

ESTADO NUTRICIONAL, ATITUDES ALIMENTARES DISFUNCIONAIS E IMAGEM CORPORAL DE MÃES NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM ESTUDO COMPARATIVO

Isabella Marta Scanavez Ferreira¹, Ana Paula Leme de Souza², Lívia Dayane de Sousa Azevedo¹
Luiza Lujan São João², Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte³, Rosane Pilot Pessa⁴

RESUMO

Objetivo: Identificar comportamentos de risco de mães cujas filhas apresentam transtorno alimentar e compará-los com mães de filhas sem essa condição. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 13 mães de pacientes com transtorno alimentar em tratamento em serviço especializado do interior do estado de São Paulo (grupo transtorno alimentar) e 10 mães de filhas sem essa condição (grupo controle). A faixa etária da amostra variou de 30 anos a 59 anos, sendo que idade das filhas foi dos 12 aos 40 anos. Foram coletados dados sociodemográficos e antropométricos, além da aplicação de escala de avaliação sobre atitudes alimentares transtornadas (Teste de Atitudes Alimentares) e imagem corporal (Escala de Figuras de Silhuetas). **Resultados:** Em mediana, as mães do grupo transtorno alimentar apresentaram estado nutricional adequado (Índice de Massa Corporal: 23,74kg/m²) e elevado risco cardiovascular (circunferência da cintura: 85cm), enquanto as do grupo controle tinham sobrepeso (Índice de Massa Corporal: 26,82kg/m²) e risco muito elevado (circunferência da cintura: 90cm). Quanto às atitudes alimentares observou-se que o escore foi semelhante nos dois grupos, porém com intervalo maior no grupo transtorno alimentar. Um terço do grupo controle apresentou resultado positivo para o Teste de Atitudes Alimentares (>21 pontos), além de maior inacurácia e insatisfação corporal quando comparadas ao grupo transtorno alimentar, porém sem diferença significativa. **Conclusão:** Comportamentos de risco foram observados em ambos os grupos e ações de prevenção seletiva direcionadas às famílias, e principalmente às mães, são recomendadas para uma melhor adequação antropométrica e relação com a alimentação e o corpo com vistas à redução de risco dessas graves doenças.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Comportamentos de risco à saúde. Comportamento alimentar. Imagem corporal.

ABSTRACT

Nutritional status, dysfunctional eating attitudes and body image of mothers in the context of eating disorders: a comparative study

Objective: To identify risk behaviors of mothers whose daughters have an eating disorder and compare them with mothers of daughters without this condition. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 13 mothers of patients with eating disorders undergoing treatment at a specialized service in the interior of the São Paulo state (eating disorder group) and 10 mothers of daughters without this condition (control group). The age group ranged from 30 to 59 years, while the daughters ranged from 12 to 40. Sociodemographic and anthropometric data were collected, in addition to the application of an assessment scale on disordered eating attitudes (Eating Attitudes Test) and body image (Silhouette Figures Scale). **Results:** On a median, mothers in the eating disorder group presented adequate nutritional status (Body Mass Index: 23.74kg/m²) and high cardiovascular risk (waist circumference: 85cm). In comparison, those in the control group were overweight (Mass Index Body: 26.82kg/m²) and at very high risk (waist circumference: 90cm). Regarding eating attitudes, it was observed that the score was similar in both groups but with a greater interval in the eating disorder group. One-third of the control group had a positive result for the Eating Attitudes Test (>21 points), in addition to greater inaccuracy and body dissatisfaction compared to the eating disorder group, but without significant difference. **Conclusion:** Risk behaviors were observed in both groups, and selective prevention actions aimed at families, especially mothers, are recommended for better anthropometric adequacy and relationship with food and the body to reduce the risk of these serious diseases.

Key words: Eating and food intake disorders. Health risk behaviors. Eating behavior. Body image.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são definidos como uma perturbação no comportamento alimentar que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete tanto a saúde física como o funcionamento psicossocial.

Sua etiologia é multifatorial envolvendo vulnerabilidades biológicas e psicológicas, fatores socioculturais e familiares (APA, 2023).

Estudos indicam que as relações familiares se mostram disfuncionais na presença dos TA (Costa, Santos, 2016; Valdanha-Ornelas, Santos, 2016) com comprometimento do diálogo e expressão emocional dos seus membros (Leonidas, Santos, 2014).

