

CONIC SEMESP

16º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: COMPORTAMENTO ALIMENTAR E IMAGEM CORPORAL DAS MÃES DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: NUTRIÇÃO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE FRANCA

AUTOR(ES): CAROLINE LARA GARCIA, RAPHAELA MENEGHETTI MIGUEL

ORIENTADOR(ES): MARIA GARCIA MANOCHIO-PINA

Realização:

SEMESP 
sindicato das mantenedoras de ensino superior

Apoio:

 **ENIAC**
ISO 9001
Educação Básica e Superior

1. RESUMO

Transtornos alimentares são definidos como doenças psicossomáticas resultantes de uma relação conflituosa do indivíduo com a comida. Os tipos de TA mais conhecidos são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, ambos possuem como sintoma primário a preocupação com o peso e a forma corporal. O objetivo do estudo foi investigar o comportamento alimentar de mães de pacientes com transtornos alimentares e avaliar a percepção e a satisfação da imagem corporal. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada num serviço especializado no interior de São Paulo. Os métodos utilizados foram Recordatório de 24 horas, teste “Como está sua Alimentação”, EAT- 26, Escala de Figuras de Silhuetas. Participaram do estudo, 13 mães, o EAT-26 foi negativo, com 17,23 pontos, o teste Como está sua Alimentação mostrou a média de 38,85 pontos. Em relação a imagem corporal notou-se insatisfação por parte das mães. Conclui-se com o estudo que as mães apresentam insatisfação da imagem corporal, apesar de não apresentarem comportamentos alimentares semelhantes aos hábitos de pacientes portadores do transtorno, deve-se atentar a este grupo, já que pode se tratar de um grupo de risco. É necessária participação da família no tratamento para se obter o sucesso do mesmo.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar; Comportamento Alimentar; Imagem Corporal; Mães.

2. INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TA) são definidos como doenças psicossomáticas resultantes de uma relação conflituosa do indivíduo com a comida. Os tipos de TA mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), ambos possuem como sintoma primário a preocupação com o peso e a forma corporal. Os primeiros sinais dos TA aparecem na maioria das vezes na infância e na adolescência, é mais comum em mulheres e são considerados de difícil tratamento devido a sua etiologia multifatorial. A formação de uma equipe multiprofissional, composta por médico, nutricionista, psicólogo é essencial para alcançar resultados satisfatórios no tratamento (1)(2)(3)(4).

Os fatores que levam ao aparecimento e/ou manutenção dos quadros de TA é uma questão frequentemente invocada tanto por profissionais da área da saúde (5), como pelos familiares, que buscam incessantemente respostas para a genealogia dos sintomas (6).

Logo após o nascimento, fatores culturais e psicossociais podem influenciar as experiências alimentares das crianças, proporcionando a aprendizagem inicial para a sensação de fome, saciedade e para a percepção dos sabores. As estratégias que os pais utilizam para introduzir a alimentação da criança e ensiná-la a comer alimentos específicos podem apresentar estímulos tanto adequados quanto inadequados na obtenção das preferências alimentares da criança e no autocontrole da ingestão alimentar (7).

A partir das primeiras descrições dos TA, algumas características do funcionamento familiar vêm sendo investigadas, atualmente, estas estão recebendo atenção especial e adquirindo relevância do ponto de vista etiológico. Vários estudos buscam relacionar o funcionamento familiar do paciente, como fator desencadeador ou perpetuador do quadro. Certas características 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 empregadas como controles, são frequentemente mencionadas pela literatura. A relação mãe-filha é estudada, pois é caracterizada por predomínio de uma relação fusional e simbiótica e pela presença de um apego inseguro e nível de conflito elevado (6). Para Kaes, a transmissão transgeracional, que é a transmissão da doença de geração para geração, ou seja, uma transmissão familiar que implica na falta do limite e do espaço subjetivo, permanecendo apenas a exigência do narcisismo. São elementos transmitidos através dos sujeitos e não entre eles, perpetuando segredos e lutos que dificultam a transformação e a simbolização (7).

