

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A influência da família no desenvolvimento de
transtornos alimentares em adolescentes e jovens
adultos: uma revisão sistemática**

Pamelly Santos Melo
Vitória Alexandra Silva

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso II - 00600029,
como requisito parcial para a graduação no
Curso de Nutrição da FSP/USP.

Orientadora: Mariana Dimitrov Ulian

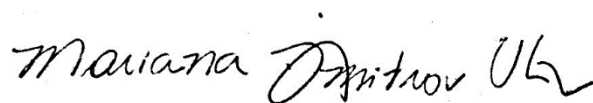
São Paulo
2022

A influência da família no desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes e jovens adultos: uma revisão sistemática

Pamelly Santos Melo
Vitória Alexandra Silva

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II - 00600029, como requisito parcial para a graduação no Curso de Nutrição da FSP/USP.

Orientadora: Mariana Dimitrov Ulian



São Paulo

2022

Dedicamos este trabalho às gerações futuras, esperando que cresçam em um mundo com uma nutrição mais gentil e humana.

AGRADECIMENTOS

Às nossas famílias, por todo o apoio e força concedidos para que chegássemos até aqui.

À nossa orientadora extraordinária e impecável, Mariana Dimitrov, por ter aceitado embarcar nessa jornada conosco. Obrigada por toda a paciência e cuidado durante todo esse período. Sem você esse trabalho não seria possível.

A todos os professores que, ao longo dos anos de graduação, nos inspiraram e fizeram brilhar os olhos e acreditar no poder que a nutrição tem de mudar o mundo. Em especial à Patrícia Jaime, Fernanda Scagliusi e Marly Cardoso.

Aos nossos colegas de classe que caminharam conosco durante esses anos e se tornaram amigos. Temos certeza de que serão profissionais maravilhosos. Em especial à Raphaella, Isabella, Cinthya, Rebeca, Isabela, Steffany, Giovana, Giulia e Lívia.

Ao bibliotecário José Estorniolo Filho por todo auxílio e tempo dedicado nos ajudando a rodar as buscas para o trabalho.

À Faculdade de Saúde Pública da USP pela experiência única e por todo conhecimento transmitido. Com certeza saímos pessoas melhores do que entramos e prontas para tudo o que tem por vir.

RESUMO

Melo PS, Silva VA. A influência da família no desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes e jovens adultos: uma revisão sistemática [Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Nutrição]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2022.

Introdução: Os transtornos alimentares (TAs) caracterizam-se por uma perturbação persistente no comportamento alimentar. Sua etiologia envolve a interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares, que resultam numa alteração significativa do consumo de alimentos, comprometendo a saúde física e mental do indivíduo. Sobre o fator familiar, as características do seu funcionamento vêm recebendo atenção especial para elucidar sua relação com os TAs. **Objetivo:** O trabalho teve como objetivo identificar de que forma a família pode influenciar no desenvolvimento de TAs em adolescentes e adultos jovens. **Métodos:** A metodologia utilizada neste estudo compreendeu a realização de uma revisão sistemática da literatura. Para tal, foram utilizados os bancos de dados PubMed e LILACS. Para a construção da estratégia de busca nas bases de dados, utilizamos vocabulário controlado que corresponde ao descritor de assunto e palavras-chave. **Resultados e discussão:** A família possui importante influência no desenvolvimento de TAs, através de provocações e comentários negativos sobre peso e forma corporal e o incentivo a perda de peso através de dietas e outros métodos. Além disso, a infância é um período sensível a tais provocações e comentários. Por isso, é importante ter uma atenção especial a esses fatores e continuar estudando o tema, a fim de entender melhor como essa relação se dá com dados mais recentes. Foram selecionados 15 artigos para a realização desta revisão. **Conclusão:** Essa revisão reforça que a família é um fator importante tanto no desenvolvimento quanto no tratamento de TAs e que, portanto, é imprescindível que mais estudos sejam realizados a fim de explicitar de forma mais detalhada esse fator, visando elaborar estratégias de prevenção e tratamento de TAs que o incluam, tornando tais processos mais efetivos.

Descritores: transtornos alimentares; família; influência; adolescentes; desenvolvimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO	10
3. METODOLOGIA	11
4. RESULTADOS	22
4.1. Seleção dos estudos	22
4.2. Características dos estudos	31
4.3. Síntese qualitativa	31
4.3.1. Cultura familiar focada no peso e forma corporal	31
4.3.2. Dinâmica familiar	32
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÃO	39
7. REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) caracterizam-se por uma perturbação persistente no comportamento alimentar, cuja etiologia envolve a interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares, e que resultam numa alteração significativa do consumo de alimentos, comprometendo a saúde física e mental do indivíduo (Moura, Santos e Ribeiro, 2015; APA, 2014). O comportamento alimentar, por sua vez, pode ser entendido como um conjunto de ações e condutas alimentares orientados por um conjunto de sentimentos, pensamentos, crenças, conhecimentos, valores e afetos (Alvarenga, 2021). Os TAs são classificados de acordo com diversos critérios diagnósticos, dentre eles, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são os transtornos que mais se destacam (APA, 2014).

A AN caracteriza-se por restrição de ingestão calórica, medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso já está baixo, e perturbação na forma como se experiencia o próprio peso, na autoavaliação do corpo e na imagem corporal. Ela pode ser classificada em dois subtipos: o tipo restritivo e o tipo purgativo, que se diferenciam pela presença ou ausência de compulsão alimentar ou purgação. As pessoas com AN podem alternar entre os subtipos bulímico e restritivo em diferentes períodos de sua doença (Yager *et al.* 2006).

A BN pode ser definida segundo três características principais, sendo elas: episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal. Também pode ser classificada em dois tipos: o purgativo e o não purgativo, que são utilizados métodos para compensar a compulsão alimentar como jejum e exercícios físicos excessivos. Porém, os indivíduos podem apresentar esses sintomas misturados e não podem ser estritamente categorizados como AN ou BN (APA, 2014).

A prevalência de AN entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1. De modo geral, a prevalência de AN varia entre 0,5 e 3,7% e de BN de 1,1% e 4,2%, dependendo de definições do transtorno mais restritas ou

mais abrangentes (Yager *et al.* 2006). Em várias revisões de estudos epidemiológicos, estima-se que a incidência de AN é de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos em mulheres e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. A incidência de BN é de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano (Nielsen, 2001).

