modelos e pra gente mesmo. A gente vai ficando mais velho, acho que a gente pensa muito mais nisso. Quando eu era mais nova, acho que comia muito mais porcaria, essas coisas, do que eu penso hoje em dia.”
Tatiane.

Já no GC, apenas uma participante diz não achar importante, pois relembra de alguns momentos traumáticos da sua infância, quando seus pais forçavam-na a comer alimentos que não eram da sua preferência:

“Não, às vezes eu tento falar pra eles comerem tal alimento, eu falo, mas deles comerem aí eu já não garanto e não fico muito em cima não... porque quando eu era criança também me obrigavam muito a comer coisas que eu não gostava, então eu comecei a tratar a relação com os meus filhos diferente, entendeu? Eu prefiro fazer a comida que eles gostam e eles comemem bem do que fazer uma coisa que eu falo que é saudável e falo: “Você vai ter que comer” e não vai comer.” Soraia.

- Sobre a percepção de que a família pratica uma alimentação saudável:

Nove mães do GE e sete mães do GC confirmaram esse dado justificando que elas são as responsáveis pela alimentação da família e prezam por hábitos saudáveis, como na fala abaixo:

“Eu acho que sim. Ah porque eu procuro sempre fazer coisa saudável, agora se eles deixam de comer, porque às vezes deixa de comer né, mas assim, por conta de não fazer não é. Ah eu nunca faço assim, fritura é muito difícil, pastel eu faço uma vez ou outra sabe, mas é muito difícil, é sempre alimentação assim, o arroz, o feijão, ou um macarrão.”
Roberta.

6.2.6- Monitoramento da alimentação das famílias

- Acompanhar as refeições das filhas:

Nove participantes do GE revelaram que não têm esse hábito, mas ficam atentas com alguma situação que possa ser preocupante, como restrição alimentar e baixa qualidade dos alimentos que as filhas consomem. Uma mãe se posiciona de forma ambivalente ao associar a necessidade de controle com a qualidade da alimentação, ao mesmo tempo que se preocupa com a pouca quantidade ingerida pela filha.

“De controlar? Não. Não controlo, porque eu acho assim, o que ela come é saudável, eu fico feliz com o que ela come, só que eu não fico, porque come pouco. Poderia comer mais.” Nádia.

Já no GC, sete participantes referem que observam a alimentação e fazem comentários quando as filhas deixam de consumir determinados alimentos e devem melhorar a qualidade, como pode ser visto nessa fala:

“Ah, até falo. Quando a Mariane tava um pouco mais magra eu ficava falando, fiquei muito preocupada, agora é menos, mas acompanho. Às vezes quando ela não come arroz, eu falo: “ah mas não você não vai comer?” Ela fala sim. Mas agora está menos. Mas daquele jeito me preocupou e muito.” Karine.

Outra participante refere que já teve o hábito de controlar a alimentação da filha, porém atualmente não mais:

“Não tenho (risos). Filha fala: “antes ela tinha mais”. Minha filha eu já fiz ela... na janta era 22:30 da noite, o bonito (filho) com um prato

de comida e eu falei: “Que que isso? Vc não vai comer tudo isso dai não” e eu tirei o prato dele, ele até chorou, cê acredita? É verdade. Que que isso? Hoje acontece menos, mas eu não fico controlando mais porque chora (risos).” Pâmela.

- Sobre alguém da família que tem a preocupação de monitorar o peso:

Nove mães do GE indicaram que essa situação acontece nas suas famílias sendo que seis delas possuem sobrepeso ou obesidade, conforme os relatos a seguir:

“Hum, tem sim. A preocupação? Ah eu tenho essa preocupação até porque eu já fui mais gorda... eu sempre fui gordinha, porque é mais fácil a gente se sente melhor, a gente se sente mais disposta, é... eu acho que tem um equilíbrio né...” Tereza.

“Sim. Ah eu sempre quis perder peso, não é de agora...eu comecei engordar demais. E é preocupante né, porque meus pais não é gordo, se você ver meu irmão é enorme, tem o ombro desse tamanho (grande), ai meu pai faleceu e piorou, só engordo. E a gente acaba indo em médico, buscando ajuda, então todo mundo se preocupa com o peso. Até minha cunhada falou: “Porque você tá desse jeito, seus pais são tudo magro” não sei. Se é só ansiedade, porque meu pai faleceu também, eu tenho mais 10 kg. Porque o meu caso ele (médico) falou... eu não preciso nem ficar comendo pra engordar, só ansiedade, já me deixa assim.” Josefa.

“Existe. Porque eu sempre tive medo de engordar, mas eu sempre comi de tudo o que eu quis sabe, eu sempre comi mas eu via que estava extrapolando eu já parava. Eu tinha medo de engordar, mas eu sempre comi de tudo. Eu nunca me privei não, to com vontade, eu como, mas por exemplo, se eu comi isso hoje, amanhã já corto né. Mas eu nunca passei vontade de comer não.” Fernanda.

Apenas uma participante negou esse fato em sua família e curiosamente, três mães parecem não incluir a filha como membro da família, observado nesses relatos:

“Não, na minha família não, só a Paola que fica... que desencadeou isso aí. Só ela tem essa preocupação, porque todos são magros, cê entendeu?” Roberta.

“Eu acho que não. Lê pra mim de novo fazendo favor. Eu não. Mas a Helena sim. E nem meu marido também não.” Nádia.

“Não. A Kátia tem, eu não. (risos). A Kátia tem, até demais, eu não.”
Olívia.

Para as respostas positivas nessa questão, a estratégia mais utilizada para perder peso foi a restrição alimentar. Outras formas citadas foram: melhora da qualidade dos alimentos substituindo alimentos feitos de farinha branca por farinha integral, redução do consumo de doces e uso de alimentos *diet* e *light*. Além disso, houve relatos de prática de atividade física, e em algumas participantes, até de forma excessiva e uso de medicamentos.

No GC, oito participantes revelaram que existe essa atitude na família e uma delas associa a perda de peso e ser mais magro com melhora da disposição, demonstrado na fala abaixo:

“Uai, teve. Meu marido precisou emagrecer, ele emagreceu 10 kg, eu emagreci... pesava 73 agora to com 68, emagreci um pouco. Ah, a gente um pouquinho mais magro tem mais energia né, mais pique.” Gisele.

Outro relato, de forma ambígua, se destaca quando a participante diz que tem o desejo de melhorar a aparência, mas que não é algo tão importante:

“Eu gostaria de ser um pouco mais magra, mas só pra obedecer a estética atual, pra ficar bonita, não pro pessoal, eu não me sinto ruim. A mesma coisa a Bia e o meu marido também. Não é uma preocupação, porque eu não to nem aí. Mas não é uma neura não, a gente nem lembra que existe isso. De vez em quando só.” Jordana.

Quanto às estratégias mais utilizadas para a perda de peso, foram identificadas as mesmas do GE.

- Sobre evitar comprar alimentos ou preparar receitas muito calóricas para a família:

Dez mães do GE evitam esses alimentos durante a semana, mas seis delas costumam preparar algum prato especial ou uma sobremesa diferente aos finais de semana, revelado a seguir:

“Ah evito. A gente gosta de tá sempre pensando em coisas gostosas né, mas evitar também... tipo muita massa, é... vamos dizer a gente gosta muito de fazer coisas como peixe, carne, mas não pensando assim em ficar calculando calorias, mas dessa alimentação saudável, mas nada com neurose não.” Tatiane.

No GC, seis participantes também evitam essas preparações no dia a dia mas aos finais de semana preparam alguma receita como torta doce, mousse, pizza, lasanha, lanche, macarrão ou fazem churrasco.

O relato de duas mães se destaca, uma por falar que evita até aos finais de semana devido ao peso e outra por medo de excesso de açúcar:

“Evito. Controle da saúde e controle de peso.” Abigail.

“Às vezes sim. Porque eu mesma... que nem comprou o sorvete ontem e experimentei e achei tão doce. Então é isso... medo ter um excesso aí, da impressão que tem o excesso né, do açúcar.” Gisele.

As mães de ambos os grupos revelaram que evitam alimentos ou preparações calóricas durante a semana e alguns, aos finais de semana.

- Sentimento de culpa ao preparar alimentos muito calóricos para a família:

O sentimento de culpa após o preparo e consumo de alimentos calóricos para a família não são percebidos no GE. Oito participantes do GE mencionaram que não sentem culpa ou se importam com essa questão porque o hábito de preparar receitas mais calóricas não é frequente. Elas comem com prazer a partir do momento da decisão e preparação do prato culinário. No entanto, uma mãe revelou que a família já deixou de comprar alimentos mais calóricos por receio da filha consumir toda a quantidade, expresso na fala abaixo:

“Às vezes. Pra Marisa sim. Eu sinto essa culpa porque tenho medo de tá colaborando com a compulsão. Essa semana mesmo eu queria comprar um sorvete, porque eu tava com vontade de tomar sorvete, mas eu falei: “Eu não vou comprar, eu não vou comprar não Paulo porque a Marisa tá voltando com a compulsão e vai tomar o pote inteiro.” Tereza.

Em relação ao GC, seis participantes relataram ter esse sentimento e a fala de uma delas exemplificada esse contexto, abaixo descrito:

“Sim. Porque é eu que to enfiando comida neles né, coisa gordurosa. Antes eu fazia mais, hoje não faço tanto. Principalmente a Júlia, uma vez ela ficou mais gordinha e eu fiquei preocupada sabe.” Pâmela.

Outro relato destaca a ambivalência da participante, quando diz não preparar essas refeições em casa, porém compra esses alimentos já prontos com sentimento de culpa por essa atitude, observado abaixo:

“Ixi, que pergunta difícil... se eu sinto culpa? A gente nem prepara, a gente nem faz nada gorduroso ou muito calórico, nem calórico. Não, depois que a gente fica com culpa sim, a gente faz e depois sente culpa... Mas a gente nem prepara, a gente só compra, mas depois sente culpa: “Se nós não tivesse comido” eu e a Paula.” Fabiana.

6.2.7- Práticas alimentares das mães

- Sobre o consumo de alimentos muito calóricos:

Mais da metade das participantes do GE revelou que evita comer alimentos ricos e açúcar e gordura. Porém, algumas mães informaram que não deixam de comer caso sintam vontade e ingerem uma porção pequena, de forma pouco frequente. Uma mãe, que estava fazendo dieta restritiva no período da entrevista, conta como se sentia quando não podia comer esses alimentos, segundo a percepção da filha:

“Sim. Pra não pesar consciência depois, cê fica com a consciência pesada. Rita fala assim: “cê viu porque eu fico assim, é bom que vc agora tá sentindo”. Igual esses dias que eu comi doce, eu to me sentindo horrível, ganhei duas caixas de bombom no meu aniversário, eu comi um pedaço de diamante negro porque a Rita pegou, porque ela sabe que eu gosto muito, mas eu comi, mas fiquei pensando... não era pra eu comer o chocolate.” Josefá.

Outra participante evita o consumo desses alimentos porque se preocupa em manter o seu peso, observado na fala a seguir:

“Eu? Às vezes. Porque eu já tenho... eu como a razão, porque eu já tenho 50 anos, meu metabolismo não é muito acelerado, tenho uma vida sedentária e eu preocupo em manter meu peso, eu sou uma pessoa preocupada em manter o peso.” Tereza.

Seis participantes do GC relataram que evitam também esses alimentos para controle de peso, melhorar qualidade de vida, pelo fato de gordura ser indigesta e uma delas diz que já teve obesidade, submeteu-se à cirurgia bariátrica e não quer o mesmo para sua família.

- Sentimento de culpa após comer alimentos que considera calóricos:

Nove participantes do GE negaram esse sentimento e comem com prazer, já que não é um hábito frequente. No entanto, uma participante relata se sentir culpada quando consome esses alimentos de forma sucessiva, mostrado abaixo:

“Ah, se eu exagerei às vezes sim, mas logo passa. Não tenho o hábito de exagerar. Às vezes uma semana que de manhã as amigas chegam aí tem o café, daí a pouco tem outra coisa, aí vai ficando uma culpa cumulativa aí já penso: nossa devo ter engordado.” Milena.

Seis mães do GC revelaram que não apresentam esse sentimento pois consomem alimentos considerados “proibidos” de forma moderada, e a participante que realizou a cirurgia bariátrica associa a ingestão desses alimentos com desconforto gástrico:

“Não. Porque eu não como. Se já me faz mal eu evito.” Abigail.

Uma mãe, que apesar de sentir culpa e sentir que faz mal comer esses alimentos, refere que come mesmo assim, como revela a fala abaixo:

“Sim.(risos). Porque comeu, sabe que vai engordar, que vai fazer mal, mas come. Sabe que não pode, mas assim mesmo faz.” Fabiana.

- Prática de fazer dieta restritiva para perder peso:

Onze mães do GE revelaram não ter esse hábito, porém algumas delas realizam um controle na alimentação para monitorar o peso, demonstrado nas falas a seguir:

“Dieta rígida não, eu faço controle. Ah, comer com a razão, comer menos, comer o que eu gosto mas em menores quantidades.” Tereza.

“Então, eu faço essa alimentação assim regrada por causa do peso porque por causa da coluna, mas não por estética, não estética não. É só pra mim não sentir dor.” Roberta.

“Ai não. Ah, às vezes é restrição mas porque acho que você exagerou um dia antes sabe. Ó, agora eu to numa restrição alimentar terrível (devido ao quadro de hepatite) e não to perdendo peso, eu não sei o que ta acontecendo e as pessoas falam que eu emagreci. Todo mundo chega pra mim e fala: “nossa, como você ta magra, magra, magra”,

mas meu peso não mudou. Eu to achando que eu perdi músculo. Eu to sentindo na roupa.” Fernanda.

Outra participante referiu fazer reeducação alimentar com a finalidade de não ganhar peso:

“Eu faço uma reeducação alimentar, não é bem uma dieta. Eu tento me alimentar e não ficar com muita fome, fazer intervalos das refeições, aumentar meu número de salada, que eu amo. Eu mudo minha alimentação, aí fica uma alimentação extremamente saudável, porque eu associo muita salada... mas essa salada vai queijo, ela é engordativa, não é? Mas isso, conforme o tempo eu consigo perder o peso que eu preciso sem passar fome e sem sofrer e sem recuperar muito rápido. É que isso daqui foi um stress (o ganho de peso).” Joice.

No GC, oito delas revelaram que não fazem ou nunca fizeram dieta para perder peso. Um relato se destaca, pois, a participante afirma não ter essa prática, porém referiu retirar alguns alimentos quando tem determinados compromissos:

“O hábito não, fazemos de vez em quando, mas sabe quando você tem um compromisso, um casamento, alguma coisa, eu falo: “não, eu quero perder umas graminhas para esse...” aí às vezes eu até faço, mas direto não. Só que assim, eu evito, vamos supor que almocei bastante, comi em grande quantidade, no jantar eu já diminuo, ou a tarde eu já diminuo. Por exemplo eu comi um pão de manhã, ah de tarde eu não vou comer pão, então isso daí eu faço. Eu tento tipo ter consciência das coisas, tentar regrar um pouco, mas pensando em saúde, não em emagrecer ou engordar.” Betânia.

- Alteração de peso nos últimos 12 meses:

No GE, cinco mães relataram que houve perda de peso, em cinco houve aumento e nas demais, não houve alteração. Para aquelas que ganharam peso, alguns fatores foram indicados: viagem, aumento da quantidade de ingestão alimentar, menopausa, problemas emocionais, sobrecarga de trabalho e a doença da filha.

“Aumentou nove quilos em seis meses. É. foi por conta de estafa, por conta de serviço, por conta da Maria e aí você acaba descontando na comida. E doce pra mim, eu não tenho olfato e se você não tem olfato, você não sente sabor, então o que que acontece, eu só sinto salgado, azedo, amargo e doce. Então eu tenho vontade de comer doces específicos, doces com cremosidade e alguma crocância, um sorvete pra mim não tem graça, ao menos que ele tenha alguma coisa no meio. Então isso, cura até minhas dores de cabeça, é psicológico, melhora

meu humor, então como eu to muito sobrecarregada, então acabo descontando.” Joice.

