

Karin Louise Lenz Dunker<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-8686-7611>

Laís Lopes Portella<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0000-0003-3492-8870>

Lívia Kalil Haddad<sup>3</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-4399-4899>

Fernanda Gramigna de Nobrega<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-1495-8274>

Fernanda Andrade de Oliveira  
 Latorre<sup>4</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-7874-8890>

Melissa Pascoal<sup>5</sup>  
<https://orcid.org/0000-0003-3666-2682>

Ruth Bartelli Grigolon<sup>5</sup>  
<https://orcid.org/0000-0003-0038-9530>

# Prática e incentivo paterno a dietas podem predizer comportamentos de risco relacionados a transtornos alimentares? Uma revisão sistemática

*Practicing and encouraging the use of diets by the father can predict risk behaviors for eating disorders? A systematic review*

DOI: 10.1590/0047-2085000000405

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar se a modelagem paterna, quanto à prática e/ou ao incentivo a dietas, pode predizer comportamentos de risco relacionados a transtornos alimentares (TAs) em crianças e adolescentes.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática dos estudos publicados até junho de 2022, disponíveis nas bases de dados indexadas — como PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde, SciELO e Cochrane Library. Estudos transversais e longitudinais em línguas portuguesa, espanhola e inglesa foram incluídos e avaliados quanto ao risco de viés de acordo com a *NewCastle – Ottawa Quality Assessment Scale*.

**Resultados:** Quatorze estudos foram considerados na revisão. A maioria deles é transversal (71,4%), proveniente dos Estados Unidos e de países europeus (57,1%), além de apresentar baixo risco de viés (85,7%). Grande parte dos trabalhos encontrou associações entre o incentivo a dietas por parte dos pais (modelagem direta) e comportamentos de risco em crianças e adolescentes, como o uso de métodos de controle de peso, a insatisfação corporal e a restrição alimentar. Poucos estudos relacionaram o hábito de o pai fazer dieta (modelagem indireta) com esses comportamentos. **Conclusões:** Os dados embasam a ideia de que a modelagem direta, ou seja, o incentivo verbal ao uso de dietas, pode ser muito danosa, principalmente em indivíduos que têm preocupações excessivas com peso e alimentação. Futuras pesquisas são necessárias para avaliar o impacto das práticas alimentares parentais e o desenvolvimento de possíveis ações de prevenção a problemas relacionados ao peso.

## PALAVRAS-CHAVE

Transtornos alimentares, comer transtornado, comportamento de risco, paternal, criança, adolescente.

## ABSTRACT

**Objectives:** To assess whether parental modeling, regarding the practice and/or encouragement of diets, can predict risk behaviors related to eating disorders (EDs) in children and adolescents. **Methods:** A systematic review of studies published until June 2022, available in indexed databases – such as PubMed, Virtual Health Library, SciELO and Cochrane Library, was carried out. Cross-sectional and longitudinal studies in Portuguese, Spanish and English were included and assessed for risk of bias according to the *NewCastle – Ottawa Quality Assessment Scale*. **Results:** Fourteen studies were considered in the review. Most of them are cross-sectional (71.4%), coming from the United States and European countries (57.1%), in addition to presenting a low risk of bias (85.7%). Most of the studies found associations between parental encouragement of diets (direct modeling) and risk behaviors in children and adolescents, such as the use of weight control methods, body dissatisfaction and food restriction. Few studies have related the father's habit of dieting (indirect modeling) with these behaviors. **Conclusions:** Data support the idea that direct modeling, that is, verbal encouragement to use diets, can be very harmful, especially to individuals who are excessively concerned about weight and food. Future research is needed to assess the impact of parental eating practices and the development of possible actions to prevent weight-related problems.

## KEYWORDS

Eating disorders, disordered eating, risk behavior, paternal, child, adolescent.

Received in: Jul/12/2022. Approved in: Feb/02/2023.

1 Universidade de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Ambulatório de Transtornos Alimentares, São Paulo, SP, Brasil

2 Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

3 Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP, Brasil

4 Centro Universitário Salesiano, São Paulo, SP, Brasil.

5 Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

**Address for correspondence:** Karin Dunker. Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, Cerqueira César – 05403-010 – São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: kdunker00@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) podem ser definidos como quadros clínicos caracterizados por perturbações nos comportamentos alimentares e na forma corporal. Os principais TAs são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA)<sup>1</sup>. Esses transtornos afetam prioritariamente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e estão entre as doenças mentais com a maior taxa de mortalidade e suicídio<sup>2</sup>.

Em relação à AN e à BN, observa-se a presença de comportamentos alimentares inadequados e preocupação excessiva com o corpo e o peso. A BN e a AN, subtipo purgativo, são caracterizadas por episódios em que a ação de comer é compulsiva, com consequente uso de métodos de compensação, utilizados para controlar o peso (por exemplo, uso de laxantes e diuréticos, vômitos autoinduzidos, medicações para emagrecer, restrição alimentar, exercício físico excessivo, entre outros). Já o TCA é caracterizado por ocorrências frequentes de compulsão com descontrole alimentar, mas sem uso de métodos de controle de peso<sup>1</sup>.

De acordo com Hilbert *et al.*<sup>3</sup>, os fatores de risco que determinam, nos pacientes, o início dos TAs são distintos para a AN e o TCA, enquanto a BN tem fatores em comum com a AN e o TCA. Segundo os achados deste estudo, na maioria das pacientes com AN foi encontrada uma relação entre restrição e início de um TA; no entanto, essa relação não ocorreu na BN e no TCA, sugerindo que, provavelmente, nesses dois tipos, o vínculo entre restrição e compulsão pode ser mais complexo ou, ainda, que existe a possibilidade de os pacientes com BN e TCA terem sub-relatado suas restrições, uma vez que esse comportamento ainda não é percebido como um problema ou como um sofrimento.