A preocupação excessiva com o próprio peso e formato corporal são sintomas primários presentes tanto na AN quanto na BN. Esses transtornos apresentam características comportamentais em comum, de forma que os pacientes comumente apresentam uma mistura de comportamentos dos dois transtornos. Os casos que apresentam sintomas característicos de um TA mas não se encaixam em critérios diagnósticos de transtornos específicos, são chamados de TANE (Transtorno Alimentar Não Especificado) (Hiluy *et al.*, 2019). Para o manual DSM5, a nomenclatura adotada é Outro Transtorno Alimentar Especificado. Além disso, pesquisas apontam que aproximadamente 50% a 64% dos pacientes diagnosticados com AN desenvolvem sintomas característicos da BN. Também, pacientes com BN desenvolvem sintomas da AN (APA, 2014).

Os sintomas de TA comumente se iniciam na faixa etária correspondente à adolescência e ao início da vida adulta (Dáquer, Duchesne e Simão, 2019). Pessoas que convivem em grupo têm seus pensamentos, emoções e comportamentos influenciados, podendo gerar patologias. Na literatura, é possível encontrar estudos que observaram a relação entre família e transtornos mentais e encontraram a origem desses transtornos na interação entre os membros da família, a troca afetiva e a forma de vinculação e os símbolos que eles produzem. Ou seja, a estrutura familiar de pessoas com TA difere da estrutura familiar sem membros com patologia psiquiátrica em diversos fatores, como por exemplo a distribuição de afeto (La, 2014).

Ao longo da vida, a AN tem uma prevalência de 0,5% a 2%, com início aos 13 até os 18 anos. Sua taxa de mortalidade é de pelo menos 5% a 6%, sendo a maior taxa de mortalidade de qualquer doença psiquiátrica. Já na BN a prevalência é maior, 0,9% e 3%, com idade de início mais avançada, entre 16 a 17 anos. Embora as taxas de mortalidade da BN são estimadas em aproximadamente 2%, o risco de suicídio ao longo da vida e tentativas de suicídio na BN são muito maiores. Em

adolescentes, a prevalência de transtornos alimentares não especificados é de 4,8% (Campbell e Peebles, 2014).

O comportamento alimentar de um indivíduo é construído através do aprendizado, sendo assim, os pais/cuidadores, por participarem das experiências dos primeiros anos de vida da criança, fundamentais no desenvolvimento das preferências alimentares, são a principal influência nessa fase (Pereira e Maria, 2014). Vários fatores influenciam o desenvolvimento de TAs, mas atualmente algumas características específicas do funcionamento familiar nestas doenças vêm recebendo atenção especial. Diversos estudos buscaram relacionar o funcionamento familiar como fator desencadeador ou que contribui para a perpetuação do quadro e o desenvolvimento dos TAs. Um fator fundamental é o da dinâmica familiar (Cobelo, 2004). Por exemplo, a baixa capacidade de expressão emocional, o baixo nível de coesão e a experiência de conflitos mais intensos são frequentemente mencionados pela literatura (Moura, Santos e Ribeiro, 2015).

Algumas características comuns em famílias de indivíduos acometidos por AN são perfeccionismo, superproteção, repressão das emoções, e preocupação com peso e dieta. Já em famílias de indivíduos que apresentam BN, geralmente encontra-se uma dinâmica desorganizada, com poucas regras de funcionamento estabelecidas, problemas de comunicação e dificuldade em demonstrar afeto (Ferreira, 2021). Um estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que conversas parentais focadas no peso e tamanho corporal estão associadas ao aumento do risco de desenvolvimento de TA em adolescentes, tornando-os mais suscetíveis a fazerem dietas, terem comportamentos inadequados visando o controle de peso e apresentarem compulsão alimentar (Berge, 2013).

A relação mãe-filha também tem sido objeto de estudo por ser o primeiro vínculo criado entre mãe-bebê. Sob essa perspectiva, o conflito estaria assentado em etapas precoces do desenvolvimento psicoafetivo, influenciado pelo modelo de cuidado materno, logo no início da relação estabelecida por essa relação. Os cuidados no início da vida incluem o processo alimentar, que constitui o primeiro elo entre mãe e filha (Moura, Santos e Ribeiro, 2015).

Foram encontrados na literatura diversos estudos que relacionam a família com o desenvolvimento de TAs. Moura e colaboradores (2014), buscaram compreender como mães de adolescentes com TAs vivenciaram o processo de

cuidar de suas filhas desde a gestação até os dois anos de idade, para investigar se essas vivências relacionadas à maternidade têm relação com o aparecimento de TA. Foram entrevistadas seis mães de meninas com AN. Os resultados mostraram que mães com dificuldades de sustentação (holding) durante esse período, acarretaram intenso sofrimento e sentimento de impotência diante das necessidades básicas das filhas. Essas crianças foram descritas como vorazes e insatisfeitas, sugerindo que teriam vivenciado dificuldades em assimilar o cuidado oferecido por suas mães. Desse modo, os resultados corroboram a importância de investigar as experiências infantis precoces para a compreensão da etiologia dos transtornos alimentares.

Algumas revisões sistemáticas sobre essa temática já foram desenvolvidas. Por exemplo, Gale, Cluett e Laver-Bradbury (2013) investigaram a relação pai-filho(a) e sua potencial contribuição para o desenvolvimento e manutenção da AN e/ou BN na adolescência ou início da idade adulta. Enquanto Marcos *et al.* (2013) avaliaram as relações entre TAs e a influência dos familiares e, também, se o gênero desempenha um papel moderador nessa relação. Rosenfield (1988) buscou avaliar a influência da família no comportamento alimentar e as atitudes da mesma com algum membro com TA. No entanto, percebe-se que tais revisões já tem alguns anos. Dada a relevância da temática, é esperado que novos estudos tenham sido conduzidos, justificando a necessidade de uma revisão mais atualizada sobre o tema, que possa fornecer um panorama geral sobre o tema e os estudos que o abordam.

Assim, o trabalho teve como objetivo identificar de que forma a família pode influenciar no desenvolvimento de TAs em adolescentes e adultos jovens. O fato de que a família desempenha importante influência no desenvolvimento de transtornos alimentares indica a relevância de se explorar mais a fundo como essa influência se dá, possibilitando um avanço e aprimoramento no tratamento de TAs, incluindo intervenções no contexto familiar do paciente e promovendo estruturas familiares mais funcionais.

2. OBJETIVO

Conduzir uma revisão sistemática que possa sistematizar os estudos que tenham investigado de que forma a família pode influenciar no desenvolvimento de TAs em adolescentes e adultos jovens.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo compreendeu a realização de uma revisão sistemática da literatura. As autoras optaram por esta metodologia, pois ela possibilita a integração de informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre o tema estudado. Para tal, foram utilizados dois bancos de dados: PubMed e LILACS. Para a construção da estratégia de busca nas bases de dados publicados, priorizamos a sensibilidade em detrimento à especificidade. Sempre que possível, utilizamos vocabulário controlado que corresponde ao descritor de assunto oficialmente registrado em cada base de dados. No PUBMED temos o Medical Subject Headings (MeSH), na LILACS temos o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Além dos descritores de assunto, também foram utilizadas palavras-chave e sinônimos para compor a estratégia de busca da revisão. A estratégia de busca foi desenvolvida com a ajuda de um bibliotecário experiente. A estratégia inicial utilizada no PUBMED, e adaptada para as outras bases de dados, consistiu na seguinte composição: “family influence” OR “family environment” AND “eating” OR “feeding” OR “appetite” AND “disorder” OR “Feeding and Eating Disorders”.