Duas participantes referiram ter perdido peso após a doença da filha, observado nas falas abaixo:

“Ah quando eu cheguei aqui eu tava com 53, aqui no hospital, ai eu perdi, porque a gente fica triste com a situação... ai eu levo minha vida rindo, brincando, tranquila, mas a gente fica triste vê ela desse jeito também né. Ah no ano de 2018, lá pelo mês de maio, vamo pôr setembro que eu internei com ela, eu perdi uns 3 kg, agora eu venho mantendo né, com 49.” Pietra.

“Diminuído. Quando a Helena começou eu acho que eu perdi de 6 a 7 kg. Em um ano foram uns 6 kg. E eu venho perdendo grama, coisa de um, dois kg sabe? Preocupação com ela, muita preocupação.” Nádia.

Em relação ao GC, quatro mães tiveram aumento de peso (de 4 a 12 kg), quatro mantiveram o peso e duas diminuíram (de cinco a 34 kg). Os motivos para as alterações foram: interrupção de atividade física, problemas familiares, tratamento para câncer, maus hábitos alimentares e cirurgia bariátrica. Uma das participantes relatou ter aumentado o peso devido à não adesão de dieta hipocalórica, a seguir:

“Aumentado. Foram 18 kg em um ano, porque eu parei com o regime, com o acompanhamento. É um tal de vai e volta né, emagrece 18, ganha oito, emagrece 10 ganha 12.” Fabiana.

- Satisfação com o peso atual:

No GE, foram encontrados diferentes relatos sobre esse questionamento, desde o fato de as participantes estarem satisfeitas até o desejo de perder peso devido ao incômodo físico, problemas de saúde e para adquirir mais agilidade. Uma mãe, que faz dieta para perder peso, relatou se sentir mais satisfeita e aliviada com o resultado da perda de peso, observado na seguinte fala:

“Nossa bem melhor, tira até um peso da consciência. De voltar a usar coisa que a gente não tava usando. Nossa é muito bom. Rita fala: “Tá vendo, como eu me sinto?” (risos) tadinha.” Josefa.

Outra participante contou que apesar de estar satisfeita, tem receio de ganhar peso, conforme relato abaixo:

“Me sinto bem... mas eu tenho medo de engordar. Até gostaria de emagrecer mais, só pra que eu tivesse uma margem pra engordar.”
Tatiane.

O sentimento de insatisfação foi observado na fala abaixo, com o desejo de ganhar peso:

“Tô bem. Eu to precisando ganhar um pouquinho, que eu me vejo mais miúda sabe. Porque minhas roupa vai ficando feia né. Ai eu fiquei aqui a gente fica amolecido também né, porque a tristeza deixa a gente pra baixo, mas nunca deixei de comer não. Tem que tocar a vida né.”
Pietra.

Quando interrogado sobre a satisfação com o peso atual no GC, surgiram vários depoimentos revelando que elas se sentem muito insatisfeitas, conforme as falas abaixo:

“Ah imensa, pra mim eu to gorda, to balofa, gigante, porque a minha estatura é baixa e meu peso é muito alto pra mim eu acho, então eu me olho assim eu me vejo muito grande assim sabe, não gosto da minha aparência.” Soraia.

“Não to satisfeita. Primeiro porque eu fiz meus exames de rotina e deu alterado LDL, colesterol e eu sei que não é bom. E segundo porque o corpo tem essa parte “panceta”, que eu to com uma panceta, então não tinha né, eu sempre tive o corpo um pouquinho mais magrinho, então não to acostumada a essa gordura que eu to na barriga, eu acho feio, se vai por uma roupa, um vestido fica aparecendo.” Betânia.

“Gorda. Muito insatisfeita com o meu corpo. Sabe porque eu queria perder? Eu vou andar um pouquinho e já fico cansada, umas dores na perna.” Pâmela.

“Ah eu to um pouquinho gordinha, mas pouca coisa, sem muito exagero. Vamos supor que se eu perdesse de três a quatro quilos eu ia gostar.” Denise.

Por fim, as que perderam peso se dizem satisfeitas, como na fala abaixo:

“Muitíssimo bem. Então, é aquilo que te falei, eu preciso dar uma “tonificada”. Mas quero manter o meu peso.” Gisele.

7- DISCUSSÃO

O presente estudo, de natureza mista, teve como objetivo principal identificar comportamentos de risco nutricional de mães cujas filhas possuem TA comparando-as com um grupo de mães com filhas sem TA (GC). Foram analisadas as características sociodemográficas, alimentares, antropométricas e de imagem corporal da amostra. Quanto a rotina alimentar da família e práticas alimentares das mães, os resultados foram divididos em cinco categorias: 1-) Rotina alimentar da casa, 2-) Comportamento alimentar das famílias, 3-) Conceitos e práticas de alimentação saudável, 4-) Monitoramento da alimentação das famílias, 5) Práticas alimentares das mães.

Em relação aos dados sociodemográficos, as participantes de ambos os grupos tinham idade semelhante, entretanto o nível de escolaridade foi diferente, visto que as mães do GE estudaram por mais tempo. Essa diferença pode representar uma limitação do estudo uma vez que algumas investigações envolvendo essa variável apresentaram resultados diferentes. Naeimi e colaboradores (2016) analisaram o risco de TA em relação a imagem corporal e autoestima em universitários e observou que naqueles cujas mães tinham alto nível de escolaridade, o risco de TA foi 2,78 vezes maior do que estudantes cujas mães tinham nível mais baixo. Já Boschi e colaboradores (2010) analisaram díades de mães-filhas que faziam acompanhamento em uma clínica para emagrecimento e díades de um GC. As participantes do programa para perda de peso tinham menor escolaridade quando comparadas ao GC, mas não houve diferença entre os grupos quanto aos fatores de risco para os comportamentos de alimentação desordenada e insatisfação corporal das filhas.

A maioria das mães de ambos os grupos exerce atividade profissional fora de casa, resultado esperado diante da constatação do ingresso das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas modificando o típico arranjo do casamento do passado, no qual as mulheres se dedicavam às tarefas domésticas e ao cuidado dos filhos enquanto os homens saíam de casa para se dedicar ao trabalho e à carreira. Assim, parecem cada vez menos frequentes os arranjos matrimoniais em que apenas um dos parceiros se encarrega sozinho do sustento da família. As mulheres se voltam, mais e mais, para o trabalho fora de casa, não só porque ele possibilita atingir melhor padrão de vida para a família, mas também pelo fato de o sucesso profissional ser encarado como uma forma de realização pessoal e social (QUIRINO, 2012). No entanto, esse fato não implicou em uma divisão mais igualitária dos trabalhos domésticos, ainda que haja indícios de maior participação masculina no que diz respeito ao cuidado com os filhos e nas tarefas domésticas (JABLONSKI, 2010; LELIS et al., 2012; SIMÕES; HASHIMOTO,

2012). De fato, Lamano-Ferreira e colaboradores (2016) em seu estudo com mães que vivem nas áreas urbana e rural, revelaram que 85,3% delas são as responsáveis pelo preparo das refeições na população urbana, enquanto que na rural, esse valor corresponde a 92%. Na área urbana, quando elas não podem preparar o alimento, são as avós que preparam as refeições em 12,5% dos casos, frente a 3,9% no ambiente rural. Parte das mães que trabalha fora, deixa as refeições preparadas no jantar com quantidade maior para sobrar para o almoço do dia seguinte. Esses dados mostram que as mulheres assumem dupla jornada, diante das tarefas de dentro e fora da casa.

Sobre a constituição familiar das participantes, a maioria tem companheiro, possui mais de um filho e em dois casos, a mãe delas mora no mesmo domicílio. As filhas das participantes de ambos os grupos apresentaram estado nutricional compatível com eutrofia, segundo as curvas da OMS de IMC/Idade (WHO, 2006), porém houve variação entre eles. Nas filhas do GE, as categorias variaram de magreza à obesidade e no GC, de magreza ao sobrepeso. Essa variação no GE é condizente com o diagnóstico do TA das filhas, onde a AN se apresenta comumente com baixo peso e a BN, com excesso de peso.

Em relação aos dados antropométricos da amostra, foi observado que as participantes do GE apresentaram eutrofia e risco cardiovascular elevado enquanto as do GC, sobrepeso e risco cardiovascular muito elevado. As principais pesquisas que avaliam o estado nutricional da população brasileira revelam que mais da metade da população feminina apresenta excesso de peso, sendo 53,9% no inquérito por telefone (BRASIL, 2019) e 63,3% pela Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2020). Portanto, é de se esperar que o risco cardiovascular esteja aumentado nessa amostra. Miranda e colaboradores (2013) confirmou esse achado em seu estudo com mulheres no climatério, em que cerca de 50% delas apresentaram risco de desenvolvimento de doenças associadas à obesidade considerando o IMC, o percentual de gordura corporal e circunferência da cintura. Dentre essas, 70% apresentaram risco muito elevado para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Outro estudo com 50 mulheres, encontrou que 30% delas tinham sobrepeso e 58%, risco cardiovascular elevado (ZANUZO et al., 2019).

Quando avaliada a imagem corporal da amostra deste estudo, ambos os grupos apresentaram inacurácia e insatisfação corporal, com piores resultados nas mães do GC. Garcia e colaboradores (2018) investigaram o comportamento alimentar e satisfação corporal de mães de pacientes com TA do mesmo serviço especializado utilizado na presente investigação. Foi constatado que, além de superestimarem o IMC atual em relação ao desejado mostrando-se insatisfeitas com o corpo, elas superestimaram o IMC real em relação ao atual apresentando

inacurácia corporal. Brun e colaboradores (2020) demonstraram que mães que têm insatisfação corporal e alimentação desordenada tendem a transmitir e reforçar atitudes prejudiciais relacionados ao peso para as filhas, o que contribuiu para esses mesmos comportamentos e sentimentos nas próprias filhas. A relação entre mãe- filha na distorção da imagem corporal nos TA também foi investigada testando as percepções do peso delas associadas às atitudes alimentares. Observou-se que mães e filhas tinham percepções de peso contraditórias pois a maioria das mães estava com excesso de peso, enquanto as filhas apresentavam peso adequado. Apesar das mães terem mostrado melhor percepção do corpo e atitudes alimentares mais adequadas comparadas às filhas, as mães estavam mais predispostas à desenvolver um TA. Além disso, as filhas tinham tendência em superestimar o próprio peso e as mães com excesso de peso indicaram desejo de suas filhas perderem peso (COHEN et al., 2019).

À vista disso, Rodgers e colaboradores (2020) fornecem suporte para os papéis de modelagem materna e influência das mães por meio de comentários no desenvolvimento da imagem corporal das crianças e alimentação desordenada. Entre as meninas, a insatisfação corporal materna foi associada à menor estima corporal das filhas. Além disso, os comentários maternos foram associados à maior alimentação emocional das filhas, com relação negativa com a estima corporal. Outros autores observaram a influência da mãe na satisfação corporal da filha pelo exercício de se olhar no espelho em salas individuais e depois, de forma conjunta. Os resultados mostraram que, individualmente, 16% das meninas fizeram comentários negativos em quatro ou mais partes do corpo, mas mudaram de opinião quando expostas às respostas de suas mães, na tarefa conjunta. Mais da metade (61%) das meninas mudou de opinião depois de ouvir a resposta positiva do corpo da mãe (PEREZ et al., 2018). Bauer e colaboradores (2017) exploraram a associação entre o comportamento observado no olhar sobre o próprio corpo entre adolescentes e suas mães. A visão do próprio corpo, tanto do GE como no GC, correlacionou-se significativamente entre mães e filhas sugerindo que quanto mais as mães prestavam atenção no próprio corpo, mais as filhas também tinham esse comportamento. Esses achados corroboram os do presente estudo, em que as mães do GE, apesar de apresentarem estado nutricional adequado, possuem inacurácia e insatisfação corporal sugerindo que pode ter havido influência materna no desenvolvimento do TA da filha.

Ao contrário dessa hipótese, um estudo com mães de pacientes com TA não encontrou diferença significativa na insatisfação corporal comparada a mães de um GC. No entanto, mães de adolescentes com AN eram mais propensas à insatisfação com a imagem do próprio corpo em comparação às mães de pacientes com BN ou TANE (COBELO et al., 2012). Da mesma forma, Pilecki e colaboradores (2012) não confirmaram a hipótese de que mães de filhas

com TA que passaram a adolescência na Polônia têm mais problemas alimentares e insatisfação corporal do que mães de pacientes com depressão. Os resultados sugerem que as mães de filhas com TA experienciaram mudanças político-sociais daquele país que provocaram menor internalização de modelos culturais sobre o conceito ocidental de feminilidade e do culto à magreza.

A prevalência e os fatores associados à insatisfação e distorção da imagem corporal foram observados também em mulheres iranianas com diferentes graus de IMC. Aquelas com peso adequado e baixo peso apresentaram percepção mais realista da imagem corporal e maior índice de satisfação quando comparadas às mulheres com excesso de peso. Ainda, a distorção da imagem corporal aumentou significativamente com o aumento do IMC (NIKIAZ et al., 2016). Esses resultados corroboram os achados do GC deste estudo, cujas participantes com sobrepeso apresentaram maior inacurácia e insatisfação corporal quando comparadas às do GE.

Esse fenômeno contemporâneo, em que altos índices de excesso de peso se associam à percepção distorcida com a imagem e insatisfação corporal pode ser explicado, em grande parte, pela pressão sociocultural exercida por meio da propagação de imagens de corpos perfeitos pela mídia, que são internalizados como padrão cultural de beleza (LIRA et al., 2017; POLTRONIERI et al., 2016; VARGAS, 2014). De fato, o estudo de Tiggemann e colaboradores (2018), ao investigar o efeito do número de curtidas que acompanham as imagens do Instagram na insatisfação corporal das mulheres, mostrou que a exposição a imagens de corpos magros levou à maior insatisfação corporal do que as imagens de corpos maiores. Ou seja, as mídias sociais podem afetar a imagem corporal das mulheres de forma negativa contribuindo para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos de risco para os TA.

Quando investigadas as atitudes alimentares de risco para os TA na amostra deste estudo, observou-se que houve semelhança entre os grupos, porém a amplitude do escore do EAT-26 foi maior nas mães do GE (1-42 pontos) em relação ao GC (6-27 pontos). Apesar dos valores medianos serem considerados negativos nos dois grupos (GE=10,0 pontos; GC=11,5 pontos), 15% das mães do GE e 30% das do GC apontaram resultado positivo (>21 pontos) indicando sinais e sintomas típicos dos TA. Esses dados corroboram alguns estudos, como o de Garcia e colaboradores (2018), em que o EAT-26 médio das mães de pacientes com TA em tratamento no mesmo serviço especializado deste estudo foi de 17,2 pontos, sendo que 23,1% delas apresentaram escore positivo. Em mulheres praticantes de treinamento resistido, o EAT-26 também foi positivo em 27,8% da amostra (MACIEL et al., 2019). Mães residentes em Santos-SP, tiveram escore médio semelhante (17,0 pontos), sendo que 29,9% atestaram positivo (SCAGLIUSI et al., 2012). Esses achados revelam que uma parcela significativa da população

feminina, especialmente mulheres e mães, apresentam comportamentos de risco para os TA e podem exercer influência sobre as atitudes de suas filhas.

A caracterização da rotina alimentar das famílias se mostrou semelhante nos dois grupos, em relação ao número e tipo de refeições. Ambos os grupos realizaram seis refeições ao dia iniciando pelo café da manhã e terminando com um lanche antes de dormir. As mães nomearam de maneira similar os principais momentos da alimentação no domicílio, exceto após o jantar, em que as participantes do GE, que costumam fazer mais essa refeição (n=5; 38,4%), se referiram ao “Chá da noite”, “Lanchinho antes de deitar”, “Lanche da noite” e “Ceia”. Apenas uma participante no GC, a definiu como “Petisco”. O tempo médio das refeições também foi semelhante entre os grupos, que variou de acordo com cada refeição. As refeições são realizadas em família contando com a presença dos pais e filhos na maioria das vezes, e realizadas na cozinha, sala de TV, copa ou varanda. As famílias de ambos os grupos consomem comidas e bebidas consideradas saudáveis e na última refeição do dia, ela é composta também por alimentos que podem compor uma sobremesa, como chocolate, sorvete e bolo, além de alimentos típicos do café da manhã, como pão com manteiga, leite, iogurte, torrada, café, chá e cappuccino.