Na metanálise de Stice *et al.*<sup>4</sup>, os autores encontraram fatores em comum que predizem o início de sintomas relacionados a TAs, a saber: i) sociais – pressão pela magreza, busca pela magreza ideal e falta de suporte social; ii) psicológicos – auto-objetificação (tendência de perceber o corpo do outro como um objeto), insatisfação corporal e afeto negativo; e iii) biológicos – sobrepeso parental, restrição alimentar e consumo de álcool.

Fatores de predisposição – que incluem os biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais –, associados a fatores precipitadores e mantenedores, contribuem para o desenvolvimento dos quadros completos de TAs<sup>5</sup>. A restrição alimentar, ou as dietas, aparece como preditor de uma patologia alimentar em estudos que a relacionam com um maior risco de desenvolver a forma completa e subclínica da AN<sup>3</sup>, da BN<sup>6</sup> e do TCA<sup>6,7</sup>.

Os pares/amigos, pais e professores fazem parte do microambiente que pode influenciar tanto na proteção quanto no aumento de riscos vinculados ao TA<sup>8,9</sup>. Uma modelagem parental positiva, em conjunto com um ambiente

de incentivo às escolhas alimentares saudáveis, é considerada fator de proteção. Os pais proveem um ambiente e diversas experiências com a comida, e as crianças os veem como modelos de comportamentos alimentares, de estilo de vida, de relação com a comida e de satisfação ou insatisfação com a imagem corporal<sup>10</sup>. A habilidade das crianças de reproduzir as ações e de aprender a partir da observação dos seus pais/cuidadores já é reconhecida na literatura e associada a problemas relacionados ao peso, como o sobrepeso e a obesidade, em adolescentes<sup>11</sup>.

Conforme o modelo tripartite de influência ambiental, os pais, junto com os amigos e a mídia, são descritos como fatores distintos no desenvolvimento da imagem corporal e dos TAs<sup>12</sup>. Eles podem influenciar os(as) filhos(as) em relação às suas percepções sobre alimentação e corpo, a partir da comunicação verbal (modelagem direta), do incentivo à prática de dietas e de comentários sobre o peso. Também o fazem por meio de sua própria insatisfação corporal e de seus comportamentos (modelagem indireta) quanto à dieta.

Na maioria dos estudos que avaliam a influência dos pais nas preocupações com peso e alimentação dos filhos, as mães aparecem como modelos importantes na prática de dietas e na insatisfação com o próprio peso/corpo<sup>13,14</sup>. Estudos indicam que a modelagem direta de incentivo à dieta tem mais efeito no desejo de emagrecer das filhas e pode ser determinante de maior insatisfação corporal do que a modelagem indireta no tocante à insatisfação da mãe com seu próprio peso<sup>15,16</sup>.

Segundo a revisão de Holtom-Viesel e Allan<sup>17</sup>, a maior parte dos estudos considera, em conjunto, o efeito das modelagens materna e paterna de incentivo ou de fazer dieta, mas poucos focam o papel do pai. Na revisão de Gale *et al.*<sup>18</sup>, os autores identificaram fatores presentes na relação da figura paterna com as crianças, particularmente com as meninas, que podem influenciar na autonomia, em atitudes alimentares disfuncionais e, consequentemente, na presença de sintomas de TAs. Entre eles estão: o conflito e a comunicação; a proteção parental e o controle psicológico; a regulação emocional e autoestima; e o perfeccionismo. Apesar dos poucos estudos existentes sobre os comportamentos alimentares dos pais, a revisão de Scaglioni *et al.*<sup>19</sup> evidencia a importância da figura paterna no manejo de questões relacionadas ao peso.

Dessa forma, entende-se que a modelagem dos pais pode ser um dos determinantes de uma relação adequada ou não dos filhos com o peso e a alimentação ao longo da vida. Por isso, a presente revisão sistemática tem como objetivo mapear estudos sobre o incentivo da figura paterna, a partir de suas próprias vivências, à prática de dietas, visando identificar uma associação desse fenômeno com comportamentos de risco em relação aos TAs.

## MÉTODOS

Este estudo seguiu as recomendações da Cochrane Library, utilizando o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)<sup>20</sup>. Um protocolo foi desenvolvido e registrado no registro internacional prospectivo de revisões sistemáticas do *National Institute for Health Research* (PROSPERO) – número do registro: 2021 – CRD42021293389.

### Critérios de elegibilidade e de seleção dos estudos

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (i) estudos com delineamento observacional ou ensaio clínico randomizado cujo foco esteja na relação entre comportamentos alimentares e conversas, ou incentivos, relacionados a dietas e ao corpo dos pais com os comportamentos alimentares dos(as) filhos(as) crianças e/ou adolescentes; (ii) trabalhos publicados em línguas portuguesa, inglesa e espanhola, revisados por pares. Os critérios de exclusão foram: (i) revisões sistemáticas e narrativas, e estudos de caso e qualitativos; (ii) os que não avaliavam separadamente a influência do pai; (iii) aqueles com foco em desfechos relacionados a peso e/ou consumo alimentar; e (iv) estudos com gestantes ou crianças em aleitamento materno.

### Busca de dados

Foi utilizada a estrutura PICO, considerando-se crianças/adolescentes e seus pais (população), modelagem paterna (intervenção) e associações com o comportamento alimentar dos filhos (desfecho). Na presente pesquisa, não houve comparadores.

Além disso, foram realizadas buscas por artigos indexados nas seguintes bases de dados: PubMed, Biblioteca Virtual

em Saúde (BVS), SciELO e Cochrane Library – do primeiro artigo aos publicados até junho de 2022. Este trabalho levou em conta uma variedade de termos referentes aos grupos em foco (*paternal, father, parenting, child, adolescent, teenager, kid*), à intervenção e aos desfechos possíveis (*eating attitude, eating behavior, eating concern, diet, weight control, purging, eating disorder, feeding control, disordered eating*). Fizeram-se ajustes na busca em cada base de dados, de acordo com cada protocolo, visando a resultados mais precisos. Foi utilizado o operador booleano “OR” entre as palavras-chave de cada grupo, para explorar os *Medical Subject Headings Terms* (MeSH) de cada área. As estratégias de busca pelos termos em questão encontram-se na Tabela 1.

