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

LÍVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO

**Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas
e qualidade da alimentação**

RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO

2021

LÍVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO

Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Ciências e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Nutrição e Metabolismo.

Área de concentração: Nutrição

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane Pilot Pessa

RIBEIRÃO PRETO – SÃO PAULO
2021

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

Lívia, Dayane Sousa Azevedo

Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação. Ribeirão Preto, 2021.

108 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Nutrição e metabolismo.

Orientadora: Pessa, Rosane Pilot.

1. Bulimia Nervosa. 2. Transtorno da Compulsão Alimentar. 3. Consumo de bebidas alcoólicas. 4. Ingestão de Alimentos.

Nome: AZEVEDO, Livia Dayane Sousa

Título: Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Ciências e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Nutrição e Metabolismo.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

À Deivson, meu amor, amigo, companheiro e o melhor pai que o nosso filho poderia ter. Gratidão por todo cuidado, apoio, compreensão e incentivo em todos os momentos desta caminhada.

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

AGRADECIMENTOS

À Deus, por abençoar o meu caminho, proporcionar boas ideias e dar forças para continuar em todos os momentos. Agradeço pelo milagre de gerar um filho em meu ventre. Enrico, mesmo tão pequenino e sem entender o mundo, você deu mais sentido a minha vida.

À minha mãe, uma mulher corajosa, que muito jovem, precisou reinventar-se para criar suas duas filhas. A senhora é exemplo de honestidade, amor, respeito e determinação que levarei para toda vida.

Ao meu pai, Chagas (*in memoriam*), pelas lições de vida que deixou para suas filhas. Apesar de estar longe, o senhor continua cuidando da gente com carinho.

Ao meu avô e pai, Souza (*in memoriam*), que sempre foi meu grande amor e exemplo de homem e o maior incentivador de vida. Pai, sinto que o senhor continua torcendo e vibrando a cada conquista.

À minha irmã, que representa mulher forte e cheia de garra. Obrigada por me dar os melhores presentes que a vida poderia me proporcionar, Maria Eduarda e João.

À minha sobrinha, Maria Eduarda, por fazer meus dias mais leves e felizes.

À Deivson, simplesmente por ser e por compartilhar a vida comigo, sempre estimulando meu crescimento pessoal e profissional.

À minha sogrinha, Rosilene, por estar presente, ser amiga e nunca medir esforços para me ajudar.

À Dennis e Claudia, por nos acolher durante o isolamento, tornando a pandemia um momento menos difícil, um apoiando o outro.

Às minhas amigas, Ana Paula e Driele, por estarem sempre presentes, pela escuta empática e pelas palavras de conforto. Gratidão pela amorosidade e conexão.

À Karla, pelo companheirismo, disponibilidade e pela ajuda com as traduções de texto.

À todos os familiares e amigos, que contribuíram indiretamente para que esse sonho fosse possível, em especial a Rosiane, Sandra e Roberto.

À minha orientadora, Rosane Pilot Pessa, que me recebeu de coração aberto em Ribeirão Preto. Agradeço pelo acolhimento, ensinamentos, dedicação, parceria e por acreditar sempre no meu potencial.

À Rosa e Ana Karinne, obrigada por me acolher em suas casas que contribuiu com minha coleta de dados.

À Roberta Salomé, obrigada pela paciência no suporte na análise do IQD-R.

À equipe GRATA, por desde 2017 me ensinar o valor de um trabalho multi-interdisciplinar e pelo exemplo de acompanhamento nutricional à pacientes com transtornos alimentares.

Ao grupo de pesquisa GeComTa, por ser uma equipe tão dedicada no cumprimento das tarefas, nas discussões de artigos e no compartilhamento de conhecimentos.

Aos coordenadores dos serviços que prestam assistência aos pacientes com transtornos alimentares do estado de São Paulo, por me receber de portas abertas, pela disponibilidade e pelo apoio à esse trabalho.

À Universidade Virtual do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro e aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio a pesquisa.

RESUMO

AZEVEDO, L. D. S. **Compulsão alimentar em mulheres: padrão do consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação.** 2021. 108 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA) apresentam ocorrência simultânea com transtornos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas devido à semelhança entre a sintomatologia desses quadros como falta de autocontrole, impulsividade e aumento de comportamento autodestrutivo. A ingestão de bebidas alcoólicas afeta diretamente a alimentação pois quanto maior a quantidade de álcool consumido, menor a densidade e qualidade nutricional da dieta.

Objetivo: Identificar o padrão do consumo de álcool e a qualidade da dieta em mulheres com compulsão alimentar.

Método: Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal, comparativa com abordagem quantitativa realizado com mulheres adultas com diagnóstico de BN ou TCA, em acompanhamento em quatro serviços especializados do estado de São Paulo. Foram coletados dados sociodemográficos, antropométricos (peso e altura para cálculo do índice de massa corporal-IMC; circunferência da cintura-CC), padrão do consumo de bebidas alcólicas pelo teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT), sintomas de compulsão alimentar pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e ingestão alimentar pelo Recordatório de 24 horas para cálculo do Índice da Qualidade da Dieta – Revisado. Os dados foram analisados de forma descritiva pelo programa SPSS versão 21.0. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher sendo que valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Resultados: Participaram do estudo 50 mulheres com compulsão alimentar, adultas jovens ($35,0 \pm 12,0$ anos), sem companheiro ($n=34$; 68%), empregadas ($n=31$; 60%) e com ensino médio completo ($n=29$; 58%). Elas apresentaram excesso de peso (IMC: $31,27 \pm 9,70 \text{ kg/m}^2$) e risco cardiovascular muito elevado (CC: $91,50 \pm 20,5 \text{ cm}$). Evidenciou-se que 29 participantes (58%) apresentaram consumo problemático de bebidas alcoólicas associado à menor qualidade da alimentação e baixo consumo de vegetais quando comparadas às mulheres que não fazem uso de bebidas alcoólicas.

Conclusão: O consumo problemático de bebidas alcoólicas em mulheres com compulsão alimentar é preocupante visto que elas estão em tratamento de saúde mental e pode prejudicar a qualidade da alimentação. A detecção precoce e o tratamento do consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com transtornos alimentares são estratégias de prevenção e reabilitação fundamentais para minimizar as consequências dessa prática favorecendo o prognóstico dessas graves doenças.

Palavras-chave: Bulimia Nervosa. Transtorno da Compulsão Alimentar. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Ingestão de Alimentos.

ABSTRACT

AZEVEDO, L. D. S. **Binge eating in women: a pattern in the consumption of alcoholic beverages and the quality of food.** 2021. 108 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: Bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED) present a comorbidity with alcohol consumption disorders due to the similarity between the symptoms of these conditions such as lack of self-control, impulsiveness and increase in self-destructive behavior. The ingestion of alcoholic beverages directly affects the diet because the greater the amount of alcohol consumed, the lower the density and nutritional quality of the diet. Objective: To identify the pattern of alcohol consumption and the quality of diet in women with binge eating disorders. Method: This is a descriptive, cross-sectional, comparative study with a quantitative approach carried out with adult women with diagnoses of BN or BED, monitored in four specialized services in the state of São Paulo. Sociodemographic and anthropometric data was collected (weight and height to calculate the body mass index-BMI; waist circumference-WC), the alcoholic beverage consumption pattern through the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), food compulsion symptoms by the Binge Eating Scale (BES) and food intake by the 24-hour Diet Quality Index calculation - Revised. The data was analyzed in a descriptive way by the SPSS version 21.0 program. To verify the association between the categorical variables, the Pearson's Chi-square tests or Fisher's exact test were used and values of $p < 0.05$ were considered significant. Results: The study was composed of 50 women with binge eating disorders, young adults (35.0 ± 12.0 years), no partner ($n=34$; 68%), employed ($n=31$; 60%) and with complete high school ($n=29$; 58%). They were overweight (BMI: $31.27 \pm 9.70 \text{ kg/m}^2$) and had very high cardiovascular risk (WC: $91.50 \pm 20.5 \text{ cm}$). It was evident that 29 participants (38%) presented problematic consumption of alcoholic beverages associated with lower food quality and low vegetable consumption when compared to women who do not drink alcoholic beverages. Conclusion: The problematic consumption of alcoholic beverages in women with binge eating disorders is of concern since they are in mental health treatment and this may impair the quality of their diet. The early detection and treatment of alcoholic beverage consumption in people with eating disorders are fundamental prevention and rehabilitation strategies to minimize the consequences of this practice, favoring the prognosis of these serious diseases.

Keywords: Bulimia Nervosa. Binge eating disorder. Consumption of Alcoholic Beverages. Food Ingestion.

*Precisamos aprender um novo idioma.
O passeio.
Demorar-se.
Morar no hoje.
Olhar com nitidez para as pessoas,
para as palavras e para os momentos.
Não fazer;
mas desfazer um pouco e ver
Aquilo que está dentro das cascas.
Sorrir essências.
Notificar a sua ausência para as notificações.
Pois o silêncio também é música.
A pausa entre as duas notas.
Escute.
Que tal passear pela partitura da vida?*

Zack Magiezi

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das etapas do estudo e da divisão dos grupos.....	40
Figura 2 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas das participantes do estudo (n=50), segundo as zonas de classificação.	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios diagnósticos da BN de acordo com o DSM-V.....	18
Quadro 2 – Critérios diagnósticos do TCA de acordo com o DSM-V.....	18
Quadro 3 – Zonas de risco do consumo de bebidas alcoólicas de acordo com a pontuação do AUDIT.....	41
Quadro 4 – Classificação da compulsão alimentar de acordo com a pontuação do ECAP.....	42
Quadro 5 – Critérios de pontuação dos componentes do IQD-R.....	43
Quadro 6 – Classificação da qualidade da dieta de acordo com o escore final do IQD-R.....	44
Quadro 7 – Intervalos para interpretações da correlação de Spearman.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes do estudo.....	46
Tabela 2 – Variáveis clínicas e antropométricas das participantes do estudo.....	47
Tabela 3 – Qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar das participantes do estudo.....	49
Tabela 4 – Consumo de álcool das participantes do estudo (n=50) de acordo com as demais variáveis investigadas.....	50
Tabela 5 – Componentes do IQD-R e das calorias totais da dieta, segundo o consumo de bebidas alcoólicas, divididos em quatro níveis de consumo.....	52
Tabela 6 – Componentes do IQD-R e das calorias totais da dieta, segundo o consumo de bebidas alcoólicas, divididos em dois níveis de consumo.....	53
Tabela 7 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas de acordo com a qualidade da dieta e nos diferentes níveis da compulsão alimentar.....	54

LISTA DE SIGLAS

TA – Transtornos Alimentares

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição

BN – Bulimia Nervosa

TCA – Transtorno da Compulsão Alimentar

ELSA-Brasil – O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

IQD-R – Índice de Qualidade da Dieta Revisado

GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares

AMBULIM – Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares

GETA – Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares

FAMEMA – Programa de Atendimento a Familiares e Pacientes Portadores de Transtornos Alimentares

CC – Circunferência da cintura

AUDIT – Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool

ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica

R24H – Recordatório 24 horas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VEVEAL – Vegetais Verdes-escuros e Alaranjados

CARNEOVOLLEG – Carnes, Ovos e Leguminosas

VET – Valor Energético Total

GORD_AA – Calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição

IQD-RTOTAL – Escore total do Índice da Qualidade da Dieta Revisado.

VALIDATE – Validate Attitudes and Lifestyle Issues in Depression, ADHD and Troubles with Eating

HEI – Healthy Eating Index

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Transtornos alimentares: bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar	17
1.2 Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil e no mundo	20
1.3 Compulsão alimentar e álcool	22
1.4 Qualidade da alimentação e álcool	24
2. REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1. Categoria 1 - Perfil e caracterização da amostra	27
2.2. Categoria 2 – Fatores genéticos e ambientais	30
2.3. Categoria 3 – Emoções e impulsividade	32
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Específicos	35
4. MATERIAIS E METODOS	36
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 Cenários da pesquisa	36
4.3 Participantes	37
4.4 Variáveis investigadas	37
4.4.1 Questionário de dados sociodemográficos e antropométricos	38
4.4.2 Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)	38
4.4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)	38
4.4.4 Recordatório 24 horas (R24h)	39
4.5 Procedimento de coleta de dados	39
4.6 Análise de dados	41
4.7 Questões éticas	45
5. RESULTADOS	46

5.1 Caracterização da amostra em relação às variáveis clínicas, antropométricas e sociodemográficas	46
5.2 Padrão do consumo do álcool, qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar.....	48
5.3 Consumo de bebidas alcoólicas associado às demais variáveis	49
5.4 Consumo de álcool e qualidade da alimentação	51
5.5 Consumo de bebidas alcoólicas, qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar	53
5.6 Correlação entre as variáveis do estudo	55
6. DISCUSSÃO	56
7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICÊS.....	94
ANEXOS	98

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos alimentares: bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar

Os transtornos alimentares (TA) são doenças que se caracterizam por alterações no comportamento alimentar e na insatisfação quanto à imagem corporal. Apresentam maior prevalência em mulheres, principalmente pela preocupação excessiva com o peso. Sua etiologia é multifatorial incluindo predisposição genética, sociocultural, vulnerabilidade biológica e psicológica. Esses quadros podem ocasionar limitações físicas, problemas emocionais e prejudicar as relações sociais afetando sobremaneira, a qualidade de vida das pessoas (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; CARDOSO; ZUBEN; SANTOS, 2018).

De acordo com a Quinta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), existem atualmente o reconhecimento e a classificação de seis principais TA: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar (TCA). Neste estudo, serão abordados especificamente, a BN e o TCA por apresentarem sintomas de compulsão alimentar. O fenômeno da compulsão alimentar é definida pela ingestão em um curto período de tempo (com duração de minutos a duas horas) de grandes quantidades de alimentos, maior do que a maioria das pessoas consumiriam sob tempo e circunstâncias semelhantes. Durante um episódio, ocorre sensação de perda de controle sobre a alimentação, como o sentimento de não conseguir parar de comer ou controle da quantidade consumida (APA,2013).

Para o diagnóstico de BN é necessário atender os seguintes critérios:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos da BN de acordo com o DSM-V (APA, 2013)

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar.
B. Com presença de comportamentos compensatórios inapropriados com objetivo de impedir o ganho de peso, como a indução de vômitos; o uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos com fins de emagrecimento; jejum e/ou exercícios físicos de forma excessiva.
C. A compulsão alimentar e os métodos compensatórios ocorrem, em média, uma vez por semana por um período de três meses.
D. Com marcante autoavaliação quanto à forma e o peso corporal.
E. Com perturbação intensa relacionada ao medo de ganhar peso, à vontade de emagrecer e à insatisfação com o corpo.