Os estudos foram incluídos se investigaram quais os fatores de risco para desenvolvimento de TAs relacionados com a família dos indivíduos. Os estudos poderiam ter abordagem qualitativa e/ou quantitativa e ter sido publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Foram selecionados estudos que tenham feito a investigação da influência da família no desenvolvimento de TAs, mais especificamente AN e BN, em adolescentes e jovens adultos, sendo essas populações classificadas, respectivamente, entre a idade de 12 a 17 anos (ECA, 1990) e 15 a 29 anos (lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013).

Inicialmente, foi feita a remoção dos estudos duplicados. Posteriormente, foi feita a análise de títulos e resumos, por dupla de pesquisadoras independentes (PSM e VAS). Após esta etapa, foi feita a leitura do texto completo dos estudos selecionados, pela mesma dupla de pesquisadoras independentes. Caso houvesse artigos do mesmo estudo, estes seriam correlacionados e os textos completos foram analisados de acordo com os critérios de inclusão. Caso houvesse alguma

informação faltante, os autores dos estudos selecionados seriam contactados para complementação da informação.

A extração foi feita em planilha previamente elaborada pelas autoras (PSM e VAS). Dos estudos selecionados, extraímos os seguintes dados: informações de publicação (nomes dos autores, país de origem, título), perspectiva teórica, tamanho amostral, duração do estudo, idade, nível socioeconômico e gênero dos participantes. Também extraímos dados sobre a influência da família no desenvolvimento de TAs de acordo com idade, gênero e dinâmica familiar (comportamento durante as refeições, comentários sobre o corpo, regras alimentares rigorosas, estímulo da mãe ao emagrecimento). Por fim, buscamos encontrar nos artigos, dados sobre a percepção da família e a percepção do indivíduo com o TA a respeito do desenvolvimento de AN e BN.

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada com a ferramenta "Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies" do National Heart, Lung, and Blood Institute e está descrita na Tabela 1. Na sequência, realizamos uma síntese qualitativa dos dados coletados. O foco principal dessa síntese foi sintetizar as experiências de jovens adultos com TAs e como se deu a influência da família no desenvolvimento dos mesmos.

Tabela 1 - Avaliação da qualidade dos estudos

Autor	Krug I, et al (2015)	Rorty M, Yager J, Rossotto E (1994)	Lee AM, Lee S (1996)	Radwan H, et al (2017)	Krug I, et al (2013)	Esparza ML, et al (2011)	Johnson C, Flach A (1985)	Thienemann N, Steiner H (1993)	Kluck AS (2008)	Kluck AS (2009)	Gillett KS, et al (2009)	Brookings JB, Wilson JF (2010)	Chang W, et al (2014)	Hinrichsen H, Sheffield A, Waller G (2006)	Gonçalves S, et al (2018)
A questão da pesquisa ou o objetivo do artigo foi claramente declarado?	x	x	x	x	x	x	NR	x	x	x	x	NR	x	x	x
A população do estudo foi claramente especificada e definida?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

A taxa de participação das pessoas elegíveis era de pelo menos 50%?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Todos os sujeitos foram selecionados ou recrutados nas mesmas populações ou em populações semelhantes (incluindo o mesmo período de tempo)?	x	NR	x	x	x	x	x	x	x	x	x	NR	x	x	x

Os critérios de inclusão e exclusão para estar no estudo foram pré-especificados e aplicados uniformemente a todos os participantes?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	NR	x	x	NR
Foi fornecida uma justificativa para o tamanho da amostra, descrição do poder ou estimativas de variação e efeito?	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Para as análises neste artigo, as exposições de interesse foram medidas antes do resultado sendo medido?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O prazo foi suficiente para que se pudesse razoavelmente esperar ver uma associação entre a exposição e o resultado, se ela existisse?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Para exposições que podem variar em quantidade ou nível, o estudo examinou diferentes níveis de exposição em relação ao resultado (por exemplo, categorias de exposição ou exposição medida como variável contínua)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

As medidas de exposição (variáveis independentes) foram claramente definidas, válidas, confiáveis e implementadas de forma consistente em todos os participantes do estudo?	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
As exposições foram avaliadas mais de uma vez ao longo do tempo?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

As medidas de resultados (variáveis dependentes) foram claramente definidas, válidas, confiáveis e implementadas de forma consistente em todos os participantes do estudo?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Os avaliadores de resultados não tinham conhecimento do status de exposição dos participantes?	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

A perda de acompanhamento após o início do estudo foi de 20% ou menos?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
As variáveis de confusão potenciais principais foram medidas e ajustadas estatisticamente para seu impacto na relação entre exposições e resultado?	x	NA	NA	x	x	NR	NR	x	NR	x	x	x	x	NR	x

Qualidade geral (muito bom, bom, ruim)	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Legenda da Tabela 1: NA: Não aplicável; NR: Não relatado; caselas em branco: equivale a uma resposta negativa.

4. RESULTADOS

4.1. Seleção dos estudos

A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão. A Tabela 2 mostra, de forma resumida, os resultados encontrados nos artigos selecionados. Inicialmente, foram encontrados 91 artigos, que passaram por uma primeira etapa de seleção através da leitura dos resumos, na qual 59 foram excluídos. Na segunda etapa da seleção, os 32 artigos restantes foram lidos na íntegra e então 20 artigos foram selecionados. Nessa leitura dos artigos na íntegra, cinco deles foram excluídos por serem revisões. Ao final, nesta revisão, foram selecionados 15 artigos.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos

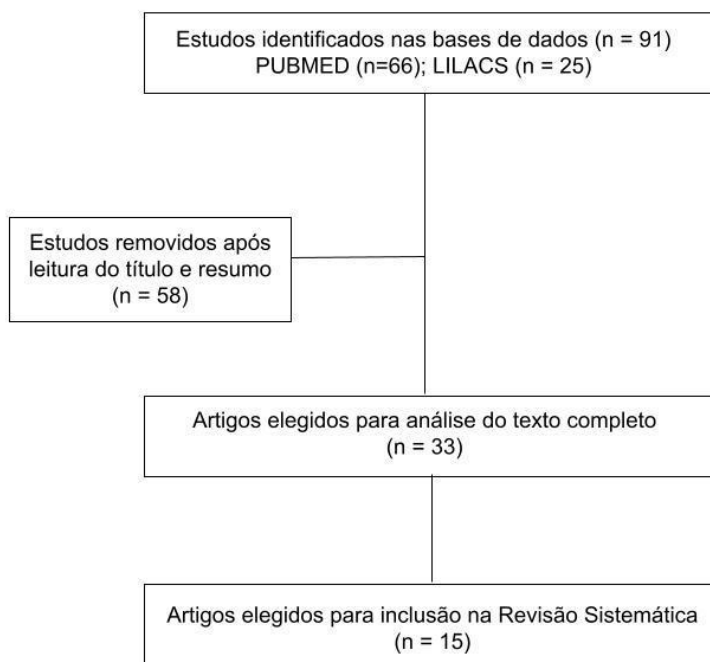


Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor	País	Participantes	Objetivo	Questionários utilizados	Principais resultados
Krug I, et al (2015)	Europa (Reino Unido, Itália, Espanha e Eslovênia)	1264 participantes do sexo feminino 25 - 28 anos	Examinar um novo modelo de risco sociofamiliar de Transtornos Alimentares (TAs).	- Cross-cultural risk factor questionnaire (CCQ)	Os fatores parentais como mães/pais superprotetores, mães/pais críticos, abusos verbais de mãe e pai, são exclusivamente relacionados a TAs com características bulímicas. Comentários de membros da família sobre alimentação e o peso/corpo durante a infância e/ou adolescência e a influência da mídia tem um impacto mais amplo na insatisfação corporal e na psicopatologia da bulimia.
Rorty M, Yager J, Rossotto E (1994)	Estados Unidos	120 participantes do sexo feminino 18 - 35 anos	O estudo levantou a hipótese de que, em relação às mulheres do grupo controle, as pessoas com BN relatariam mais	- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-L) - Assessing	Mulheres com uma história de BN relataram significativamente mais famílias de origem disfuncionais

			<p>experiências fisicamente punitivas na infância e perceberiam sua disciplina como mais dura e caprichosa.</p>	<p>Environments III--Form SD: (AE11I-Form SD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Family Assessment Measure III: (FAM III) 	<p>do que mulheres sem história de TA. Além disso, no grupo BN, níveis crescentes de disciplina física dos pais foram modestamente associados a maiores problemas na realização das tarefas familiares, desempenho de papéis, comunicação, qualidade do envolvimento afetivo, controle e valores.</p>
Lee AM, Lee S (1996)	China	294 participantes do sexo feminino 14 - 19 anos	<p>Estudar a prevalência de transtornos alimentares e sua relação com insatisfação, disfunção familiar e depressão entre adolescentes chinesas em Hong Kong</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Attitudes Test (EAT) - Body Dissatisfaction Scale (BDS) - Family Environment Scale (FES) - Beck Depression Inventory (BDI) 	<p>Embora os transtornos alimentares sejam tipicamente correlacionados com o conflito familiar, sua relação com a coesão familiar é mais variável. Neste estudo, tanto o conflito familiar quanto a coesão previram o TA, sendo que a coesão familiar pode criar um ambiente superprotetor no qual</p>

					algumas adolescentes, mesmo na ausência de depressão, podem encontrar o esforço de autonomia particularmente difícil.
Radwan H, et al (2017)	Emirados Árabes	662 participantes (407 mulheres e 255 homens) 18 - 25 anos	Explorar a associação entre as influências parentais e da mídia e a preocupação com a imagem corporal como fatores no início do TA	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Attitudes Test (EAT-26) - Family Influence Scale (FIS) - Body Shape Questionnaire (BSQ) 	As imagens da mídia e famílias que fazem comentários, críticas sobre o tamanho do corpo, comentários sobre o peso, durante a infância influenciaram no desenvolvimento do TA e tem influências significativas nos hábitos alimentares quando adultos.
Krug I, et al (2013)	Espanha	152 participantes do sexo feminino Idade média de 31,24 anos	Examinar se existe uma associação entre influências individuais, sociais e familiares e padrões alimentares no início da vida e a probabilidade de desenvolver um transtorno alimentar de baixo peso	<ul style="list-style-type: none"> - Cross-Cultural Questionnaire (CCQ) 	A relação com amigos, provocações sobre os hábitos alimentares feita por familiares e meios de comunicação de massa tiveram influência sobre a alimentação no grupo de baixo peso com TA quando comparado ao grupo

			subsequente ou obesidade		controle de peso eutrófico.
Esparza ML, et al (2011)	México	36 participantes do sexo feminino 10 - 17 anos	Descrever a frequência dos TA, bem como transtorno alimentar não especificado em uma amostra de adolescentes do sexo feminino internadas; e estabelecer a relação que o funcionamento e a qualidade do ambiente familiar mantêm com a gravidade e/ou características da psicopatologia alimentar	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Disorder Inventory (EDI) - Global Family Environment Scale - General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device - Child Figure Rating Scale - Mini-International Neuropsychiatric Interview - Kid (MINI-Kid) 	A disfunção familiar, como a falta de resolução de problemas, comunicação, papéis, respostas afetivas, compromisso controle emocional e comportamental é uma variável que se relaciona com a gravidade dos TA, principalmente os sintomas bulímicos.
Johnson C, Flach A (1985)	Estados Unidos	191 participantes do sexo feminino 18 - 28 anos	Explorar os parâmetros psicológicos de famílias de pacientes bulímicos e compará-los aos de indivíduos sem bulimia	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Disorders Inventory (EDI) - Family Environment Scale (FES) 	As pontuações na subescala de independência, que avalia o grau em que os membros da família são encorajados a serem assertivos e

			do grupo controle		autoconfiantes, foram significativamente menores entre as famílias de sujeitos bulímicos. Para indivíduos com bulimia, se espera que alcancem um alto nível, com altas expectativas por parte da família, enquanto possuem uma família que não incentiva comportamentos autossuficientes ou expressivos, que pode facilitar o alcance do sucesso, o que piora a gravidade dos sintomas da bulimia.
Thienemann N, Steiner H (1993)	Estados Unidos	118 participantes adolescentes do sexo feminino	Replicar achados que sugerem uma relação entre as características inerentes ao ambiente familiar e os TAs específicos. Espera-se que esses ambientes familiares, se significativamente	<ul style="list-style-type: none"> - Family Environment Scale (FES) - Marlowe Crowne Social Desirability Scale (MCSDS) - Beck Depression 	Uma forte relação estatística foi encontrada entre o nível de depressão medida pelo BDI e o grau de negatividade atribuído às qualidades familiares (relacionamento - coesão, expressividade e conflito, crescimento

			associados a diferentes patologias alimentares, sejam diferentes uns dos outros e daqueles de famílias normais, bem como dos ambientes de famílias em um grupo de controle psiquiátrico	Inventory (BDI)	- independência, orientação para a realização, orientação intelectual-cultural, orientação ativo-recreativa e ênfase moral-religiosa e qualidades estruturais - organização e controle das famílias como informados na FES.
Kluck AS (2008)	Estados Unidos	268 participantes do sexo feminino abaixo de 25 anos	Investigar o impacto da co-ocorrência de dinâmica familiar e experiências familiares relacionadas à alimentação nos TA.	<ul style="list-style-type: none"> - Parental Bonding Instrument — II (PBI-II) - Parent Adolescent Communication Scale — Adolescent Form (PACS-AF) - Family Adaptability and Cohesion Scales — II 	Tanto a disfunção familiar quanto as experiências negativas relacionadas à alimentação familiar foram associadas ao aumento de TA. As experiências negativas relacionadas à alimentação familiar mediaram totalmente a relação entre disfunção familiar e o TA. Isso sugere que experiências familiares negativas relacionadas à