Na tentativa de destacar a sensibilidade da pesquisa, foi feita uma busca ativa por artigos relevantes nas listas de referências dos trabalhos aqui incluídos, nas revisões sistemáticas e nas metanálises relacionadas. Após isso, os artigos duplicados foram excluídos, e todos os outros passaram por uma análise inicial do título e do resumo, conforme os critérios de inclusão e exclusão definidos. Tal análise foi realizada em dois grupos, e três autores analisaram os trabalhos separadamente (LP, FN, LK e FL, MP, KD), sendo imparciais quanto às decisões dos outros. Ao fim do processo, os artigos que entraram em conflito foram discutidos entre os autores, e, por não ter havido consenso, um quarto autor foi acionado para decidir, por fim, pela inclusão ou exclusão dos trabalhos encontrados. No segundo estágio, os artigos elegíveis passaram por uma análise de texto completa, executada por dois autores separadamente (RB, FN e LK).

### Risco de viés dos estudos

Os artigos incluídos foram avaliados por dois autores de maneira independente, com a utilização da *NewCastle – Ottawa Quality Assessment Scale*<sup>21</sup>. Foram também classificados como

**Tabela 1.** Estratégias de busca para as bases de dados

Base de Dados	Estratégia de Busca
PubMed	((paternal[Title/Abstract]) OR (father[Title/Abstract]) OR (parenting[Title/Abstract]) OR (parent-child[Title/Abstract]) OR (parent-adolescent[Title/Abstract]) OR (father-child[Title/Abstract]) OR (father-adolescent[Title/Abstract])) AND ((child[MeSH Terms]) OR (adolescent[MeSH Terms]) OR (teenager[MeSH Terms]) OR (child*[Title/Abstract]) OR (adolescen*[Title/Abstract]) OR (teenage*[Title/Abstract]) OR (kid[Title/Abstract]) OR (kids[Title/Abstract])) AND ((feeding behavior*[MeSH Terms]) OR (eating attitude*[Title/Abstract]) OR (eating behavior*[Title/Abstract]) OR (eating concern*[Title/Abstract]) OR (diet*[Title/Abstract]) OR (weight control[Title/Abstract]) OR (purging[Title/Abstract]) OR (eating disorder*[Title/Abstract]) OR (feeding control[Title/Abstract]) OR (disordered eating[Title/Abstract])) NOT ((breastfeed*[Title/Abstract]) OR (breastfed[Title/Abstract]))
BVS e SciELO	((feeding behavior*[MeSH Terms]) OR (eating attitude*[Title/Abstract]) OR (eating behavior*[Title/Abstract]) OR (eating concern*[Title/Abstract]) OR (diet*[Title/Abstract]) OR (weight control[Title/Abstract]) OR (purging [Title/Abstract]) OR (eating disorder*[Title/Abstract]) OR (feeding practice*[Title/Abstract]) OR (feeding control[Title/Abstract])) AND ((paternal[Title/Abstract]) OR (father[Title/Abstract]) OR (parenting[Title/Abstract]) OR (parent-child[Title/Abstract]) OR (parent-adolescent[Title/Abstract]) OR (father-child[Title/Abstract]) OR (father-adolescent[Title/Abstract]) OR (parent control[Title/Abstract]))
Cochrane	((feeding behavior*[MeSH Terms]) OR (eating attitude*[Title/Abstract]) OR (eating behavior*[Title/Abstract]) OR (eating concern*[Title/Abstract]) OR (diet*[Title/Abstract]) OR (weight control[Title/Abstract]) OR (purging [Title/Abstract]) OR (eating disorder*[Title/Abstract]) OR (feeding practice*[Title/Abstract]) OR (feeding control[Title/Abstract])) AND ((paternal[Title/Abstract]) OR (father[Title/Abstract]) OR (parenting[Title/Abstract]) OR (parent-child[Title/Abstract]) OR (parent-adolescent[Title/Abstract]) OR (father-child[Title/Abstract]) OR (father-adolescent[Title/Abstract]) OR (parent control[Title/Abstract]))

“baixo risco de viés” – se pontuassem entre 7 e 9 estrelas –, “alto risco de viés” – se alcançassem de 4 a 6 estrelas – e “muito alto risco de viés” – se obtivessem de 0 a 3 estrelas. Após a avaliação, os artigos conflituosos foram discutidos pelos autores e um terceiro foi acionado para a decisão do cálculo final do *score*. Os *scores* mais altos representam estudos com metodologias mais robustas e menor risco de viés.

## RESULTADOS

### Seleção dos estudos

O processo de seleção e os artigos encontrados estão listados no fluxograma do PRISMA apresentado na Figura 1.

A busca inicial, feita nas três bases de dados mencionadas, resultou num total de 3.274 artigos. Foram identificadas 83 duplicatas, prontamente suprimidas. Após a triagem dos títulos e resumos, 3.168 trabalhos foram excluídos, restando 23 artigos elegíveis. Estes foram somados aos três trabalhos inclusos pela busca ativa, e todos passaram pela análise de texto completo, procedimento que excluiu mais 12 artigos. Finalmente, 14 deles preencheram os critérios previamente determinados e foram, então, inclusos nesta revisão.

Os motivos para a exclusão dos 3.263 artigos foram os seguintes: população errada (n = 2.310), desfecho errado (n = 678), desenho de estudo errado (n = 155), duplicados (n = 83) e produção em línguas que não fossem inglês, espanhol e português (n = 37).