Diante desses resultados, pode-se observar que a comida, que é o alimento transformado pela cultura, possui também uma função agregadora para os seres humanos. A essa função se dá o nome de comensalidade, que tem como significado a capacidade de estabelecer relações de sociabilidade importantes, pois implica em reunir as pessoas em torno da mesa. Ou seja, enquanto come, o grupo tem também a oportunidade de dialogar e trocar experiências do cotidiano (LIMA et al., 2015). Nessa perspectiva, a comensalidade é uma das características mais significativas no que se refere à sociabilidade humana relacionando-se não apenas à ingestão de alimentos, mas também aos modos do comer, envolvendo hábitos culturais, atos simbólicos, organização social, além do compartilhamento de experiências e valores (FISCHLER, 2011). Fieldhouse (1996) refere-se à cozinha como um estilo de cozinhar que caracteriza a comida de um grupo. Nela se inclui a seleção de alimentos e a frequência de seu uso (KINOCHI et al., 2008), as técnicas de preparo e a produção de sabores particulares, organizadas e orientadas por regras referentes à aceitabilidade, adequação de pratos a situações de rotina e a momentos especiais e, ainda, aos seus usos simbólicos (MESSER, 1995). Classificações, taxonomias particulares e regras complexas que abrangem todas as etapas do manejo da comida estão presentes nas culinárias. Tais regras, culturalmente elaboradas, são interiorizadas pelo indivíduo de modo inconsciente, possuindo padrões de ordenamento e compatibilidade, de exclusão e inclusão (DIEZ-GARCIA et al., 2011).

A rotina alimentar das famílias e as práticas alimentares das mães que participaram deste estudo permitiram investigar aspectos da dinâmica familiar, já que foram exploradas algumas questões sobre a organização da alimentação em casa, das refeições, hábito de restrição para perda de peso e comportamentos específicos das mães. Os resultados foram categorizados para melhor compreensão das perguntas analisadas.

A primeira categoria, definida como a rotina alimentar das famílias, revelou que a maioria das mães, com ajuda ou não de outros membros da família, é a responsável pela definição do cardápio, das compras e do preparo da comida. Silva e colaboradores (2015) em seu estudo com adolescentes em uma escola de ensino fundamental também identificou que a mãe foi citada como a principal responsável pelo preparo dos alimentos. Esse resultado era esperado, uma vez que, historicamente, as mulheres foram condicionadas às tarefas domésticas e dominar a culinária era uma delas (FERREIRA; WAYNE, 2018) apesar dessa configuração estar em contínuo processo de mudança com maior participação masculina no trabalho doméstico, no cotidiano familiar e no cuidado com os filhos (BRUSCHINI; RICOLDI, 2012).

Esses resultados condizem com o estudo de Jáuregui-Lobera e colaboradores (2013) que analisaram as estratégias de enfrentamento de pais de pacientes com e sem TA (GC) nas escolhas alimentares, mostrando que famílias que têm um membro com TA preparavam mais refeições em casa e consumiam menos lanches prontos como refeição principal do que aquelas do GC. Já esses pais cozinhavam diferentes preparações para a família com mais frequência, faziam a refeição principal com a família reunida e saíam mais para comer fora em relação ao outro grupo.

Os dados obtidos trazem a reflexão sobre o cotidiano alimentar de famílias que têm pessoas acometidas com um TA, diante de um padrão de funcionalidade bem peculiar que colabora com o surgimento e manutenção desse problema mental uma vez que é caracterizado por perfeccionismo, rigidez, intrusividade e evitação de conflito (LEONIDAS et al., 2014b). São famílias que enfrentam dificuldades de estabelecer limites entre seus membros provocando certa confusão entre os papéis que cada um assume na dinâmica das relações familiares, o que prejudica a constituição da identidade de todos os envolvidos, especialmente daqueles membros que se encontram nas etapas iniciais do desenvolvimento humano (SANTOS; COSTA-DALPINO, 2019). Nesse contexto, há de se pensar que exista certa exigência quanto à qualidade da alimentação da família, garantida com o preparo das refeições em casa, além desse hábito favorecer o isolamento social dessas famílias buscando por refeições fora de casa com menor frequência.

Vale lembrar ainda, que esses pacientes possuem atitudes caóticas e bizarras relacionadas à alimentação e também a outros aspectos da vida como os estudos, a vida profissional e, as relações amorosas e sociais. Problemas socioemocionais – incluindo repertório limitado de aspectos sociais, como desempenho acadêmico insatisfatório, conflitos no relacionamento com os pais, períodos de transição conturbados no processo de desenvolvimento e realizar refeições fora de casa tornam-se fatores de risco para uma gama de problemas dessa natureza (AIME et al., 2008; LAM; McHALE, 2012; PEREIRA; CIA; BARHAM, 2008; SARMENTO et al., 2010). Um sentimento que foi relacionado com o estabelecimento dos TA é a vergonha, associada à insatisfação da forma corporal e à quantidade de comida ingerida (pouca ou muita) refletindo no autoisolamento do indivíduo e relações sociais pouco saudáveis com seus pares (DAVEY; CHAPMAN, 2008; GOSS, ALLAN, 2009; LAVENDER; ANDERSON, 2010).

Já as famílias do GC deste estudo fazem refeições fora do domicílio com mais frequência e esse achado pode ser explicado pelo aumento desse hábito pela população nas últimas décadas, principalmente em famílias moradoras das áreas urbanas. Alguns fatores influenciam esse fenômeno, como ampliação dos serviços dos restaurantes (*fast food*, *self service*, “prato feito”), proporção da despesa destinada à alimentação pela família, participação em programa de alimentação institucional como o programa de alimentação do trabalhador (PAT), alimentação escolar, crescimento do segmento de serviços de alimentação, entre outros. É notável o crescimento da frequência e do hábito das pessoas se alimentarem fora do domicílio e tais alterações são decorrentes das constantes mudanças profissionais, culturais, econômicas, entre outras. A refeição mais realizada fora do domicílio é o almoço e os serviços mais procurados são os rápidos e práticos, como *self service* e *fast food*. (LEAL, 2010). A maior disponibilidade de alimentos pré-preparados e quase prontos para o consumo em detrimento de produtos *in natura* que exigem mais tempo para o preparo, também deve ser apontado como decisivo para esta situação. Segundo a última versão da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2019) a média de pessoas que fazem refeição fora do domicílio é de 32,8%, e parte do conteúdo das ingestas tem sido motivado por aspectos de praticidade a partir do consumo de produtos prontos, semiprontos ou lanches industrializados, caracterizados principalmente por sua facilidade e rapidez no preparo. Esses resultados foram confirmados também por outros estudos (BEZERRA et al., 2013; ROSSETTI, 2015), que identificaram que os grupos de alimentos com maior prevalência de consumo fora de casa foram bebidas alcoólicas, salgadinhos fritos e assados, pizza, refrigerantes e sanduíches. No entanto, as escolhas alimentares no contexto da alimentação fora de casa são permeadas por diferentes critérios, de acordo com o gênero. No

feminino, elas parecem ser marcadas pela preocupação com a saúde e com a estética corporal, enquanto que para os homens, há busca pelo prazer dos alimentos sem considerar o valor nutricional (JOMORI et al., 2008). Há de se considerar também, que a ausência dos pais nos domicílios na maior parte do tempo e a inserção da mulher no mercado de trabalho podem explicar esse tipo de alimentação nas famílias (FONSECA, 2015).

A segunda categoria organizada no presente trabalho foi sobre o comportamento alimentar das famílias, em que foram abordadas algumas práticas do cotidiano. A leitura dos rótulos de alimentos parece ser um hábito das filhas do GE e mães do GC. Ou seja, ambos os grupos apresentam esse comportamento para conhecimento da informação nutricional dos alimentos que consomem. Filhas do GE, por apresentarem um TA, demonstraram maior preocupação quanto à composição e qualidade nutricional no momento das escolhas alimentares. Um estudo analisou hábitos alimentares de jovens e verificou que 53% deles costumam ler rótulos, porém não compreendem as informações (GON et al., 2017). Contrariamente, metade dos estudantes do ensino médio não tem esse hábito (RODRIGUES et al., 2019). Já com pais, observou-se a preocupação em consultar os rótulos (50,5%) e ter entendimento sobre o conteúdo (51,5%) (CARVALHO et al., 2018). Diante disso, percebe-se que as famílias têm esse hábito e podem influenciar seus filhos e as escolhas alimentares, como mostra o presente estudo.

As informações nutricionais presentes nos rótulos dos alimentos, fruto de políticas públicas recentes no país, permitem que o consumidor faça escolhas alimentares mais saudáveis contribuindo para a diminuição da incidência de problemas de saúde relacionados a maus hábitos alimentares como obesidade, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, entre outras. A legislação de alimentos, aliada à evolução social e econômica da humanidade, impulsionam a indústria ao desenvolvimento de alimentos adequados ao estilo de vida do homem contemporâneo, sendo este um desafio cada vez maior às indústrias alimentícias (GONÇALVES et al., 2015). Estudos comprovam que as informações fornecidas nos rótulos dos alimentos podem influenciar nas escolhas do consumidor (MERWE et al., 2014; MHURCHU et al., 2018) contribuindo para um ato mais consciente, além de auxiliar na prevenção de doenças e no bem-estar da população (CHRISTOPH et al., 2018; DRICHOUTIS et al., 2006).

O hábito de beliscar entre as refeições foi outro comportamento investigado e observado nos dois grupos sendo associado, em determinados momentos, à sensação de compulsão, prazer e até desespero na falta de algum alimento desejado. Alguns estudos comprovam que esse hábito é bastante comum em diferentes grupos populacionais, como no de estudantes

universitários, cuja taxa foi de 69% (BARBOSA et al., 2020) e no de mulheres usuárias de uma academia de ginástica, correspondendo a 55% da amostra (MACHADO et al., 2013). Essas pesquisas não abordaram os sentimentos associados à esse hábito, mas a regulação emocional sobre a alimentação provavelmente ocorre por serem as emoções e o humor fatores importantes nas escolhas alimentares e conseqüentemente, no comportamento alimentar do indivíduo. A alteração nesse processo de regulação emocional pode afetar a autorregulação em outras áreas, sendo o caso do controle sobre o comportamento alimentar (BETTIN et al., 2019).

Algumas participantes do presente estudo remetem o hábito de beliscar ao comportamento de comer compulsivo. Corroborando esse achado, Lopes e colaboradores (2012) apontaram que 52,7% das mulheres que participavam de um serviço de promoção à saúde apresentavam esse hábito e tinham praticado dieta restritiva nos últimos seis meses. Ainda, a restrição do consumo alimentar foi associada a episódios de comer compulsivo. Pessoas que se impõem a um controle alimentar restritivo vivenciam um processo de desinibição representado pelo ato de se permitir comer mais em resposta a determinados estímulos favorecendo a ocorrência de episódios de compulsão pela dificuldade em sustentar a restrição energética por tempo prolongado.

O comportamento de comer exageradamente foi referido nas famílias das participantes do GE, onde algum membro na família adota essa prática diferentemente do GC, em que apenas uma mãe relata que um familiar come em grandes quantidades. De fato, esse comportamento parece ser comum, principalmente em adolescentes e adultos jovens, como descritos nos estudos a seguir. Em adolescentes, o comer compulsivo esteve presente principalmente em ambiente doméstico e foi justificado como decorrente de situações de estresse na família e altas demandas escolares (SÃO PEDRO et al., 2016). Em estudantes da área da saúde, observou-se que 31,9% da amostra confirmaram essa prática, das quais 77% se autodenominava ansiosa (SOUZA et al., 2019). O nível de estresse e outros danos psicológicos associados ao comer compulsivo tais como, ansiedade, preocupação com a imagem corporal, vergonha, baixa autoestima e isolamento social evidenciam a necessidade de olhar atentamente para esses aspectos, bem como, os elementos que podem ser desencadeantes do mesmo (BALDESSIN; MARQUES, 2016). White e colaboradores (2019) exploraram as emoções da família de adolescentes com e sem compulsão alimentar durante as refeições demonstrando que aqueles com compulsão alimentar apresentaram níveis mais elevados de raiva e ansiedade familiar (apenas meninas), e níveis mais baixos de emoções positivas em comparação com as jovens sem compulsão. No contexto dos TA, a dificuldade em identificar as emoções está presente de forma significativa além da identificação de poucos comportamentos direcionados a objetivos

adaptativos, poucas estratégias de manejo, falta de consciência das emoções e clareza emocional (BROCKMEYER et al., 2014), além de níveis mais baixos de plena consciência e autocompaixão (MEYER; LEPPMA, 2018; WATFORD et al., 2019).

O perfeccionismo das mães também foi associação à compulsão alimentar das filhas quando a relação entre elas é marcada por tensões e forte pressão materna para que as meninas cumpram as expectativas das mães. A exposição ao excesso de críticas e à falta de controle afetivo por parte das mães exerceram prejuízo de maneira global para as filhas (MUSHQUASH; SHERRY, 2013).

Outros fatores explorados no presente estudo foram o ambiente familiar durante as refeições e a forma de comunicação entre os seus membros nessas situações encontrando-se variação entre os grupos. O ambiente foi percebido como um momento tranquilo, harmonioso, festivo, mas em algumas vezes, estressante e com discussão entre os filhos no GC, considerado algo normal. Quanto às conversas nas refeições, foi verificado que ambos os grupos apresentam esse comportamento e os principais assuntos foram a rotina do trabalho, datas comemorativas, relacionamentos da filha, lembranças divertidas da família, viagens, reforma da casa e assuntos veiculados pela televisão, como os jornais de notícias e de esportes. A refeição que mais reúne as famílias é o jantar, por ser o momento em que todos se encontram, devido a rotina diária de cada membro. Esse resultado corrobora os achados de outros estudos relatando que o jantar é a refeição mais compartilhada (81%), seguida pelo café da manhã (71%) e almoço (23%) ilustrando que a rotina de trabalho fora de casa das famílias dificulta a realização das refeições no domicílio no meio do dia (BURGESS-CHAMPOUX et al., 2009; NUVOLI et al., 2015; WOODRUFF et al., 2013).

Segundo Mintz (2001), a alimentação é um importante fator estruturante das relações sociais e de rituais, sendo um dos pilares do grupo familiar. As refeições podem ser entendidas enquanto espaços para conversar sobre a família, saber o que está ocorrendo na vida dos membros do grupo doméstico e reafirmar os laços familiares. Simmel (2004) elucida que a alimentação possui um forte papel socializador nas interações sociais, pois ao mesmo tempo em que as porções que se come são individuais, o ato de comer juntos passa a ideia de comunhão entre as pessoas. De fato, Gazolla e Viecelli (2020), em seu estudo sobre as dinâmicas e os comportamentos alimentares acerca do consumo das principais refeições realizadas no ambiente doméstico de consumidoras urbanas, encontraram que 37,2% das pessoas declaram falar de assuntos referentes à família. As discussões sobre assuntos da atualidade, notícias e novidades em geral também fazem parte da rotina das atividades realizadas por 30,2% da amostra durante as refeições. Além disso, 20,9% dizem ouvir música no rádio enquanto comem

e aproveitam para se informar das notícias locais. As conversas a respeito dos estudos (2,3%) e do trabalho (2,3%) surgem em menores proporções. No entanto, a principal atividade realizada por elas é, para 44,19% da amostra, assistir televisão.