				<ul style="list-style-type: none"> - Family Experiences Related to Food Questionnaire (FERFQ) - Family Influence Scale (FIS) 	alimentação (por exemplo, dieta, provocações, críticas) foram os fatores de risco para o desenvolvimento do TA.
Kluck AS (2009)	Estados Unidos	268 participantes do sexo feminino 16 - 24 anos	Explorar a relação entre comentários específicos dos pais com as preocupações sobre o TA das filhas	<ul style="list-style-type: none"> - Body Shape Questionnaire (BSQ) - Family Influence Scale (FIS) - Bulimia Test – Revised (BULIT-R) 	Neste estudo, o foco da família na aparência e tipos específicos de comentários dos pais sobre peso e tamanho foram associados a maiores dificuldades com comportamentos associados a um diagnóstico de BN.
Gillett KS, et al (2009)	Estados Unidos	102 participantes do sexo feminino 13 - 25 anos	Comparar as regras implícitas do processo familiar em famílias com uma jovem com diagnóstico de transtorno alimentar e famílias com uma jovem sem diagnóstico de	<ul style="list-style-type: none"> - Family Implicit Rules Profile (FIRP) 	Famílias com uma pessoa com TA possuem uma proporção maior de regras familiares restritivas do que as famílias sem uma pessoa com TA. Além disso, os jovens com TA

			transtorno alimentar		relataram uma menor proporção de regras familiares facilitadoras e uma proporção maior de regras familiares restritivas.
Brookings JB, Wilson JF (2010)	Estados Unidos	137 participantes do sexo feminino 17 - 21 anos	Avaliar as contribuições da personalidade e do ambiente familiar para as variações nas atitudes e comportamentos auto relatados em uma amostra de mulheres universitárias	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Disorder Inventory (EDI) - NEO Personality Inventory (NEO-PI) - Family Environment Scale (FES) 	Relações familiares pobres foram relacionados à inefetividade auto relatada, perfeccionismo e falta da capacidade de identificar, acessar, entender e responder adequadamente os seus próprios sentimentos.
Chang W, et al (2014)	China	1.135 participantes do sexo feminino 17 - 25 anos	Explorar a prevalência de TA e possíveis fatores associados (sintomas depressivos, ansiedade e IMC etc.) em TA em estudantes de medicina do sexo feminino na China	<ul style="list-style-type: none"> - Eating Disorders Inventory-1 (EDI-1) - Self-Rating Depression Scale (SDS) - Self-Rating Anxiety Scale (SAS) 	O estudo encontrou que o risco de desenvolver TA foi mais frequente em alunas com um relacionamento ruim com os pais. Uma intervenção abrangente com foco no ambiente familiar e no gerenciamento da emoção deve ser projetada para evitar

					a ocorrência desses distúrbios entre estudantes.
Hinrichsen H, Sheffield A, Waller G (2006)	Reino Unido	70 participantes do sexo feminino 17 - 56 anos	Explorar as potenciais ligações entre as experiências parentais percebidas de pacientes com transtornos alimentares e seus níveis de ansiedade social e agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> - Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) - Young Parenting Inventory — revised (YPI-R) 	A descoberta de que a dificuldade dos pais em compartilhar sentimentos com os filhos pode desempenhar um papel no desenvolvimento da ansiedade social é compatível com achados que mostram que as crenças centrais de inibição emocional estão associadas a altos níveis de ansiedade em pacientes com TA.
Gonçalves S, et al (2018)	Portugal	362 participantes (315 sexo feminino e 47 sexo masculino) 17 - 25 anos	Avaliar as relações entre ambientes infantis invalidantes, insatisfação corporal, transtornos alimentares e dificuldades em relacionamentos íntimos em uma amostra de	<ul style="list-style-type: none"> - Invalidating Childhood Environments Scale (ICES) - Body Shape Questionnaire (BSQ) - Eating Disorders-15 (ED-15) 	Existem associações entre o ambiente infantil invalidante, insatisfação corporal, sintomatologia de TA e dificuldades nos relacionamentos íntimos.

			estudantes universitários	- Experiences in Close Relationships Inventory (ECR)	
--	--	--	------------------------------	--	--

4.2. Características dos estudos

Entre os estudos selecionados, quatro foram conduzidos na Europa, dois na China, sete nos Estados Unidos, um nos Emirados Árabes e um no México. A idade dos participantes variou de 10-35 anos, com média de 22,5 anos. Dois estudos foram transversais, seis caso-controle, sete correlacionais.

Não foram abordados em nenhum dos estudos dados como nível socioeconômico, membros familiares e configuração da família (como por exemplo, se os pais eram separados/divorciados, se era uma família com mãe solo, se o participante não tinha irmãos). Também não foi abordado sobre a percepção da família e da pessoa com o TA. Somente Radwan, *et al.* (2015) abordou sobre raça/etnia.

Como o objetivo dos estudos era entender se existia e qual a relação da família com os TAs, primeiro, os pesquisadores avaliaram os participantes a fim de ter um diagnóstico de TA dos mesmos, baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Essas avaliações foram feitas através de questionários, tanto online como presencial, e dois trabalhos com entrevistas orais. Depois, aplicavam os outros questionários para investigar a existência da relação da família com o desenvolvimento do TA.

4.3. Síntese qualitativa

4.3.1. Cultura familiar focada no peso e forma corporal

Dentre os estudos selecionados, seis estudos abordaram, de forma diversa, a cultura familiar focada no peso e na forma corporal como um fator de influência para o desenvolvimento de TA.