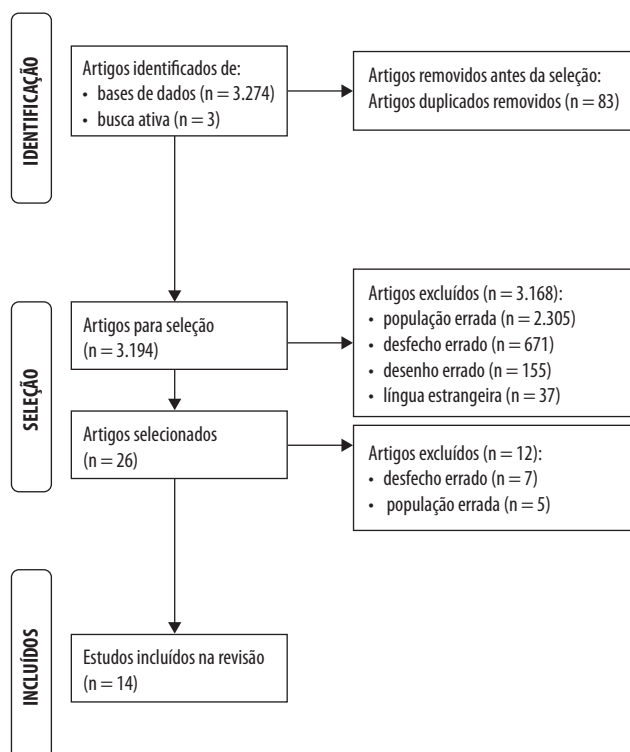


Figura 1. Fluxograma PRISMA dos artigos incluídos e excluídos.

### Características dos estudos

Na Tabela 2, observa-se que 12 estudos foram identificados com baixo risco de viés<sup>22-24,26-32,34,35</sup>. Na etapa de seleção, apesar de todos os estudos apresentarem amostragem aleatória e representativa, somente 28,5% (n = 4) deles justificaram o tamanho da amostra, e 35,7% (n = 5) tiveram uma taxa de resposta satisfatória. Quanto à comparabilidade, todos os artigos controlaram os resultados para o fator confundidor mais importante, e 85,7% (n = 12) controlaram também para mais fatores. Já na categoria desfechos, todos os trabalhos obtiveram avaliação independente e imparcial, além de utilizarem testes estatísticos bem descritos e apropriados para as análises.

Quanto à procedência dos estudos, 35,7% (n = 5) são dos Estados Unidos<sup>23,27,29-31</sup>, 21,4% (n = 3), de países europeus<sup>26,28,33</sup>, 14,3% (n = 2), da Nova Zelândia<sup>22,25</sup>, 14,3% (n = 2), do Brasil<sup>32,34</sup> e 14,3% (n = 2), da Austrália<sup>24,35</sup>. A maior representatividade foi dos estudos transversais (71,4%, n = 10)<sup>22,23,25,27,29,31-35</sup>, seguidos pelos longitudinais<sup>24,26,28,30</sup>.

As populações estudadas corresponderam, em sua maioria, aos pais e a seus filhos(as) adolescentes, com variação etária de 9 a 19 anos (64,3%, n = 9)<sup>23-30,32,34</sup>. Alguns estudos avaliaram somente a percepção das meninas adolescentes sobre os pais (30,7%, n = 4)<sup>22,27,32,34</sup>, enquanto outros se debruçaram sobre a influência paterna em crianças menores de 4 anos<sup>31,33</sup>. Apenas um trabalho<sup>23</sup> analisou estudantes universitários. Mais da metade das pesquisas (57,1%, n = 8)<sup>23,24,26,28,29,31,33,35</sup> foi realizada com populações mistas (meninas e meninos) – o restante (n = 6), somente com meninas<sup>22,25,27,30,32,34</sup>.

Uma variedade de questionários foi utilizada para avaliar a modelagem paterna, tais como: *Perceived Importance of Physical Appearance in Females Scale* (PIPAF)<sup>25</sup>, *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) – short version<sup>26</sup> –, *Child Feeding Questionnaire* (CFQ)<sup>28,29</sup>, *Parent Encouragement of Child Weight Loss Scale* (PECWL)<sup>30</sup> etc. Houve outros não validados que utilizaram perguntas sobre a percepção dos filhos<sup>22-24,27,32,34</sup> ou do próprio pai<sup>35</sup> no tocante à dieta e/ou ao encorajamento dos filhos para essa prática.

Quanto aos comportamentos de riscos relacionados aos TAs, os instrumentos utilizados foram: *Eating Attitudes Test* (EAT)<sup>23</sup>; *Eating Disorder Inventory* (EDI) e subescalas<sup>24</sup>; *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ)<sup>26</sup>; *Child Eating Disorder Examination Questionnaire* (ChEDE-Q)<sup>28</sup>; e subescalas de *Weight Concern* e *Shape Concern*, do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDEQ-WS)<sup>35</sup>. Alguns trabalhos, como medidas de risco, lançaram mão de métodos de controle de peso<sup>22,25,27,30,34</sup>. Um deles abordou a insatisfação corporal<sup>32</sup>, e aqueles que analisaram crianças fizeram uso de questionários específicos para avaliação de práticas parentais de alimentação, como a pressão imposta sobre a comida e as dificuldades alimentares<sup>31,33</sup>.