Fonte: APA, 2014.

Para atender os critérios diagnósticos do TCA é preciso apresentar os seguintes aspectos:

Quadro 2 - Critérios diagnósticos do TCA de acordo com o DSM-V

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar.
B. Associados a três ou mais aspectos: 1) comer mais rápido que o normal; 2) até sentir-se desconfortavelmente cheio; 3) comer grandes quantidades de alimentos, mesmo sem fome física; 4) comer sozinho(a) por vergonha da quantidade ingerida; 5) sentir-se culpado e deprimido.
C. Sofrimento acentuado em relação à compulsão alimentar.
D. Os episódios acontecem, em média, uma vez por semana durante três meses.
E. Não acompanhada de métodos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso, como: laxantes, diuréticos, atividades físicas em excesso, entre outros.

Fonte: APA, 2014.

A compulsão alimentar, presente na BN, pode ser iniciada a partir de estratégias para a perda de peso, como diminuição da ingestão de alimentos considerados hipercalóricos e pouco recomendados para esse fim, além de sensação de insatisfação corporal. A ocorrência do ciclo compulsão alimentar/culpa/comportamento compensatório pode tornar-se crônico e intermitente com períodos de remissão. Embora a ausência de comportamentos compensatórios seja evidente no TCA, a prática constante de dietas restritivas no desenvolvimento da compulsão alimentar nessas pessoas é frequente (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; SOIHET; SILVA, 2019).

A BN acomete mais jovens no final da adolescência e adultos jovens do sexo feminino e sua prevalência é de 1 a 1,5% entre mulheres. Já o TCA ocorre em adultos, sendo 1,6% em mulheres e 0,8% em homens, independente da etnia. As pessoas com BN geralmente apresentam peso normal ou sobrepeso, enquanto que no TCA, elas têm sobrepeso e obesidade e quase sempre, estão em busca de tratamento para emagrecer. Embora a obesidade não seja um critério diagnóstico para o TCA, este TA está associado à gravidade da obesidade (UDO; GRILO, 2018, 2019; HAY; GIROSI; MOND, 2015).

A BN e o TCA evoluem de uma forma complexa ao longo da vida e apresentam fatores etiológicos de natureza genética/biológica, psicológica e socioambiental (BAKALAR et al., 2015). A herança genética é sugerida como fator de risco para compulsão alimentar, independente do excesso do peso (MAYHEW et al., 2018; MUNN-CHERNOFF; BAKER, 2016). Sintomas de hiperatividade/desatenção e falta de controle na infância contribuem para o risco de compulsão alimentar em adolescentes (HILBERT; BRAUHARDT, 2014; SONNEVILLE et al., 2015). As adversidades durante a infância, como os maus-tratos, também estão associadas ao aumento de chances de compulsão alimentar (AFIFI et al., 2017; LARSEN et al., 2017). Além disso, o comer em excesso, a insatisfação corporal, a busca por um corpo magro como ideal de beleza atualmente imposto pela sociedade e os comportamentos compensatórios de controle de peso são considerados fatores de risco para estes TA (STICE et al., 2017). Na BN, observa-se maior preocupação com a imagem corporal quando

comparada ao TCA, o que gera avaliação constante e percepção distorcida do tamanho e formas corporais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; HILBERT et al., 2019; LEWER et al., 2017).

Em relação aos fatores psicológicos, esses quadros estão associados à depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, distúrbios de personalidade, consumo de substâncias psicoativas, sobretudo do álcool (COOPER et al., 2019; OLGUIN et al., 2016; UDO; GRILO, 2019). Especificamente, a busca para regular emoções negativas e a tendência ao agir de forma impulsiva são comportamentos que influenciam a ocorrência de compulsão alimentar e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (GRUCZA; PRZYBECK; CLONINGER, 2007; MUSTELIN et al., 2016; STOJEK et al., 2014).

1.2 Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil e no mundo

O consumo de bebidas alcoólicas é praticado pelas pessoas em várias sociedades do mundo há séculos e se mantém na atualidade frequentemente presente nos momentos de relacionamentos sociais como festividades e comemorações, para trazer sensações de prazer ou alívio de alguma dor, angústia, sofrimento (LIMA et al., 2018). Todavia, esse hábito está associado ao aumento de riscos para o surgimento e o agravamento de doenças não-transmissíveis, como câncer, doenças cardiovasculares, transtornos mentais e cirrose hepática, além de ferimentos e óbitos relacionados aos acidentes de trânsito e à violência (REHM et al., 2017).

Em 2016, estimou-se que cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) ocorreram no mundo devido ao consumo de bebidas alcoólicas a cada ano (WHO, 2019a). Dentre estes, as mulheres tiveram 0,7 milhões de mortes ocasionadas pelo consumo de bebidas alcoólicas. Dos 16 países incluídos em um estudo de óbitos diretamente atribuíveis ao consumo de álcool, o Brasil teve alta taxa de 12,2 de mortalidade, semelhante a outros países da América Latina (GAWRYSZEWSKI, MONTEIRO, 2014).

A maioria das mulheres não consome bebidas alcoólicas, fato evidenciado em uma pesquisa no Brasil (LARANJEIRA et al., 2014) que apresentou prevalência de abstinência de 62%, contraponto dados da Organização Mundial de Saúde (2018) que constatou taxa de 54,6% delas que consumiam essas bebidas. Em relação aos homens, a frequência e quantidade são menores (WHO, 2019a), entretanto, foi evidenciado crescimento do consumo de bebidas alcoólicas no sexo feminino no Brasil, de 11% para 13,3%, nos anos de 2018 e 2019 (BRASIL, 2019). Verificou-se também, aumento do consumo excessivo entre as mulheres no Brasil, de 34% para 48%, no período entre 2006 a 2012, tendo como referência a quantidade de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião (LARANJEIRA et al., 2014). Esses dados destacam o aumento do consumo problemático de bebidas alcoólicas entre mulheres no país.

Compreende-se consumo problemático de bebidas alcoólicas como um padrão de consumo caracterizado por aqueles que fazem aumento do consumo diário e semanal e repetidos episódios de beber excessivo que podem ocasionar consequências prejudiciais físicas, psicológicas e sociais. Refere-se também as pessoas que estão enfrentando problemas em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, levando a perda de controle, a prioridade do consumo do álcool em detrimento de outras atividades diárias, a presença de sintomas de tolerância e crises de abstinência e a preocupação de outras pessoas com seu consumo (WHO, 2014).

O consumo de bebidas alcoólicas e os problemas relacionados a esse comportamento são mais constantes em homens do que mulheres como o transtorno por consumo dessa substância, risco de câncer e complicações de doenças neuropsiquiátricas e gastrointestinais (MACHADO et al., 2017; WHO, 2014). No entanto, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade quanto ao esse consumo porque são menos tolerantes ao álcool. No organismo feminino, o álcool atinge concentrações sanguíneas mais altas com as mesmas doses devido à menor quantidade de água corporal, maior quantidade de gordura e menor quantidade de enzimas desidrogenases responsáveis pela metabolização do álcool (MILIC et al., 2018).

O consumo de bebidas alcoólicas depende da frequência e da quantidade ingerida e apresenta associação com comportamentos alimentares (SCOTT et al., 2020), especialmente com sintomas de compulsão alimentar entre mulheres (MUNN-CHERNOFF et al., 2020). Isto implica na investigação clínica dessas comorbidades pelos profissionais de saúde e implementação de políticas públicas, baseadas em evidências, sob enfoque de gênero (MACINKO et al., 2015; WHO, 2019a).

1.3 Compulsão alimentar e álcool

De forma bastante frequente, o TCA e a BN apresentam ocorrência simultânea com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como o álcool, em virtude da sobreposição de sintomas de impulsividade e comprometimento do autocontrole (ORTEGA; BOJORCUEZ; UNIKEL, 2012). Esse fato estimulou a realização de estudos para explicar a relação causa-efeito entre os transtornos incluindo como variáveis o ambiente, o biológico, a personalidade e outros aspectos voltados ao comportamento (GREGOROWSKI; SEEDAT; JORDAAN, 2013).

Mikheeva e Tragesser (2016) relatam que a compulsão alimentar combinada com o consumo excessivo de álcool é mais provável de ocorrer em situações que envolvem angústias, desconforto físico, impulsividade, tentações e controle. Rush e colaboradores (2015) ressaltam que a intensidade do consumo de álcool e as consequências negativas associadas ao uso de álcool foram correlacionadas com a gravidade dos comportamentos dos TA. Mann e colaboradores (2014) observaram que o uso de substâncias psicoativas estava relacionado com o aumento de comportamentos de risco como tentativa de suicídio, delinquência e comportamentos sexuais de risco entre adolescentes com BN.

Dentre os poucos estudos publicados no Brasil sobre a ocorrência simultânea dos TA com o uso de substâncias psicoativas, destaca-se o realizado no estado de Minas Gerais com 780 pacientes de um serviço especializado na área de álcool e outras drogas. Os resultados mostraram que houve maior proporção no

sexo feminino (59%), na faixa etária de 10 a 20 anos (49,9%) sendo que a droga mais utilizada foi o álcool (42,8%). Esses dados apresentam semelhanças com estudos internacionais discutidos anteriormente (MUNN-CHERNOFF et al., 2020; SOLMI et al., 2016). Entretanto, em relação ao diagnóstico do TA, surpreendentemente se evidenciou maior prevalência da anorexia nervosa (47,6%) em detrimento da BN (21,8%) (FREITAS et al., 2015).

Outro estudo nacional realizado com 80 mulheres usuárias de álcool e outras drogas, que procuraram tratamento em um serviço especializado identificou que 27 delas (33,75%) tinham TA comparadas com 53 mulheres (66,25%) que não tinham essa comorbidade. Os resultados mostraram que o grupo com TA teve problemas com drogas de maneira mais precoce no uso do que o outro grupo, sendo o álcool a droga mais prevalente, com cerca de 70% das mulheres (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006).

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), ao analisar a compulsão alimentar e consumo de bebidas alcoólicas de 15.074 participantes observou que 980 (6,5%) deles apresentaram episódios de compulsão alimentar duas a três vezes por semana e destes, 66,6% eram mulheres e 68,2% tinham entre 34 e 54 anos. Ainda, os que apresentavam compulsão alimentar (45,9%) eram mais propensos a terem obesidade (64,6%), serem sedentários e apresentarem padrões de ingestão elevada de álcool em curtos períodos de tempo (8,9%) (SILVA et al., 2016).

A associação entre compulsão alimentar, BN e consumo de álcool também foi relatada na literatura (CALERO et al., 2009; GADALLA e PIRAN, 2007; MANN et al., 2014). Em uma meta-análise, Gadalla e Piran (2007) selecionaram 41 estudos publicados entre 1985 e 2006 sobre a ocorrência de TA e transtornos relacionados ao uso de álcool em mulheres. Desses, 37 trabalhos apresentaram associação significativa com BN, transtorno compulsivo, episódios de purgação e TA não especificados, sendo documentados entre adultos e adolescentes. Este resultado é similar com outro estudo que observou o maior risco de uso de álcool em pessoas com BN, seguido por aqueles com TCA, enquanto que o risco foi baixo para pessoas com anorexia nervosa (CALERO et al., 2009). Em outro estudo com

290 adolescentes, foram relatadas forte associação entre diagnóstico de BN e uso regular de álcool (MANN et al., 2014).

Tanto os episódios de compulsão alimentar quanto o consumo de bebidas alcoólicas podem alterar a ingestão alimentar. É frequente a ocorrência da substituição da compulsão alimentar pelo uso de álcool ou do uso do álcool pelo comer de forma compulsiva (CORDÁS; KACHANI, 2010).

1.4 Qualidade da alimentação e álcool

A alimentação faz parte da origem histórica da humanidade e é uma necessidade biológica, além de representar diversos significados sociais, culturais, econômicos, políticos, religiosos, éticos e estéticos (CARNEIRO, 2005; CORDÁS; KACHANI, 2010). Entende-se por alimentação desde a produção, distribuição ao preparo e consumo dos alimentos. Portanto, o que se come é tão valioso quanto, quando, onde, como e com quem se come (CARNEIRO, 2017).

A ingestão nutricional e a escolha dos alimentos auxiliam na manutenção da saúde, impactam no risco de doenças futuras e desempenham papel na prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Entretanto, na população em geral, cresce o consumo de alimentos ultraprocessados, com grandes quantidades de gorduras, açúcares e sal e ainda é verificado baixo consumo de frutas, vegetais e grãos integrais ricos em fibras (WHO, 2019b).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), reconhecido mundialmente pela qualidade e abrangência das suas informações, apresenta os 10 passos para uma alimentação saudável, a saber: 1) recomenda o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados como base da alimentação; 2) utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; 3) limitar o consumo de alimentos processados; 4) evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; 5) comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6) fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7) desenvolver, exercitar e partilhar

habilidades culinárias; 8) planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece; 9) dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10) ser crítico quanto às informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Uma outra forma de verificar a qualidade da alimentação pode ser obtida pelo Índice de Qualidade da Dieta Revisado para a População Brasileira (IQD-R), que permite avaliar se as recomendações nutricionais relacionadas especificamente aos grupos alimentares, nutrientes e componentes culinários são atendidas (Previdelli et al., 2011). A aplicabilidade desse instrumento ainda é recente no Brasil e um estudo analisou a aplicação do IQD-R em 14.849 adultos brasileiros. Eles concluíram que as mulheres, pessoas com mais de 65 anos e com baixa escolaridade apresentaram escores médios mais altos indicando melhor qualidade da alimentação (Pires et al., 2020).

Corroborando esses achados, pesquisa sobre a situação alimentar e nutricional no Brasil utilizando marcadores de consumo alimentar em 787.567 indivíduos adultos demonstrou que as mulheres apresentaram maior consumo de frutas, mas menor consumo de feijão, verduras e legumes, hambúrgueres e embutidos, bebidas adoçadas. Já o consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote, biscoitos salgados, biscoitos recheados, doces e guloseimas foi semelhante entre os sexos (BRASIL, 2019).

Padrões alimentares pouco saudáveis caracterizados por menor densidade e qualidade nutricional têm sido associados com maior ingestão de bebidas alcoólicas (SENGER et al., 2011). O consumo problemático causa sobrecarga hepática que pode prejudicar a ingestão e a absorção dos nutrientes essenciais para o organismo humano, como as vitaminas A, C, do complexo B, D, K e os minerais como magnésio, cálcio, zinco e ferro (KWOK et al., 2019). As evidências sugerem também, que esse consumo pode contribuir para o aumento da ingestão energética diária e está associada ao aumento de peso e a obesidade entre jovens adultos (FAZZINO et al., 2017; TRAVERSY; CHAPUT, 2015; WHITE et al., 2019).