O modo como a família se organiza, interage e se relaciona com a comida pode exercer influência no aparecimento desses quadros (Alvarenga, Koritar, 2015) e comportamentos de risco apresentados pelas mães, caracterizados por alimentação desordenada, práticas não saudáveis para controle do peso, uso de substitutos de alimentos e refeições por suplementos ou shakes, e consumo de remédios para emagrecer podem servir de modelo e incentivo para tais práticas pelas filhas (Leal, 2013; Scagliusi, 2012).

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, 2016).

Handford e colaboradores (2018) constataram que meninas com TA que foram expostas à autocritica materna relacionada à alimentação e ao peso relataram insatisfação corporal e mais atitudes alimentares não saudáveis em comparação com meninas sem TA.

Diante desse cenário, formulou-se a seguinte hipótese: mães, cujas filhas têm TA, apresentam estado nutricional inadequado, atitudes alimentares transtornadas e insatisfação corporal em relação às mães com filhas sem esses quadros mentais.

Para responder a essa questão, este estudo foi realizado com o objetivo de identificar comportamentos de risco do ponto de vista antropométrico, alimentar e de imagem corporal de mães cujas filhas estão em tratamento para TA comparando-as com mães com filhas sem esses quadros.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo, com delineamento transversal, realizado no período de abril a dezembro de 2019.

A amostra foi composta pelo grupo transtorno alimentar (GTA), representado por 13 mães de pacientes com TA que estavam tratamento junto ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP) e por um grupo controle (GC), formado por 10 mães de filhas sem esses quadros. Os critérios de inclusão para os dois grupos foi ter idade entre 30 e 59 anos; para o GC, ter, pelo menos, uma filha com idade entre 12 e 40 anos, sem TA (Teste de Atitudes Alimentares-EAT-26 < 21 pontos) e índice de massa corporal (IMC) de eutrofia. Foi utilizado o método snow-ball para recrutamento e seleção desse grupo (Albuquerque, Lins, 2010).

Como critérios de exclusão, foram consideradas as gestantes, mulheres com necessidades especiais e dificuldade cognitiva que dificultassem a avaliação antropométrica e aplicação dos instrumentos utilizados.

Foram coletados dados de origem sociodemográfica (idade, estado civil, escolaridade, ocupação e classe econômica pelo Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil) (CCEB, 2016), antropométrica (peso, altura, circunferência da cintura-CC) e aplicados o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) para identificar atitudes alimentares disfuncionais e a Escala de Figuras de Silhuetas para adulto (EFS) para investigar a percepção e satisfação corporais. O EAT-26 é uma escala proposta por Gardner e colaboradores (1982) traduzido para o português e validado por Bighetti e colaboradores (2004), para a sua utilização no Brasil com adultos e adolescentes do sexo feminino e de domínio público.

É 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.

A ESF foi aplicada para investigar a imagem corporal, especificamente a percepção e satisfação corporais. Ela é validada para a população brasileira (Kakeshita, 2009) e 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.

A coleta de dados do GTA foi realizada no referido serviço e do GC, no domicílio das mães ou outro local escolhido por elas com uso de balança portátil digital Multilaser Digi-Health e estadiômetro portátil da marca Avanutri, pelas nutricionistas do serviço ou pela pesquisadora principal.

A classificação econômica seguiu as orientações do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (2016). Com os dados de peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) (Brasil, 2011) e a classificação seguiu o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1995), assim como para a classificação do risco cardiovascular.

O ponto de corte adotado para o EAT-26 foi de 21 pontos sendo que resultado mais elevado indicou a presença de atitudes alimentares disfuncionais e risco para o desenvolvimento de TA (Bighetti, Santos, Santos, Ribeiro, 2004).

A acurácia da estimação do tamanho corporal foi avaliada pela discrepância do IMC Atual e IMC Real; e a satisfação corporal, entre o IMC Desejado e o IMC Atual (Laus, Almeida, 2013).

Os dados foram tabulados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0 para análise descritiva e

comparativa. 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.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. São Paulo (CAAE: 01594918.4.0000.5393) e os dados foram coletados entre maio e dezembro/2019.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 13 mães no GTA e 10 mães no GC, cuja idade mediana foi de 50 anos (36 a 55 anos) e 51 anos (34 a 58 anos), respectivamente.

Nos dois grupos, a maioria tinha companheiro, desempenhava atividades profissionais, e pertencia às classes econômicas B e C. A única variável que apresentou diferença estatística entre os grupos foi a escolaridade (Tabela 1).