**Tabela 2.** Características e resultados dos estudos incluídos

<b>Autor, ano e país</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra (número, população, idade)</b>	<b>Risco de viés</b>	<b>Tipo de estudo/ Instrumentos</b>	<b>Resultados principais</b>
Dixon <i>et al.</i> (1996) <sup>22</sup> (Nova Zelândia)	Investigar se o incentivo e a prática de dietas pelos pais influenciam nas crenças de dieta e comportamentos alimentares de suas filhas.	232 meninas adolescentes (M = 13,9 anos)	Baixo	Transversal DBS; indicar se os pais fazem dieta e/ou encorajam a fazer dieta.	Meninas que relataram que o pai fazia dieta tinham mais propensão a pular refeições e a fazer dietas para perda de peso.
Baker <i>et al.</i> (2000) <sup>23</sup> (EUA)	Avaliar o impacto da modelagem dos pais indireta e direta de preocupação com alimentação sobre a percepção dos filhos.	91 universitários (51,6% mulheres, M = 18,6-19,1 anos) 153 pais (43,1% pais)	Baixo	Transversal EAT (universitários); frequência com que os pais fizeram comentários críticos sobre alimentação (pais).	A modelagem direta do pai tem maior influência do que a modelagem indireta nas crenças e comportamentos das filhas. O desejo de perder peso esteve associado com a modelagem direta dos pais nas filhas e com a modelagem indireta nos filhos.
Wertheim <i>et al.</i> (2002) <sup>24</sup> (Austrália)	Avaliar a influência da modelagem parental de incentivo a prática de dietas e perda de peso	1.206 adolescentes (51,3% meninas; M = 12,8 anos) 1.206 pais (6% pais)	Baixo	Longitudinal EDI, EDI-DT, EDI-Bulimia, EDI-BD, frequência com que faz dieta para perder peso (adolescentes). Questionário sobre o uso de dietas ou incentivo de dietas pelos pais.	A modelagem direta teve associação com desejo pela magreza e insatisfação corporal nas meninas. A modelagem indireta do pai não foi significativa em comportamentos de risco.
Dixon <i>et al.</i> (2003) <sup>25</sup> (Nova Zelândia)	Avaliar a relação entre as crenças paternas sobre o controle de peso e a aparência física das mulheres e as crenças sobre dietas, comportamentos alimentares e satisfação corporal de suas filhas.	50 meninas adolescentes (13-15 anos) e 50 pais	Alto	Transversal DBS (filhas), PIPAF (pais)	Filhas de pais que valorizam o controle da alimentação e a aparência foram associadas significativamente com maior uso de métodos de controle de peso.
Snoek <i>et al.</i> (2009) <sup>26</sup> (Holanda)	Avaliar ao longo do tempo os efeitos do estilo parental restritivo e comportamentos de comer transtornado em seus filhos.	404 pais (pais e mães): adolescentes (13-16 anos, 49,7% meninas)	Baixo	Longitudinal DEBQ (adolescentes), IPPA (pais)	Não houve associação da restrição alimentar dos pais com comportamentos de risco nos meninos e meninas ao longo do tempo.
Neumark-Sztainer <i>et al.</i> (2010) <sup>27</sup> (EUA)	Avaliar as associações entre o incentivo a fazer dietas pelos pais e comportamentos de risco para transtornos alimentares ao peso e examinar a associação com comportamentos de risco para transtornos alimentares.	365 meninas adolescentes (M = 15,8 anos)	Baixo	Transversal Questionário de percepção sobre práticas parentais, que investiga o incentivo a fazer dietas e seu uso pelos pais. Questionário de uso de métodos de controle de peso e de episódios de compulsão alimentar.	Na percepção das meninas, a modelagem indireta de práticas de dietas pelo pai não foi associada com satisfação corporal e comportamentos de comer transtornado. O incentivo dos pais para as filhas fazerem dieta foi significativamente associado com comportamentos não saudáveis de controle de peso.
Matton <i>et al.</i> (2013) <sup>28</sup> (Bélgica)	Avaliar ao longo do tempo o impacto das práticas de alimentação dos pais no comer em excesso, perda de controle com a comida, restrições e preocupações com alimentação, forma corporal e peso.	F1: 688 crianças (M = 9 anos, 46,5% meninas) F2: 613 crianças (M = 9,5 anos, 46,5% meninas) 714 pais (42,4% pais)	Baixo	Longitudinal ChEDE-Q (crianças), CFQ (pais)	Um efeito marginalmente significativo indica que quanto maior o monitoramento dos pais, menor o comer em excesso nos meninos. Não ocorreram associações das práticas dos pais com a restrição e a preocupação com a forma e o peso corporal.
Loth <i>et al.</i> (2014) <sup>29</sup> (EUA)	Examinar as associações entre restrição alimentar e pressão para com o comer transtornado em adolescentes e pais.	2.231 adolescentes (53,2% meninas) 3.431 pais (37,4% pais)	Baixo	Transversal	A pressão para comer pelos pais foi significativa e positivamente associada ao uso de comportamentos não saudáveis e de controle de peso extremo entre os meninos. CFQ e subescalas (pais), questionário de uso de métodos de controle de peso pelas filhas e de episódios de compulsão alimentar (adolescentes).

Autor, ano e país	Objetivos	Amostra (número, população, idade)	Risco de viés	Tipo de estudo/ Instrumentos	Resultados principais
Balantekin <i>et al.</i> (2014) <sup>30</sup> (EUA)	Avaliar se relatos dos pais de incentivo à prática de dietas predizem o início de dietas na infância e adolescência.	165 meninas adolescentes de 9 a 15 anos 165 pais	Baixo	Longitudinal PECWL (pais), uso de dietas (meninas)	Meninas que foram incentivadas a fazer dieta aos 9 anos pelos pais tiveram duas vezes mais chances de fazer dietas. O IMC das meninas aos 9 anos teve correlação positiva com maior incentivo paterno à dieta.
Vollmer <i>et al.</i> (2015) <sup>31</sup> (EUA)	Determinar a relação entre as práticas alimentares paternas no peso e comportamento alimentar.	150 crianças (M = 49,1 meses, 55,3% meninas) 150 pais	Baixo	Transversal CFQ, CEB (pais)	A restrição paterna foi significativamente associada com aversão alimentar, comer emocional e maior escore z do IMC. A pressão paterna para comer foi significativamente associada com a evitação de alimentos, responsividade à saciedade e lentidão para comer, e significativa e inversamente associada ao prazer da comida.
Guimarães <i>et al.</i> (2020) <sup>32</sup> (Brasil)	Avaliar as práticas parentais de peso e alimentação e sua relação com a insatisfação da imagem corporal em adolescentes.	136 meninas adolescentes (12 a 19 anos)	Baixo	Transversal Questionário de percepção sobre práticas parentais, que investiga o incentivo a fazer dietas e seu uso pelos pais.	O incentivo dos pais a fazerem dietas foi considerado um fator de risco significativo para a insatisfação corporal. As escolhas alimentares saudáveis do pai têm influência como fator protetor.
Phillippe <i>et al.</i> (2021) <sup>33</sup> (França)	Avaliar as associações entre práticas alimentares maternas e paternas no comportamento alimentar dos filhos.	105 crianças (M = 3,9 anos, 48,5% meninas) 210 pais (50% pais)	Alto	Transversal CFRS, CEDQ (pais)	A restrição dos pais predisse significativamente níveis mais altos de alimentação na ausência de fome na criança. Maior pressão paterna para comer predisse significativamente maior neofobia alimentar infantil.
Dell'Osbel <i>et al.</i> (2021) <sup>34</sup> (Brasil)	Identificar possíveis associações entre práticas parentais de controle de peso e alimentação e práticas para perda e controle de peso em meninas adolescentes.	685 meninas adolescentes (M = 14 anos)	Baixo	Transversal Questionário de percepção sobre práticas parentais, que investiga o incentivo a fazer dietas e seu uso pelos pais. Questionário de uso de métodos de controle de peso.	O incentivo do pai ao uso de dietas esteve relacionado à frequência de pesagem, uso de dietas no último ano e omissão de refeições para controle ou perda de peso.
Dahill <i>et al.</i> (2022) (Austrália) <sup>35</sup>	Verificar associações entre comentários negativos sobre alimentação dos pais com cognições dos TAs e saúde psicológica nos filhos e filhas.	2.204 adolescentes (12-19 anos, 52,7% meninas)	Baixo	Transversal Questionário sobre comentários em relação à alimentação (pais) EDEQ-WS (adolescentes) Transversal Questionário sobre comentários em relação à alimentação (pais) EDEQ-WS (adolescentes)	Os comentários dos pais sobre a alimentação estiveram associados com risco de TA em meninos e meninas.