2. REVISÃO DA LITERATURA

A compulsão alimentar presente na BN e o TCA está associada a vários problemas de saúde como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, distúrbios de personalidade, abuso de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool (COOPER; CALUGI; DALLE GRAVE, 2019; OLGUIN et al., 2016; UDO; GRILO, 2019). Especificamente, a busca para regular emoções negativas e a tendência ao agir de forma impulsiva são comportamentos que influenciam a ocorrência de compulsão alimentar e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (GRUCZA; PRZYBECK; CLONINGER, 2007; MUSTELIN et al., 2016; STOJEK et al., 2014).

Estudos demonstram lacunas sobre a relação entre os padrões de consumo de álcool e os TA, bem como pouca compreensão sobre as possíveis causas e consequências dos TA e o uso de álcool (MUSTELIN et al., 2016; UDO; GRILO, 2019).

Diante desse cenário, foi realizada revisão integrativa da literatura, publicada recentemente (AZEVEDO et al., 2020), com o objetivo de identificar a relação entre a compulsão alimentar e o consumo de álcool. Utilizou-se as bases de dados Pubmed, Cinahl, Psynet, Lilacs, Embase e Web of Science e considerados os artigos completos publicados entre os anos de 2015 a 2019. Como resultados, foram encontrados 964 artigos que, após realizada a leitura dos títulos e resumos, excluiu-se 776 estudos. No segundo momento, dos 188 artigos que restaram, 134 foram excluídos por serem duplicados. Em seguida, realizou-se a leitura na íntegra de 54 artigos sendo que 18 trabalhos foram excluídos por abordarem apenas o uso de álcool ou a compulsão alimentar, bem como o uso de drogas sem especificar álcool e TA que não fosse BN e/ou TCA, compondo a amostra final por 36 artigos, 35 em inglês e um em português. Esses estudos foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: Perfil e caracterização da amostra, Fatores genéticos e ambientais e Emoções e comportamento.

Na categoria 1 “Perfil e caracterização da amostra” foram incluídos os artigos que objetivam descrever características da BN e TCA relacionados ao uso de álcool perfazem um total de 15 artigos. São enfatizados estudos de prevalência e

incidência dos TA e uso de álcool, principalmente associadas às condições sociodemográficas (sexo, idade, etnia, estado civil) e aspectos clínicos (práticas de compulsão alimentar, realização de dietas, métodos compensatórios, preocupação com peso e imagem corporal).

Na categoria 2 “Fatores genéticos e ambientais” foram considerados os fatores genéticos e ambientais influenciam o aparecimento da BN e TCA e do uso de álcool e foram evidenciados em sete estudos. Os fatores genéticos compreendem os tipos de gemelalidade e raças enquanto que os fatores ambientais são determinados pelas vivências durante a infância, experiências traumáticas e estressoras, abuso sexual e físico, violência, fenótipo de um corpo ideal, estigma do peso, minorias sociais e cultura.

Na categoria 3 “Fatores genéticos e ambientais” os estudos discutiram a compreensão da compulsão alimentar e uso de álcool do ponto de vista emocional e comportamental é abordada em 14 estudos evidenciando a desregulação emocional, perfeccionismo, impulsividade, ansiedade, depressão, afetos negativos e risco de suicídio.

2.1. Categoria 1 - Perfil e caracterização da amostra

O fato do sexo feminino apresentar maior incidência de TA quando comparado ao masculino (UDO; GRILO, 2018), alguns pesquisadores verificaram a ocorrência desses quadros apenas em mulheres (ŁOWIŃSKA; ZIÓŁKOWSKA, 2017; MARTIN et al., 2015; MUSTELIN et al., 2016). Aqueles que investigaram em ambos os sexos, reafirmaram a predominância em mulheres (FREITAS et al., 2015; FOULADI et al., 2015; SILVA et al., 2016). Um estudo na Rússia observou que a prevalência de TCA e BN foi similar entre os sexos (STICKLEY et al., 2015). E uma proporção relativamente maior entre os homens com TCA (FREITAS et al., 2018; MITCHELL et al., 2015). Esses dados demonstram que existe carência de estudos em homens, pois apesar da baixa prevalência neste sexo, maior conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos pode ser útil para traçar estratégias de prevenção e tratamento.

No que se refere à idade, foi evidenciado maior frequência dos TA e consumo de bebida alcoólicas em adultos jovens com idade até 38 anos (FREITAS et al., 2015; FOULADI et al., 2015; MARTIN et al., 2015). Apenas um estudo revelou que a probabilidade de episódios de compulsão alimentar estava presente em indivíduos mais velhos, na faixa dos 34 a 54 anos (SILVA et al., 2016). Foi observado idade média de 27 anos para a BN e 30,9 anos para o TCA (FOULADI et al., 2015). Um estudo com mulheres com TA identificou que mais de 80% delas experimentou álcool aos 16 anos e com ingestão excessiva até provocar a desmaio e 13,8% ao longo da vida (MUSTELIN et al., 2016).

Em relação à etnia, foi observado predominância de TA em mulheres brancas que consomem bebidas alcoólicas (FOULADI et al., 2015; MARTIN et al., 2015). Divergem desses achados, um estudo no Brasil que encontrou maior prevalência na cor parda/negra (FREITAS et al., 2015). Esses dados podem ser justificados pela miscigenação no país.

Quanto ao estado civil, um estudo com 2458 indivíduos de ambos os sexos demonstrou que aqueles com TCA eram mais propensos a ficar solteiros ou se casar e divorciar em seguida. Além disso, apresentaram duas vezes mais chances de relatar sintomas de transtorno por uso de álcool (MITCHELL et al., 2015). Corroborando esses achados, um estudo com mulheres que fazem abuso de substâncias psicoativas evidenciou que a maioria delas era divorciada ou solteira (KILLEEN et al., 2015).

O levantamento do atual estudo indicou que há ocorrência simultânea entre consumo de álcool e TA, em maior proporção na presença de episódios de compulsão alimentar como na BN (CHAPA; BOHRER; FORBUSH, 2018; FOULADI et al., 2015; MARTIN et al., 2015; ROLLAND et al., 2017), no TCA (CHAPA; BOHRER; FORBUSH, 2018; FOULADI et al., 2015; ROLLAND et al., 2017) e na anorexia nervosa do tipo compulsivo/purgativo (FOULADI et al., 2015). Entretanto, usuários de álcool e outras drogas de um Centro de Atenção Psicossocial apresentaram mais sintomas de anorexia nervosa em detrimento daqueles típicos de BN (FREITAS et al., 2015). Esse achado foi corroborado em outra pesquisa com 153 universitárias identificando que as que apresentavam sintomas de anorexia

nervosa e BN consumiam mais bebidas alcoólicas, sendo que esse consumo não foi constatado nos prováveis casos de TCA (MARTIN et al., 2015).

Nos Estados Unidos, um estudo com 122 mulheres em tratamento de uso de substâncias psicoativas, revelou que 21% delas apresentavam TA, e destas, 20% relataram um ou mais episódios de compulsão alimentar nos últimos 28 dias (KILLEEN et al., 2015). Outro estudo identificou a associação entre o uso do álcool e o TCA, apresentando 65% a mais de chance de desenvolver o TCA nos que fazem uso de álcool (MITCHELL et al., 2015).

O Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) entrevistou 15.074 pessoas e observou que 6,5% delas relataram dois ou mais episódios de compulsão alimentar por semana e eram mais propensas a ter padrão de ingestão de álcool elevada em curtos períodos de tempo, uma ou duas vezes por semana (8,9%) (SILVA et al., 2016).

Um estudo avaliou a prevalência do uso de álcool e o TCA após a cirurgia by-pass gástrico em Y de Roux em 46 pacientes (33 mulheres e 13 homens) identificando que a ocorrência de uso de álcool é frequente ao longo da vida dessas pessoas e que a associação de TCA e uso de álcool não é incomum, apesar de não ter sido encontrada significância estatística (FREIRE et al., 2019).

O tipo de substância psicoativa mais consumida por pacientes com TA foi o álcool (FOULADI et al., 2015; FREITAS et al., 2015; SLANE et al., 2016). Todavia, nos resultados de Killeen e colaboradores (2015) identificou-se a cocaína como a droga mais consumida, seguida do álcool. A purgação também foi associada ao uso de tabagismo, consumo excessivo de álcool, maconha e outras drogas no Reino Unido, Estados Unidos e na Finlândia (SOLMI et al., 2015).

Outros fatores relevantes foram o sedentarismo e a obesidade. Pessoas com episódios recorrentes de compulsão alimentar são mais propensas a serem sedentárias (64,6%) e apresentarem obesidade (45,9%) (SILVA et al., 2016). Contrariamente, um estudo com mulheres que estavam em tratamento de abuso de substâncias psicoativas evidenciou que 18,7% delas realizavam exercício físico excessivo como forma de controlar o peso (KILLEEN et al., 2015). A prática de exercícios físicos em excesso (CASTAÑEDA et al., 2019; MARTIN et al., 2015)

dietas restritivas (CASTAÑEDA et al., 2019; MARTIN et al., 2015), jejum e purgação estavam mais sujeitas ao uso problemático do álcool (MARTIN et al., 2015).

Outro aspecto encontrado nessa categoria, diz respeito à imagem corporal. Mulheres usuárias de bebidas alcoólicas apresentaram insatisfação com o peso (36%) e o corpo (34%) atrelado ao sentimento de culpa ao comer (45,5%), medo de perder o controle sobre a alimentação (30%) e um forte desejo de perder peso (50%) (CRANFORD et al., 2010). Entre mulheres o uso excessivo de álcool foi associado com a insatisfação com o peso e ao comer compulsivo e nos homens ao excesso de peso, vômitos e uso de laxantes (STICKLEY et al., 2015).

2.2. Categoria 2 – Fatores genéticos e ambientais

A influência genética no desenvolvimento dos sintomas bulímicos e do consumo de álcool está clara e reconhecida na literatura (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014; BAKER et al., 2017; HILBERT et al., 2019). Os genes podem predeterminar a uma pessoa características que direta ou indiretamente, pressupõem a comportamentos de risco como alimentação desordenada e consumo de álcool, e acredita-se que ambos os quadros apresentam vias neurais em comum (BAKER et al., 2017).

Um estudo realizado nos EUA com adolescentes entre 16 e 17 anos, de ambos os sexos, identificou correlações fenotípicas e genéticas entre envolvimento do uso do álcool, desejo de um corpo magro e insatisfação corporal, sendo significativamente maior no sexo feminino. Observou-se também que essas correlações ambientais e fenotípicas não são exclusivas entre uso de álcool, compulsão alimentar e/ou com os comportamentos compensatórios (BAKER et al., 2018).

Estudo divergente identificou que a associação entre uso de álcool e sintomas bulímicos foi quase duas vezes maior em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos. Além disso demonstrou associação significativa de uso do álcool e sintomas bulímicos no sexo masculino (BAKER et al., 2017). Esses achados

sugerem que os fatores genéticos exercem forte influência na compulsão alimentar e no consumo de álcool (BAKER et al., 2017; BAKER et al., 2018).

Um estudo com 3540 gêmeos avaliou o uso de nicotina, álcool e cannabis e evidenciou que aqueles que ingeriram bebidas alcoólicas precocemente (antes dos 15 anos de idade) apresentaram maior probabilidade de compulsão alimentar e métodos compensatórios quando comparados aqueles que tiveram essa experiência mais tardiamente (MUNN-CHERNOFF et al., 2015).

A fim de identificar a etnia como fator genético, um estudo comparou gêmeos afrodescendentes com americanos, onde observou-se que esse último grupo apresentou maior predisposição à compulsão alimentar e consumo de álcool quando comparado com os afrodescendentes, embora sem diferença estatisticamente significativa (MUNN-CHERNOFF et al., 2015).

Em relação aos fatores ambientais, é conhecido que as vivências parentais estão significativamente associadas ao desenvolvimento de um TA e propensão ao consumo de substâncias psicoativas nos filhos (BAKER et al., 2018). A literatura confirma esse achado demonstrando que depressão e o uso de substâncias psicoativas parentais aumentam o risco de envolvimento dos filhos com o consumo de bebidas alcoólicas, dificuldades alimentares ou ambos (SLANE et al., 2016; STICKLEY et al., 2015).

Outro fator ambiental é a história de traumas, especificamente em decorrência de casos de violência e estresse pós-traumático (BREWERTON et al., 2015). Um estudo realizado com 429 mulheres auto referenciadas minorias sexuais (lésbicas e bissexuais) avaliou a compulsão alimentar e uso de álcool como potenciais agravantes dos sintomas de estresse pós traumático, sendo que apenas a compulsão alimentar apresentou associação significativa (CRONCE et al., 2017). Ainda de forma inesperada, houve ausência da relação entre evento estressor e o uso do álcool, já que outra pesquisa com minorias sexuais identificou essa. Em geral, pessoas desses grupos que fazem uso de álcool e compulsão alimentar relatam mais discriminação, situações estressoras, menos afetos positivos e menor apoio social (MASON; LEWIS, 2019).

2.3. Categoria 3 – Emoções e impulsividade

Sabe-se que a compulsão alimentar e o consumo de álcool são comportamentos que se vinculam a desregulação emocional (PISETSKY et al., 2016) à impulsividade (SYSKO et al., 2017) ou a ambas (MIKHEEVA; TRAGESSER, 2016; STOJEK et al., 2014). Essa comorbidade pode estar associada à ideação e tentativas de suicídio, ansiedade e distúrbios do humor (BECKER; GRILO, 2015; VAZ-LEAL et al., 2015).

Pisetsky e colaboradores (2016) avaliaram as emoções positivas e negativas em 133 mulheres com BN antes e após ficarem alcoolizadas e 33,8% delas autorrelataram, pelo menos, um episódio de intoxicação por álcool durante o período de estudo. Os resultados indicaram que antes de consumir bebida alcoólica a tristeza estava estável, e poucas horas após, houve aumento desse sentimento sugerindo que o álcool não serviu como um mecanismo de regulação emocional. Pesquisadores também observaram que o consumo de álcool e/ou compulsão alimentar seria uma estratégia de regulação emocional para lidar com o sofrimento, além do agir de forma impulsiva para evitar ou distrair essas emoções negativas (MIKHEEVA; TRAGESSER, 2016; WAKEFORD; KANNIS-DYMAND; STATHAM, 2018).