Segundo esses pressupostos, os achados do presente estudo revelaram um ambiente familiar bastante favorável no que diz respeito ao ato de comer em família das participantes, já que geralmente são momentos agradáveis, apresentam boa qualidade dos alimentos consumidos, e normalmente em locais e horários da casa que determinam o encontro da família, diferentemente ao que foi encontrado na literatura vigente (DORFMAN; ROSSATO, 2016; SOUZA; SANTOS, 2006). Os estudos observaram que a dinâmica familiar nos TA é marcada por tensões e conflitos crônicos não solucionados, já que uma das possíveis estratégias defensivas encontradas pelos pais é a tentativa reiterada de controle dos comportamentos do filho acometido pelo transtorno. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de as famílias do GE estarem sendo assistidas pelo tratamento no serviço especializado por meio de grupos de apoio, estratégia que tem por objetivo ajudar os familiares a compreenderem os sintomas desses quadros buscando o enfrentamento da situação de forma mais adequada.

A família é o primeiro espaço de convivência do ser humano. Entre as diversas tarefas sob a responsabilidade das famílias se destacam aquelas relacionadas aos cuidados com a saúde e a alimentação. É nesse ambiente que se inicia a formação do hábito alimentar das pessoas, sendo a principal influência na alimentação das crianças. Mais do que isso, as famílias são as maiores responsáveis pela transmissão da cultura alimentar, pois é nesse ambiente que as pessoas aprendem quais alimentos consumir e como prepará-los, a partir dos recursos disponíveis. Essa influência, positiva ou negativa, tende a persistir por toda a vida (SAWAYA et al., 2019).

Conceitos e práticas de uma alimentação saudável foi a terceira categoria definida no presente estudo. As participantes de ambos os grupos relataram que consideram alimentação saudável o consumo regular de arroz, feijão, carnes, legumes, verduras, frutas, além de fazer as refeições em horários regulares, ter variedade alimentar, comer pouco sal e fritura. Algumas mães adotam essas práticas para o alcance de uma alimentação saudável para as suas famílias, já que a maioria delas é a responsável pelo preparo da comida. Consideram esse ato muito importante por contribuir para a promoção da saúde e prevenção de doenças garantindo o envelhecimento adequado. No entanto, observou-se certa contradição nessa resposta quando comparada a outros relatos delas que revelaram o hábito de beliscar entre as refeições, sentimento de culpa após preparar e consumir alimentos mais calóricos e preocupação com o peso e forma corporais. Sendo assim, sugere-se que o discurso das participantes parece coerente

no que diz respeito ao conhecimento sobre os conceitos de uma alimentação saudável, contudo pode apontar dificuldades para colocá-lo em prática de forma integral.

Ao analisar o consumo alimentar de mães de pacientes com TA considerando a Pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira (PHILIPPI et al., 1999), Garcia e colaboradores (2018) demonstraram que houve adequação para os grupos de Arroz, Pães e Massas, Verduras e Legumes, Feijões e Oleaginosas, Carnes e Ovos e Açúcares e Doces. Já o consumo dos grupos das Frutas, Leite, Queijo e Iogurtes, apareceram muito abaixo dos valores de referência. No entanto, é fato de que o hábito de cozinhar parece garantir uma alimentação saudável para a família. Gazolla e colaboradores (2020) observaram que as mulheres valorizam a comida caseira, características que foram atribuídas, sobretudo, aos aspectos de confiabilidade conferido aos alimentos. As refeições caseiras parecem se caracterizar por oferecer uma alimentação mais segura e também estiveram atreladas às memórias e a um imaginário relacionado à família, às tradições e aos saberes e sabores que a comida feita em casa pode proporcionar. Silva e colaboradores (2015) constataram que a família desempenha papel fundamental no controle das escolhas alimentares, compra e preparo da comida dos adolescentes. O tempo maior que as mães destinam com situações familiares envolvendo as questões alimentares favorece a prática alimentar saudável, principalmente de adolescentes.

A penúltima categoria do estudo foi o monitoramento da alimentação da família pelas mães, para compreender melhor o cotidiano alimentar e a relação mãe-filha nesse contexto. O acompanhamento das refeições das filhas foi o primeiro item investigado e os resultados mostraram que a maioria das mães do GE negaram essa prática, porém observou-se certa ambivalência ao assumirem que estão atentas a situações que possam ser preocupantes, como restrição alimentar e baixa qualidade dos alimentos consumidos pelas filhas. Já o GC refere observar, com maior frequência, a alimentação das filhas e as mães tecem comentários quando percebem que elas deixam de comer determinados alimentos que garantem a qualidade da alimentação. Apesar do discurso da amostra do GE ser negativo sobre esse comportamento, ele foi percebido durante as entrevistas sugerindo que as mães experienciam essa prática, uma vez que as filhas com AN apresentam a restrição alimentar como sintoma da doença. Já no GC, as mães parecem preocupar-se com o cuidado das filhas de maneira geral, visto a preocupação em promover uma alimentação saudável para a família.

Esses resultados foram semelhantes com Bauer e colaboradores (2012) que examinaram o incentivo dos pais aos adolescentes para comer alimentos saudáveis e serem fisicamente ativos. Os autores encontraram que as meninas, ao final da adolescência, relataram ter mais

estímulo para manter esses comportamentos, pois há aumento da pressão social para serem magras, e atribuem parte dessa pressão aos pais.

Quando investigado, no presente estudo, sobre o monitoramento do peso corporal pelos membros das famílias, ambos os grupos relataram esse comportamento. A estratégia mais utilizada para essa prática foi a restrição alimentar, seguida de outras alternativas como melhorar a qualidade da alimentação incluindo mais frutas, verduras e legumes, reduzir o consumo de doces, utilizar produtos *diet* e *light* e praticar exercícios físicos, de forma até excessiva, segundo alguns relatos. No GE, houve um fato curioso com três mães que negaram esse comportamento na família não considerando que suas filhas têm um TA e o controle do peso é um sintoma bastante comum nesses quadros. Uma hipótese para compreender essa contradição seria o fato de que essas filhas, apesar de estarem em acompanhamento multiprofissional por um serviço especializado, se encontrarem em fase final do tratamento e não apresentarem mais tal preocupação.

A preocupação com o peso e o seu controle e a composição corporal em adolescentes do sexo feminino é bastante comum, o que acarreta práticas inadequadas para perda de peso em busca do padrão de beleza vigente, muitas vezes inalcançável por métodos convencionais e custos acessíveis, como mudanças no estilo de vida. Dessa forma, outros recursos mais disponíveis e de baixo custo como chás diuréticos, laxantes, medicamentos e dietas da moda são utilizados para esse fim (MURARI; DORNELES, 2018). Um estudo com meninas jovens encontrou que 43,8% delas realizavam dieta para fins de perda de peso por conta própria, mesmo tendo peso adequado para altura, sendo que 34,8% da amostra eram supervisionadas pelas mães (SOLÍS et al., 2015).

A compra e o preparo de receitas culinárias mais calóricas para a família também foi analisado no presente estudo. As participantes de ambos os grupos relataram que evitam essa prática no dia-a-dia reservando para os finais de semana o preparo de algum prato especial ou sobremesa. Corroborando esses achados, mães que residem em áreas urbana e rural apresentaram consumo alimentar diário de arroz, feijão, frutas, verduras, leites e carnes. Alimentos como bolachas, sorvetes, bolos e doces também fazem parte do cotidiano nos finais de semana (LAMANO-FERREIRA et al., 2016). Outro estudo observou que o consumo de alimentos ultraprocessados como pratos prontos ou semiprontos, apareceu de forma reduzida nas refeições diárias, sendo mais propício em momentos rituais como reuniões familiares, encontros entre amigos, nos fins de semana ou quando não se quer ou não pode cozinhar em função de outros compromissos (GAZOLLA et al., 2020).

Ainda sobre o preparo de receitas mais calóricas para a família pelas mães deste estudo, verificou-se que aquelas do GC apresentam sentimento de culpa por este ato, de forma mais acentuada quando comparado às do GE. Uma hipótese para compreender essa sensação seria o receio em oferecer calorias extras no cardápio favorecendo o ganho de peso nos membros da família. Nesse sentido, um estudo identificou que o sentimento de culpa que as mães carregam acerca da obesidade das filhas pode ser entendido considerando que as mulheres ocupam posição fundamental na alimentação da família, pois são elas que, geralmente, determinam o que será comprado e consumido (BERLESE et al., 2020). Outro fator a ser levantado é que as mulheres têm mais informações sobre nutrição e alimentação, provenientes de várias fontes e programas de divulgação dessa temática veiculados nos diferentes meios de comunicação. Assim, as mulheres tornam-se mediadoras entre universos onde predominam regras alimentares diversificadas, e podem ser agentes transformadores de hábitos alimentares da família. Logo, quando elas não conseguem transformar as práticas vigentes ou desenvolvem ações contrárias ao perfeito equilíbrio nutricional no domicílio, podem se responsabilizar por isso de forma culposa (ROMANELLI, 2006).

A última categoria desta investigação foi referente às práticas alimentares das mães. Em ambos os grupos, elas evitam comer alimentos mais calóricos principalmente para controle de peso, visto que algumas já tiveram obesidade e uma se submeteu à cirurgia bariátrica e não quer que o mesmo aconteça para alguém da família. No entanto, outras razões surgiram para essa evitação como o fato de alimentos gordurosos causarem indigestão e o alcance de melhor qualidade de vida a partir de uma alimentação mais equilibrada do ponto de vista calórico. Dados semelhantes foram obtidos em um estudo com mães do mesmo serviço especializado utilizado neste trabalho, cujos resultados mostraram que elas apresentam alimentação próxima ao considerado saudável pelo teste “Como está a sua alimentação” e o consumo dos macronutrientes encontrou-se dentro da faixa de adequação. Esses resultados sugerem que essas mulheres apresentam preferência por alimentos menos calóricos evitando aqueles ricos em açúcares e gorduras (GARCIA et al., 2018).

Apesar das mães deste estudo evitarem tais alimentos e negarem o sentimento de culpa quando fazem consumo dos mesmos, observou-se certa ambivalência nas respostas. Em alguns casos, as falas sinalizaram a presença de culpa permeada com uma pitada de prazer e autopermissão, como observado no estudo de Sabatini e colaboradores (2017). Esses autores investigaram os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva, pautada na abordagem do *Health at Every Size*, nas percepções do prazer em comer em mulheres com obesidade. Como resultados, as participantes que negavam ou não aceitavam o prazer ao comer,

comiam em grandes quantidades, não consumiam alimentos mais naturais e sentiam prazer e culpa simultaneamente. Dessa forma, se desconectavam dos sinais de fome e saciedade promovendo um ato alimentar hiperfágico.

Esses resultados sugerem que as participantes do presente estudo parecem compreender os princípios de uma alimentação saudável, praticam-na na maioria das vezes, mas o alimento também é utilizado como fonte de prazer, preenchimento ou alívio de determinadas emoções. Nesses momentos, algumas sensações surgem e podem ser explicadas pelo comer emocional. Este, do qual necessita ser satisfeito imediatamente, é resultado de algum gatilho emocional podendo causar sentimento de culpa e exagero no consumo de alimentos (DOĞAN et al., 2011). Dessa forma, as emoções são consideradas um dos determinantes das escolhas alimentares e desse modo, podem influenciar o comportamento alimentar dos indivíduos. A autorregulação emocional tem papel central neste nível de influência das emoções sobre o comportamento alimentar havendo, portanto, associação entre o déficit de autorregulação emocional e o padrão alimentar relacionado à obesidade. A suposição é que as diferenças individuais na autorregulação (por exemplo, autocontrole, ansiedade, estresse) podem ser um fator que contribui para reduzir o consumo de calorias, apesar da pressão ambiental para excesso de consumo alimentar. Por isso, a regulação emocional realizada de forma inadequada pode estar associada a uma maior vulnerabilidade às emoções negativas (LU et al., 2016).

As últimas questões dessa categoria foram sobre o hábito das mães em fazer dieta, a alteração de peso delas nos últimos 12 meses e a satisfação com o peso atual. O hábito de fazer dieta também foi semelhante neste estudo. De acordo com as entrevistas, a prática de restringir a alimentação com foco na perda de peso não parece ser comum entre as mães dos dois grupos, porém os discursos revelaram que isso acontece pontualmente em momentos específicos. Durante o período da coleta de dados, algumas mães estavam praticando alguma dieta restritiva. Os resultados de natureza antropométrica e de imagem corporal da amostra como o sobrepeso, a inacurácia e a insatisfação corporal, e o risco cardiovascular elevado apresentado podem justificar tal conduta. No entanto, sabe-se que programas tradicionais com dieta hipocalórica que encorajam os indivíduos à restringir a ingestão de alimentos têm sido ineficazes em termos de perda de peso (SCHAEFER; MAGNUSON, 2014). Leon e colaboradores (2020) buscaram identificar os principais fatores que dificultam a adesão a uma dieta para perda de peso em mulheres com sobrepeso e obesidade. Os resultados ressaltaram que a interação entre fatores internos e externos estão relacionados ao comportamento alimentar, e enfatizam a necessidade da adoção de estratégias mais holísticas do tratamento nutricional que não apenas a abordagem

prescritiva e restritiva. A compreensão do indivíduo e dos fatores relacionados ao seu comportamento associados a abordagens que, de fato, levem isso em conta, são de fundamental importância para o alcance de resultados mais efetivos.

Uma abordagem mais recente sobre o ato de comer surge como uma alternativa para que as pessoas comam de forma mais consciente e tranquila e atualmente tem se destacado e está sendo cada vez mais reconhecida. A alimentação intuitiva, definida como um estilo de alimentação que se concentra em comer motivado por sinais fisiológicos de fome e saciedade (TYLKA, 2006), é uma forma em que as pessoas libertam as algemas das dietas restritivas que leva a privação, compulsão, impulsividade e ganho de peso rebote. A reconexão do indivíduo com seu corpo e mente é uma estratégia utilizada para que esse hábito seja amenizado. O comer intuitivo envolve um processo que visa a sintonia entre mente, corpo e comida (TRIBOLE; RESCH, 2012). Um estudo realizado em mulheres identificou que, maior atenção a esses sinais estava relacionada à menor ingestão energética e maior qualidade da alimentação (CAMILLERI et al., 2017). Acredita-se que a alimentação intuitiva seja uma característica inata que pode ser desenvolvida por um ambiente mais favorável. As crianças apresentam uma alimentação intuitiva, mas podem mudar para um comportamento de dieta como resultado da preocupação dos pais e da restrição da ingestão de alimentos que eles impõem (TYLKA; WILCOX, 2006).

O fato de a maioria das crianças passarem grande parte do tempo sob os cuidados da própria mãe pode aumentar a influência da mesma sobre os hábitos alimentares de seus filhos, que pode ser tanto positiva quanto negativa, dependendo da cultura e conhecimentos de cada mãe (OLIVEIRA et al., 2012). Nesse sentido, 94 adolescentes americanos com idade entre 8 e 17 anos, tiveram maior encorajamento materno à realização de dietas, maior frequência de comportamentos não saudáveis para controle do peso e de prática de dietas restritivas, quanto maior era o IMC (ARMSTRONG; JANICKE, 2012). O estilo de vida materno é um determinante social de saúde importante e influencia a nutrição dos filhos por ser a pessoa mais envolvida no cuidado deles. Nobre e colaboradores (2016), acreditando que muitos comportamentos de saúde envolvidos no surgimento de doenças crônicas não transmissíveis são originados na infância com a influência dos pais ou familiares, encontraram que crianças que recebiam alimentação minimamente processada eram filhas de mães com estilos de vida mais socioconsciente, e aquelas que consumiam alimentos ultraprocessados eram filhas de mães com estilos de vida consumista.

Corroborando esses achados, Magalhães e colaboradores (2017) identificaram a frequência de comportamentos de risco para TA em adolescentes e sua relação com atitudes e

comportamentos maternos. Foi verificada elevada proporção de mães que praticavam e estimulavam a adoção de dietas restritivas pelos filhos, comportamentos que podem gerar uma série de consequências negativas, como a preocupação excessiva com o peso corporal, compulsão alimentar e práticas não saudáveis para controle do peso.