ChEDE-Q: *Child Eating Disorder Examination Questionnaire*; DBS: *The Dieting Behavior Scale*; DEBQ: *Dutch Eating Behavior Questionnaire*; CEB: *Children's Eating Behavior*; CEDQ: *Children's Eating Difficulties Questionnaire*; CFRS: *Children Food Rejection Scale*; CFQ: *Child Feeding Questionnaire*; EAT: *Eating Attitudes Test*; EDEQ-WS: *Weight Concern and Shape Concern subscales of the Eating Disorder Examination Questionnaire*; EDI: *Eating Disorders Inventory*; EDI-BD: *Eating Disorders Inventory-Body Dissatisfaction*; EDI-DT: *Eating Disorders Inventory – Drive for Thinness*; EDI-Bulimia: *Eating Disorders Inventory – Bulimia*; IPPA-short version: *Inventory of Parent and Peer Attachment*; PECWL: *Parent Encouragement of Child Weight Loss Scale*; PIPAF: *Perceived Importance of Physical Appearance in Females Scale*.

## Prática de dietas pela figura paterna

Considerando-se a modelagem indireta dos pais quanto ao próprio hábito de fazer dietas, poucos estudos investigaram o comportamento em relação à perda de peso das filhas<sup>22</sup> e dos filhos<sup>23</sup>, e a maior propensão a pular refeições<sup>22</sup>. Em alguns artigos, não foram encontradas associações com comportamentos de risco<sup>23,24,26</sup>, e em um deles se observou que as escolhas saudáveis dos pais podem ser consideradas um fator protetor contra a insatisfação corporal<sup>32</sup>.

## Incentivo a dietas por parte da figura paterna

A maioria dos estudos conseguiu estabelecer associações entre o incentivo paterno a dietas e alguns comportamentos de risco em adolescentes. Entre esses riscos, é possível citar: uso de métodos de controle de peso não saudáveis<sup>25,27,29</sup>; desejo de perder peso<sup>23</sup>; aumento na frequência de pesagem<sup>34</sup>; maiores scores de sintomatologia alimentar<sup>24,35</sup>; aderência a dietas<sup>30,34</sup>; hábito de pular refeições<sup>34</sup>; e insatisfação corporal<sup>32</sup>. Algumas das pesquisas destacaram, ainda, a pressão para comer e um monitoramento paterno feito a partir de comportamentos não saudáveis, como o controle excessivo de peso<sup>29</sup> e a redução de excessos alimentares<sup>28</sup> em meninos – com maior intensidade, se comparados às meninas.

Nos estudos realizados com crianças, a restrição alimentar e a pressão para comer, impostas pelos pais, também tiveram associação significativa com alguns comportamentos de risco em crianças, como a neofobia alimentar, a alimentação com ausência de fome, o comer emocional, a responsividade à saciedade e a redução do prazer em comer<sup>31,33</sup>.

## DISCUSSÃO

A revisão mostrou que a modelagem direta da figura paterna no incentivo a dietas teve associação com comportamentos de risco relacionados aos TAs. Já em relação à modelagem indireta – o próprio pai fazendo dieta –, não foram observadas associações significantes.

Segundo a base teórica dos estilos parentais, de Costanzo e Woody<sup>36</sup>, muitos pais que incentivam a aderência a dietas em resposta à inquietude com o peso e os descontroles alimentares dos filhos também o fazem por causa da preocupação com o seu próprio peso. Esse incentivo pode ter consequências a longo prazo, como observado no estudo longitudinal de Berge *et al.*<sup>37</sup>, em que adolescentes apresentaram maior risco de sobrepeso/obesidade, restrição e compulsão alimentares e uso de métodos de controle de peso 15 anos depois. Os autores também constataram que o incentivo dos pais costuma ser transmitido para as gerações seguintes.

Quanto às diferenças de impacto da figura paterna, as poucas investigações da relação pai-meninos adolescentes vincularam o desejo de perder peso<sup>23</sup> ao uso de métodos de controle de peso<sup>29</sup>, como em Blisset *et al.*<sup>38</sup>. Para os autores, a insatisfação corporal dos pais se relacionou mais intensamente com as práticas alimentares disfuncionais dos filhos do que com as das filhas. Isso sugere que a transmissão das preocupações alimentares pode ser mais significativa na relação pai-filho.