Estudo realizado na Espanha com 70 mulheres em tratamento para BN apresentou associação com o abuso de álcool quando comparados com uma amostra não clínica de 70 controles, bem como confirmou associações a sintomas de depressão, impulsividade, traços de personalidade borderline severos e comportamentos autodestrutivos para abuso de álcool em pacientes com BN. Esses achados sugerem que sintomas depressivos e aumento de níveis de cortisol poderiam estar por trás dessas relações (VAZ-LEAL et al., 2015).

As emoções negativas e a tendência ao agir de forma impulsiva são comportamentos comum relacionados à compulsão alimentar e ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas. De fato, indivíduos que consomem bebidas alcoólicas são mais propensos a agir de forma precipitada, como comer compulsivamente quando sentiram emoções negativas (FAZZINO et al., 2018; KIM

et al., 2018). O estudo examinou o uso de álcool e compulsão alimentar entre adolescentes de ambos os sexos revelando que a desregulação da emoção foi um preditor para uso excessivo de álcool apenas no sexo masculino, principalmente pela dificuldade em controlar os impulsos ou em resposta as emoções negativas. Portanto, os homens são mais propensos que as mulheres a usar estratégias de regulação emocional nas tentativas de controlar a impulsividade ou mudar uma situação que se acredita conduzir suas emoções (POMPILI; LAGHI, 2018). Todavia, outro estudo observou que não houve impulsividade em pacientes com BN com e sem consumo de bebidas alcoólicas não identificando diferenças entre os grupos ao avaliar a ingestão das refeições e em outras avaliações de impulsividade (SYSKO et al., 2017).

Os sintomas da BN foram significativamente associados à rejeição do tratamento entre homens adultos jovens em tratamento para uso de substâncias psicoativas após o controle de problemas com álcool. Uma possível razão para a associação entre sintomas da BN e rejeição ao tratamento é que pessoas com BN e que fazem uso de álcool e outras drogas apresentam altos níveis de impulsividade e mais dificuldades com a tolerância, a angústia e a regulação emocional (ELMQUIST et al., 2016).

Os resultados do presente estudo indicaram que existe relação entre compulsão alimentar e o uso do álcool apontando que não há influência de uma única variável. As investigações observaram que características sociodemográficas, nutricionais, genéticas, ambientais e emocionais das amostras analisadas mostraram ser relevantes nesse fenômeno. Ainda assim, poucas são as publicações sobre a temática abordada, o que demonstra a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas. Esses achados poderão subsidiar ações e estratégias terapêuticas para a identificação de casos, abordagens acolhedoras e tratamentos mais efetivos para atender as demandas de caráter biopsicossocial do indivíduo.

Dada a vulnerabilidade das mulheres, os TA parecem ser um determinante promissor para o consumo de bebidas alcoólicas (BARSOSA e BERGER, 2017). Apesar dos estudos mostrarem que existe associação entre compulsão alimentar e

o consumo de bebidas alcóolicas entre mulheres, não há evidências sobre sua relação com a qualidade da dieta. Tal problemática aponta para o seguinte questionamento: De que forma o consumo de bebidas alcóolicas entre mulheres com TCA ou a BN interfere na qualidade da alimentação?

Diante disso, tem-se como hipótese que as mulheres que tem diagnóstico de BN ou TCA associados ao consumo de bebidas alcoólicas apresentam baixa qualidade da alimentação quando comparadas a mulheres que apresentam compulsão alimentar e que não fazem o consumo de bebidas alcoólicas.

Acredita-se que a realização desse trabalho, inédito na literatura, proporcionará implicações teóricas e de promoção da saúde mental que poderão contribuir para o desenvolvimento de práticas mais efetivas na atenção às pessoas com essas comorbidades, identificando suas necessidades, para que assim possam ser definidas abordagens e tratamentos simultâneos, precoces e mais efetivos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o consumo de bebidas alcoólicas e a qualidade da alimentação em mulheres com compulsão alimentar.

3.2 Específicos

- Caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e antropométricas;
- Identificar o consumo de bebidas alcoólicas e a qualidade da alimentação;
- Comparar a qualidade da alimentação de acordo com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas;
- Verificar a associação entre a compulsão alimentar, o padrão do consumo de bebidas alcoólicas e a qualidade da dieta.

4. MATERIAIS E METODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal, comparativa com abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2008), uma pesquisa descritiva tem como objetivo essencial a descrição das características de determinada amostra populacional, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Estudos com delineamento transversal é uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, sendo que a coleta de dados acontece em um único momento, não existindo seguimento do participante (BASTOS e DUQUIA, 2007). O método comparativo é utilizado para comparações entre grupos de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos para ressaltar similaridades e diferenças entre eles e pode ser usado em todas as fases e níveis de investigação (GIL, 2008). Já abordagem quantitativa, segundo Mattar (2001), é um tipo de pesquisa que busca a validação das hipóteses de acordo com a estruturação e análise dos dados estatísticos, quantificando os dados e generalizando os resultados da amostra para os interessados. De acordo com Richardson (2015), esse tipo de método é muito utilizado nos estudos descritivos e há necessidade de um planejamento para identificar as variáveis específicas que possam ser importantes e explicar as complexas características de um problema.

4.2 Cenários da pesquisa

O estudo teve como cenários quatro serviços que prestam assistência a pacientes com transtornos alimentares no estado de São Paulo, como: o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Hospital das

Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e o Programa de Atendimento a Familiares e Pacientes Portadores de Transtornos Alimentares da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Estes cenários foram escolhidos por prestarem serviços públicos constituídos por uma equipe multidisciplinar para tratamento as pessoas com transtornos alimentares.

4.3 Participantes

Mulheres com diagnóstico de BN ou TCA em tratamento em serviços especializados em TA.

Critérios de inclusão:

Idade entre 18 e 59 anos, independente do estado nutricional, escolaridade e tempo de tratamento nos serviços. A amostra foi por conveniência, ou seja, os pacientes que atenderam os critérios de inclusão (FARROKHI, 2012).

Critérios de exclusão:

Gestantes, mulheres que apresentassem dificuldade na verbalização devida alguma deformação congênita e/ou desorientação causada pelo uso do álcool no dia da entrevista, e mulheres com necessidades especiais que dificultem a avaliação antropométrica.

4.4 Variáveis investigadas

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

4.4.1 Questionário de dados sociodemográficos e antropométricos

O questionário sociodemográfico (APÊNDICE 1) contém questões relativas à idade, sexo, estado civil e nível de escolaridade. Para os dados antropométricos como peso, altura (com balança e estadiômetro do serviço) e a circunferência da cintura (CC) foram realizadas as medidas de acordo com a normatização nacional vigente (BRASIL, 2011), são ferramentas de baixo custo e fácil aplicabilidade utilizada para identificar o estado nutricional em todas as fases da vida. Em adultos, o padrão de distribuição do tecido adiposo tem relação direta com o risco de morbimortalidade (BRASIL, 2011).

4.4.2 Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)

O AUDIT (ANEXO 1) é uma escala autoaplicável, composta por 10 questões que representam três domínios: consumo de álcool (itens de 1 a 3), comportamentos em consequência do uso de bebida alcoólica (itens de 4 a 6) e problemas relacionados ao álcool no ano passado (itens de 7 a 10). Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 1982, validado no Brasil, na versão em português, por Mendez (1999) e, posteriormente, adaptada por Lima e colaboradores, (2005).

4.4.3 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

A ECAP (ANEXO 2) é uma escala autoaplicável, utilizada para quantificar a intensidade da compulsão alimentar, desenvolvida por Gormally e colaboradores (1982) e traduzida e adaptada para o português por Freitas e colaboradores (2001). Este instrumento está dividido em três etapas: a primeira, apresenta características específicas da compulsão alimentar. A segunda, são afirmativas que refletem a gravidade de cada característica. E na terceira parte, foram utilizadas três variáveis para elaborar um critério externo de gravidade da compulsão alimentar, como: a

frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de compulsão alimentar.

4.4.4 Recordatório 24 horas (R24h)

O R24h (ANEXO 3) é o método mundialmente mais utilizado em diferentes grupos populacionais para avaliação da ingestão de alimentos e bebidas ingeridas no período anterior à entrevista, que podem ser as 24 horas precedentes ou, mais comumente, o dia anterior, sendo citados o modo de preparo, marcas de alimentos e condimentos e gorduras de adição utilizados. A informação obtida por esse método depende da habilidade que o indivíduo tem de recordar, seu consumo de alimentos nas últimas 24 horas, detalhadamente, especificando a quantidade de alimentos e bebidas consumidas, o horário e a forma de preparo, assim como da capacidade do entrevistador treinado estabelecer um canal de comunicação do qual se obtenha o conhecimento por meio do diálogo. Para auxiliar o entrevistado e o entrevistador quanto às quantidades/medidas caseiras, foi utilizado um álbum de fotografias de medidas caseiras (FISBERG et al., 2005).

4.5 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação ética do projeto, os coordenadores dos quatro serviços que prestam assistência a pacientes com transtornos alimentares no estado de São Paulo foram contatados por e-mail e convidados a colaborar com o estudo. Após o aceite, cada coordenador forneceu a lista de pacientes aptos a participarem da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão. Além disso, destinou um profissional de sua equipe para recepcionar a pesquisadora no serviço e agendar datas e turnos de horários para realização das entrevistas com as pacientes.

A coleta de dados foi realizada no período de 24 de maio a 06 de novembro de 2019. Aconteceram entre um a dois turnos de atendimentos, de dois a quatro dias em cada serviço, localizados em cidades do interior do estado de São Paulo (Ribeirão Preto, Marília e Campinas) e na capital São Paulo. Dessa forma, a

pesquisadora se deslocou para esses locais para realizar a coleta de dados presencialmente.

As entrevistas aconteceram nos dias de atendimentos dos serviços, em uma sala reservada, sem que interferisse nos atendimentos da equipe multiprofissional e teve duração aproximada de 40 minutos. Primeiramente, as mulheres foram convidadas a participar do estudo com a explicação do objetivo da pesquisa e procedimento de coleta de dados e ao aceitar, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2) antes do preenchimento dos questionários.

Após a aplicação dos questionários, as participantes foram divididas em quatro grupos de acordo com o padrão de consumo de bebidas alcóolicas, a seguir:

Figura 1: Fluxograma das etapas do estudo e da divisão dos grupos. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

4.6 Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados a partir da elaboração de um banco de dados em uma planilha do Excel 2016 para a codificação das variáveis. Utilizou-se a técnica de dupla digitação para minimizar erros no processamento dos dados.

Os dados sociodemográficos foram analisados de forma descritiva (idade, escolaridade, estado civil), assim como os dados de peso e altura que foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) pela seguinte fórmula: $IMC = peso\ (kg) / altura\ (m)^2$, cuja classificação seguiu os critérios da Organização Mundial da Saúde, assim como para a circunferência da cintura (OMS, 1995; 2000).

O consumo de bebidas alcoólicas foi calculado a partir da soma da pontuação obtida pelo AUDIT, com possível variação de 0 a 40 pontos (LIMA et al., 2005). Em seguida, foi classificado em zonas de pontuações que representavam níveis de consumo de álcool, conforme mostrado no quadro 3.

Quadro 3 – Zonas de risco do consumo de bebidas alcoólicas de acordo com a pontuação do AUDIT.

Zonas de risco	Pontuação
Abstinência/uso de baixo risco	0 - 7
Uso de risco	8 - 15
Uso nocivo	Consumo problemático de bebidas alcoólicas 16 - 19
Possível dependência	20 - 40

Fonte: Adaptado de Babor e colaboradores (2001)

Essa variável também foi analisada de forma dicotômica, levando em consideração o ponto de corte ≥ 8 do AUDIT para consumo problemático de bebidas alcoólicas (BABOR et al., 2001; LIMA et al., 2005).

Em relação à compulsão alimentar, foi obtida a soma da pontuação do teste (ECAP) e classificada de acordo com o quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Classificação da compulsão alimentar de acordo com a pontuação do ECAP.

Categorias	Pontuação
Sem compulsão alimentar	≤17 pontos
Compulsão alimentar moderada	18 a 26 pontos
Compulsão alimentar grave	≥27 pontos

Fonte: Freitas e colaboradores (2001)

Para análise do IQD-R, primeiramente calculou-se o R24h, sendo que as medidas caseiras foram transformadas em unidades de medidas e o valor nutritivo calculado com o auxílio do Software DietWin®, versão Profissional, 2011. Este programa contém as informações da Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos (NEPA, 2004) e de outras tabelas nutricionais. Por meio dele, foi possível obter os valores nutricionais, os macro e macro e micronutrientes e também a quantidade de calorias consumidas do R24h para a realização do cálculo do IQD-R. Após esse procedimento, foram analisados e pontuados de zero a dez, sendo atribuída à pontuação máxima de cinco ou 10 pontos e a pontuação mínima de zero pontos indicando a ausência de consumo. A pontuação dos componentes é feita da seguinte forma: os itens de 1 a 10: quanto maior o consumo, maior o escore; já os itens 10, 11 e 12: quanto menor o consumo, maior o escore (Quadro 5).

Quadro 5 - Critérios de pontuação dos componentes do IQD-R.

Componentes do IQD-R	Variação da pontuação máxima e mínima	Pontuação mínima	Pontuação máxima
1. Cereal total	0 – 5	Não consumo	2,0 porções/1.000 kcal
2. Cereal integral	0 – 5	Não consumo	1,0 porção/1.000 kcal
3. Vegetais total	0 – 5	Não consumo	1,0 porção/1.000 kcal
4. Veveal	0 – 5	Não consumo	0,5 porção/1.000 kcal
5. Fruta total	0 – 5	Não consumo	1,0 porção/1.000 kcal
6. Fruta inteira	0 – 5	Não consumo	0,5 porção/1.000 kcal
7. Leite e derivados	0 – 10	Não consumo	1,5 porção/1.000 kcal
8. CarneOvoLeg	0 – 10	Não consumo	1,0 porção/1.000 kcal
9. Óleo	0 – 10	Não consumo	0,5 porção/1.000 kcal
10. Sódio	0 – 10	$\geq 2,0\text{g}/1.000\text{kcal}$	$\leq 0,75\text{g}/1.000\text{kcal}$
11. Gordura saturada	0 – 10	$\geq 15\%$ do VET	$\leq 7\%$ do VET
12. GordAA	0 – 20	$\geq 35\%$ do VET	$\leq 10\%$ do VET
13. IQD_Rtotal	0 – 100		

Veveal: vegetais verdes-escuros e alaranjados; CarneOvoLeg: carnes, ovos e leguminosas; VET: valor energético total. Gord_AA: calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição; IQD-Rtotal: escore total do Índice da Qualidade da Dieta Revisado. Cereal total: grupo dos cereais, raízes e tubérculos; Vegetais total e Veveal: inclui leguminosas apenas após a pontuação máxima de carnes, ovos e legumes for atingida; Fruta total: inclui frutas e sucos de frutas naturais; Fruta inteira: exclui frutas de suco; Leite e derivados: inclui leite e derivados e bebidas à base de soja; Óleo: inclui gorduras mono e poli-insaturadas, óleo das oleaginosas e gordura de peixe.