Os resultados da alteração do peso nos últimos 12 meses e a satisfação sobre o peso atual das mães deste estudo foram semelhantes nos dois grupos, em que foi observado variação para mais, menos e manutenção de peso. Sobre a satisfação desse peso, as mães que aumentaram o peso mostraram-se insatisfeitas; já as que reduziram se mostraram satisfeitas e as que mantiveram o peso no último ano relatam que gostariam de perder alguns quilos. Frequentemente, mulheres são mais engajadas em dietas e exercícios para perda de peso, podem ser mais influenciadas por propagandas de produtos que ajudam na redução do peso e acreditam que pessoas magras são mais populares e atraentes. Entre as pessoas mais jovens, a satisfação com o peso é um fator importante para a autoaceitação, e quando este não é compatível com o corpo desejado, torna-se um motivo para atitudes inapropriadas afetando esses indivíduos em seu crescimento e desenvolvimento (SAN MARTINI et al., 2016). Um estudo com uma amostra de mães do município de Santos, verificou a ocorrência de comportamentos de risco para TA, como práticas de dietas, insatisfação corporal e métodos inadequados para perder ou controlar o peso corporal (SCAGLIUSI et al., 2012). Os autores reforçam a hipótese de que esta amostra de mães apresenta uma frequência maior de insatisfação corporal similar à de outros estudos que investigaram populações tipicamente consideradas de risco para distúrbios de imagem corporal, como universitárias (ALVARENGA et al., 2011; BOSI et al., 2006; BOSI et al., 2008; BOSI et al., 2009).

É conhecido que mães que referem insatisfação corporal e/ou apresentam alimentação desordenada têm mais probabilidade de transmitir-las às suas filhas por meio de comportamentos e práticas que potencializam o risco de desenvolvimento de TA. Didericksen e colaboradores (2018) mostraram que adolescentes que receberam incentivo dos pais para fazer dieta durante a adolescência eram mais propensos a agir da mesma forma com seus próprios filhos. Hillard e colaboradores (2016) e Lewis e colaboradores (2015) constataram que preocupações maternas influenciavam a maneira como as filhas percebiam o próprio peso e a forma corporal, assim como os sintomas de TA. Quanto mais as mães abordavam temas relacionados à alimentação e (in)satisfação corporal, mais a alimentação era desordenada e maior insatisfação era relatada pelas filhas. Os autores hipotetizaram um possível efeito da modelagem na correlação obtida entre os escores dos sintomas de TA de mães e filhas, assim como a presença de conteúdos não

elaborados, referentes às vivências angustiantes do corpo e da alimentação, que são transmitidos entre as gerações sem a necessária transformação psíquica.

De fato, a alimentação, com seu caráter simbólico, torna-se o veículo pelo qual essas regras e vínculos podem se repetir entre as gerações visto que a ingestão de alimentos e as restrições alimentares não são estranhas à aprendizagem gerada pela família (ADAMI-LAUAND; RIBEIRO, 2011). Portanto, torna-se fundamental incentivar o esforço das experiências maternas no sentido de influenciar positivamente as filhas sobre a imagem corporal e hábitos alimentares mais saudáveis buscando romper essa herança e prevenir o aparecimento dessas graves doenças (BRUN et al., 2020).

Por fim, os resultados encontrados neste estudo só foram possíveis devido à utilização da metodologia mista em que os dados quantitativos foram complementados com os qualitativos na proposta de compreender os sentidos e significados da alimentação da família, da mãe e a relação mãe-filha no desenvolvimento dos TA das filhas. Os achados não confirmaram a hipótese do estudo, uma vez que as participantes dos dois grupos apresentaram comportamentos de risco nutricional representados por práticas de restrição alimentar, controle de peso e preocupação com a própria imagem corporal. No entanto, algumas limitações podem ser apontadas como o tamanho pequeno da amostra que impossibilitou resultados quantitativos com diferença estatística. Ainda, por ser um estudo de caráter transversal com coleta de dados em único momento, não é possível constatar uma relação de causa-efeito. Sendo assim, é necessário que sejam realizados futuros estudos, de caráter longitudinal, em que o intervalo de acompanhamento da rotina alimentar dessas famílias e as práticas alimentares das mães sejam mais frequentes possibilitando maiores informações para entender de forma mais clara o contexto de como as mães são importantes no processo de desenvolvimento e tratamento do TA das filhas.

8- CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que as participantes dos dois grupos tinham idade semelhante, a maioria exerce atividade fora de casa, possui companheiro, tem de um a três filhos, e em alguns casos, a mãe delas mora na mesma casa. No entanto, o estado nutricional e o risco cardiovascular foram diferentes, sendo que as mães do GE tinham eutrofia e risco cardiovascular elevado, enquanto que as do GC, sobrepeso e risco muito elevado. Essas mães têm maior inacurácia e insatisfação corporal quando comparadas às do GE. O estado nutricional das filhas dos dois grupos foi considerado adequado, porém com maior amplitude nas do GE.

Os resultados revelaram que as mães têm importante papel na organização alimentar da família e podem exercer influência sobre o desenvolvimento do TA da filha por meio de comportamentos e práticas de restrição alimentar, controle de peso e preocupação com a própria imagem corporal e a da sua filha. No entanto, os grupos apresentaram resultados semelhantes não confirmando a hipótese do estudo. Inesperadamente, as mães do GC demonstraram comportamentos de risco nutricional mais expressivos do que as do GE. Esses achados apontam que preocupações com o peso, a forma corporal e a alimentação parecem atingir, de forma abrangente, as mulheres que estão sob pressão dos padrões de beleza que determinam a magreza como ideal de corpo.

Pode-se pensar que essa diferença se deu pelo fato de as participantes do GE estarem mais conscientes e informadas sobre os fatores de risco e proteção para os transtornos alimentares, uma vez que recebem apoio e orientação do serviço especializado em que as filhas com esse quadro são acompanhadas. Nesse sentido, o GC, como representante da população em geral, estaria mais exposto e suscetível para adoção de comportamentos inadequados em relação à alimentação e o corpo. Sendo assim, ações de prevenção seletiva, dirigida às famílias e principalmente às mães, são recomendadas para melhor relação com os alimentos e imagem corporal e conseqüentemente, diminuição dos riscos desses graves transtornos além da detecção precoce dos seus sinais e sintomas.

Por fim, futuros estudos sobre essa temática devem ser desenvolvidos para subsidiar a melhor compreensão sobre a influência dos comportamentos de risco da mãe e da relação mãe-filha nos TA trazendo dados mais ampliados e aprofundados para elaborar protocolos científicos e aprimorar estratégias terapêuticas mais eficazes para esses quadros.

REFERÊNCIAS

- AIME, A.; CRAIG, W.M.; PEPLER, D.; JIANG, D.; CONNOLLY, J. Developmental pathways of eating problems in adolescents. **Int J Eat Disord.**, v. 41, n. 8, p. 686–696, 2008.
- ALBUQUERQUE, U.P.; LINS NETO, E.M.F. Seleção dos participantes da pesquisa. *In: Métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica.* (Coleção: Estudos e avanços). Recife-PE, NUPEEA, 2010.
- ALESSI, N.P. Conduta Alimentar E Sociedade. **Medic.**, v. 39, n. 3, p. 327, 2006.
- ALVARENGA, M.; KORITAR, P. **Nutrição Comportamental.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2015.
- ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S.T. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. *In: Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento.* São Paulo: Manole, 2011.
- ADA - AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **J Am Diet Assoc**, v. 106, p. 2073–2082, 2006.
- ADA - AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. **J Am Diet Assoc**, v. 111, n. 8, p. 1236–1241, 2011.
- ADAMI-LAUAND, C.B.; RIBEIRO, R.P.P. A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. **Psicologia USP**, v. 22, n. 4, p. 927–942, 2011.
- APA - AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: **American Psychological Association**, 2013.
- APARICIO-MARTINEZ, P. et al. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. **Int J Environ Res and Public Health**, v. 16, n. 21, p. 1–16, 2019.
- ARMSTRONG, B.; JANICKE, D.M. Differentiating the effects of maternal and peer encouragement to diet on child weight control attitudes and behaviors. **Appetite**, v. 59, n. 3, p. 723–729, 2012.
- ÁVILA, A.C.L.; WEISS, F.B.; LAURINDO, M.C. Relação mãe-bebê e seus reflexos na questão da alimentação na primeira infância. **Akrópolis**, v. 15, n. 3, p. 159–163, 2007.
- BALDESSIN, A.O.; MARQUES, E.L.L. Obesidade associada ao transtorno de compulsão alimentar periódica: breve aporte do tratamento da terapia cognitivocomportamental. **O Portal dos Psicólogos**, 1-14, 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/info/sobre.php>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horiz antropol**, v. 13, n. 28, p. 87–116, 2007.

BARBOSA, B.C.R. et al. Práticas alimentares de estudantes universitários da área da saúde, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 15, p. 1–15, 2020.

BAUER, K.W.; LASKA, M.N.; FULKERSON, J.A.; NEUMARK-SZTAINE, D. Longitudinal and secular trends in parental encouragement for healthful eating, physical activity, and dieting throughout the adolescent. **J Adolesc Health**, v. 49, n. 3, p. 306–311, 2012.

BAUER, A.; SCHNEIDER, S.; WALDORF, M.; ADOLPH, D.; VOCKS, S. Familial transmission of a body-related attentional bias – An eye-tracking study in a nonclinical sample of female adolescents and their mothers. **PLoS One**, v. 12, n. 11, p. 1–16, 2017.

BERGE, J.M. et al. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. **Jama Pediatr**, v. 167, n. 8, p. 746–753, 2013.

BERLESE, D.B. et al. Percepção dos Familiares sobre os fatos desencadeantes da obesidade de adolescentes. **Health & Social Change**, v. 11, n. 2, p. 36–45, 2020.

BETTIN, B.P.C.; RAMOS, M.; OLIVEIRA, V.R. Alimentação emocional: narrativa histórica e o panorama atual. **RBONE**, v. 13, n. 80, p. 674–686, 2019.

BEZERRA, I.N. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Rev. de Saúde Públ.**, v. 47, n. 1, p. 200–211, 2013.

BIGHETTI, F.; SANTOS, C.B.; SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **J. bras. psiquiatr.**, v. 53, n. 6, p. 339–346, 2004.

BOSCHI, V.; MUSCARIELLO, E.; MARESCA, I.; SCHIAVO, R.L.; TRANCHESE, V.; BELLINI, O.; COLANTUONE, A. Assessment of eating behaviour in young women requesting nutritional counselling and their mothers. **Eat Weight Disord.**, v. 15, n. 1–2, p. 60–67, 2010.

BOSI, M.L.M.; LUIZ, R.R.; MORGADO, C.M.C.; COSTA, M.L.S.; CARVALHO, R.J. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar e fatores associados entre estudantes de nutrição do município do Rio de Janeiro. **J. bras. psiquiatr.**, v. 55, p. 34–40, 2006.

BOSI, M.L.M.; LUIZ, R.R.; UCHIMURA, K.Y.; OLIVEIRA, F.P. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J. bras. psiquiatr.**, v. 57, p. 28–33, 2008.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y.; RAGGIO-LUIZ, R. Eating behavior and body image among psychology students. **J. bras. psiquiatr.**, v. 58, p. 150–155, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2020.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BROCKMEYER, T.; SKUNDE, M.; WU, M.; BRESSLEIN, E.; RUDOFISKY, G.; HERZOG, W.; FRIEDERICH, H. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. **Compr Psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 564–571, 2014.

BRUN, I.; RUSSELL-MAYHEW, S.; MUDRY, T. Last Word: Ending the intergenerational transmission of body dissatisfaction and disordered eating: a call to investigate the mother-daughter relationship. **Eat Disord**, v. 00, n. 00, p. 1–8, 2020.

BRUSCHINI, M.C.A.; RICOLDI, A.M. Revendo estereótipos: O papel dos homens no trabalho doméstico. **Rev Estud Fem**, v. 20, n. 1, p. 259–287, 2012.

BULIKA, C.M.; HAMERA, R.M.; HOLLEA, A.V.; REBA-HARRELSONA, L.; REICHBORN-KJENNERUDC, T.; TORGERSSENC, L. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). **Eat Behav**, v. 11, n. 1, p. 54–61, 2010.

BURGESS-CHAMPOUX, T.L.; LARSON, N.; NEUMARK-SZTAINER, D.; HANNAN, P.J. Story M. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? **J Nutr Educ Behav**, v. 41, n. 2, p. 79–86, 2009.

BVS [homepage on the Internet]. São Paulo: Descritores em ciências da saúde [cited 2011 Sep 18]. Available from: <http://decs.bvs.br/>

CAMILLERI, G.M.; MÉJEAN, C.; BELLISLE, F.; ANDREEVA, V.A.; KESSE-GUYOT, E.; HERCBERG, S.; PÉNEAU, S. Intuitive eating dimensions were differently associated with food intake in the general population-based NutriNet-Santé Study. **J Nutr**, v. 147, n. 1, p. 61–69, 2017.

CARADAS, A.A.; LAMBERT, E.V.; CHARLTON, K.E. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. **J. Hum. Nutr. Diet**, v. 14, n. 2, p. 111–120, 2001.

CARVALHO, C.P. **A influência da publicidade / marketing e rotulagem alimentar nas escolhas alimentares dos pais e crianças**. 2018. Dissertação (Mestrado em Nutrição Clínica) - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2018.

CASPER, R.; TROIANI, M. Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. **Int J Eat Disord**, v. 30, n. 3, p. 338–342, 2002.

CASTELLINI, G.; LELLI, L.; LOSAURO, C.; VIGNOZZI, L.; MAGGI, M.; FARAVELLI, C. An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. **Psychother Psychosom**, v. 81, n. 6, p. 380–382, 2012.

CASTELLINI, G.; LO LAURO, C.; LELLI, L.; GODINI, L.; VIGNOZZI, L.; RELLINI, A.H. Childhood sexual abuse moderates the relationship between sexual functioning and eating disorder psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a 1-year follow-up study. **J. Sex. Med**, v. 10, n. 9, p. 2190–2200, 2013.

CASTRO, P.S.; BRANDÃO, E.R. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2917–2926, 2018.

CCEB - Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil: O novo critério padrão de classificação econômica Brasil. ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016.

CHRISTOPH, M.J.; LOTH, K.A.; EISENBERG, M.E.; HAYNOS, A.F.; LARSON, N.; NEUMARK-SZTAINER, D. Nutrition facts use in relation to eating behaviors and healthy and unhealthy weight control behaviors. **J Nutr Educ Behav**, v. 50, n. 3, p. 267–274, 2018.

CLARKE, V.; BRAUN, V. “Using Thematic Analysis in Counselling and Psychotherapy Research: A Critical Reflection.” **Counselling and Psychotherapy Research Journal**, v. 18, n. 2, p. 107–110, 2018.

COBELO, A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. *In: Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole, 2004.

COBELO, A.W. The Mother-Daughter Relationship in Eating Disorders : The Psychotherapy group of mothers. **Rev Latinoam Psicopatol Fundam**, v. 15, n. 3, p. 657–67, 2012.

COHEN, R.; NEWTON-JOHN, T.; SLATER, A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. **Body Image**, v. 23, p. 183–187, 2017.

COHEN, E.; GRADIDGE, P.J.; MICKLESFIELD, L.K. Relationship between body mass index and body image disturbances among South African mothers and their daughters living in Soweto, Johannesburg. **Family & community health**, v. 42, n. , p. 140–149, 2019.

CORCOS, M. **Le corps absent: Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires** (2a ed.). Paris: Dunod. (Obra original publicada em 2005), 2010.

COSTA, A.L.; DUARTE, D.E.; KUSCHNIR, M.C. A família e o comportamento alimentar na adolescência. **Adolesc Saúde**, v. 7, n. 3, p. 52–58, 2010.

COSTA, L.R.S.; SANTOS, M.A. Cuidado paterno e relações familiares no enfrentamento da anorexia e bulimia. *In: Relações interpessoais: Concepções e contextos de intervenção e avaliação*. São Paulo, 2016.