Krug *et al.* (2015), em seu estudo de caso-controle, dividiram suas participantes (1264 mulheres) em um grupo com diagnóstico e outro sem diagnóstico de TA. Os autores encontraram que, no grupo de participantes diagnosticadas com TA, os próprios pais fomentavam a insatisfação corporal e o desenvolvimento de TA nas filhas, através de comentários negativos, incentivos à prática de dietas e perda de peso. Radwan *et al.* (2018) reafirmam os achados do estudo anterior e destacam a infância como um período sensível a críticas e comentários negativos sobre forma e peso corporal, influenciando no desenvolvimento de TAs.

As preocupações familiares sobre peso e forma corporal também apareceram como um fator que exerce influência no peso dos participantes. Krug *et al.* (2012) trouxeram uma comparação entre três grupos: indivíduos classificados com baixo peso, indivíduos classificados com obesidade e indivíduos classificados com peso eutrófico, encontrando que os dois primeiros grupos compartilham de um ambiente familiar similar no que tange a tais preocupações, ao contrário do grupo de peso eutrófico.

Os resultados dos estudos acima nos mostram que provocações e comentários negativos sobre peso e forma corporal e os incentivos a fazer dieta são fatores de risco para o desenvolvimento de TAs e que, portanto, a família tem uma influência importante nesse processo. Kluck (2008) buscou entender a relação entre a dinâmica/disfunção familiar e o desenvolvimento de TA e sugere que sem tais experiências, a disfunção familiar pode não ter relação com TA, ao invés disso, os indivíduos podem estar em risco de outras psicopatologias.

Dentre os estudos incluídos na revisão, somente um deles observou que o foco da família na aparência e os comentários dos pais sobre peso e tamanho corporal foram relacionados especificamente com comportamentos associados à BN (Kluck, 2009). Além disso, o estudo traz que o incentivo dos pais para controle do peso e tamanho corporal através de dieta e exercício não está menos associado a problemas alimentares em comparação a críticas e provocações. Embora os pais possam pensar que esse tipo de incentivo é uma forma de ajuda, todos os tipos de comentários relacionados a peso e tamanho corporal foram preditores significativos de aumento da insatisfação corporal e sintomatologia bulímica. Tanto as críticas e provocações quanto os incentivos à dieta, exercícios e outras formas de controlar o peso podem comunicar que a aparência física deve mudar para ser aceita.

4.3.2. Dinâmica familiar

Dentre os estudos selecionados, onze estudos abordaram sobre como a dinâmica familiar influencia o desenvolvimento de TA. Pais e/ou mães superprotetores, mães e/ou pais críticos, abusos verbais de mãe e pai, falta de comunicação familiar são alguns exemplos.

Alguns estudos apontam a dinâmica familiar e o desenvolvimento da BN. Por exemplo, Krug *et al.* (2015), em um estudo feito com mulheres, sugerem que as

variáveis incluídas no modelo sociofamiliar podem operar de forma única para os diferentes subtipos de TA. Neste estudo, por exemplo, fatores parentais, como mães/pais superprotetores e abusivos verbalmente, se mostraram exclusivamente relacionados a TAs com características bulímicas.

De maneira similar, Esparza *et al.* (2011) se propuseram a estabelecer que a relação entre o funcionamento e a qualidade do ambiente familiar se mantém com a gravidade e/ou características da psicopatologia alimentar. O estudo feito com 36 adolescentes separados em subgrupos - pacientes com TA vs. pacientes sem TA; pacientes com disfunção familiar vs. pacientes sem disfunção familiar; pacientes com alta-moderada qualidade do ambiente familiar vs. pacientes com baixa qualidade do ambiente familiar - concluiu que a disfunção familiar, como a falta de resolução de problemas, de comunicação, de respostas afetivas, de compromisso e de controle emocional e comportamental, são variáveis que se relacionam com a gravidade dos TAs, principalmente os sintomas bulímicos. A partir dessa perspectiva, esses achados parecem apoiar a psicodinâmica para a interpretação da BN, onde a compulsão simboliza a dependência acentuada de figuras significativas, e vomitar simboliza o desejo de expulsar algo que foi introjetado de maneira negativa (disfunção familiar/comer por conta da disfunção).

Isso também é visto no trabalho de Rorty, Yager e Rossotto (1994) que conduziram um estudo realizado entre mulheres com um histórico de BN e foi visto que essas mulheres vinham de famílias disfuncionais em relação às mulheres sem história de TA. Além disso, nesse grupo, níveis crescentes de disciplina física dos pais foram modestamente associados a maiores problemas na realização das tarefas familiares, desempenho de papéis, comunicação, qualidade do envolvimento afetivo, controle, valores e normas.

Com base nas subescalas da FES, Johnson e Flach (1985) em um estudo com 105 participantes do sexo feminino com BN concluíram que elas percebiam suas famílias sendo significativamente menos apoiadoras, com baixa coesão familiar e relataram que suas famílias não encorajavam a assertividade e comportamentos autossuficientes. Além disso, pontuações na subescala de independência da FES, que avalia tanto o grau de envolvimento dentro da família quanto o grau em que os membros da família são encorajados a serem assertivos e autoconfiantes, foram significativamente menores entre as famílias de sujeitos bulímicos. Com esse

achado, os autores sugerem que as famílias com baixa comunicação, superproteção e desencorajadoras têm impacto direto no desenvolvimento e piora dos sintomas no TA, em especial da BN.

Pensando nos TAs de maneira geral, Gillett *et al.* (2009) corroboram com esses achados, uma vez que os resultados do seu estudo indicaram que as famílias com pessoas com TA possuem uma proporção maior de regras familiares restritivas, uma vez que pontuaram mais nas subescalas do FIRP de 'Pensamentos e Sentimentos Restringidos e Auto Restrição', 'Expressividade e Conexão' e 'Cuidado Inapropriado dos pais' do que as famílias sem uma pessoa com TA. Além disso, os jovens com TA relataram uma menor proporção de regras familiares facilitadoras que são aquelas que permitem a comunicação, abertura, compreensão, conexão e diferença, incentivam a dignidade, o amor e a aceitação.

Lee e Lee (1996) apontam que embora os TAs sejam tipicamente correlacionados com o conflito familiar, sua relação com a coesão familiar é mais variável. Em seu estudo, tanto o conflito quanto a coesão familiar previram o TA. No entanto, a coesão familiar pode criar um ambiente superprotetor no qual algumas adolescentes chinesas, mesmo na ausência de depressão, podem ter dificuldade para expressar sua autonomia.

Gonçalves (2018), em estudo feito com estudantes universitários, concluiu que existem associações entre o ambiente infantil invalidante, insatisfação corporal, sintomatologia de TA e dificuldades nos relacionamentos íntimos.

No estudo de Hinrichsen, Sheffield e Waller (2006), viu-se que a dificuldade dos pais em compartilhar sentimentos com os filhos (uma das escala avaliadas pelo YPI-R chamada 'Inibição Emocional') se relacionou com o desenvolvimento de crenças centrais negativas (de inibição emocional e/ou abandono). Estas crenças centrais negativas, por sua vez, se associaram a altos níveis de ansiedade em pacientes com TA. Mais pesquisas são necessárias para esclarecer esses mecanismos e porque eles podem estar relacionados especificamente ao estilo paterno.