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

Variáveis	GTA (n=13) n (%)	GC (n=10) n (%)	p-valor*
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 profissional	10 (76,9)	6 (60,0)	
Sem atividade profissional	3 (23,1)	4 (40,0)	
Classe econômica			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 do GTA, 10 delas (79,92%) tinham filhas com Anorexia Nervosa (AN) e três (23,07%), com Bulimia Nervosa (BN). Apesar do IMC mediano das filhas de ambos os grupos se encontrarem dentro da

faixa de normalidade, o das pacientes (GTA) apresentaram valor mais baixo com classificação variando de magreza à obesidade enquanto a das filhas do GC, alcançou o sobrepeso (Tabela 2).

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

	Idade (anos)	IMC (kg/m ²)	Tempo de tratamento (meses)
GTA (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

No que diz respeito à avaliação das atitudes alimentares disfuncionais investigadas pelo EAT-26, observou-se que o escore mediano foi semelhante nos dois grupos (GTA=10; GC=11,5), porém com intervalo maior no GTA (1-42) em relação ao GC (6-27). O resultado foi positivo (>21 pontos) para duas (15,4%) mães do GTA e três (30%) do GC, sem diferença estatística (0,618).

Em relação aos dados antropométricos, em mediana (Tabela 3), as participantes do GTA apresentaram, eutrofia, enquanto as do GC, sobrepeso. Observou-se maior variação no GTA (de eutrofia à obesidade grau III) em relação ao GC (até obesidade grau II). A CC demonstrou risco cardiovascular elevado no GTA e muito elevado no GC.

Tabela 3 - Dados antropométricos e de imagem corporal, segundo o grupo (transtorno alimentar-GTA e controle-GC). Ribeirão Preto, 2019.

Variáveis	GTA (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.

Quanto à acurácia e satisfação corporal da amostra investigada pela Escala de Silhuetas, os resultados sugerem que as participantes do GTA apresentaram distorção 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 GTA, porém sem diferença significativa.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar comportamentos de risco de mães cujas filhas possuem TA (GTA) comparando-as com um grupo de mães com filhas sem TA (GC).

Foram analisadas as características sociodemográficas, antropométricas alimentares, e de imagem corporal da amostra.

Os dados sociodemográficos demonstraram que as participantes de ambos os grupos tinham idade semelhante, entretanto o nível de escolaridade das mães do GTA apresentou-se mais elevado.

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 à imagem corporal e autoestima em universitários e observou que nos participantes cujas mães tinham alto nível de escolaridade, o risco de TA foi 2,78 vezes maior em comparação aos estudantes cujas mães tinham nível mais baixo.

A maioria das mães de ambos os grupos exerce atividade profissional fora de casa, fato que pode ser associado ao ingresso das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas (Quirino, 2012).

O estado nutricional das filhas das participantes de ambos os grupos foi de eutrofia, porém houve variação entre eles. Nas filhas do GTA, as categorias variaram de magreza à obesidade e no GC, de magreza ao sobrepeso.

Essa variação no GTA 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 (Leonidas, Santos, 2013).

Foi observado também, que as participantes do GTA apresentaram, em mediana, eutrofia e risco cardiovascular elevado enquanto as do GC, sobrepeso e risco cardiovascular muito elevado.

Esses achados corroboram os resultados das principais pesquisas nacionais que avaliam o estado nutricional da população brasileira revelando que mais da metade das mulheres apresenta excesso de peso, sendo 61,4% no inquérito por telefone (Brasil, 2023) e 63,3% pela Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2020).

Ainda, um estudo com 50 mulheres adultas, com idade média de 34,66 anos, avaliou a relação de medidas antropométricas com a porcentagem de gordura corporal afim de apontar qual medida é mais precisa para estimar o risco cardiovascular.

Como resultados, 30% delas tinham sobrepeso e 58%, risco cardiovascular elevado corroborando a alta prevalência de estado nutricional alterado nesse grupo populacional (Zanuzo e colaboradores, 2019).

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 GTA (1-42 pontos) em relação ao GC (6-27 pontos).

Apesar dos valores medianos serem considerados negativos nos dois grupos (GTA =10,0 pontos; GC=11,5 pontos), 15% das mães do GTA 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 utilizado neste 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, 2019).

Comportamentos alimentares disfuncionais em mulheres são observados com frequência na literatura (Fernandes e colaboradores, 2017; Oliveira e colaboradores, 2020; Oliveira, Cordás, 2020) revelando a prática frequente de dietas restritivas associada à pressão sociocultural por um corpo magro, exercida de forma mais predominante sob este grupo.