Nielsen<sup>39</sup> discute possíveis explicações de como a modelagem direta da figura paterna pode aumentar o risco de desenvolvimento de TAs pelas filhas, conforme a maioria dos estudos desta revisão<sup>24,25,27,29,30,32,34,35</sup>. A insatisfação do pai com o corpo da filha pode se traduzir no discurso que incentiva a aderência a dietas para emagrecer. Assim, as filhas, em resposta à rejeição, à crítica ou à sensação de desapontamento do pai, recorrem à perda de peso, a fim de, dessa forma, ganhar a atenção dele. Algumas meninas, inclusive, reagem a isso e tentam interromper o processo de maturação sexual, mantendo sua imagem de criança, na crença de que o pai não aprovaria seu crescimento. No entanto, Nielsen<sup>39</sup> reforça a necessidade de mais estudos sobre os significados e processos mentais envolvidos na percepção das filhas em relação às atitudes dos pais quanto à sintomatologia alimentar.

Em outro estudo, Blisset e Haycraft<sup>40</sup> afirmam que os pais com sintomas de TA tendem a pressionar seus filhos crianças a comerem. Mais recentemente, Lydecker *et al.*<sup>41</sup> observaram que os pais tiveram uma preocupação similar ou maior que as mães com o peso dos filhos. Segundo essa pesquisa, apesar de os pais com sintomas de TAs relatarem ter uma maior responsabilidade com a alimentação e o peso dos filhos, não foram observadas, nas crianças, diferenças significativas em relação à restrição e à pressão para comer, assim como no peso, se comparadas às crianças cujos pais não têm sintomatologia alimentar.

Vale ressaltar que o estímulo à feitura de dietas normalmente não é expresso somente pelas palavras, mas também por ações e atitudes dos pais, como controle, monitoramento, restrições no momento da refeição etc. Os poucos estudos realizados com crianças<sup>31,33</sup> que foram inclusos nesta revisão demonstram o quanto estilos parentais de restrição da alimentação podem gerar, já na primeira infância, aversões alimentares, comer emocional, alterações no peso e nas percepções dos sinais internos, entre outros. Os comportamentos observados nesses estudos com crianças também são comumente constatados em pacientes com TAs<sup>42</sup>.

Não obstante os achados da presente revisão indiquem uma associação entre a modelagem direta e os comportamentos de risco, tal vínculo não pode ser considerado causal. A família pode desempenhar um papel na origem e na manutenção de um TA, mas não deve ser considerada a única envolvida no desenvolvimento desses quadros nem culpabilizada por isso<sup>43</sup>.

Reconhece-se que as limitações metodológicas dos estudos encontrados: i) têm, em sua maioria, um delineamento transversal, o que não os permite aferir a dimensão causal em relação à modelagem do pai e ao comportamento de risco dos(as) filhos(as); ii) poucos são longitudinais, de forma a avaliar o efeito dessa modelagem ao longo do tempo; iii) utilizam questionários autoaplicáveis, potencializando o risco de viés nas respostas; iv) contêm amostras não homogêneas, com uma representação menor do número de pais avaliados; e v) utilizam instrumentos não validados, que avaliam a percepção das práticas parentais sob a ótica dos filhos.

Quanto aos pontos fortes dos estudos, vale ressaltar: i) inclusão de amostras mistas, permitindo uma ampliação da discussão dos impactos da modelagem também nos meninos; ii) maior possibilidade de baixo risco de viés, com investigações que controlam os fatores de confusão, obtendo-se uma avaliação independente e imparcial, com análise estatística apropriada e bem descrita.

Além das limitações metodológicas das pesquisas, devem-se considerar as limitações do processo de revisão sistemática. Apesar de todos os esforços para capturar a literatura sobre o tema, não foram consideradas a literatura cinza e as dissertações e teses, pois não são analisadas em pares, e o acesso a essas produções é mais difícil.

Dessa forma, futuros estudos com modelos longitudinais são necessários para compreender o impacto da comunicação no ambiente familiar, assim como o desenvolvimento e a avaliação de possíveis intervenções que envolvam a participação de mães e pais. É necessário também ações que visem educar e alertar os pais sobre as consequências de determinados comentários relacionados à alimentação e ao corpo, e sobre como a modelagem direta, associada a outros fatores de predisposição, pode influenciar, de forma negativa, a saúde de seus filhos.

## CONCLUSÕES

A maioria dos estudos inclusos nesta revisão encontrou uma associação entre modelagem direta – quanto ao incentivo paterno a práticas de dieta – e comportamentos de risco, por parte dos filhos, relacionados a TAs. Esse dado reforça a necessidade da participação da figura paterna no sistema familiar como um modelo positivo, promovendo escolhas saudáveis sem um aspecto controlador e opressor. Esta revisão, por fim, destaca a necessidade de promover uma aceitação corporal no contexto familiar, uma vez que a literatura vincula sua ausência ao risco de desenvolver TAs.

Considerando que, em grande parte das pesquisas, as avaliações foram feitas a partir da percepção dos filhos quanto ao incentivo a dietas, os dados sustentam a ideia de que essa forma de comunicação pode ser muito danosa, pois indivíduos que têm percepções e preocupações excessivas com peso e alimentação podem ter uma má interpretação desses comentários.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Karin L. L. Dunker** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Laís Lopes Portella** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Lívia Kalil Haddad** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Fernanda Gramigna de Nobrega** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Fernanda Andrade de Oliveira Latorre** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Melissa Pascoal** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

**Ruth Bartelli Grigolon** – Contribuiu significativamente para a concepção e o desenho do estudo, bem como para a análise e interpretação dos dados; participou ativamente da elaboração do artigo, revisando criticamente o seu conteúdo intelectual; aprovou a versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que, no presente estudo, não houve conflitos de interesse entre os autores.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.