A qualidade da dieta é determinada segundo três categorias definidas pelo resultado dos escores:

Quadro 6 – Classificação da qualidade da dieta de acordo com o escore final do IQD-R

Categorias	Pontuação
Inadequada	≤ 40 pontos
Necessita de modificação	41 a 64 pontos
Saudável	≥ 65 pontos

Fonte: Previdelli e colaboradores (2011)

Todos os dados foram expressos em valores de média, desvio padrão bem como mínimo, máximos, frequência simples e porcentagem pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0. Após verificação da normalidade por Shapiro-Wilks, associações significativas do consumo de bebidas alcoólicas em relação às diferentes variáveis estudadas, quando categóricas, foram verificadas pelos testes de Qui-quadrado ou exato de Fisher. Este último, utilizado quando a frequência esperada foi inferior a 5. Já quando contínuas, a relação entre as variáveis foi verificada por correlação de Spearman. Diferenças estatísticas das proporções foram obtidas pelo teste binomial para duas proporções homogêneas e Qui-quadrado para proporções homogêneas. Por fim, diferença estatística da qualidade da alimentação, após averiguado os pressupostos paramétricos, foi obtida pelos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. O nível de significância estabelecido foi menor ou igual a 0,05%.

Quadro 7 - Intervalos para interpretações da correlação de Spearman

Valores (rs)	Interpretação
0,0	Ausência de correlação
0,1 a 0,3	Correlação fraca
0,3 a 0,6	Correlação moderada
Acima de 0,6	Correlação forte

Fonte: Callegari-Jacques (2007)

4.7 Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (n. CAAE: 00140918.0.0000.5393) (ANEXO 4). Foram respeitados os princípios éticos, as diretrizes e normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução nº 466/2012.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra em relação às variáveis clínicas, antropométricas e sociodemográficas

Participaram do estudo 50 mulheres, a maioria (n=31; 62%) vivia sem companheiro no momento da coleta de dados, empregada (n=30; 60%), cursou o ensino médio completo (n=29; 58%) e com idade de $35,0 \pm 12,0$ anos (amplitude: 18 a 59 anos) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes do estudo (n=50). Ribeirão Preto, 2020.

Variáveis	N	%
Estado civil		
Com companheiro	19	38,0
Sem companheiro	31	62,0
Ocupação		
Com emprego	30	60,0
Sem emprego	20	40,0
Escolaridade		
Fundamental	04	8,0
Médio	29	58,0
Superior	17	34,0

No que se refere ao diagnóstico, 34 (68%) delas apresentavam diagnóstico de BN e estavam em tratamento por $29,0 \pm 40,0$ meses em um dos quatro serviços especializados do estado de São Paulo. A maioria das participantes apresentava estado nutricional compatível com excesso de peso (n=34; 68%) e risco muito elevado de doenças associadas (n=31; 62%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis clínicas e antropométricas das participantes do estudo (n=50) nos respectivos serviços especializados. Ribeirão Preto, 2020.

Variáveis	N	%
Diagnóstico		
Bulimia nervosa	34	68,0
Transtorno da compulsão alimentar	16	32,0
Tempo de tratamento		
Média ± desvio padrão	29,0 ± 40,0	
Mínimo – máximo	01 – 204	
Curto (≤ 12 meses)	29	58,0
Médio (12 – 60 meses)	15	30,0
Longo (>60 meses)	06	12,0
Serviço Especializado		
AMBULIM	28	56,0
FAMEMA	09	18,0
GETA	05	10,0
GRATA	08	16,0
IMC (kg/m²)		
Média ± desvio padrão	31,27 ± 9,70	
Mínimo – máximo	13,46 – 50,62	
Magreza ($<18,5$)	03	6,0
Eutrofia (18,5 - 24,9)	13	26,0
Excesso de Peso (≥ 25)	34	68,0
Circunferência da cintura (cm)		
Média ± desvio padrão	91,50 ± 20,5	
Mínimo – máximo	53,0 – 130,50	
Sem risco (< 80 cm)	19	38,0
Risco elevado (≥ 80 cm)	06	12,0
Risco muito elevado (≥ 88 cm)	25	50,0

5.2 Padrão do consumo do álcool, qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar

Quanto ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas avaliado pelo AUDIT, a maioria das mulheres (n=31; 62%) apresentou baixo risco/abstinência, caracterizado como zona I (Figura 2).

Figura 2 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas das participantes do estudo (n=50), segundo as zonas de classificação. Ribeirão Preto, 2020.

Quanto à qualidade da alimentação, a maioria das mulheres (n=34; 68%) tinha alimentação que precisa de modificação. Já em relação aos sintomas de compulsão alimentar (n=33; 66%) delas apresentaram algum nível de compulsão alimentar (tabela 3).

Tabela 3 – Qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar das participantes do estudo (n=50). Ribeirão Preto, 2020.

Variáveis	N	%
Qualidade da dieta		
Média ± desvio padrão	53,59 ± 12,42	
Mínimo – máximo	26,13 – 78,42	
Inadequado	08	16,0
Necessita de modificação	34	68,0
Saudável	08	16,0
Sintomas de compulsão alimentar		
Média ± desvio padrão	23,80 ± 12,58	
Mínimo – máximo	1,0 – 46,0	
Sem compulsão alimentar	17	34,0
Compulsão alimentar moderada	15	30,0
Compulsão alimentar grave	18	36,0

5.3 Consumo de bebidas alcoólicas associado às demais variáveis

Ao avaliar o consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com as zonas de consumo, não observou-se associação com as outras variáveis estudadas. No entanto, foi encontrada associação significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e o escore do IQD-R. As participantes que se enquadraram em um consumo de baixo risco/abstinência (zona I), (n= 26; 83,9%) têm alimentação inadequada ou que necessita de modificação; das que fazem uso de risco (zona II), (n=12; 85,8%) apresentou alimentação inadequada ou que necessita de modificação e as que estão com possível dependência (zona IV), (n=02; 100%) revelou alimentação que necessita modificação (tabela 4).

Tabela 4– Consumo de álcool das participantes do estudo (n=50) de acordo com as demais variáveis investigadas, em valores de frequência simples (n; %). Ribeirão Preto, 2020.

(continua)

Variáveis		AUDIT				p-valor
		Zona I	Zona II	Zona III	Zona IV	
Estado civil						
Com companheiro		10 (32,3)	06 (42,9)	0 (0,0)	03 (75,0)	0,354
Sem companheiro		21 (67,7)	08 (57,1)	01 (100,0)	01 (25,0)	
Ocupação						
Com emprego		18 (58,1)	09 (64,3)	01 (100,0)	02 (50,0)	0,946
Sem emprego		13 (41,9)	05 (35,7)	0 (0,0)	02 (50,0)	
Escolaridade						
Ensino Fundamental Completo		04 (12,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,825
Ensino Médio Completo		16 (51,6)	09 (64,3)	01 (100,0)	03 (75,0)	
Ensino Superior Completo		11 (35,5)	05 (35,7)	0 (0,0)	01 (25,0)	
Diagnóstico						
BN		22 (71,0)	07 (50,0)	01 (100,0)	04 (100,0)	0,212
TCA		09 (29,0)	07 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tempo de tratamento						
Curto (≤ 12 meses)		17 (54,8)	09 (64,3)	01 (100,0)	02 (50,0)	0,839
Médio (12 – 60 meses)		11 (35,3)	03 (21,4)	0 (0,0)	01 (25,0)	
Longo (>60 meses)		03 (9,7)	02 (14,3)	0 (0,0)	01 (25,0)	
Estado nutricional						
Magreza (<18,5)		20 (64,5)	10 (71,4)	01 (100,0)	03 (75,0)	0,839
Eutrofia (18,5 - 24,9)		09 (29,0)	03 (21,4)	0 (0,0)	01 (25,0)	
Excesso de Peso (≥ 25)		02 (6,5)	01 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tabela 4– Consumo de álcool das participantes do estudo (n=50) de acordo com as demais variáveis investigadas, em valores de frequência simples (n; %). Ribeirão Preto, 2020.
(conclusão)

Variáveis		AUDIT				p-valor
		Zona I	Zona II	Zona III	Zona IV	
Circunferência da cintura						
Sem risco (< 80cm)		15 (48,4)	08 (57,1)	01 (100,0)	01(25,0)	0,393
Risco elevado (≥ 80cm)		03 (9,7)	01 (7,1)	0 (0,0)	02 (50,0)	
Risco muito elevado (≥ 88cm)		13 (41,9)	05 (35,7)	0 (0,0)	01 (25,0)	
Compulsão alimentar (ECAP)						
Sem compulsão alimentar		10 (32,3)	07 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,107
Compulsão alimentar moderada		07 (22,6)	05 (35,7)	01 (100,0)	02 (50,0)	
Compulsão alimentar grave		14 (45,2)	02 (14,3)	0 (0,0)	02 (50,0)	
Qualidade da dieta (IQD-R)						
Inadequado		02 (6,5)	06 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,016*
Necessita de modificação		24 (77,4)	06 (42,9)	0 (0,0)	04 (100,0)	
Saudável		05 (16,1)	02 (14,3)	01 (100,0)	0 (0,0)	

5.4 Consumo de álcool e qualidade da alimentação

Na tabela 5 encontra-se a análise dos diversos padrões de consumo de bebidas alcoólicas frente aos componentes do IQD-R e o consumo total de calorias, identificando que há diferença significativa ($p=0,035$) entre o escore final do IQD-R.

Tabela 5 - Componentes do IQD-R e das calorias totais da dieta, segundo o consumo de bebidas alcoólicas, divididos em quatro níveis de consumo, em média±desvio-padrão. Ribeirão Preto, 2020.

Componentes do IQD-R e total de calorias	Audit				p-valor
	Zona I	Zona II	Zona III	Zona IV	
Cereal total	4,7 ± 0,59	4,18 ± 1,46	5,0 ± 0	5,0 ± 0	0,442
Cereal integral	1,03 ± 1,83	0,71 ± 1,82	0 ± 0	0 ± 0	0,498
Vegetais total	3,35 ± 2,06	2,1 ± 2,32	5,0 ± 0	1,81 ± 2,37	0,114
Veveal	3,5 ± 2,21	1,89 ± 2,33	5,0 ± 0	2,24 ± 2,62	0,068
Fruta total	2,71 ± 2,29	3,01 ± 2,17	5,0 ± 0	1,4 ± 1,61	0,373
Fruta inteira	2,41 ± 2,38	2,5 ± 2,59	0 ± 0	1,25 ± 2,5	0,592
Leite e derivados	6,04 ± 3,4	3,95 ± 4,29	10,0 ± 0	5,85 ± 3,95	0,217
CarneOvoLeg	8,67 ± 2,87	7,18 ± 3,75	10,0 ± 0	8,77 ± 2,12	0,290
Óleo	4,15 ± 4,73	4,22 ± 5,07	10,0 ± 0	7,5 ± 5,0	0,369
Gordura saturada	9,73 ± 0,72	9,91 ± 0,21	10,0 ± 0	10,0 ± 0	0,755
Sódio	2281,21 ± 867,45	2678,14 ± 0	1729,36 ± 1153,88	2466,25 ± 1672,99	0,299
GordAA	9,96 ± 7,52	7,19 ± 8,32	12,29 ± 0	7,18 ± 9,35	0,563
IQD_Rtotal	50,99 ± 7,37	72,29 ± 0	46,84 ± 14,44	56,39 ± 10,69	0,035*
Total de calorias	1929,56 ± 709,42	1562,52 ± 0	2017,56 ± 1057,94	1947,37 ± 1204,08	0,985

Veveal: vegetais verdes-escuros e alaranjados; CarneOvoLeg: carnes, ovos e leguminosas; GordAA: calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição.; IQD-Rtotal: escore total do Índice da Qualidade da Dieta Revisado.

Para identificar de forma mais detalhada a existência dessa associação, a variável “consumo de álcool” sofreu transformação binária para consumo de abstinência/baixo risco e consumo de risco. Assim, foi demonstrado que aquelas participantes (n=31; 62%) que apresentaram nenhum/baixo consumo de bebidas

alcoólicas ingerem mais vegetais e tem qualidade alimentar superior quando comparadas àquelas (n=19; 38%) que apresentam consumo de álcool de risco (Tabela 6).

Tabela 6 – Componentes do IQD-R e das calorias totais da dieta, segundo o consumo de bebidas alcoólicas, divididos em dois níveis de consumo, em média±desvio-padrão. Ribeirão Preto, 2019.

Alimentos	Consumo de bebidas alcoólicas		p-valor
	Zona I: abstinência/ baixo	Zonas II, III e IV:	
	risco n = 31	Consumo de risco n=19	
Cereal total	4,7 ±0,59	4,4 ±1,3	0,806
Cereal integral	1,03 ±1,83	0,53 ±1,58	0,172
Vegetais total	3,35 ±2,06	2,19 ±2,3	0,045*
Veveal	3,5 ±2,21	2,13 ±2,36	0,025*
Fruta total	2,71 ±2,29	2,77 ±2,14	0,966
Fruta inteira	2,41 ±2,38	2,1 ±2,53	0,526
Leite e derivados	6,04 ±3,4	4,66 ±4,26	0,242
CarneOvoLeg	8,67 ±2,87	7,67 ±3,41	0,125
Óleo	4,15 ±4,73	5,22 ±5,09	0,549
Gordura saturada	9,73 ±0,72	9,93 ±0,18	0,581
Sódio	2,46 ± 1,67	1,89 ±1,08	0,242
GordAA	9,96 ±7,52	7,45 ±8,12	0,248
IQD_Rtotal	56,39 ±10,69	49,05 ±13,94	0,034*
Total de calorias	1947,37 ±1204,08	1975,08 ±950,54	0,757

Veveal: vegetais verdes-escuros e alaranjados; CarneOvoLeg: carnes, ovos e leguminosas; GordAA: calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição.; IQD-Rtotal: escore total do Índice da Qualidade da Dieta Revisado.

5.5 Consumo de bebidas alcoólicas, qualidade da alimentação e sintomas de compulsão alimentar

Ao avaliar a interação entre o consumo de álcool, a qualidade da alimentação e os sintomas de compulsão alimentar nos diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas, foi identificada associação ($p=0,032$) entre aquelas participantes que apresentaram baixo/nenhum consumo de bebidas alcoólicas (tabela 7).

Tabela 7 – Padrão de consumo de bebidas alcoólicas de acordo com a qualidade da dieta e nos diferentes níveis da compulsão alimentar.