No entanto, as estratégias de orientação às famílias incluídas no tratamento das filhas com TA podem ter influenciado melhores resultados no GTA, uma vez que essa assistência possa contribuir para melhores desdobramentos nessa relação.

Em relação aos resultados sobre a avaliação da imagem corporal, ambos os grupos apresentaram inacurácia e insatisfação corporal, com piores resultados no GC, embora sem diferença significativa.

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 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 (Cohen, Gradidge, Micklesfield, 2019).

Ainda, 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 GTA 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 GTA, apesar de apresentarem estado nutricional adequado, mostraram inacurácia e insatisfação corporal, situação cada vez mais frequente na vida cotidiana das mulheres atualmente, como apontado em outras investigações (Barbosa, Lyra, Bagni, 2019; Pereira e colaboradores, 2021).

Essa forma de vivenciar o corpo parece ser resultado da influência da cultura em determinar um padrão ideal, que por sua vez é reforçado pelos membros do círculo social (principalmente família, companheiros e mídia), além de mediado pela internalização do corpo magro e atlético como ideais, e comparação social (Thompson e colaboradores, 1999; Thompson, Schaefer, Menzel, 2012; Vieira e colaboradores, 2020).

Os resultados encontrados confirmaram parcialmente a hipótese do estudo, já que o GTA apresentou eutrofia e risco cardiovascular elevado e o GC, sobrepeso e risco cardiovascular muito elevado. Uma vez que as participantes dos dois grupos, apesar de não apresentarem comportamentos de risco relacionados a atitudes alimentares disfuncionais quando analisado o escore mediano da escala utilizada, demonstraram preocupação com a própria imagem corporal, de forma mais acentuada no GC em relação ao GTA, porém sem diferença significativa. Independente desse fato, foi possível identificar aspectos alimentares e de imagem corporal envolvidos nesse contexto, mas devido à amostra pequena, novos estudos são necessários para ampliar e confirmar os achados encontrados.

Outra limitação diz respeito à abordagem transversal que impossibilita a verificação da relação de causa-efeito. Nesse sentido, investigações com desenho longitudinal poderiam suprir essa lacuna.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que as mães apresentam comportamentos de risco que podem contribuir com o TA das filhas, visto

que o estado nutricional e o risco cardiovascular foram diferentes nos dois grupos, sendo que as mães do GTA tinham eutrofia e risco cardiovascular elevado, enquanto as do GC, sobrepeso e risco muito elevado.

Ambos os grupos não apresentaram atitudes alimentares disfuncionais, mas preocupação com a imagem corporal, com maior inacurácia e insatisfação no GC quando comparadas às do GTA.

Pode-se pensar que essa diferença se deu pelo fato de as participantes do GTA estarem mais conscientes e informadas sobre os fatores de risco e proteção para os TA, uma vez que recebem apoio e orientação do serviço especializado em que as filhas com esses quadros 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 ao 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 consequentemente, diminuição dos riscos desses graves transtornos além da detecção precoce dos seus sinais e sintomas.

REFERÊNCIAS

- 1-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.
- 2-Alvarenga, M.; Koritar, P. Nutrição Comportamental. São Paulo. Manole. 2015.
- 3-APA. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association. 2023.
- 4-Barbosa, A.P.D.I.; Lyra, C.O.; Bagni, U.V. Distorção da imagem corporal e insatisfação em mulheres privadas de liberdade. Rev Nutr. Vol. 32. 2019. p. 2-12. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e190022>.
- 5-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. Vol. 12. Num. 11. 2017. p. 1-16.

6-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. Vol. 53. Num. 6. 2004. p. 339-346.

7-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. 2011.

8-Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: 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 2023/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília. 2023.

9-Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2020. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>

10-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. Vol. 6. Num. 29. 2020. p. 591-8.

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

12-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. Vol. 42. Num. 2. 2019. p. 140-149. DOI: 10.1097/FCH.0000000000000220.

13-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.

14-Fernandes, A.C.C.F.; Silva, A.L.S.; Medeiros, K.F.; Queiroz, N.; Melo, M.L. Avaliação da auto-imagem corporal e o comportamento alimentar de mulheres. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. São Paulo. Vol.11. Num. 63. 2017. p.252-8. <https://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/774>.

15-Garcia, C.L.; e colaboradores. Atitudes alimentares e imagem corporal das mães de pacientes com transtornos alimentares. DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde. Vol. 13. Num. 3. 2018. p. 621-33. <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33822>.

16-Gardner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine. Vol. 12. Num. 4. 1982. p. 871-878.