2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724-31.
3. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psych Res*. 2014;220:500-6.
4. Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clin Psychol Rev*. 2021;87:102046.
5. Dakanalis A, Clerici M, Bartoli F, Caslini M, Crocamo C, Riva G, et al. Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20:721-31.
6. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psych*. 2017;126:38-51.
7. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, Le Grange D, Neumark-Sztainer D. Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2012;51:86-92.
8. Dahill L, Mitchison D, Morrison NMV, Touyz S, Bussey K, Trompeter N, et al. Prevalence of Parental Comments on Weight/Shape/Eating amongst Sons and Daughters in an Adolescent Sample. *Nutrients*. 2021;13:158.
9. Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, Wilfley D, Kraemer HC, Taylor CB. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychol Med*. 2011;41:1939-49.
10. Vandeweghe L, Moens E, Braet C, Van Lippevelde W, Vervoort L, Verbeke S. Perceived effective and feasible strategies to promote healthy eating in young children: Focus groups with parents, family childcare providers and daycare assistants. *BMC Public Health*. 2016;16:1045.
11. Zarychta K, Mullan B, Luszczynska A. It doesn't matter what they say, it matters how they behave: Parental influences and changes in body mass among overweight and obese adolescents. *Appetite*. 2016;96:47-55.
12. Keery H, Van Den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*. 2004.
13. Balantekin KN. The Influence of Parental Dieting Behavior on Child Dieting Behavior and Weight Status. *Curr Obes Rep*. 2019;8:137-44.
14. Handford CM, Rapee RM, Fardouly J. The influence of maternal modeling on body image concerns and eating disturbances in preadolescent girls. *Beh Res Ther*. 2018;100:17-23.
15. Abraczinskas M, Fisak B, Barnes RD. The relation between parental influence, body image, and eating behaviors in a nonclinical female sample. *Body Image*. 2012;9(1):93-100.
16. Hillard EE, Gondoli DM, Alexandra F, Corning AF, Morrissey RA. In it together: Mother talk of weight concerns moderates negative outcomes of encouragement to lose weight on daughter body dissatisfaction and disordered eating. *Body Image*. 2016;16:21-7.
17. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:29-43.
18. Gale CJ, Cluett ER, Laver-Bradbury C. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2013;36:48-69.
19. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018;10:706.
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:71.
21. Lo CKL, Mertz D, Loeb M. Newcastle-Ottawa Scale: comparing reviewers' to authors' assessments. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14:45.
22. Dixon R, Adair V, O'Connor S. Parental influences on the dieting beliefs and behaviors of adolescent females in New Zealand. *J Adolesc Health*. 1996;19:303-7.
23. Baker CW, Whisman MA, Brownell KD. Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: methodological and conceptual questions. *Health Psychology*. 2000;19:376-381.
24. Wertheim EH, Martin G, Prior M, Sanson A, Smart D. Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eat Disord*. 2002;10:321-34.
25. Dixon RS, Gill JM, Adair VA. Exploring paternal influences on the dieting behaviors of adolescent girls. *Eating Disorders: J Treat Prev*. 2003;11:39-50.
26. Snoek HM, Strien TV, Janssens JMAM, Engels RCME. Longitudinal relationships between fathers', mothers', and adolescents' restrained eating. *Appetite*. 2009;52:461-8.
27. Neumark-Sztainer DR, Bauer KW, Fried S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *J Adolesc Health*. 2010;47:270-6.
28. Matton A, Goossens L, Braet C, Van Durme K. Continuity in primary school children's eating problems and the influence of parental feeding strategies. *J Youth Adolescence*. 2013;41:52-66.
29. Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Are Food Restriction and Pressure-to-Eat Parenting Practices Associated with Adolescent Disordered Eating Behaviors? *J Eat Disord*. 2014;47:310-4.
30. Balantekin KN, Savage JS, Marini ME, Birch LL. Parental encouragement of dieting promotes daughters' early dieting. *Appetite*. 2014;80:190-6.
31. Vollmer RL, Adamsons K, Foster JS, Mobley AR. Association of fathers' feeding practices and feeding style on preschool age children's diet quality, eating behavior and body mass index. *Appetite*. 2015;89:274-81.
32. Guimarães TJ, Perez A, Dunker KLL. Impacto de práticas parentais de peso e dieta na imagem corporal de adolescentes do sexo feminino. *J Bras Psiquiatr*. 2020;69:31-7.
33. Philippe K, Chabanet C, Issanchou S, Monnery-Paris S. Are food parenting practices gendered? Impact of mothers' and fathers' practices on their child's eating behaviors. *Appetite*. 2021;166:105433.
34. Dell'Osbel RS, Donatti T, Henn R, Cremonese C, Capp E, Gregoletto MLO. Parental practices, body dissatisfaction and weight control practices in female adolescents from public schools in southern Brazil. *Br J Nutr*. 2021;126:470-80.
35. Dahill L, Morrison NMV, Mannan H, Mitchison D, Touyz S, Bussey K, et al. Exploring associations between positive and negative valenced parental comments about adolescents' bodies and eating and eating problems: a community study. *J Eat Disord*. 2022;10:43.
36. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *J Soc Clin Psychol*. 1985;3:425-45.
37. Berge JM, Winkler MR, Larson N, Miller J, Haynos AF, Neumark-Sztainer D. Intergenerational transmission of parent encouragement to diet from adolescence into adulthood. *Pediatrics*. 2018;141:e20172955.
38. Blissett J, Meyer C, Haycraft E. Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*. 2006;47:212-9.
39. Nielsen L. *Father-daughter relationships: Contemporary research and issues*. Routledge, 2019.
40. Blissett J, Haycraft E. Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *J Psychosom Res*. 2011;70:368-71.
41. Lydecker JA, Cunningham PM, O'Brien E, Grilo CM. Parents' perceptions of parent-child interactions related to eating and body image: an experimental vignette study. *Eat Disord*. 2020;28:272-88.
42. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. *Eating disorders*. *Lancet*. 2020;395:899-911.
43. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. *Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders*. *Int J Eat Disord*. 2009.