Pereira, Lock e Oggins (2006) dizem que é fundamental que a família também se desempenhe na formação de uma aliança com o tratamento de suas filhas com anorexia nervosa, uma vez que isso pode contribuir para o desfecho favorável do tratamento (8). Geralmente as mães estão muito presentes desde a infância das crianças e podem ser grandes aliadas no tratamento de suas filhas com TA. Através do conhecimento dos hábitos alimentares, avaliações nutricionais e questionários com as mães das pacientes pode-se encontrar resultados que mostrem a real influência principalmente das mães, no desenvolvimento dos transtornos alimentares das filhas e assim sendo, buscar outras formas de tratamento, envolvendo principalmente a mãe.

3. OBJETIVOS

O objetivo do estudo foi investigar o comportamento alimentar de mães de pacientes com TA e avaliar a percepção e satisfação da imagem corporal.

4. METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa quantitativa, com mães de pacientes com TA do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, um serviço multidisciplinar que atende atualmente 18 pacientes (9).

Foi avaliado o estado nutricional, através do Índice de Massa Corporal (IMC), para seu cálculo é necessário apenas o peso e estatura das mães. Esses procedimentos seguiram as orientações contidas no Manual do Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde (10) (11).

Foram coletados dados sobre a ingestão alimentar através do recordatório de 24 horas, e assim foi possível verificar os grupos da pirâmide alimentar que elas consomem (12), o teste desenvolvido pelo Ministério da Saúde “Como está sua alimentação”, com perguntas sobre a alimentação do participante. Ao final das perguntas foram somados os pontos que os participantes fizeram, se o resultado for de até 28 pontos o participante deverá tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis, se o resultado for de 29 a 42 pontos o participante deverá ficar atento com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos, se o resultado for maior que 43 pontos o participante estará no caminho certo para o modo de vida saudável (13).

Foi utilizado também, o Teste de Atitudes Alimentares - EAT-26, que indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtorno alimentar, particularmente, intenção de emagrecer e medo de ganhar peso (10). O EAT-26 é um dos questionários mais utilizados atualmente na área de transtornos alimentares por ser um teste psicométrico autoaplicável de rastreamento, para identificar sinais e sintomas desses quadros de maneira mais rápida e fácil. Favorece assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento. Foi construído por Garner e Garfinkel (1979) e validado para a população brasileira. Contém 26 questões divididas em três escalas ou fatores obtidas através de análise fatorial: (i) Escala da Dieta (D) - itens nº 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25: reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (ii) Escala de Bulimia e Preocupação com os

Alimentos (B) - itens n° 3, 4, 9, 18, 21, 26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso; (iii) Escala do Controle Oral (CO) - itens n° 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20: demonstram o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar. Cada questão, dividida em três escalas do tipo Likert, apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de zero a três, dependendo da escolha (sempre = três pontos, muitas vezes = dois pontos, às vezes = um ponto, poucas vezes = zero ponto, quase nunca = zero ponto e nunca = zero ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25. O resultado do teste é a somatória de todos os pontos dados às questões e acima de 21 pontos, considera-se o teste positivo representando fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (14).

A percepção e satisfação da imagem corporal foram investigadas pela Escala de Figura de Silhuetas, instrumento desenvolvido para a população brasileira, este instrumento consiste na apresentação de uma determinada série de figuras que, geralmente, varia da figura mais magra até a mais gorda, onde o avaliado deve escolher a figura que representa seu corpo atual, ideal ou desejado (15). Essa escala é composta por 15 silhuetas para adultos de cada sexo, apresentadas em cartões plastificados individuais, com 12,5cm de altura por 6,5cm de largura. A figura branca centralizada sobre o fundo negro mede 10,5cm de altura por 4,5cm de largura, com variações progressivas na escala de medidas, da figura mais magra a mais larga, considerando-se inclusive a relação cintura-quadril. O IMC das silhuetas varia de 12,5kg/m² a 47,5kg/m², com intervalos constantes de 2,5kg/m² (16).

As variáveis numéricas estudadas no presente trabalho foram inicialmente descritas por parâmetros como média aritmética, desvio padrão e coeficiente de variação. Com a finalidade de definir a natureza paramétrica ou não-paramétrica das estatísticas de inferência foram submetidas ao teste de normalidade de D'Agostino & Pearson que apontou para a normalidade das populações de origem. Sendo assim as estatísticas utilizadas foram o teste T de Student e o teste de Kruskal- Wallis que substituiu a ANOVA de Fisher para o caso de amostras parecidas (17).