Thienemann e Steiner (1993) sugerem que uma forte relação estatística foi encontrada entre o nível de depressão medida pelo BDI e o grau de negatividade atribuído às qualidades familiares: relacionamento - coesão, expressividade e conflito, crescimento - independência, orientação para a realização, orientação

intelectual-cultural, orientação ativo-recreativa e ênfase moral-religiosa e qualidades estruturais - organização e controle das famílias como informados na FES, concluindo que esses fatores aumentam os sintomas do TA.

Chang *et al.* (2014) encontraram que o risco de desenvolver TA foi mais frequente em alunas com um relacionamento ruim com os tanto com a mãe quanto com o pai, mas não detalhou qual é esse tipo de relação.

5. DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como objetivo sistematizar os estudos que tenham investigado de que forma a família pode influenciar no desenvolvimento de TAs em adolescentes e adultos jovens. Ainda que existam revisões sobre o tema da presente pesquisa, estas são de 9 anos atrás, justificando a necessidade de um novo olhar para o tema.

Nossa revisão mostrou que a falta de comunicação, autonomia, controle do peso pelos pais e comentários negativos sobre o corpo tem um fator fundamental para o desenvolvimento ou agravamento dos TAs, como apontado nos estudos encontrados (Gale, Cluett e Laver-Bradbury, 2013; Rosenfield, 1988; Marcos *et al.*, 2013). Um ponto explorado em outras revisões foi a relação pai-filha como um fator chave para o agravamento do TA por conta da falta de comunicação, de autonomia, do controle do pai e da baixa resolução de conflitos. Na nossa revisão, não encontramos estudos específicos sobre essa relação.

A maioria dos estudos trabalhou exclusivamente com participantes mulheres. Apenas dois estudos incluíram também os homens e, ainda assim, eles estavam em menor número. A predominância de mulheres nas amostras dos estudos já era esperada, devido ao fato de que a incidência de TA é maior em mulheres (Souto e Ferro-Bucher, 2006). Isso acontece porque há anos as mulheres vêm sendo vítimas da indústria da dieta, que reforça a todo momento um padrão de beleza irreal, inalcançável e destrutivo, longe do que pode ser considerado saudável. Dessa forma, a insatisfação corporal e preocupação com o peso é maior entre as mulheres, que são pressionadas a fazer dieta, entre outras formas de perder peso, visando corresponder às expectativas sociais de magreza.

Sendo assim, esta revisão não obteve um resultado satisfatório sobre como a família pode influenciar no desenvolvimento dos TAs em homens, apesar de em ambos os trabalhos não haver diferenças significativas entre homens e mulheres. Essa lacuna na literatura pode estar relacionada com o fato de que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres (Gomes *et al.*, 2007) e que então, haveria um sub-relato de casos de TAs entre os homens. Urge a necessidade de pesquisas com foco nesse público para maiores esclarecimentos.

Ainda sobre esta revisão, através dela foi possível perceber que a dinâmica familiar tem uma influência majoritária no desenvolvimento de BN, em que há a

presença de fatores como falta de comunicação, falta de autonomia, superproteção e conflitos familiares. A BN pode ser desenvolvida como uma reação a esse ambiente e resulta no ciclo de comer excessivo e purgação. Já na AN é possível perceber que ela cresce em ambiente com famílias controladoras que não permitem muita liberdade e autonomia. Dessa forma, pode-se sugerir que as pessoas com esse TA o desenvolvem na tentativa de se sentir no controle de algo, direcionando tal anseio para a alimentação e o corpo, limitando o quê e quanto se come.

A realização de pesquisas sobre o tema deste estudo é de grande importância no auxílio do trabalho de nutricionistas e outros profissionais da saúde que atuam como equipe multidisciplinar no acolhimento e tratamento de pessoas diagnosticadas com TAs. Para tanto, é indispensável um melhor entendimento acerca de como se dá o desenvolvimento de tais psicopatias. Além disso, lidar com pacientes com TAs é algo que pode surgir em diversas áreas da atuação do nutricionista. É possível relacionar o tema à área de Nutrição Clínica, nas subáreas de Assistência Nutricional e Dietoterápica em Hospitais e Clínicas em geral e na subárea de Assistência Nutricional e Dietoterápica em Ambulatórios e Consultórios. Além disso, também se relaciona à área de Nutrição em Saúde Coletiva, na subárea de Atenção Básica em Saúde, no segmento de Cuidado Nutricional. Isso acontece pois dentro da nutrição não existem divisões definidas entre as áreas, elas se interseccionam.

Os TAs são um assunto fundamental para a prática do nutricionista por uma série de motivos. O primeiro deles é a prevalência relevante entre a população, como citado anteriormente a AN varia entre 0,5 e 3,7% e de BN de 1,1% e 4,2%, dependendo de definições do transtorno mais restritas ou mais abrangentes (Yager *et al.* 2006). Esses pacientes não estão só em clínicas especializadas para esse atendimento, mas em hospitais públicos e privados, clínicas particulares, ambulatórios públicos e privados, Unidades Básicas de Saúde, etc., ou seja, é certo que o nutricionista irá se deparar com algum caso durante a prática profissional.

Além desses locais, no ambiente escolar também há a possibilidade do nutricionista se deparar com casos de TA. Atualmente, o papel da nutrição no ambiente escolar se encontra mais restrito à área de atuação de alimentação coletiva. Entretanto, existe a oportunidade de pensar a atuação do nutricionista nesse ambiente de uma outra forma, aproveitando o contexto em que se pode ter

um contato mais próximo com a família e com as professoras/direção para acompanhar melhor a alimentação dos alunos e as questões relacionadas a ela, realizar atividades de educação nutricional com os próprios alunos ou então atividades de matriciamento com os funcionários da escola.

Dessa forma, o que aqui foi abordado deixa claro que os profissionais necessitam estar capacitados para reconhecer esse paciente, que muitas vezes não apresentam sintomas visuais e corporais, mas através da escuta ativa e acolhimento é possível identificar sinais e saber como conduzir para prestar o melhor cuidado. Dessa forma, o nutricionista é capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais, como psicólogos e psiquiatras, para buscar o melhor tratamento, ou encaminhar o paciente para um profissional especializado.

Sabendo da importância sobre o tema, salientamos que ele é pouco abordado na grade dos cursos de nutrição e que portanto, comumente são formados profissionais despreparados para lidar com pacientes que apresentam TAs. É fundamental que essa lacuna no ensino seja repensada, a fim de formar profissionais mais preparados para a sua atuação, independente da área de escolha.