CUI, H.; MOORE, J.; ASHIMI, S.S.; MASON, B.L.; DRAWBRIDGE, J.; HAN, S.; E.T, A.L. Eating disorder predisposition is associated with ESRRB and HDAC4 mutations. **J Clin Invest**, v. 123, n. 11, p. 4706–4713, 2013.

DAVEY, G.C.; CHAPMAN, L. Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: the role of trait anxiety and anxiety sensitivity. **Clin Psychol Psychother.**, v. 16, n. 4, p. 268–275, 2009.

DIDERICKSEN, K.W.; BERGE, J.M.; HANNAN, P.J.; HARRIS, S.M.; RICHARD, F. M.; NEUMARK-SZTAINER, D. Mother-Father-Adolescent Triadic Concordance and Discordance on Home Environment Factors and Adolescent Disordered Eating Behaviors. **Fam Syst Health.**, v. 36, n. 3, p. 338–346, 2018.

DIEZ-GARCIA, R.W.; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 91–98, 2011.

DOĞAN, T.; TEKIN, E. G.; KATRANCIOĞLU, A. Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. **Procedia- Social and Behavioral Sciences**, v.15, p. 2074–2077, 2011.

DARCY, M.J.; CALVIN, K.; CAVNAR, K.; OUIOMET, C.C. Regional and subcellular distribution of HDAC4 in mouse brain. **J Comp Neurol**, v. 518, n. 5, p. 722–740, 2010.

DEIRÓ, P.A.H. **Bulimia nervosa e família: evolução e tratamento da doença**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2011.

DIEZ-GARCIA, R.W.; CASTRO, I.R.R. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 91–98, 2011.

DOĞAN, T; TEKIN, E.G.; KATRANCIOĞLU, A. Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. **Procedia- Social and Behavioral Sciences**, v. 15, p. 2074–2077, 2011.

DORFMAN, I.Z.; ROSSATO, M.L. Reflexões acerca da relação parental na anorexia nervosa. **ABRATF**, v. 6, n. 1, p. 160–168, 2016.

DRICHOUTIS, A.; LAZARIDIS, P.; NAYGA, R.M. Consumers' use of nutritional labels. A review of research studies and issues. **Academy of Marketing Science Review**, v. 9, p. 1–22, 2007.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Food habits and feeding behavior in adolescents with symptoms of anorexia nervosa. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, p. 51–60, 2003.

DUNKER, K.L.L.; FERNANDES, C.P.B.; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **J. bras. psiquiatr.**, v. 58, n. 3, p. 156–161, 2009.

ENTEN, R.S.; GOLAN, M. Parenting styles and eating disorder pathology. **Appetite**, v. 52, n. 3, p. 784–787, 2009.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. Psiq.**, v. 28, n. 3, p. 265–275, 2009.

FERREIRA, J.W.; WAYNE, L.S. A cozinha das mulheres: de espaço de domesticação ao de empoderamento a partir de saberes e fazeres culinários. **Revista Espacialidades**, v. 13, n. 1, p. 107–126, 2018.

FIELDHOUSE, P. **Food and nutrition: customs and culture**. London: Chapman & Hall; 1996.

FIGESE, B.H.; JONES, B.L.; JARICK, J.M. Family mealtime dynamics and food consumption: an experimental approach to understanding distractions. **Couple Family Psychol.**, v. 4, n. 4, p. 199, 2015.

FIGUEIREDO, R. A obsessão pelo corpo e o desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens adolescentes. **Pretextos**, v. 4, n. 7, p. 250–268, 2019.

FISCHLER, C. Commensality, society and culture. **Social Science Information**, v. 50, n. 3-4, p. 528–548, 2011.

FONSECA, M.F.S. A inserção das mulheres no mercado de trabalho como uma exigência do capital e a divisão sexual do trabalho. **Revista Extraprensa**, v. 9, n. 1, p. 90, 2015.

FÖCKER, F.; STALDER, S.; KIRSCHBAUM, C.; ALBRECHT, M.; ADAMS, F.; DE ZWAAN, M. Hair cortisol concentrations in adolescent girls with anorexia nervosa are lower compared to healthy and psychiatric controls. **Eur Eat Disord Rev.**, v. 24, p. 531–535, 2016.

FONSECA, L.G. **A transição nutricional recente no Brasil**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências de Saúde, Brasília, 2014.

FRANCIS, L.; BIRCH, L. Does Eating during Television Viewing Affect Preschool Childrens Intake? **J Am Diet Assoc**, v. 106, p. 598–600, 2006.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: O ego e o id e outros trabalhos (1923–1925)**. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1996.

GALMICHE, M.; DÉCHELLOTE, P.; LAMBERT, G.; TAVOLACCI. Prevalence of eating disorders over the 2000 – 2018 period: a systematic literature review. **The American Journal Of Clinica Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1402–1413, 2019.

GARCIA, C.L. et al. Atitudes alimentares e imagem corporal das mães de pacientes com transtornos alimentares. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 3, p. 621–633, 2018.

GARDNER, R.M.; FRIEDMAN, B.N.; JACKSON, N.A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Perceptual Motor Skills**, v. 86, n. 2, p. 387–395, 1998.

GARDNER, R.M. et al. Development and validation of two new scales for assessment of body image. **Perceptual Motor Skills**, v. 89, p. 981–993, 1999.

GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHER Y.; GARINKEL, P.E. Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychol Med**, v. 12, n. 4, p. 871–878, 1982.

GAROUSHI, S.; GARRUSHI B.; BANESHI, M.R; SHARIFI, Z. Weight management behaviors in a sample of Iranian adolescent girls. **Eat Weight Disord**, v. 21, n. 3, p. 435–444, 2016.

GAZOLLA, M.; VIECELLI, P. Refeições e comportamentos à mesa: um estudo a partir de consumidoras urbanas. **Redes**, v. 25, n. 2, p. 461–481, 2020.

GON, S.; AQUINO, S.; DANTAS, L.F. Percepções de jovens da educação básica sobre os transtornos alimentares. **Revista Cadernos de Estudos e Pesquisa em Educação Básica**, v. 3, n. 1, p. 321–330, 2017.

GONÇALVES, J.A. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev. paul. pediatr.**, v. 31, n. 1, p. 96–103, 2013.

GONÇALVES, N.A. et al. Rotulagem de alimentos e consumidor. **Nutrição Brasil**, v. 14, n. 4, p. 198–204, 2015.

GOSS, K.; ALLAN, S. Shame, pride and eating disorders. **Clin Psychol Psychother.**, v. 16, n. 4, p. 303–316, 2009.

GOULART, D.M.; SANTOS, M.A. Psicoterapia individual em um caso grave de anorexia nervosa: A construção da narrativa clínica. **Psicol. clin**, v. 27, n. 2, p. 201–227, 2015.

HAAS, A.G. **Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia numa perspectiva psicanalítica**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí. 2018.

HANACHI-GUIDOUM, M. Traiter les complications somatiques de l'anorexie. **Soins Psychiatrie**, v. 37, n. 307, p. 34–37, 2016.

HANDFORD, C.M.; RAPEE, R.M.; FARDOULY, J. The influence of maternal modeling on body image concerns and eating disturbances in preadolescent girls. **Behav Res Ther**, v. 100, p. 17–23, 2018.

HILLARD, E.E; GONDOLI, D.M.; CORNING, A.F; MORRISSEY, R.A. In It Together: Mother Talk of Weight Concerns Moderates Negative Outcomes of Encouragement to Lose Weight on Daughter Body Dissatisfaction and Disordered Eating. **Body Image**, v. 21, n. 2, p. 129–139, 2017.

JABLONSKI, B. O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 262–275, 2010.

JACOBI, C.; HAYWARD, C.; ZWAAN, M.; KRAEMER, H.C.; AGRAS, W.S. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. **Psychol Bull**, v. 130, n. 1, p. 19–65, 2004.

JÁUREGUI-LOBERA, I. et al. Estrategias de afrontamiento en la elección de alimentos de padres de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; ¿qué ocurre cuando la madre y el padre trabajan? **Nutri. Hosp.**, v. 28, n. 6, p. 2188–2193, 2013.

JOMORI, M.M.; PROENÇA, R.P. ; CALVO, M.C.M. Escolha alimentar : a questão de género no contexto da alimentação fora de casa. **Caderno Espaço Feminino**, v. 19, n. 01, p. 369–384, 2008.

KAKESHITA, I.S. **Estudo das relações entre o estado nutricional, a percepção da imagem corporal e o comportamento alimentar em adultos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

KAKESHITA, I.S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psic.: Teor e Pesq.**, v. 25, n. 2, p. 263–270, 2009.

KARWAUTZ, A.; HAIDVOGL, M.; WAGNER, G.; NOBIS, G.; WOBER-BINGOL, C.; FRIEDRICH, M. H. Subjective family image in anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: A controlled study. **Z Kinder und Jugendpsychiatrischer Psychotherapy**, v. 30, n. 4, p. 251–259, 2002.

KINOUCI, O.; DIEZ-GARCIA, R.W.; HOLANDA, A.J.; ZAMBIANCHI, P.; ROQUE, A.C. The non-equilibrium nature of culinary evolution. **New J. Phys**, v. 10, p. 1–15, 2008.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLUMP, K.L.; GOBROGGE, K.L. A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**, v. 37, p. 43–48, 2005.

KOTAIT, M.S.; BARILLARI, M.L.; CONTI, M.A. Escalas de avaliação de comportamento alimentar. *In: Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KREIPE, R.E. Introduction to Interviewing: The Art of Communicating With Adolescents. **Adolescent Medicine: State of the Art Reviews**, v. 19, p. 1–17, 2008.

LAM, C.B.; MCHALE, S.M. Developmental patterns and family predictors of adolescent weight concerns: a replication and extension. **Int J Eat Disord.**, v. 45, n. 4, p. 524–530, 2012.

LAMANO-FERREIRA, A.P.N.; AQUINO, S.E.; MOLINA, S.M.G. Comparação de dietas rurais e urbanas: Escolha de alimentos pelas mães de crianças pré-escolares na cidade de Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Espacios**, v. 37, n. 35, p. 21, 2016.

LAUS, M.F.; ALMEIDA, S.S. Estudo de Validação e Fidedignidade de Escalas de Silhuetas Brasileiras em Adolescentes. **Psic.: Teor e Pesq**, v. 29, n. 4, p. 403–409, 2013.

LAUS; M.F., KAKSHITA, I.; COSTA, T.M.B.; FERREIRA, M.E.C.; FORTES, L.S.; ALMEIDA, S.S. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 331–346, 2014.

LAVENDER, J.M.; ANDERSON, D.A. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. **Int J Eat Disord.**, v. 43, n. 4, p. 352–357, 2010.

LEAL, D. Crescimento da alimentação fora do domicílio. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 17, n. 1, p. 123, 2010.

LEAL, G.V.S. **Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo**. 2013. Dissertação (Doutorado em Ciências) - Faculdade de saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LEAL, G.V.S.; PHILIPP, S.T.; POLACOW, V.O.; CORDÁS, T.A.; ALVARENGA, M.S. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **J. bras. psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 62–75, 2013.

LELIS, C.T.; TEIXEIRA, K.M.D.; SILVA, N.M. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 523–532, 2012.

LEON, A.; ROEMMICH, J.N.; CASPERSON, S.L. Identification of barriers to adherence to a weight loss diet in women using the nominal group technique. **Nutrients**, v. 12, n. 12, p. 1–10, 2020.

LEONIDAS, C., SANTOS, M.A. Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 10, p. 915–927, 2014a.

LEONIDAS, C. Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1435–1447, 2014b.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M.A. Family relations in eating disorders: The genogram as instrument of assessment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1435–1447, 2015.

LEWIS, S.; KATSIKITIS, M.; MULGREW, K. Like mother, like daughter? An examination of the emotive responses to food. **J Health Psychol**, v. 20, n. 6, p. 828–838, 2015.

LIMA, N.L.; ROSA, C.O.B.; ROSA, J.F.V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: Anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estud. pesqui psicol.**, v. 12, n. 2, p. 360–378, 2012.

LIMA, R.S.; NETO, J.A.F.; FARIAS, R.C.P. Alimentação, Comida E Cultura: O Exercício Da Comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 10, n. 3, p. 507–522, 2015.

LIRA, A.G. et al. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **J. bras. psiquiatr.**, v. 66, n. 3, p. 164–171, 2017.

LIU, D.; ZHANG, Z.; GLADWELL, W.; TENG, C.T. Estrogen stimulates estrogen-related receptor α gene expression through conserved hormone response elements. **Endocrinology**, v. 144, n. 11, p. 4894–4904, 2003.

LO SAURO, C.; RAVALDI, C.; CABRAS, P.L.; FARAVELLI, C.; RICCA, V. Stress, Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and Eating Disorders. **Neuropsychobiology**, v. 57, n. 3, p. 95–115, 2008.

LOPES, A.C.S. et al. Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 451–458, 2012.

LU, Q. et al. Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents. **Appetite**, v. 99, p. 149–156, 2016.

MA, J.L. Eating disorders, parent-child conflicts, and family therapy in Shenzhen, China. **Qual Health Res.**, v. 18, n. 6, p. 803–810, 2008.

MACHADO, C.H. et al. Efetividade de uma intervenção nutricional associada à prática de atividade física. **Cad. saúde colet.**, v. 21, n. 2, p. 148–153, 2013.

MACIEL, M.G. et al. Imagem Corporal E Comportamento Alimentar Entre Mulheres Em Prática De Treinamento Resistido. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 13, n. 78, p. 159–166, 2019.

MADRIGAL, H. et al. Underestimation of body index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. **Public Health Nutr.**, v. 114, p. 468–473, 2000.

MAGALHÃES, L.M.; BERNARDES, A.C.B.; TIENGO, A. A Influência de blogueiras fitness no consumo alimentar da população. **RBONE**, v. 11, n. 68, p. 685–692, 2017.

MARCONI et. al. **Metodologia do trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2001.

MARCONI et. al. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARINI, M. “Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá retirar sua mãe de seu interior”: psicanálise, sujeito e transtornos alimentares. **Cadernos Pagu**, n. 46, 2016.

MATTSON, M.P. Mitochondrial regulation of neuronal plasticity. **Neurochem Res**, v. 32, n. 4-5, p. 707–715, 2007.

MERWE, D.V.; BOSMAN, M.; ELLIS, S. Consumers’ opinions and use of food labels: results from an urban - rural hybrid area in South Africa. **Food Res Int.**, v. 63, p. 100–107, 2014.

MESSER, E. Perspectivas antropológicas sobre la dieta. *In: Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumes*. Barcelona: Publicaciones Universitat de Barcelona; p. 27–81, 2005.

MEYER, L.; LEPPMA, M. The Role of Mindfulness, Self-Compassion, and Emotion Regulation in Eating Disorder Symptoms Among College Students. **Journal of College Counseling**, v. 22, n. 3, p. 211–224, 2018.

MHURCHU, C.N.; EYLES, H.; JIANG, Y.; BLAKELY, T. Do nutrition labels influence healthier food choices? Analysis of label viewing behaviour and subsequent food purchases in a labelling intervention trial. **Appetite**, v. 121, n. 1, p. 360–365, 2018.

MICALI, N.; SOLMI, F.; HORTON, N.J.; CROSBY, R.D.; EDDY, K.T.; CALZO, J.P.; SONNEVILLE, K.R.; SWANSON, S.A.; FIELD, A.E. Eating Disorders in Adolescents Predict Behavior psychiatric and high risk and weight scores in young adulthood. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.**, v. 54, n. 8, p. 652–659, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINTZ, S.W. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Rev. bras. Ci. Soc.**, v. 16, n. 47, p. 31–41, 2001.

MIRANDA, C.M. A construção do ideal de beleza feminina nos comerciais de televisão. I Encontro de História da Mídia da Região Norte Universidade Federal do Tocantins. 2010.

MIRANDA, M.P.; OLIVEIRA, F.M.; DAVID, H.R.; AVELINO, A.P.A.; SARON, M.L.G. Caracterização do perfil antropométrico, lipídico e dietético de mulheres no climatério, associados com o risco de doenças cardiovasculares. **Cadernos UNIFOA – Edição Especial do Curso de Nutrição**. 2013.