17-Handford, C.M.; Rapee, R.M.; Fardoul, Y, J. The influence of maternal modeling on body image concerns and eating disturbances in preadolescent girls. Behav Res Ther. Vol. 100. 2018. p. 17-23.

18-Kakeshita, I.S.; e colaboradores. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. Psic.: Teor e Pesq. Vol. 25. Num. 2. 2009. p. 263-270.

19-Laus, M.F.; Almeida, S.S. Estudo de Validação e Fidedignidade de Escalas de Silhuetas Brasileiras em Adolescentes. Psic.: Teor e Pesq. Vol. 29. Num. 4. 2013. p. 403-409. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000400006>.

20-Leal, G.V.S. Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo. 2013. Tese de Doutorado em Ciências. Faculdade de saúde pública. USP. São Paulo. 2013.

21-Leonidas, C.; Santos, M.A. Social support networks and eating disorders: An integrative

review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat.* Vol. 10. 2014. p. 915-927. DOI: 10.2147/NDT.S60735.

22-Leonidas, C.; Santos, M.A. Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* Vol. 3. Num. 26. 2013. p. 561-71. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300016>.

23-Maciél, M.G.; e colaboradores. Imagem Corporal E Comportamento Alimentar Entre Mulheres Em Prática De Treinamento Resistido. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva.* São Paulo. Vol. 13. Num. 78. 2019. p. 159-166. <https://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/1236>.

24-Naeimi, A.F.; e colaboradores. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eat Weight Disord.* Vol. 21. Num. 4. 2016. p. 597-605. DOI: 10.1007/s40519-016-0283-7.

25-Oliveira, J.; Oskinis, S.; Santos, A.C.; Cordás, T.A. Existe uma relação entre autocompaixão e adição à comida em mulheres com comportamentos alimentares disfuncionais? *J. bras. psiquiatr.* Vol. 4. Num. 69. 2020. p. 211-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000286>.

26-Oliveira, J.; Cordás, T.A. Comportamento alimentar, consumo de substâncias não alimentares e urgência negativa em mulheres. *Einstein.* Vol. 18. 2020. p.1-8. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5269.

27-Pereira, M.D.; Fontes, T.A.; Silva, G.G.I.; Costa, C.F.T. Relação entre insatisfação da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares em universitárias da área da saúde. *Saúde (Santa Maria).* Vol. 1. Num. 47. 2021. p. 1-10. <https://doi.org/10.5902/2236583463888>.

28-Quirino, R. Trabalho da mulher no Brasil nos últimos 40 anos. *Revista Tecnologia e Sociedade.* Vol. 15. Num. 15. 2012 p. 90-102. DOI: 10.3895/rts.v8n15.2596.

29-Scagliusi, F.B.; e colaboradores. Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos

alimentares em mães residentes em Santos. *J. bras. psiquiatr.* Vol. 61. Num. 3. 2012. p. 159-167. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300007>.

30-Thompson, J.K.; Heinberg, L.J.; Altabe, M.; Tantleff-Dunn, S. *Beleza exata: teoria, avaliação e tratamento de distúrbios da imagem corporal.* Washington DC: American Psychological Association. 1999. <https://doi.org/10.1037/10312-000>.

31-Thompson, J.K.; Schaefer, L.M.; Menzel, J.E. Internalização do ideal magro e ideal muscular. *Elsevier Academic Press.* Vol. 2. 2012. p. 499-504. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00079-1>.

32-Valdanha-Ornelas, E.D.; Santos, M.A. O percurso e seus percalços: Itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psic: Teor. e Pesq.* Vol. 32. Num. 1. 2016. p. 169-179. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012445169179>.

33-Vieira, J.H.; Diniz, E.F.F.S.; Lovorato, V.N.; Oliveira, R.A.R. Insatisfação da imagem corporal de mulheres praticantes de musculação. *Revista Científica UNIFAGOC.* Vol. 1. 2020. p. 100-8.

34-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). Vol. 854. 1995. p. 368-369.

35-Zanuzo, K.; e colaboradores. Sensibilidade e especificidade de indicadores antropométricos de risco cardiovascular em mulheres. *Biosaúde.* Vol. 21. Num.1. 2019. p. 25-35.

Email dos autores:
anapaulaleme@usp.br
liviaazevedo@usp.br
luizalujan@usp.br
fernanda.penaforte@uftm.edu.br
rosane@eerp.usp.br

Autor correspondente:
isabellascanavez@hotmail.com

1 - Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Metabolismo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

2 - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

3 - Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

4 - Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Recebido para publicação em 03/01/2025

Aceito em 23/03/2025