Padrão de consumo de bebidas alcoólicas	de	Qualidade da dieta	Sintomas de compulsão alimentar			p-valor
			Compulsão alimentar grave	Compulsão alimentar moderada	Sem compulsão alimentar	
Zona I		Inadequado	01 (7,1)	01 (14,3)	0 (0,0)	0,032*
		Necessita de modificação	12 (85,8)	06 (85,7)	05 (50,0)	
		Saudável	01 (7,1)	0 (0,0)	05 (50,0)	
Zona II		Inadequado	02 (100,0)	02 (40,0)	02 (28,6)	0,492
		Necessita de modificação	0 (0,0)	03 (60,0)	03 (42,8)	
		Saudável	0 (0,0)	0 (0,0)	02 (28,6)	
Zona III		Inadequado	-	-	-	-
		Necessita de modificação	-	-	-	
		Saudável		01 (100,0)		
Zona IV		Inadequado	-	-	-	-
		Necessita de modificação	02 (100,0)	02 (100,0)	-	
		Saudável	-	-	-	

Total (n=8,169; p-valor = 0,070); - indica ausência de dados

5.6 Correlação entre as variáveis do estudo

Foi observada pelo teste de Spearman, correlação positiva entre: idade e a medida da circunferência da cintura; o total das calorias ingeridas e a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada; a qualidade da alimentação e o consumo de cereais, raízes, tubérculos, vegetais, frutas, suco de frutas, carnes, ovos, leguminosas e as calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição. A correlação negativa entre: o consumo de bebidas alcoólicas com e a ingestão dos grupos dos vegetais; o IMC e a gravidade da compulsão alimentar; o ECAP com a ingestão dos grupos de frutas, o peso e a circunferência da cintura; a ingestão de calorias e o consumo de vegetais, carnes, ovos e leguminosas (APÊNDICE 3).

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo identificar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e a qualidade da alimentação em mulheres com diagnóstico de BN ou TCA, que estavam em tratamento em quatro serviços especializados para TA do estado de São Paulo. A amostra resultou em 50 mulheres adultas jovens, a maioria sem companheiro, com emprego formal e ensino médio completo como escolaridade mínima. Quanto ao estado nutricional, a maioria apresentou excesso de peso e risco muito elevado de doenças cardiovasculares. Além disso, evidenciou-se que 38% delas apresentaram consumo problemático de bebidas alcoólicas, baixa qualidade da alimentação e menor ingestão de vegetais nas participantes que fazem consumo de bebidas alcoólicas quando comparadas às mulheres que não fazem uso de bebidas alcoólicas. Trata-se de um estudo inédito, visto que a associação entre essas variáveis ainda não foi investigada até o momento.

As participantes eram adultas jovens com idade média de 35 anos, semelhante ao encontrado no estudo realizado no Canadá com mulheres que tinham diagnóstico de TCA, cuja idade era de 37 anos (GILL; KAPLAN, 2020). Geralmente, os pacientes com TCA e BN destacam-se por terem idade mais avançada quando comparada à idade média de pessoas com outros tipos de TA (UDO; GRILO, 2018; VANDERLINDEN et al., 2020; WICK; FITZGERALD; KEEL, 2020). A anorexia nervosa, um dos TA mais conhecidos, acomete mais jovens, geralmente com início dos sintomas entre 15 e 25 anos (SCHMIDT et al., 2016; WILFLEY; CITROME; HERMAN, 2016).

Os sinais e sintomas da BN apresentam-se mais precocemente quando comparados ao TCA (20,6 versus 23,3anos) e podem ter duração maior (6,5 versus 4,3anos). Entretanto, a persistência dos sinais e sintomas ao longo da vida, período de referência de 12 meses, é menor para BN do que para o TCA (37,3% versus 44,3%) (KESSLER et al., 2013). É importante ressaltar que a idade de início dos sintomas de compulsão alimentar pode surgir tanto durante a

adolescência (MUSTELIN et al., 2016; VOLPE et al., 2016) quanto no início da fase adulta (GRANT; CHAMBERLAIN, 2020). Esses comportamentos alimentares tendem a ser mais frequentes nesses períodos da vida em parte devido à pressão cultural da estética corporal, que parece exercer mais influência na população. No entanto, essas preocupações com a imagem corporal não se limitam apenas aos jovens adultos (SANTANA et al., 2020).

Pawaskar e colaboradores (2016) avaliaram as características da compulsão alimentar de pessoas adultas que relataram atender aos critérios diagnósticos do DSM-5 para TCA em uma grande amostra da comunidade americana do estudo Validate Attitudes and Lifestyle Issues in Depression, ADHD and Troubles with Eating (VALIDATE). Eles identificaram que os participantes do grupo com compulsão alimentar eram significativamente mais jovens do que os que não tinham compulsão alimentar ($46,01 \pm 14,32$ vs $51,59 \pm 15,80$ anos).

Pessoas com compulsão alimentar em cuidados em saúde nos EUA tiveram idade média de 41,2 anos. Elas foram recrutadas porque apresentavam diagnóstico médico de BN e TCA, sintomas de compulsão alimentar uma vez por semana, sem consumo problemático de bebidas alcoólicas e sem outros problemas psiquiátricos, como transtorno bipolar ou transtornos psicóticos (HILDEBRANDT et al., 2017). Outro estudo realizado com 32 mulheres com BN que buscaram tratamento incluiu 18 participantes com apenas esse diagnóstico, 13 com história ou em consumo problemático de bebidas alcoólicas e 12 sem outros problemas psiquiátricos. Dentre os dados demográficos, a idade média foi maior entre aquelas com história ou em consumo problemático de bebidas alcoólicas (26,8anos) comparado às pacientes com BN apenas (23,7anos) e sem outros problemas psiquiátricos (23,1anos) (SYSKO et al., 2017).

No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes deste estudo vivia sem companheiro no momento da coleta de dados. Esse achado foi observado também em pacientes com TA em tratamento na Bélgica (VANDERLINDEN et al., 2020) e em 147 mulheres que discutiram a vivência do TA delas em grupo *on-line* conduzido por pesquisadores nacionais (OLIVEIRA; CORDÁS, 2020).

Em consonância com esses resultados, um estudo concluiu que ser solteiro está associado à maior probabilidade de desenvolvimento de BN (AFIFI et al., 2017) e outro (BRESLAU et al., 2011) que encontrou que mulheres com TCA apresentaram menos chances de serem casadas. Entretanto, este resultado não foi encontrado em homens com TCA. Já o estudo realizado com mulheres mexicanas de todas as idades mostrou associação positiva entre o excesso do peso, característica comum presente na compulsão alimentar, e os TA entre solteiras, mas não entre aquelas casadas (BOJORQUEZ et al., 2018). Kessler e colaboradores (2014) usaram o WHO Composite International Diagnostic Interview para avaliar adultos em 12 países quanto à BN e o TCA e previram associação reduzida de ser casada entre as mulheres, ao mesmo tempo que houve aumento significativo quanto ao nível de escolaridade.

Em relação à ocupação, 60% da amostra estava empregada. De forma semelhante, um estudo de coorte prospectivo com pacientes em tratamento ambulatorial para TA, encontrou que a maioria (53%) dos que tinham BN trabalhavam em tempo integral (MARTIN et al., 2017). Entretanto, alguns estudos mostram que pessoas com TA possuem mais dificuldade para conseguir uma ocupação profissional, pois geralmente ainda se encontram em formação acadêmica ou não têm trabalho formal (KLOBUKOSKI; HÖFELMANN, 2017; VANDERLINDEN et al., 2020). A funcionalidade e a produtividade no trabalho em pessoas com TCA parece ser mais prejudicada comparadas às pessoas sem esse quadro (PAWASKAR et al., 2017), assim como dificuldades na realização das atividades não laborais quando naquelas com compulsão alimentar (LING, RASCATI, PAWASKAR, 2017; STRIEGEL, BEDROSIAN, WANG, 2012). Além disso, elas apresentavam maior uso de recursos de saúde e custos mais elevados para o sistema de saúde e a sociedade (LING, RASCATI, PAWASKAR, 2017).

Quanto à escolaridade, foi identificado que a maioria (58%) das mulheres deste estudo apresentavam ensino médio completo, seguido de 34% com ensino superior completo. Estudo realizado em um serviço especializado para TA no interior do estado de São Paulo identificou que, dos 234 pacientes de ambos os

sexos, 23,5% possuíam ensino médio completo e apenas 11,5% declararam ensino superior completo (SOUZA; PESSA, 2016).

Diferente desses achados, o estudo ELSA-Brasil encontrou que 461 (47%) das pessoas com compulsão alimentar tinham ensino superior completo seguido de 377 (38,5%) com ensino médio completo (SILVA et al., 2016). Estudos internacionais destacaram que a maioria dos pacientes com compulsão alimentar possuíam ensino superior e/ou pós-graduação (KLOBUKOSKI; HÖFELMANN, 2017; VANDERLINDEN et al., 2020). Kessler e colaboradores (2014) corroboram com essa informação evidenciando o aumento do nível educacional entre mulheres com TA, associado ao comprometimento dos papéis sociais como baixas chances de serem casadas e elevadas chances de incapacidade laboral.

Os estudos mencionados acima caracterizaram as participantes com TA quanto à idade, estado civil, ocupação e escolaridade. No entanto, ainda são escassos estudos que mencionem indicadores sociodemográficos especificando o tipo de TA e gênero, inclusive no Brasil.

Neste estudo, o tempo médio de seguimento foi de 29 meses (2,5 anos), desde o diagnóstico médico até o momento da coleta de dados, com ampla variação (um a 204 meses) sendo que a maioria (58%) da amostra estava em tratamento por curto tempo, definido em até 12 meses. Apesar do tratamento da amostra estar em curso, dados sobre a duração total do seguimento variam de forma considerável. Na Bélgica, a duração média do seguimento dos TA foi bem maior (66 meses; 5,5 anos) e observou-se que 20,2% dos pacientes tiveram tratamento por mais de oito anos. Pacientes com BN apresentaram tempo de tratamento médio semelhante (71 meses; 5,9 anos) mas os com TCA, muito mais longo (127 meses; 10,6 anos) (VANDERLINDEN et al., 2020). Uma revisão sistemática avaliou a duração média do tratamento do TA em populações que procuram ajuda no momento do primeiro atendimento e investigou sua relação entre a gravidade dos sintomas e desfechos clínicos. Dentre estes estudos, a duração média do tratamento foi de 53 meses (4,4 anos) para a BN e 67,4 meses (5,1 anos) para o TCA. Foi encontrado também que a idade mais jovem no momento do primeiro atendimento indica duração menor da doença (AUSTIN et al.,

2020). Infere-se que a duração média do seguimento é um dado importante que pode estar relacionado a maior probabilidade de remissão dos sintomas dos pacientes, bem como pode auxiliar os profissionais na realização de ações preventivas e na identificação precoce de TA e comportamentos alimentares disfuncionais.

Pacientes que mais procuram tratamento para TA são aqueles que apresentam sintomas acentuados da doença (ALLEN, 2019), sobretudo os com TCA (WELCH et al., 2016) ou BN (COFFINO; UDO; GRILO, 2019). Além disso, a maioria deles tem maior probabilidade, ao longo da vida, de desenvolverem outros problemas de saúde mental, especialmente transtornos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, o que pode ser mais um agravante à saúde (WELCH et al., 2016).

Apesar de os pacientes com BN ou TCA reconheçam que têm um problema de saúde (GALBRAITH et al., 2019), acredita-se que a demora pela procura do tratamento pode ser pela preocupação com o julgamento de outras pessoas, medo de perder o controle, negação em perceber a gravidade da doença, estigma e vergonha (ALI et al., 2020; HAY, 2020). Esse fato justifica a idade média mais avançada dos pacientes no início do tratamento, sendo de 20 anos na BN e de 24,5 anos no TCA (UDO; GRILO, 2018).

A BN e o TCA frequentemente seguem um curso crônico, com remissões recorrentes e recaídas de sintomas, que podem ocasionar complicações graves e aumento de risco de mortalidade (HILBERT; HOEK; SCHMID, 2017; VAN HOEKEN; HOEK, 2020). Pessoas com TCA apresentam menor quantidade de episódios de restrição alimentar e de compulsão alimentar quando comparados com BN. Entretanto, ao contrário das pessoas com BN, aquelas com TCA consomem alimentos apresentando ou não os episódios de compulsão alimentar (WILFLEY; CITROME; HERMAN, et al., 2016). Pawaskar e colaboradores (2016) concluíram no estudo VALIDATE que a frequência dos sintomas de compulsão alimentar entre os participantes com TCA foi, em média, uma vez ao dia. A maioria deles tiveram sintomas de compulsão alimentar por 7 a 12 meses, muitas vezes

graves, o que consideraram implicações potenciais para diagnóstico e tratamento do TCA.

A BN e o TCA possuem tempo de tratamento médio de 12,2 e 15,9 anos, respectivamente (UDO; GRILO, 2018). Estudo Longitudinal sobre Anorexia e BN do Hospital Geral do Massachusetts realizou acompanhamento de 228 mulheres com TA ao longo de 22 anos e identificou que 68,2% dos participantes com BN se recuperaram em nove anos (EDDY et al., 2017).

Quanto ao estado nutricional identificado nas participantes deste estudo, a maioria delas (68%) apresentou excesso de peso, sendo 32% com sobrepeso e 36% com obesidade. Ainda, foi constatado risco cardiovascular muito elevado em 62% da amostra. Esse achado corrobora os achados de um estudo que verificou a presença de compulsão alimentar em 41,6% em pessoas com excesso de peso (34,6%) e com obesidade (48,5%) indicando circunferência da cintura muito aumentada (45,3%) (KLOBUKOSKI; HÖFELMANN, 2017).

De fato, o sobrepeso e a obesidade são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (ORTEGA; LAVIE; BLAIR, 2016; WHO, 2020) e cerca de 63,5% das mulheres brasileiras estão nessa condição. No estado de São Paulo, essa taxa é ainda mais elevada (69,8%) comparada aos demais estados (BRASIL, 2019). Visto que a compulsão alimentar é comum em pessoas com obesidade (36,2 a 75%) (APA, 2014; BROWNLEY et al., 2016; HUDSON et al., 2012; KESSLER et al., 2013), a realização de estudos investigando a compulsão alimentar na população com excesso de peso seriam úteis já que ela é fator de risco para aumento de peso ao longo do tempo, piora da qualidade de vida entre pessoas com obesidade e risco para síndrome metabólica (DAVIS; GRAHAM; WILDES, 2020).