5. DESENVOLVIMENTO

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade, protocolo nº47825415.3.3001.5440, e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido anteriormente à coleta de dados.

A coleta de dados foi feita em salas individuais e reservadas, sendo a identidade das mães mantida em sigilo. Todos os testes foram respondidos pelas próprias mães e a coleta durou cerca de 30 minutos para cada participante.

6. RESULTADOS

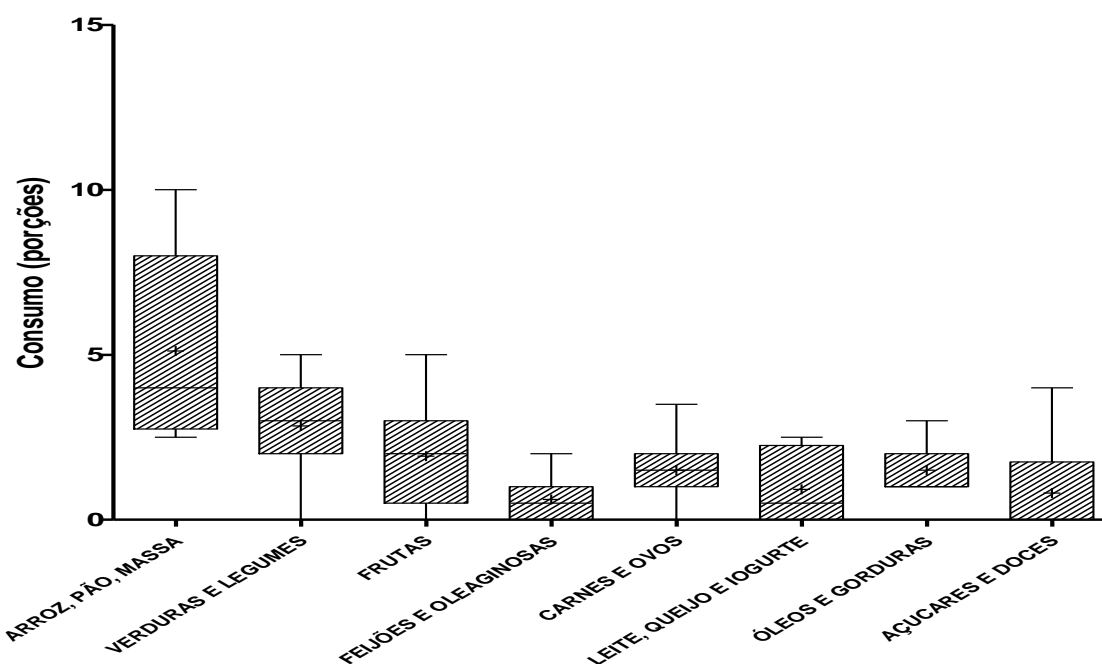
Participaram da pesquisa, 13 mães das 18 pacientes, já que uma mãe não aceitou participar da pesquisa, duas mães já haviam falecido e duas não compareceram. Elas tinham em média 49 anos, entre 38 e 63 anos. Todas moram no interior do Estado de São Paulo e a maioria delas na região próxima de Ribeirão Preto. Dentre elas 53,8% são casadas (n=7) e 46,2% são solteiras (n=6).

O teste como está sua alimentação mostrou uma média de 38,85 pontos (p=0,1488). Com a análise do consumo dos macronutrientes, observou-se que a quantidade de proteína consumida foi de 19%, sendo em média 0,9g/kg (p=0,0005 e p=<0,0001). Ao comparar o consumo das porções alimentares das mães, com as porções da pirâmide alimentar, ilustrado na Figura 1, pode-se perceber um consumo médio de 0,62 porções do grupo dos Feijões e Oleaginosas (p=0,054) e de 1,50 porções do grupo das Carnes e Ovos (p=0,072). Já no grupo do Leite, Queijo e Iogurte, a média de consumo foi de 0,92 porções (p=<0,0001).