MONTELEONE, A.M.; MONTELEONE, P.; SERINO, I.; SCOGNAMIGLIO, P.; DI GENIO, M.; MAJ, M. Childhood trauma and cortisol awakening response in symptomatic patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Int J Eat Desord.**, v. 48, n. 6, p. 615–621, 2015.

MONTELEONE, A.M.; MONTELEONE, P.; SERINO, I.; AMODIO, R.; MONACO, F.; MAJ, M. Underweight individuals with anorexia nervosa have an increased salivary cortisol response not seen in individuals with restored weight and anorexia nervosa. **Psychoneuroendocrinology**, v. 70, p. 118–121, 2016.

MOURA, F.E.G.A.; SANTOS, M.A.; RIBEIRO, R.P.P. A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. **Estud. psicol.**, v. 32, n. 2, p. 233–247, 2015.

MURARI, S.; DORNELES, P.P. Uma revisão acerca do padrão de autoimagem. **R. Perspect. Ci e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 155–168, 2018.

MUSHQUASH, A.R.; SHERRY, S.B. Testing the perfectionism model of binge eating in mother-daughter dyads: A mixed longitudinal and daily diary study. **Eat Behav.**, v. 14, n. 2, p. 171–179, 2013.

NAEIMI, A.F. et al. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. **Eat Weight Disord.**, v. 21, n. 4, p. 597–605, 2016.

NAPOLITANO, F.; BENCIVENGA, F.; POMPILI, E.; ANGELILLO, I.F. Assessment of Knowledge, Attitudes and Behaviors for Eating disorders among adolescents in Italy. **Int J Environ Res Public Health.**, v. 16, n. 8, p. 1–11, 2019.

NASCIMENTO, C.M.S.A.; PONTES, E.D.S.; SILVA, E.C.A.; SOUZA, M.L.A.; ALVES, M. E.F.; DANTAS, C.M.G.; COSTA, T.A.M.; SILVA, E.C.A. A influência das dietas restritivas e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Int J Nutrol.**, v. 11, n. 1, 2018.

NEUMARK-SZTAINER, D.; BAUER, K.; FRIEND, S.; HANNAN, P.J.; STORY, M.; BERGE, J.M. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disorder eating behaviors in adolescent girls? **J Adolesc Health.**, v. 47, n. 3, p. 270–276, 2010.

NEUMARK-SZTAINER, D.; WALL, M.; LARSON, N.I.; EISENBERG, M.E.; LOTH, K. Dieta e comportamentos alimentares desordenados da adolescência à idade adulta jovem: Resultados de um estudo longitudinal de 10 anos. **J Am Diet Assoc.**, v. 111, n. 7, p. 1004–1011, 2011.

NIK NiaZ, Z. et al. Factors associated with body image dissatisfaction and distortion among Iranian women. **Eat Behav.**, v. 22, n. , p. 5–9, 2016.

NIELSEN, S. Epidemiology and mortality of eating disorders. **Psychiatr Clin of North Am.**, v. 24, n. 2, p. 201–214, 2001.

NILSSON, K.; ABRAHAMSSON, K.; TORBIORNSSON, A.; HÄGGLÖFF, B. Causes of adolescent onset anorexia nervosa: Patient perspectives. **Eat Disord.**, v. 15, n. 2, p. 125–133, 2009.

NOBRE, É.B.; BRENTANI, A.V.M.; FERRARO, A.A. Association between maternal life style and preschool nutrition. **Rev Assoc Méd Bras**, v. 62, n. 6, p. 494–505, 2016.

NUVOLI, G. Family meal frequency, weight status and healthy management in children, young adults and seniors. A study in Sardinia, Italy. **Appetite**, v. 89, p.160–166, 2015.

OLIVEIRA, A.S. et al. Hábitos alimentares de pré-escolares: a influência das mães e da amamentação. **Alim Nutr**, v. 23, n. 3, p. 377–386, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, É.A.; COIMBRA, A.C.; SANTOS, M.A. Quality of life of patients with anorexia and Bulimia Nervosa. **Psic: Teor. e Pesq.**, v. 34, p. 1–11, 2018.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva: World Health Organization; 2014.

PEREIRA, C.S.; CIA, F.; BARHAM, E.J. Autoconceito, Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Desempenho Acadêmico na Puberdade: Inter-relações e Diferenças Entre Sexos. **Interação Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 203–213, 2008.

PEREZ, M. et al. Body Dissatisfaction and Its Correlates in 5- to 7- Year-Old Girls : A Social Learning Experiment Body Dissatisfaction and Its Correlates in 5- to 7-Year-Old Girls : A Social Learning Experiment. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, v. 47, n. 5, p. 757–769, 2018.

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

PHILIPPI, S.T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Rev. Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 65–80, 1999.

PILECKI, M.W.; JÓZEFIK, B. Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents. **Med Sci Monit.**, v. 19, p. 1114–1124, 2013.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev Psiq Clin.**, v. 31, n. 4, p. 158–160, 2004.

POLTRONIERI, T.S. et al. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em mulheres do sul do Brasil. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 128–134, 2016.

POULAIN J.P.; PROENÇA R.P.C. Abordagens metodológicas nos estudos de práticas alimentares. **Rev Nutr.**, v. 16, n. 4, p. 365–386, 2003.

POWELL, E.; WANG-HALL, J.; BANNISTER, J.A.; COLERA, E.; LOPEZ, F.G. Attachment security and social comparisons as predictors of Pinterest users' body image concerns. **Comput Murmur Behav.**, v. 83, n. C, p. 221–229, 2018.

QUICK, V.M.; BYRD-BREDBENNER, C. Eating disorder, influencers of socio-cultural media, body image and psychological factors among a racial/ethnically diverse population of university women . **Eat Behav.**, v. 15, n. 1, p. 37–41, 2014.

QUIRINO, R. Trabalho da mulher no Brasil nos últimos 40 anos. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 15, n. 15, p. 90–102, 2012.

REN, Y.; JIANG, H.; MA, D.; NAKASO, K.; FENG, J. Parkin degrades estrogen-related receptors to limit the expression of monoamine oxidases. **Hum Mol Genet.**, v. 20, n. 6, p. 1074–1083, 2011.

RODGERS, R.; CHABROL, H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. **Eur Eat Disord Rev.**, v. 17, n. 2, p. 137–151, 2009.

RODGERS, R.F. et al. Maternal influences on body image and eating concerns among 7- and 8-year-old boys and girls: Cross-sectional and prospective relations. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 1, p. 79–84, 2020.

RODRIGUES, W.P. et al. Avaliação de hábitos alimentares de universitários em Paripiranga-BA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 12, p. 1–6, 2019.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina, Ribeirão Preto. Simpósio Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas*, v. 39, n. 3, p. 333–339, 2006.

ROSSETTI, F.X. **Consumo alimentar, estado nutricional e percepção de segurança alimentar e nutricional entre estudantes de uma universidade pública**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2015.

SABATINI, F.; SCAGLIUSI, F.B. **Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem Health at Every Size® nas percepções de mulheres na condição de obesidade acerca do prazer alimentar**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SANDO, I.R.; GOUNKO, N.; PIERAUT, S.; LIAO, L.; YATES, I.J.; MAXIMOV, A. HDAC4 governs a transcriptional program essential for synaptic plasticity and memory. **Cell**, v. 151, n. 4, p. 821–834, 2010.

SAN MARTINI, M.C.S.; ASSUMPTÃO, D.; BARROS, M.B.A.; CANESQUI, A.M.; BARROS FILHO, A. A. Adolescentes eutróficos estão satisfeitos com o seu peso? **Medical Journal**, v. 134, n. 3, p. 297–227, 2016.

SANTOS, J.E. Grata : nossa história, trabalho e desafios. **Medic.**, v. 39, n. 3, p. 323–326, 2006a.

SANTOS, M.A. Sofrimento e esperança: Grupo de apoio com pacientes com anorexia e bulimia nervosas. **Medic.**, v. 39, n. 3, p. 386–401, 2006b.

SANTOS, M.A.; COSTA-DALPINO, L.R.S. Relação pai-filha nos transtornos alimentares: revisando a produção científica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. .35, p. 1–11, 2019.

SANTOS et al. *O que ela tem de ruim na cabeça dela?* Processo grupal de orientação psicanalítica com familiares de pacientes com anorexia e bulimia. *In: SANTEIRO, T.V.; FERNANDES, B.S.; FERNANDES, W.J. (org). Clínica de grupos de inspiração psicanalítica: teoria, prática e pesquisa*. 1. ed. Londrina: Clínica Psicológica, 2021. p. 392–415.

SÃO PEDRO, N.D.; ARAÚJO, M.D.P.A.; FREITAS, M.D.C.S. Significados Do Comer No Cotidiano De Adolescentes: Narrativas De Estudantes Com Excesso De Peso De Uma Instituição Federal De Ensino Médio Da Cidade De Salvador, Bahia. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 847–861, 2016.

SARMENTO, A.S.L.; SCHOEN-FERREIRA, T.H.; MEDEIROS, E.H.; CINTRA, I.P. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. **Estud psicol.**, v. 10, n. 3, p. 833–847, 2010.

SAWAYA, A.L.; PELIANO, A.N.; ALBUQUERQUE, M.P.; DOMENE, S.M.A. A família e o direito humano à alimentação adequada e saudável. **Estud. av.**, v. 33, n. 97, p. 361–382, 2019.

SCAGLIUSI, F.B. et al. Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 61, n. 3, p. 159–167, 2012.

SCHAEFER, J.T.; MAGNUSON, A.B. A review of interventions that promote eating by internal cues. **J Acad Nutr Diet.**, v. 114, n. 5, p. 734–760, 2014.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, M.C.P. **A herança psíquica na clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, C.R.O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, J.D. et al. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3399–3406, 2012.

SILVA, D.C.A. et al. Perception of adolescents on healthy eating. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3299–3308, 2015.

SIMMEL, G. Sociologia da refeição. **Estudos Históricos**, v. 1, n. 33, p. 159–166, 2004.

SIMÕES, F.I.W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações do século XX. **Revista Vozes dos Vales: publicações acadêmicas**, n. 2, p. 1–25, 2012.

SIQUEIRA, A.B.R.; SANTOS, M.A.; LEONIDAS, C. Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura. **Psicol. clín.**, v. 32, n. 1, p. 123–149, 2020.

SMINK, F., HOEKEN, V. D.; HOEK, H. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 14, n. 4, p. 406–414, 2012.

SMOLAK, L.; LEVINE, M.; SCHERMER, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. **Int J Eat Disord.**, v. 25, n. 3, p. 263–271, 1999.

SOLÍS, D.; MARTÍN, J.J.D.; CARO, F.A.; TOMÁS, I.S.; MENÉNDEZ, E. S.; GALÁN, I.R. Efectividad de una intervención escolar contra la obesidad. **Anales de Pediatría**, v. 83, n. 1, p. 19–25, 2015.

SOPEZKI, D.; VAZ, C.E. O Impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 267–275, 2008.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A família E os transtornos alimentares. **Medic.**, v. 39, n. 3, p. 403–409, 2006.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. **Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias**. 1ª edição. Vetor Editora. São Paulo. 2007.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 285–294, 2010.

SOUZA, D.E. et al. Anorexia: questões sobre a feminilidade. 2018.

SOUZA, M.G. et al. A importância da intervenção multidisciplinar no tratamento da obesidade mórbida considerando o acompanhamento nutricional pré e pós cirúrgico. **RBONE**, v. 2, n. 12, p. 588–596, 2019.

STEUDTE, S.; KOLASSA, I.T.; STADLER, I.T.; PFEIFFER, A.; KIRSCHBAUM, C.; ELBERT, T. Increased cortisol concentrations in hair of severely traumatized Ugandan individuals with PTSD. **Psychoneuroendocrinology**, v. 36, n. 8, p. 1193–1200, 2011.

STICE, E.; JOHNSON, S.; TURGON, R. Prevention of Eating Disorders. **Psychiatr Clin North Am.**, v. 42, n. 2, p. 309–318, 2019.

TIGGEMANN, M.; HAYDEN, S.; BROWN, Z.; VELDHUIS, J. The effect of Instagram "likes" on women's social comparison and body dissatisfaction. **Body Image**, v. 26, p. 90–97, 2018.

TORAL, N.; CONTI, M.A.; SLATER, B.A. Alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2386–2394, 2009.

THOMPSON, J.K. **Body image, eating disorders and obesity**. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1996.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating: a revolutionary program that works**. New York, St Martin's Griffin, 2012.

TYLKA, T.L. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **Journal of Counseling Psychology**, v. 5, n. 2, p. 226–240, 2006.

TYLKA, T.L.; WILCOX, J.A. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct?. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 474–485, 2006.

VALDANHA, E.D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R.S.; SANTOS, M.A. Influência familiar na anorexia nervosa: Em busca das melhores evidências científicas. **J. bras. psiquiatr.**, v. 62, n. 3, p. 225–233, 2013.

VALDANHA-ORNELAS, E.D.; SANTOS, M.A. O percurso e seus percalços: Itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. **Psic: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 169–179, 2016a.

VALDANHA-ORNELAS, E.D.; SANTOS, M.A. Family psychic transmission and Anorexia Nervosa. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 635–649, 2016b.

VALDANHA-ORNELAS, E.D.; SANTOS, M.A. Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. **Psicol. cienc. prof.**, v. 37, n. 2, p. 176–191, 2017.

VAN DEN EIJNDEN, R.J.J.M.; LEMMENS, J.S.; VALKENBURG, P.M. The social media disorder scale. **Comput in Human Behav.**, v. 61, p. 478–487, 2016.

VARGAS, E.G.A. A Influência da mídia na construção da imagem corporal. **Rev Bras Nutr Clin.**, v. 29, n. 1, p. 73–75, 2014.

VAUGHN, A.E.; WARD, D.S.; FISHER, J.O.; et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. **Nutr Rev.**, v. 74, n. 2, p. 98–117, 2016.

WASEEM, F.; AHMAD, L.M. Prevalence of disordered eating attitudes among adolescent girls in Arar City, Kingdom of Saudi Arabia. **Health Psychol Res**, v. 6, n. 1, p. 30–35, 2018.

WATFORD, T.; BRADEN, A.; EMLEY, E. Mediation of the association between mindfulness and emotional eating among overweight individual. **Mindfulness**, v. 10, p. 1153–1162, 2019.

WHITE, H. J.; HAYCRAFT, E.; MEYER, C. Family mealtime negativity and adolescent binge-eating: A replication and extension study in a community sample. **Eat Behav.**, v. 34, n. 2018, p. 1–5, 2019.

WHO - World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization (Technical Report Series), v. 854, p. 368–369, 1995.

WHO - World Health Organization. Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WOODRUFF, S.J.; KIRBY, A.R. The associations among family meal frequency, food preparation frequency, self-efficacy for cooking, and food preparation techniques in children and adolescents. **J Nutr Educ Behav.**, v. 45, n. 4, p. 296–303, 2013.

ZANUZO, K. et al. Sensibilidade e especificidade de indicadores antropométricos de risco cardiovascular em mulheres. **Biosaúde**, v. 21, n.1, p. 25–35, 2019.

APÊNDICE 1- Questionário sociodemográfico e antropométrico

Nome (iniciais): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Ocupação: _____

Estado civil: () com companheiro () sem companheiro**Escolaridade:**

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Completo

Dados antropométricos:

Peso: _____ kg Altura: _____ m

- Dados da filha:

Diagnóstico de TA: AN () BN () _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Tempo de tratamento: _____

APÊNDICE 2- Questionário sobre a rotina alimentar das famílias e práticas alimentares das mães

Caracterização das pessoas que vivem na mesma casa que a mãe:

Número dos membros	Nome dos membros	Sexo (F/M)	Idade (anos)	Grau de parentesco

Caracterização da rotina alimentar das famílias:

HORÁRIO DA ALIMENTAÇÃO /NOME DA REFEIÇÃO	DURAÇÃO DA REFEIÇÃO	QUEM FAZ? (n.1,2,3,4)	LOCAL	O QUE COMEM/BEBEM ?	OBSERVAÇÃO

n.1,2,3,4...: Número dos membros da família

- 1- Vocês têm o hábito de beliscar entre as refeições?
 Sim () Não () Às vezes ()
 Explique.