Fatores que aumentam o risco para a compulsão alimentar são a supervalorização da forma e do peso, a insatisfação corporal, os métodos compensatórios para emagrecimento (dietas restritivas, jejuar, exercícios físicos em excesso), comer em excesso, os comportamentos alimentares transtornados em resposta aos sentimentos negativos e o funcionamento social prejudicado (APA, 2014; COFFINO; UDO; GRILO, 2019; ROBINSON; HUNGER; DALY, 2015; STICE et al., 2017). De forma marcante, as pessoas com BN estão expostas à

supervalorização da forma e peso em relação às com TCA (APA, 2014). É uma característica que está relacionada à gravidade dos problemas alimentares em pessoas com TCA como baixa autoestima, maiores preocupações alimentares e prognóstico negativo para resultados de tratamento a longo prazo (GRILO et al., 2013; LYDECKER; WHITE; GRILO, 2017; PEARL; WHITE; GRILO, 2014). Dessa forma, estratégias para identificar e tratar os sintomas de compulsão alimentar são necessárias no desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, da mesma maneira que melhorar a relação com a comida e modificar a idealização da imagem corporal perfeita podem ser valiosas como método de prevenção aos TA.

No que se refere ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, o presente estudo identificou que a maioria (n=31; 62%) das mulheres com diagnóstico de compulsão alimentar apresentou nenhum consumo ou baixo risco, conforme avaliado pelo instrumento AUDIT. O relatório global sobre álcool e saúde constatou que mais da metade das mulheres não bebem ao longo da vida e quando consomem bebidas alcoólicas, ingerem menos doses-padrão em um dia típico e se envolvem com menos frequência em consumo problemático de álcool (WHO, 2019a).

No entanto, 38% das mulheres com compulsão alimentar deste estudo faziam consumo problemático de álcool no momento da coleta de dados, índice mais elevado do evidenciado entre mulheres (13,3%) no estudo brasileiro da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (BRASIL, 2019). Estudos internacionais mostraram que os TA são mais comuns em mulheres do que nos homens (GALMICHE et al., 2019; THAPLIYAL; HAY; CONTI, 2018) enquanto o uso problemático de álcool acomete mais homens do que mulheres (AGABIO et al., 2017; WHO, 2019a). Uma revisão sistemática evidenciou que mulheres com TA consomem mais álcool quando comparado com outras substâncias psicoativas (BAHJI, et al., 2019). Além disso, mulheres têm maior predisposição a se envolverem em comportamentos para compensar as calorias do consumo das bebidas alcoólicas do que os homens sendo que o álcool pode ser uma alternativa de consumo em relação à comida ou uma forma de lidar com os

desafios do TA (ESKANDER; CHAKRAPANI; GHANI, 2020; HORVATH; SHOREY; RACINE, 2020).

Um estudo longitudinal dos Estados Unidos avaliou o estado nutricional de adolescentes e adultos cinco anos após o início do consumo problemático de bebidas alcoólicas identificando esse comportamento estava associado ao risco de 41% de aumento do peso adequado para o sobrepeso e, risco 36% maior de excesso de peso para obesidade comparado com pessoas que não bebem em excesso (FAZZINO et al., 2017). No mesmo sentido, Albani e colaboradores (2018) concluíram que mulheres jovens adultas com idade entre 18 e 25 anos que consumiam níveis mais altos de bebidas alcóolicas em uma única ocasião apresentavam mais chances de estar com excesso de peso em comparação com aquelas com menor consumo.

Estudo realizado nos Estados Unidos investigou a associação entre compulsão alimentar e consumo de álcool e outras drogas em pacientes com TA demonstrando que aqueles com BN consumiram maior quantidade de bebidas alcoólicas em comparação com os demais diagnósticos (FOULADI, et al., 2015). O consumo de bebidas alcoólicas pode servir de estímulo para episódios de compulsão alimentar em mulheres, usada para suprir a fome evitando a ingestão de alimentos (Eskander, Chakrapani, Ghani (2020) e aumentar emoções agradáveis, visto que esses comportamentos são mais prazerosos (SCHULTE; GRILO; GEARHARDT, 2016). Nesse contexto, o consumo de bebidas alcoólicas é percebido como uma forma de lidar com emoções desagradáveis, desconforto físico e estados afetivos difíceis na ausência de habilidades de enfrentamento em pessoas com TA (KILLEEN et al., 2015).

Entre jovens adolescentes da Rússia, o consumo problemático de álcool foi associado à preocupação em como parar de ganhar peso, à sensação de estar gorda, ao comer grandes quantidades de comida mesmo sem fome física, ao sentir-se chateada com excesso de ingestão de comida e ganho de peso, à prática de jejuar (pular pelo menos 2 refeições seguidas) e à atividade física em excesso para evitar o de peso. Entretanto, estes mesmos autores observaram que não houve associação ao uso de laxantes e vômitos (STICKLEY, 2015). Já outro estudo

pressupõe que os efeitos prejudiciais do consumo de bebidas alcoólicas podem ser potencializados, talvez em consequência da restrição alimentar e/ou desequilíbrios dos eletrólitos relacionados aos comportamentos de purgação (MUSTELIN et al., 2016).

Um estudo realizado na Finlândia investigou os comportamentos de mulheres com TA e o consumo de bebidas alcoólicas no período da adolescência à vida adulta. Identificou que elas iniciaram esse hábito aos 16 anos mostrando que o consumo problemático de álcool poderia persistir após os 30 anos, mesmo recuperadas do tratamento do TA (MUSTELIN, 2016). Ainda, pacientes com TA que fazem uso de álcool apresentam mais recaídas e prognóstico insatisfatório (ELMQUIST, 2015) justificando a necessidade de identificar precocemente esse comportamento para o planejamento de abordagens integradas entre diversos profissionais de saúde e serviços de tratamento baseadas em evidências científicas (FOULADI, 2015).

Quanto à qualidade da alimentação investigada no presente estudo, 64% das mulheres apresentaram alimentação que precisa de modificação ou é inadequada. Observou-se também que as mulheres com compulsão alimentar que fazem o consumo problemático de bebidas alcoólicas têm alimentação mais insatisfatória quando comparadas às que não consomem álcool.

O escore total médio do IQD-R foi de 53,6 pontos na amostra total, sendo maior (56,4 pontos) nas mulheres com uso de baixo risco de álcool ou abstinência e menor (49,1 pontos) naquelas com uso problemático de bebidas alcólicas. Dados semelhantes foram obtidos em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo, com 949 adultos de ambos os sexos, onde a pontuação média do IQD-R foi de 52,7 pontos, sem diferença entre as mulheres (54,1 pontos) e os homens (51,2 pontos) (ASSUMPÇÃO et al., 2017).

No entanto, esses resultados são considerados baixos quando comparados a um estudo com 14.849 brasileiros cujo escore médio do IQD-R foi de 72,6 pontos, sendo de 73,6 pontos em mulheres e 72,5 pontos em pessoas com obesidade (PIRES et al., 2020). Vale lembrar que o escore médio do IQD-R mais próximo de 100, indica melhor qualidade da dieta e, portanto, os brasileiros de uma forma geral

apresentaram uma alimentação mais saudável quando comparada à analisada com as participantes do presente estudo.

A melhor qualidade da dieta de mulheres iranianas, analisada pelo *Healthy Eating Index* (HEI), mostrou associação com a menor prevalência de obesidade. Ainda, identificou que as participantes com alimentação mais saudável tiveram menor risco (28%) para síndrome metabólica em comparação com àquelas que apresentaram alimentação inadequada juntamente com o aumento da circunferência abdominal, da pressão arterial e do triglicerídeo sérico alto, e lipoproteína de alta densidade baixa (SARAF-BANK et al., 2017). Utilizando o mesmo instrumento (HEI), um estudo realizado nos Estados Unidos encontrou associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a ingestão alimentar em 8.155 homens e 7.715 mulheres adultos sendo que 76% dos homens e 65% das mulheres consumiam álcool. Foi evidenciada relação de maior quantidade de consumo de bebidas alcoólicas e baixa qualidade da dieta em consequência do maior consumo de energia e escolhas alimentares, independente do sexo. Corroborando os dados encontrados no presente estudo, a pontuação da qualidade da dieta foi significativamente menor entre as mulheres que consumiram bebidas alcoólicas quando comparada àquelas que não bebiam, de 58,9 e 63,2 pontos, respectivamente. Os resultados ainda apontaram que a ingestão de gordura total, saturada, monoinsaturada e poliinsaturada, proteína e colesterol, também era maior em mulheres que consumiram bebidas alcoólicas (BRESLOW et al., 2010).

Ao se utilizar o IQD-R, o álcool não é contabilizado como uma substância separada, mas juntamente com outros componentes, como foi avaliado no presente estudo. Krebs-Smith e colaboradores (2019) consideraram complexa a inclusão ou a exclusão da ingestão energética da bebida alcóolica no HEI. Embora a bebida alcóolica contribua com a energia total da alimentação, ela é uma droga que produz efeitos físicos, psicológicos e sociais com consequências relacionadas ao consumo diário, semanal e episódios de beber excessivo. Dessa forma, é sugerido que se o álcool for uma variável de interesse de pesquisa, ele deve ser avaliado separadamente na quantidade de gramas de álcool ou doses por dia.

Vale salientar que para determinar o IQD-R no presente estudo, foi usado o recordatório alimentar de 24 horas de apenas um dia, o que leva à possibilidade de não capturar os comportamentos compensatórios e uso problemático de álcool ou de permitir que a participante omitisse esses comportamentos.

Outro achado do presente estudo foi que a qualidade da alimentação está diretamente relacionada à maior ingestão de cereais, vegetais, frutas e sucos de frutas, carnes, ovos, leguminosas, calorias provenientes de gorduras sólidas, álcool e açúcar de adição. Em um estudo populacional brasileiro, Assumpção e colaboradores (2017) identificaram que mulheres apresentaram maior consumo de frutas, vegetais, leite e derivados, mas menor ingestão de carnes e ovos.

A qualidade da alimentação dos jovens americanos com idade entre 18 e 24 anos também vem apresentando resultados pouco favoráveis, segundo a pesquisa *Healthy People 2010*. Eles consomem dietas com excesso de gordura e insuficientes em alimentos fontes de cálcio, frutas, vegetais de cor amarela escura e verde, e grãos integrais. Já a edição *Healthy People 2020* utilizou o consumo total de vegetais como indicador de nutrição e peso, e verificou que as mulheres tiveram ingestão diária média de 18,4% maior do que os homens entre 2013 e 2016.

Também foi evidenciado no presente estudo que a gravidade dos sintomas de compulsão alimentar foi associada à baixa ingestão de frutas, e as que fazem consumo problemático de bebidas alcoólicas têm menor ingestão de vegetais.

Santiago e colaboradores (2016) analisaram a qualidade da alimentação de 46 adolescentes com TA utilizando o recordatório de 24 horas e o HEI. Análogo ao presente estudo, os resultados mostraram que havia necessidade de melhoria na alimentação a partir da ausência de alguns grupos alimentares e alimentos que poderiam ter acentuado positivamente a pontuação do HEI. Assim, eles concluíram que os escores deste instrumento são superestimados para alguns pacientes e as calorias totais são muito baixas para outros, não recomendando a sua utilização para esta população, especialmente em pacientes com restrição alimentar.

Apesar do presente estudo ter utilizado o mesmo instrumento para análise da qualidade da dieta (IQD-R), a ingestão calórica de cinco (10%) participantes se mostrou bastante reduzida no recordatório alimentar de 24 horas (≤ 1000 kcal),

sendo que a variação foi de 113kcal a 6971,3kcal. Esses dados podem representar uma limitação do estudo pelo fato de a coleta sobre o consumo ter sido de apenas um dia da alimentação das participantes.

Uma revisão sistemática e metanálise explorou os efeitos do consumo problemático de bebidas alcoólicas na ingestão alimentar de adultos que eles não reduziram a ingestão alimentar para compensar as calorias do álcool. Ainda, percebeu-se que houve aumento da ingestão de alimentos após o consumo de bebidas alcólicas quando comparados aos que não bebem e que isso implicou indiretamente no ganho de peso (KWOK et al., 2019).

No Brasil, não há instrumentos específicos para coleta de dados sobre o consumo alimentar de pessoas com TA que considerem as nuances do comportamento alimentar desses quadros e o consumo de bebidas alcoólicas. Por isso, são utilizados instrumentos para questões gerais da alimentação, como o recordatório de 24 horas. Dessa forma, propõe-se o estabelecimento de abordagens baseadas em evidências para esse grupo ou a adaptação de instrumentos de investigação que considerem as necessidades energéticas, a adequação de nutrientes, o consumo de bebidas alcoólicas e os comportamentos típicos dos TA (MCMASTER, 2020a, 2020b). Além disso, sugere-se a criação de protocolos nacionais com participação ativa do profissional nutricionista qualificado para usar/selecionar escalas mais adequadas para a avaliação alimentar e definir diretrizes terapêuticas nutricionais do seguimento desses pacientes.

Por se tratar de um estudo inédito, revelou-se a importância da investigação do consumo de bebidas alcoólicas nos pacientes com compulsão alimentar, de forma mais frequente e sistematizada, durante a avaliação clínica realizada pelo profissional nutricionista. Da mesma forma, aponta-se a necessidade da realização de triagens para TA na população para detecção precoce e acesso ao tratamento nos serviços de saúde. Alerta-se também, para o planejamento de protocolos clínicos que possam identificar comorbidades associadas, como uso de álcool, na perspectiva de prevenir os agravos dos sintomas de compulsão alimentar. Ainda, a educação continuada aos profissionais é essencial para oferecer assistência multi e interdisciplinar buscando o cuidado integral e humanizado para além de

comportamentos, corpos e nutrientes, considerando pessoas que possuem suas histórias e emoções atravessadas pelas relações familiares e sociais.

Como limitações do presente estudo, pode-se indicar o número pequeno de participantes proveniente de uma amostragem por conveniência. Outro ponto que merece destaque é que, apesar da pesquisadora ter aferido pessoalmente as medidas antropométricas de cada participante, foram utilizadas diferentes balanças e estadiômetros fornecidos pelos serviços. Além disso, por ser uma investigação com corte transversal, não há possibilidade de estabelecer relações causais e avaliação de uma sequência temporal diferente dos instrumentos que avaliaram os sintomas de compulsão alimentar, o uso de bebidas alcoólicas e a qualidade da alimentação. Ainda, não se pode verificar a ocorrência desses comportamentos no decorrer do tratamento das pessoas com compulsão alimentar.

7. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que as mulheres com compulsão alimentar eram, na maioria delas, adultas jovens, sem companheiro, possuíam emprego e relataram ter ensino médio completo como nível de escolaridade. Elas apresentaram ainda excesso de peso e risco muito elevado de doenças cardiovasculares associadas.