O consumo de carboidratos foi de 52,13 % (p=0,040 e p=0,002), ao comparar com as porções da pirâmide, o grupo do Arroz, Pães e Massas e o grupo das Verduras e Legumes, o consumo médio foi de respectivamente 5,12 (p= 0,266) e 2,15 (p=0,726) porções consumidas. Já no grupo das Frutas, a média de consumo foi de 1,92 porções (p=0,027). Ao avaliar o consumo do grupo dos Açúcares e Doces pode-se notar um consumo médio de 0,81 porções consumidas (p=0,590).

A ingestão de lipídeos foi de 28,2% (p=0,0052 e p=0,014), ao comparar com as porções da pirâmide do grupo dos Óleos e Gorduras, o consumo foi em média de 1,5 porções (p=0,016).

Figura 1 - Consumo das Porções da Pirâmide Alimentar:



Em relação ao EAT-26, a média do grupo, projetada para a população, foi de 17,23 pontos ($p=0,4299$), já que 23,1% ($n=3$), apresentaram resultados positivos para o teste. Portanto, há uma probabilidade deste risco aumentar concomitantemente com o aumento do número de amostragem, ou seja, quanto maior for o número da amostra, maiores as chances das mães das pacientes apresentarem um TA.

Em relação ao estado nutricional, 23,1% ($n=3$) apresentaram Eutrofia, 23,1% ($n=3$) apresentaram Sobrepeso, 38,4% ($n=5$) com Obesidade Grau I e 15,4% ($n=2$) Obesidade Grau II. Na Tabela 1, que mostra a percepção e satisfação da imagem corporal das mães, o IMC desejado, que representa a figura que as mães gostariam ser, é significativamente menor que o IMC real, que representa o IMC aferido ($p=0,016$). Elas subestimam o IMC desejado em relação ao IMC real. Em relação ao IMC atual, que representa a figura de como elas se veem no momento, é significativamente maior que o IMC desejado, ou seja, elas superestimam o IMC atual em relação ao IMC desejado, mostrando assim uma insatisfação em relação ao IMC atual. O IMC real foi significativamente menor que o IMC atual, ou seja, elas superestimam o IMC real em relação ao atual ($p=0,016$).

Tabela 1- Percepção e satisfação da imagem corporal das mães das pacientes do GRATA, segundo comparação entre o IMC (kg/m^2) real e os correspondentes às figuras de silhuetas escolhidas no momento atual, em média (desvio-padrão). Ribeirão Preto, 2016.

IMC _A	IMC _R	IMC _D	Diferença IMC _A e IMC _R	p	Diferença IMC _A e IMC _D	p
34,23 (10,38)	29,08 (5,65)	24,81 (6,88)	5,5	0,016*	9,42	0,0018*

IMC _A = Índice de Massa Corporal Atual; IMC _R = Índice de Massa Corporal Real; IMC _D = Índice de Massa Corporal Desejado; *Diferença Significativa.
--

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que as mães estudadas apresentaram insatisfação da imagem corporal, e nota-se uma grande prevalência de sobrepeso e obesidade no grupo estudado. Os hábitos e comportamentos alimentares não são semelhantes aos hábitos de pacientes portadores de TA, porém deve-se atentar a esse grupo, já que pode ser considerado um grupo de risco para desenvolvimento e/ou manutenção do quadro, assim ressalta-se a importância da família no tratamento. Poucos estudos foram realizados avaliando o comportamento alimentar de mães de pacientes com transtornos alimentares, portanto é necessária a realização de mais pesquisas envolvendo esse aspecto.

8. FONTES CONSULTADAS

- 1- Reis, Jeudi Aguiar dos, Silva Júnior, Carlos Reeves Rodrigues, & Pinho, Lucinéia de. (2014). Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 73-78. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42441>
- 2- Gonçalves, Juliana de Abreu, Moreira, Emilia Addison M., Trindade, Erasmo Benício S. de M., & Fiates, Giovanna Medeiros R.. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96-103. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000100016>
- 3- Leal, Greisse Viero da Silva, Philippi, Sonia Tucunduva, Polacow, Viviane Ozores, Cordás, Táki Athanássios, & Alvarenga, Marle dos Santos. (2013). O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 62-75. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100009>
- 4- Souza, Laura Vilela e, & Santos, Manoel Antônio dos. (2013). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 395-404. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300002>
- 5- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.