- 2- Alguém da sua família costuma comer exageradamente/em excesso/sem controle?
 Sim () Não () Às vezes ()
 Explique.

- 3- Quem faz as compras em casa? Explique (onde, com quem, como, com que frequência).

- 4- Quem define o cardápio/receitas?

- 5- Vocês leem rótulos de alimentos?

 Sim () Não () Às vezes ()
 Se sim, o que gostam de olhar?

- 6- Quem costuma fazer a comida em casa?

- 7- Como é o clima/ambiente” durante as refeições? (Tranquilo, conturbado). Explique.

- 8- Vocês conversam durante as refeições?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

9- Se sim, sobre o que conversaram ontem no jantar/na última refeição?

10- Vocês costumam fazer refeições fora de casa?
Sim () Não () Às vezes (). Explique

Se sim, qual o tipo de lugar que frequentam e a frequência?

11- O que é alimentação saudável para você?

12- Você acha que sua família tem uma alimentação saudável?

Sim () Não () Às vezes (). Explique

13- Para você, ter uma alimentação saudável é importante?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

14- Você tem o hábito de acompanhar (controlar) a alimentação dos(as) filhos(as)?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

15- Você acha que na sua família existe a preocupação de controlar/perder peso em busca de um peso dentro da normalidade ou mais magro?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

16- Se sim, que estratégias eles usam para isso (atividade física, restrição alimentar; uso de alimentos diet/light; medicamentos...).

17- Você evita comprar ou preparar receitas muito calóricas para a sua família no dia a dia?
E nos finais de semana?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

18- Você sente culpa se decide preparar alimentos muito calóricos, gordurosos ou muito doces para sua família

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

19- Você evita comer alguns alimentos por serem muito calóricos ou ricos em açúcar ou gordura?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

20- Você sente culpa após comer alimentos que considera “proibidos”?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

21- Você tem o hábito de fazer dieta para perder peso?

Sim () Não () Às vezes ()
Explique

22- Seu peso tem aumentado/diminuído nos últimos 12 meses?
Se sim, quanto e por que?

23- Como você se sente com seu peso atual?

APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COMITÊ DE JUÍZES

Prezado(a) Sr.(a),

Meu nome é Isabella Marta Scanavez Ferreira, sou aluna do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (nível mestrado) e estou desenvolvendo um projeto intitulado “*Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas*” com a orientação da Prof. Rosane Pilot Pessa. Desse modo gostaria de convidá-lo(a) a participar como membro do Comitê de Especialistas desta pesquisa, de forma voluntária.

A finalidade do Comitê de Especialistas é avaliar o “Questionário sobre a rotina alimentar da família e práticas alimentares da mãe”, desenvolvido por nós. Ele foi elaborado para investigar os hábitos alimentares da família de pacientes com transtorno alimentar e jovens sem esse quadro, e as práticas alimentares das mães. Além disso, pretendemos investigar aspectos da dinâmica familiar, quais e como são realizadas as refeições, questões referentes à preocupação das mães com alimentação saudável das filhas, controle do peso, atividade física, restrição alimentar, entre outros aspectos. Portanto, gostaríamos da sua opinião sobre a fidedignidade e estruturação deste questionário, no sentido de garantir clareza, autenticidade e compreensão dos itens elaborados.

Caso aceite o convite, você receberá, via e mail, uma carta com as informações necessárias e o questionário com o objetivo de avaliar a compreensão dos itens e verificar se está adequado para tal finalidade. O prazo para devolução será de 20 dias.

Sua identidade será preservada de forma sigilosa, independente da publicação dos resultados e você poderá pedir esclarecimentos a qualquer momento sobre a pesquisa. Não haverá gastos financeiros ou recompensa em consequência da sua participação e você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes desse país, caso seja prejudicado durante sua participação no estudo.

Certificamos que a pesquisa será coordenada de forma evitar qualquer desconforto físico ou emocional, mas se isso ocorrer, estarei disponível para ouvi-lo (a), a fim de solucionar a situação da melhor forma possível. Você poderá desistir do estudo a qualquer momento e não haverá penalizações ou prejuízos.

Você deverá assinar duas vias desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma das cópias será sua e a outra do pesquisador. Em caso de dúvidas, estamos à

disposição para esclarecimentos: isabellascanavez@usp.br e telefone: (16) 99974-4541; rosane@eerp.usp.br e telefone (16) 3315-3403). Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que tem por finalidade proteger de forma ética a participação de pessoas em pesquisa. O endereço é Avenida Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197 e o horário de funcionamento é das 10 às 12 e das 14 às 16 horas, em dias úteis.

Eu, _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, sendo devidamente esclarecida quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Local: _____, Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Rosane

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Prof^a. Rosane Pilot Pessa

Mestranda

Orientadora

APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DAS PACIENTES COM E SEM TRANSTORNO ALIMENTAR

Meu nome é Isabella Marta Scanavez Ferreira, sou aluna do Programa Pós-Graduação de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (nível mestrado), e estou te convidando a participar, de forma voluntária, da pesquisa: “Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. A finalidade deste estudo é identificar comportamentos de risco nutricional de mães cujas filhas apresentam transtornos alimentares e compará-las com mães de filhas sem esse quadro.

Após ler com atenção esse documento e decidir aceitar o convite, será agendada uma data para a realização de uma entrevista, sendo que uma parte dela será audiogravada. Nós iremos combinar um dia para esse encontro, que poderá ser em um retorno do atendimento ambulatorial da sua filha, em uma sala reservada e específica para este fim. Se você fizer parte do grupo de mães cujas filhas não têm transtorno alimentar, a entrevista poderá ser realizada no seu domicílio ou outro local de sua preferência. Serão coletados dados referentes à sua idade, peso e estatura. Além disso, serão aplicados questionários relacionados à sua alimentação e da sua família, além da percepção sobre sua imagem corporal. O tempo previsto será de, aproximadamente, 30 minutos.

Você não terá benefícios diretos pela sua participação, mas estará contribuindo com dados que serão utilizados para um melhor entendimento sobre os fatores familiares que podem interferir no desenvolvimento dos transtornos alimentares e na busca de formas mais adequadas de tratamento. Quanto aos riscos, poderá haver incômodo como constrangimento ou cansaço no momento da entrevista e caso isso ocorra, estarei disposta a ouvi-la, oferecer apoio e interromper a entrevista, se necessário.

Você não terá gastos com a pesquisa e não receberá nenhum tipo de gratificação. Você poderá ser indenizada, conforme as leis vigentes do país, se passar por alguma situação grave. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas, mas seu nome não será divulgado e todas as suas informações serão mantidas em sigilo e não serão utilizadas para outros fins.

Você poderá desistir dessa participação a qualquer momento e nenhum prejuízo ocorrerá no tratamento da sua filha. Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá nos

procurar pelos dos nossos contatos: isabellascanavez@usp.br/(16) 99974-4541 ou rosane@eerp.usp.br/(16) 3315-0403. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que tem por finalidade avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Serão entregues duas vias desse Termo para assinar, sendo que uma delas, assinada pelas pesquisadoras, ficará com você.

Eu, _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, sendo devidamente esclarecida quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Local: _____, Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Rosane

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Profª. Rosane Pilot Pessa

Mestranda

Orientadora

APÊNDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FILHAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Meu nome é Isabella Marta Scanavez Ferreira, sou aluna de mestrado pelo Programa Pós-Graduação de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP), e estou te convidando a participar, de forma voluntária, da pesquisa: “Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. A finalidade deste estudo é identificar comportamentos de risco nutricional de mães cujas filhas apresentam transtornos alimentares e compará-las com mães de filhas sem esse quadro.

Após ler com atenção esse documento, você autorizará que eu utilize seu prontuário para coletar dados como idade, hipótese diagnóstica e tempo de acompanhamento no serviço. Você não precisará vir até o serviço para que seus dados sejam coletados, apenas autorizar para que eu possa utilizá-los em meu estudo.

Você não terá benefícios diretos pela sua participação, apenas contribuirá para a pesquisa com os dados que serão utilizados para melhor entendimento sobre seu histórico de doença e assim colaborar para melhorias no tratamento. Se houver algum dano você será indenizada, conforme as leis vigentes desse país. Os dados coletados do seu prontuário serão manipulados de forma confidencial e sigilosa.

Você não terá gastos com a pesquisa e não receberá nenhum tipo de gratificação pela participação. Os seus dados poderão ser divulgados em revistas e eventos científicos, porém seus dados serão mantidos sob sigilo. A sua contribuição ocorrerá de forma indireta, apenas para o conhecimento da sua doença.

Você poderá não autorizar a coleta de seus dados e desistir de participar a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá nos procurar pelos dos nossos contatos: isabellascanavez@usp.br/(16) 99974-4541 ou rosane@eerp.usp.br/(16) 3315-0403. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Esse documento é elaborado em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar e proteger o sujeito da pesquisa quanto à ética das informações coletadas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Serão entregues duas vias desse Termo para assinar, sendo que uma delas, assinada pelas pesquisadoras, ficará com você.

—

Eu, _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, sendo devidamente esclarecida quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Local: _____, Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Isabella Marta Scanavez Ferreira



Isabella Marta Scanavez Ferreira

Profª. Rosane Pilot Pessa

Mestranda

Orientadora

APÊNDICE 6- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FILHAS – (MENORES DE 18 ANOS) DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO)

Meu nome é Isabella Marta Scanavez Ferreira, sou nutricionista do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Estou desenvolvendo meu projeto de mestrado sobre comportamentos de riscos de mães e suas filhas com transtornos alimentares, sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa.

Dessa forma, estou lhe convidando a fazer parte dele e caso concorde, iremos pegar o seu prontuário do hospital e coletar algumas informações sobre o seu tratamento. Esses dados se referem à idade, hipótese diagnóstica e tempo de acompanhamento no serviço. Você não precisará vir até o serviço para que seus dados sejam coletados, apenas autorizar para que eu possa utilizá-los em meu estudo.

Sua participação é voluntária, não haverá benefícios diretos a você além do seguimento atual que já acontece no Hospital. No entanto, você estará contribuindo para o aprimoramento do tratamento e portanto, com outros pacientes que venham a ter o mesmo problema e que vierem se tratar neste hospital futuramente. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso você se sinta desconfortável com algum momento, farei o possível para minimizar tal situação.

Será garantido a você total liberdade de se recusar a participar desse trabalho sem prejuízo ao seu tratamento ou de qualquer outra natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento. Você não terá gastos, não receberá qualquer tipo de gratificação e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os dados coletados do seu prontuário serão manipulados de forma confidencial e sigilosa.

Os resultados obtidos com este estudo serão publicados em revistas científicas e divulgados em eventos, sendo que seu nome será mantido em sigilo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que tem a finalidade proteger eticamente o participante. Caso você tenha alguma dúvida, pode entrar em contato conosco pelos meios abaixo. Este documento está impresso em duas vias, você deverá assiná-las ficando uma via com os pesquisadores e uma com você.

Você poderá não autorizar a coleta de seus dados e desistir de participar a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá nos procurar pelos dos

nossos contatos: isabellascanavez@usp.br/(16) 99974-4541 ou rosane@eerp.usp.br/(16) 3315-0403. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Esse documento é elaborado em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar e proteger o sujeito da pesquisa quanto à ética das informações coletadas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Eu, _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, sendo devidamente esclarecida quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Local: _____, Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Rosane

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Prof^a. Rosane Pilot Pessa

Mestranda

Orientadora

APÊNDICE 7- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS OU RESPONSÁVEIS DAS FILHAS MENORES DE 18 ANOS

Meu nome é Isabella Marta Scanavez Ferreira, sou nutricionista do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Estou desenvolvendo meu projeto de mestrado sobre comportamentos de riscos de mães e suas filhas com transtornos alimentares, sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa.

Dessa forma, estou convidando sua filha a fazer parte da minha pesquisa e caso concorde, iremos pegar o prontuário dela no hospital e coletar algumas informações sobre o tratamento. Esses dados se referem à idade, hipótese diagnóstica e tempo de acompanhamento no serviço. Você e sua filha não precisarão vir até o serviço para que esses dados sejam coletados, apenas autorizar para que eu possa utilizá-los em meu estudo.

A participação dela é voluntária, não haverá benefícios diretos à ela além do seguimento atual que já acontece no Hospital. No entanto, ela estará contribuindo para o aprimoramento do tratamento e portanto, com outros pacientes que venham a ter o mesmo problema e que vierem se tratar neste hospital futuramente. Como toda pesquisa com seres humanos envolve risco, garantimos que esses serão baixos e caso ela se sinta desconfortável em algum momento, farei o possível para minimizar tal situação. Os dados coletados do prontuário de sua filha serão manipulados de forma confidencial e sigilosa.

Será garantido a você total liberdade de se recusar a autorizar seu filha a participar desse trabalho sem prejuízo ao tratamento dela ou de qualquer outra natureza, retirar seu consentimento após o início da pesquisa e esclarecer dúvidas a qualquer momento. O participante não terá gastos nem receberá qualquer tipo de gratificação, e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Os resultados obtidos com este estudo serão publicados em revistas científicas e divulgados em eventos, sendo que o nome do seu filha será mantido em sigilo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que tem a finalidade proteger eticamente o participante. Caso você tenha alguma dúvida, pode entrar em contato conosco pelos meios abaixo. Este documento está impresso em duas vias, você deverá assiná-las ficando uma via com os pesquisadores e uma com você.

Você poderá não autorizar a coleta dos dados de sua filha e desistir que ela participe do estudo a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, poderá nos procurar pelos dos nossos contatos: isabellascanavez@usp.br/(16) 99974-4541 ou rosane@eerp.usp.br/(16) 3315-0403. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Esse documento é elaborado em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar e proteger o sujeito da pesquisa quanto à ética das informações coletadas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

Eu, _____, estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, sendo devidamente esclarecida quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Local: _____, Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Rosane

Isabella Marta Scanavez Ferreira

Profª. Rosane Pilot Pessa

Mestranda

Orientadora

ANEXO 1- Teste de Atitudes Alimentares - *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

Nome: _____ Idade: _____

Data: _____ Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ HD: _____ Pontuação: _____

C.C.: _____

Teste de Atitudes Alimentares- EAT-26

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	O	O	O	O	O	O
2 - Evito comer quando estou com fome.	O	O	O	O	O	O
3 - Eu me sinto preocupada com os alimentos.	O	O	O	O	O	O
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	O	O	O	O	O	O
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	O	O	O	O	O	O
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	O	O	O	O	O	O
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	O	O	O	O	O	O
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	O	O	O	O	O	O
9 - Vomito depois de comer.	O	O	O	O	O	O
10 - Eu me sinto extremamente culpada depois de comer.	O	O	O	O	O	O
11 - Eu me preocupo com o desejo de ser mais magra.	O	O	O	O	O	O
12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	O	O	O	O	O	O
13 - As pessoas me acham muito magra.	O	O	O	O	O	O
14 - Eu me preocupo com a idéia de haver gordura em meu corpo.	O	O	O	O	O	O
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	O	O	O	O	O	O
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	O	O	O	O	O	O
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	O	O	O	O	O	O
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	O	O	O	O	O	O

19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	O	O	O	O	O	O
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	O	O	O	O	O	O
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	O	O	O	O	O	O
22 - Sinto desconforto após comer doces.	O	O	O	O	O	O
23 - Faço regimes para emagrecer.	O	O	O	O	O	O
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	O	O	O	O	O	O
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	O	O	O	O	O	O
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	O	O	O	O	O	O

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982).

Bighetti, F.; Santos, CB; Dos Santos, JE, Ribeiro, RPP. Tradução e validação do EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. J Bras Psiquiatr 53(6): 339-46, 2004.

ANEXO 2- Escala de Silhuetas para adultos