Quanto às limitações do estudo, como já citado anteriormente, existem poucas revisões realizadas com o tema da nossa pesquisa e grande parte delas são trabalhos antigos. Acreditamos que um dos fatores que contribuem para isso é o fato de não ser fácil realizar um estudo com esse tema, uma vez que é necessário reunir toda a família e fazer perguntas que podem trazer à tona situações do passado e possivelmente causar desconforto aos participantes. Outro fator que também pode ser limitante é que faltam estudos qualitativos com base na perspectiva da pessoa com TA de forma mais aprofundada, uma vez que os questionários utilizados nos estudos só abordam questões específicas, não sendo possível pensar em outros fatores que podem influenciar a dinâmica familiar.

Além disso, o fato de que nenhum dos estudos incluídos nesta revisão apresentou dados sobre nível socioeconômico, membros familiares, configuração da família e raça/etnia de suas amostras também pode ser considerada uma limitação, pois dessa forma não sabemos qual a influência de tais fatores sobre o tema.

6. CONCLUSÃO

Essa revisão reforça que a família é um fator importante tanto no desenvolvimento quanto no tratamento de TAs e que portanto é imprescindível que mais estudos sejam realizados a fim de explicitar de forma mais detalhada esse fator, visando, futuramente, elaborar estratégias de prevenção e tratamento de TAs que o incluam, tornando tais processos mais efetivos. Além disso, foi visto que existem poucos estudos que exploram como essa relação entre dinâmica/cultura familiar e o desenvolvimento de TAs ocorre entre os homens. Também, há a necessidade de estudos que abrangem a perspectiva de pessoas com TAs de forma mais aprofundada.

7. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed, 2014.

Berge JM. *et al.* Parent Conversations About Healthful Eating and Weight. *JAMA Pediatrics*, v. 167, n. 8, p. 746, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737359/>>.

Brookings JB, Wilson JF. Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *J Pers Assess.* 1994;63(2):313-326. doi:10.1207/s15327752jpa6302_10.

Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics*, v. 134, n. 3, p. 582–592, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25157017/>>.

Chang WW, Nie M, Kang YW, He LP, Jin YL, Yao YS. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross-sectional study. *Nutr Hosp.* 2015 Apr 1;31(4):1771-7. doi: 10.3305/nh.2015.31.4.8456. PMID: 25795970.

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

Comportamento alimentar e múltiplos fatores causais [Internet].: Marle Alvarenga; 2021 Aug 27. Comportamento alimentar e múltiplos fatores causais; Disponível em: <<https://nutricaocomportamental.com.br/2021/08/27/comportamento-alimentar-e-multiplos-fatores-causais/>>

Dáquer AFC, Duchesne M, Simão C. A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares. *Debates em Psiquiatria*, v. 9, n. 3, p. 44–50, 2019. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/53>>.

Esparza L, Mauricio SG, Juan M, Ulloa REF (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud mental*, 34(3), 203-210. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300003&lng=es&tlng=.

Ferreira IMS. Comportamentos de risco nutricional de mães e sua relação com o desenvolvimento do transtorno alimentar de suas filhas. 2021. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17162/tde-11062021-075740/pt-br.php>>.

Gillett KS, Harper JM, Larson JH, Berrett ME, Hardman RK. Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *J Marital Fam Ther*. 2009;35(2):159-174. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00113.x.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

Gonçalves S, Moreira C, Gonçalves M, Vieira AI, Machado BC. The role of the perception of family environment in relation to body dissatisfaction, disordered eating and difficulties in close relationships. *Eat Weight Disord*. 2020 Feb;25(1):205-213. doi: 10.1007/s40519-018-0551-9. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30066258.

Hiluy, J., Nunes, F. T., Pedrosa, M. A. A., & Appolinario, J. C. (2019). Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSm-5 e CID-11. *Debates em Psiquiatria*, 9(3), .

Hinrichsen H, Sheffield A, Waller G. The role of parenting experiences in the development of social anxiety and agoraphobia in the eating disorders. *Eat Behav*. 2007 Aug;8(3):285-90. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.11.003. Epub 2006 Dec 5. PMID: 17606225.

Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry*. 1985;142(11):1321-1324. doi:10.1176/ajp.142.11.1321

Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eat Behav.* 2008;9(4):471-483. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.006.

Kluck AS. Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image.* 2010;7(1):8-14. doi:10.1016/j.bodyim.2009.09.009.

Krug I, Fuller-Tyszkiewicz M, Anderluh M, Bellodi L, Bagnoli S, Collier D, Fernandez-Aranda F, Karwautz A, Mitchell S, Nacmias B, Ricca V, Sorbi S, Tchanuria K, Wagner G, Treasure J, Micali N. A new social-family model for eating disorders: A European multicentre project using a case-control design. *Appetite.* 2015 Dec;95:544-53. doi: 10.1016/j.appet.2015.08.014. Epub 2015 Aug 18. PMID: 26297467.

Krug I, Villarejo C, Jiménez-Murcia S, et al. Eating-related environmental factors in underweight eating disorders and obesity: are there common vulnerabilities during childhood and early adolescence?. *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21(3):202-208. doi:10.1002/erv.2204

La I. Family structure and eating behavior disorders. *Actas espanolas de psiquiatria*, v. 42, n. 6, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25388769/>>.

Lee AM, Lee S. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *Int J Eat Disord.* 1996;20(2):177-183. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<177::AID-EAT8>3.0.CO;2-D.

Moura FEGA, Santos MA, Ribeiro RPP. A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 32, n. 2, p. 233–247, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/J9dFbRvpVDY8qMJyngVDXqc/?lang=pt>>.

Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 24, n. 2, p. 201–214, 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11416921/>>.

Pereira MM, Maria R. Influência do ambiente familiar no desenvolvimento do comportamento alimentar. *Uningá Journal*, v. 41, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1175>>.

Radwan H, Hasan HA, Najm L, et al. Eating disorders and body image concerns as influenced by family and media among university students in Sharjah, UAE. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2018;27(3):695-700. doi:10.6133/apjcn.062017.10

Rorty M, Yager J, Rossotto E. (1995). Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa. *Child abuse & neglect*, 19(6), 659–667. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00024-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00024-3)

Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, v. 19, n. 6, p. 693–704, dez. 2006.

Thienemann M, Steiner H. Family environment of eating disordered and depressed adolescents. *Int J Eat Disord*. 1993;14(1):43-48. doi:10.1002/1098-108x(199307)14:1<43::aid-eat2260140106>3.0.co;2-7

Yager J, Devlin M, Halmi K *et al*. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders third edition. ResearchGate. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285994599_Practice_guideline_for_the_treatment_of_patients_with_eating_disorders_third_edition>.