- 6- Moura, Fabiana Elias Goulart de Andrade & Santos, Manoel Antônio dos, & Ribeiro, Rosane Pilot Pessa. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 233-247.
- 7- Adami-Lauand, C., & Ribeiro, R. (2011). A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. *Psicologia USP*, 22(4), 927-942.
- 8- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 12(2).
- 9- Santos, J. E. (2006). GRATA: nossa história, trabalho e desafios. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 39(3), 323-326.
- 10- Magalhães, V. C., & GAS, M. (2005). Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev bras epidemiol*, 8(3), 236-45.
- 11- Ministério da saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. (2004) Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Recuperado de: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf.
- 12- Dunker, K. L. L., & Philippi, S. T. (1999). Recordatório alimentar de 24 horas" modificado" avaliação do consumo alimentar de adolescentes. In Congresso Latino-Americano de Nutrição Humana (Vol. 1, p. 65).
- 13- Ministério da Saúde. Teste: Como está sua alimentação. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf.
- 14- Bighetti, F. (2003). Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 2016-04-24, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/>.
- 15- Moraes, C., Anjos, L. A. D., & Marinho, S. M. S. A. (2012). Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*, 28, 7-19.
- 16- Kakeshita, I. S. & Silva, A. I. P. & Zanatta, D. P., & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270.

- 17- Siegel, S., Castellan Junior, N. J. (2006). Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. Porto Alegre: Artmed.
- 18- Silva, G. A., Costa, K. A., & Giugliani, E. R. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 92(3), S2-S7.
- 19- Bechara, Ana Paula do Vale, & Kohatsu, Lineu N.. (2014). Tratamento nutricional da anorexia e da bulimia nervosas: aspectos psicológicos dos pacientes, de suas famílias e das nutricionistas. *Vínculo*, 11(2), 07-18. Recuperado em 27 de julho de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000200003&lng=pt&tlng=pt.
- 20- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 270-276.
- 21- Linville, D., Stice, E., Gau, J., & O'Neil, M. (2011). Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: A 3-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 745-751.
- 22- Albino, E. B. S., Macêdo, E. M. C. (2014). Transtornos alimentares na adolescência: uma revisão de literatura. *Veredas Fafip*, 7, 223-279.
- 23- Scagliusi, Fernanda Baeza, Pereira, Patrícia da Rocha, Stelmo, Isis de Carvalho, Unsain, Ramiro Fernandez, Martins, Paula Andrea, & Sato, Priscila de Moraes. (2012). Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 159-167. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000300007>
- 24- Yates, A. A., Schlicker, S. A., & Sutor, C. W. (1998). Dietary reference intakes: the new basis for recommendations for calcium and related nutrients, B vitamins, and choline. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(6), 699-706.
- 25- Philippi, S. T. (2014). Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri, SP: Manole.
- 26- Ramalho Miranda, M. (2009). A complexidade da relação mãe-filha nos transtornos alimentares: um olhar da psicanálise. *Revista Cadernos da Ceppan* n. 4.
- 27- Stracieri, A. P. M., & Oliveira, T. C. (2008). Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias. *Revista Digital de Nutrição*, 2 (3), 2-11.

- 28- de Sousa Fortes, L., de Sousa Almeida, S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Imagem corporal e transtornos alimentares em atletas adolescentes: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 667-677.
- 29- Paredes, F., Nessier, C., & González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta (B. Aires)*, 29(136), 18-24.
- 30- Neves, Clara Mockdece, Meireles, Juliana Fernandes Filgueiras, Carvalho, Pedro Henrique Berbert de, Almeida, Sebastião Sousa, & Ferreira, Maria Elisa Caputo. (2016). Body dissatisfaction among artistic gymnastics adolescent athletes and non-athletes. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 18(1), 82-92. <https://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2016v18n1p82>.
- 31- Yanez, A. A., Peix, M. A., Atserias, N., Arnau, A., & Brug, J. (2007). Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(6), 507-513.
- 32- Cobelo, A. I. W. (2008). Insatisfação com a imagem corporal e sintomas de transtorno alimentar, em mães de adolescentes com transtornos alimentares. Master's Dissertation, Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo. Retrieved 2016-05-17, from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-19112008-160335/>.
- 33- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. O papel da família nos Transtornos Alimentares.
- 34- Jaeger, Maria Amelia da Silva, Seminotti, Nedio, & Falceto, Olga Garcia. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 20-27. Epub April 15, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000003>.