Aquelas que apresentaram consumo problemático de bebidas alcoólicas compondo 38% da amostra, tiveram pior qualidade da alimentação e menor consumo de vegetais quando comparadas às que não consomem bebidas alcoólicas. Ainda, quanto maior a gravidade dos sintomas de compulsão alimentar, menor o consumo de frutas.

Esses dados confirmaram a hipótese deste estudo e se mostraram preocupantes, visto que essas mulheres estão em tratamento de saúde mental, provavelmente fazendo uso de psicotrópicos o que pode provocar interação entre medicamentos, álcool e nutrientes.

Este é o primeiro estudo nacional conduzido na área de TA sobre o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação de mulheres com compulsão alimentar. Constitui-se assim, uma contribuição importante pela evidência do consumo de bebidas alcoólicas sobre a qualidade da alimentação de mulheres com BN ou TCA de uma determinada região do Brasil. Entretanto, ainda são necessários mais estudos para esclarecer essas relações, com inclusão de homens e pessoas com outros TA, e ampliação à nível nacional, dos locais de atendimento às pessoas com esses quadros. Sugere-se ainda a realização de estudos de intervenção para minimizar riscos do uso do álcool e propor mudanças sobre seus comportamentos alimentares.

Os achados dessa pesquisa poderão subsidiar a detecção e o tratamento de consumo de bebidas alcoólicas em pessoas com TA, uma vez que estratégias de prevenção, realizadas pelos profissionais nos serviços de saúde, podem minimizar as consequências associadas às práticas de compulsão alimentar, incluindo os comportamentos bulímicos, e consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

REFERÊNCIAS

AFIFI, T. O. *et al.* Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. **International journal of eating disorders**, [S. l.], v. 50, n. 11, p. 1281-1296, 09 out. 2017. DOI: 10.1002/eat.22783. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.22783>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AGABIO, R. *et al.* Sex differences in alcohol use disorder. **Current medicinal chemistry**, [S. l.], v. 24, n. 24, p. 2661-2670, 2017. DOI: [10.2174/0929867323666161202092908](https://doi.org/10.2174/0929867323666161202092908). Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/ben/cmc/2017/00000024/00000024/art00009>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ALBANI, V. *et al.* Examining associations between body mass index in 18–25 year-olds and energy intake from alcohol: Findings from the health survey for England and the Scottish health survey. **Nutrients**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. 1477, 10 out. 2018. DOI: 10.3390/nu10101477. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/10/1477>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ALI, K. *et al.* What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, p. 894-906, 02 abr. 2020. DOI: 10.1002/eat.23266. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23266>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ALLEN, K. L. Understanding eating disorders across samples and stages. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 143-144, 01 fev. 2019. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.11.005. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30788-2/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30788-2/abstract). Acesso em: 18 jan. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5.ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN 978-85-8271-089-0. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 347-358, fev. 2017. DOI: 1413-81232017222.16962015. ISSN: 1678-4561. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200347&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2021.

AUSTIN, A. *et al.* Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. **European Eating Disorders**

Review, [S. l.], p. 1-17, 23 jun. 2020. DOI: 10.1002/erv.2745. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.2745>. Acesso em: 18 jan. 2021.

AZEVEDO, L. D. S. *et al.* Binge eating and alcohol consumption : an integrative review. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, n. 0123456789, 18 maio 2020. DOI: 10.1007/s40519-020-00923-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424561/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BABOR, T. F. *et al.* **The alcohol use disorders identification test** – Guidelines to use in primary test. 2.ed. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 jan. 2021.

BAHJI, A. *et al.* Prevalência de comorbidade de transtorno de uso de substâncias entre indivíduos com transtornos alimentares: uma revisão sistemática e meta-análise. **Psychiatry Research**, [S. l.], v. 273, p. 58-66, 2019.

BAKALAR, J. L. *et al.* Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. **Current psychiatry reports**, [S. l.], v. 17, n. 6, p. 42, 19 abr. 2015. DOI: 10.1007/s11920-015-0585-x. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%252Fs11920-015-0585-x>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BAKER, J. H. *et al.* Associations Between Alcohol Involvement and Drive for Thinness and Body Dissatisfaction in Adolescent Twins: A Bivariate Twin Study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [S. l.], v. 42, n. 11, p. 2214-2223, 4 set. 2018. DOI: 10.1111/acer.13868. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acer.13868>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BAKER, J. H. *et al.* Shared familial risk between bulimic symptoms and alcohol involvement during adolescence. **Journal of abnormal psychology**, [S. l.], v. 126, n. 5, p. 506-518, 2017. DOI: 10.1037/abn0000268. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2017-28636-003.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BASTOS, J. L. D.; DUQUILA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal [*Erratum* para: v. 17, n. 4]. **Scientia Medica**, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 2013, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707300?lang=fr>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BECKER, D. F.; GRILO, C. M. Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: associations with personality disorder and eating disorder pathology. **Journal of psychosomatic research**, [S. l.], v. 79, n. 2, p. 159-164, ago. 2015. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.01.016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399915000318?casa_token

n=dmhAzNwBuxQAAAAA:E0s8o_D6wCQH8a3tHfMbUyahUtOODALdzu5AATGWot_6AHmEXHdRER9MqExYr1VSGPGGL2vaBQ. Acesso em: 18 jan. 2021.

BOJORQUEZ, I. *et al.* Life course, sociocultural factors and disordered eating in adult Mexican women. **Appetite**, [S. l.], v. 121, p. 207-214, 01 fev. 2018. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.085. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317306761?casa_token=8leJn3qIT7sAAAAA:bUtnGQIEgV5esbgdnIbyS4P_0v5UN33tkCK-_5KTidLpgTCW9ZOxY10gZwYv4RMI11ObL3srw. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. ISBN 978-85-334-1813-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. ISBN 978-85-334-2176-9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Relatórios de acesso público. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde: VIGITEL (Brasil). **Vigilância de Fatores de Risco E Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 134–144, 2006. DOI: 10.1590/S0101-60832006000300003. ISSN 1806-938X. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a03v33n3.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRESLAU, J. *et al.* A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S. l.], v. 124, n. 6, p. 474-486, 30 abr. 2011. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRESLOW, R. A. *et al.* Alcoholic beverage consumption, nutrient intakes, and diet quality in the US adult population, 1999-2006. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 110, n. 4, p. 551-562, abr. 2010. Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822309020963?casa_token=BysOAY7cCtIAAAAA:j_SSzJj1MDaJRtZLoNTamHnNzCCY01wUgm0RI5tnWheJmCB0q0c81EQFe_hcQagdfiSZ51aFzw. DOI: 10.1016/j.jada.2009.12.026. Acesso em: 18 jan. 2021.

BREWERTON, T. D. *et al.* The number of divergent purging behaviors is associated with histories of trauma, PTSD, and comorbidity in a national sample of women. **Eating disorders**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 422-429, 26 fev. 2015. DOI: 10.1080/10640266.2015.1013394. ISSN: 1064-0266. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2015.1013394?needAccess=true>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BROWNLEY, K. A. *et al.* Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. **Annals of internal medicine**, [S. l.], v. 165, n. 6, p. 409-420, 20 set. 2016. DOI: 10.7326/M15-2455. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M15-2455>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CALERO-ELVIRA, A. *et al.* Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 243-259, 28 maio 2009. DOI: 10.1002/erv.936. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.936>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CALLEGARI-JACQUES S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARDOSO, E. A. O.; ZUBEN, B. V. V.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 9, p. 329-340, 2014. DOI: 10.12957/demetra.2014.10346. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10346/9710>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2017.

CASTAÑEDA, G. *et al.* Examining the effect of weight conscious drinking on binge drinking frequency among college freshmen. **Journal of American college health**, [S. l.], p. 1-8, 26 jul. 2019. DOI: 10.1080/07448481.2019.1642204. ISSN: 1940-3208. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.2019.1642204?casa_token=EywieRpT8NgAAAAA:LyW79mqV1BrMSk2Oo0kO8R_vg_vvsvHDPdVYx3KnVe9aZ1BB7szIU-B2B8Y5dEuLKPUskpg20P1f. Acesso em: 18 jan. 2021.

CCEB - **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**: O novo critério padrão de classificação econômica Brasil. [S. l.]: ABEP, 2015.

CHAPA, D.; BOHRER, B. K.; FORBUSH, K. T. Is the diagnostic threshold for bulimia nervosa clinically meaningful? **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 28, p. 16-19, jan. 2018. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.12.002. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015317301472?casa_token=HRefkoAFMboAAAAA:aBQGZIO_KA2m5yGs1eyJVS_Ymc-WgoHs_sl57fkGvClh5z9a6avknuYLIgPmbLgF_oTw_vu8Q. Acesso em: 18 jan. 2021.

COFFINO, J. A.; UDO, T.; GRILO, C. M. Rates of help-seeking in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders: prevalence across diagnoses and differences by sex and ethnicity/race. **Mayo Clinic Proceedings**, [S. l.], v. 94, n. 8, p. 1415-1426, ago. 2019. DOI: 10.1016/j.mayocp.2019.02.030. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619619303520>. Acesso em: 18 jan. 2021.

COFFINO, J. A.; UDO, T.; GRILO, C. M. The significance of overvaluation of shape or weight in binge-eating disorder: Results from a National Sample of US adults. **Obesity**, [S. l.], v. 27, n. 8, p. 1367-1371, ago. 2019. DOI: 10.1002/oby.22539. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.22539>. Acesso em: 18 jan. 2021.

COOPER, Z.; CALUGI, S.; GRAVE, R. D. Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching?. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], v. 25, p. 1105-1109, 18 jun. 2019. DOI: 10.1007/2Fs40519-019-00734-4. Disponível em: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40519-019-00734-4.pdf&casa_token=DFksqM3HWBgAAAAA:Krc-flxtSiypTdIViTfjOpmqfXkQh_51dorEvvcgERC3f9SNwifmr3Aic5vS3y6ZlwwiSujVN4Sb_J3RN. Acesso em: 18 jan. 2021.

CORDÁS, T. A.; TREJGER, K. A. **Nutrição em Psiquiatria**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978-85-363-2130-1 1.

CRANFORD, J. A. *et al.* Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. **Psychology of addictive behaviors**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 386, 2010. DPO <https://doi.org/10.1037/a0019801>. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2010-19026-003?casa_token=u3eL7lwMozgAAAAA:L0E1WMNDLd1pBlzkBEWxWm0pUO01xlYS0GmO9APufAY6viXbmZW93wPiO84SG9aSe86WFkPLBrWpeStBe_xkH6Q. Acesso em: 18 jan. 2021.

CRONCE, J. M. *et al.* Alcohol and binge eating as mediators between posttraumatic stress disorder symptom severity and body mass index. **Obesity**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 801-806, abr. 2017. DOI: 10.1002/oby.21809. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.21809?casa_token=PGCb5gprANkAAAAA%3Ap6JN2ry_5MZLggKfQ56D0gQjVNz9YOH0zApYOIEme5W9PG42

C23rwebiBYqZQjXuJ2n2d2izbDop4MI. Acesso em: 18 jan. 2021.

DAVIS, H. A.; GRAHAM, A. K.; WILDES, J. E. Overview of Binge Eating Disorder. **Current Cardiovascular Risk Reports**, [S. l.], v. 14, n. 12, p. 1-10, 4 nov. 2020. DOI: 10.1007/2Fs12170-020-00664-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12170-020-00664-2>. Acesso em: 18 jan. 2021.

DEGORTES, D.; SANTONASTASO, P.; FAVARO, A. Body Image Disturbances in Bulimia Nervosa. **Body Image, Eating, and Weight**. [S. l.], p. 127-140, 04 nov. 2018.. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-90817-5_9. Acesso em: 18 jan. 2021.

EDDY, K. T. *et al.* Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [S. l.], v. 78, n. 2, p. 184-189, 2017. DOI: 10.4088/JCP.15m10393. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/recovery-from-anorexia-and-bulimia-at-year-follow-up.aspx>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ELMQUIST, J. *et al.* Eating disorder symptoms and length of stay in residential treatment for substance use: A brief report. **Journal of dual diagnosis**, [S. l.], v. 11, n. 3-4, p. 233-237, 18 dez. 2015. DOI: 10.1080/15504263.2015.1104480. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2015.1104480?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ELMQUIST, J. *et al.* The relationship between eating disorder symptoms and treatment rejection among young adult men in residential substance use treatment. **Substance abuse: research and treatment**, [S. l.], v. 10, p. SART.S33396, 22 maio 2016. DOI: 10.4137/SART.S33396. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4137/SART.S33396>. Acesso em: 18 jan. 2021.

ESKANDER, N.; CHAKRAPANI, S.; GHANI, M. R. The Risk of Substance Use Among Adolescents and Adults With Eating Disorders. **Cureus**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. e10309, set. 2020. DOI: 10.7759/cureus.10309. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7544549/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FARROKHI, F.; MAHMOUDI-HAMIDABAD, A. Rethinking Convenience Sampling: Defining Quality Criteria. **Theory and Practice in Language Studies**, Finlândia, v. 2, n. 4, p. 784–792, abr. 2012. DOI: 10.4304/tpls.2.4.784-792. ISSN: 1799-2591. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.348.3490&rep=rep1&type=pdf#page=140>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FAZZINO, T. L. *et al.* Heavy drinking in young adulthood increases risk of transitioning to obesity. **American journal of preventive medicine**, [S. l.], v. 53, n. 2, p. 169-175, ago. 2017. DOI: [10.1016/j.amepre.2017.02.007](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.007). Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074937971730140X?casa_token=YeKQzLnNMLgAAAAA:ICombqb5lhELMUhHknwPHnk6_jV3q3BmtkdhrQplxq_yMQ-irNOzfkJOtDNx2Cr5gJUjTGCnKQ. Acesso em: 18 jan. 2021.

FAZZINO, T. L. *et al.* Motives for drinking alcohol and eating palatable foods: An evaluation of shared mechanisms and associations with drinking and binge eating. **Addictive behaviors**, [S. l.], v. 85, p. 113-119, out. 2018. DOI: [10.1016/j.addbeh.2018.04.025](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.025). Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460318304192/pdf?casa_token=P_LzBxthGHsAAAAA:uoNG9Tj0LEHxNVuSWJ0u3_quAE2RFpFTVhM62EoJfYQ1Y4LfGbTdEgDgIDc4eeOMgunXN-gDXQ&md5=eb895335725946f4be40bb970654acea&pid=1-s2.0-S0306460318304192-main.pdf. Acesso em: 18 jan. 2021.

FISBERG, R. M. *et al.* Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 3, 01 set. 2004. DOI: [10.1590/S1415-52732004000300003](https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000300003). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300003. Acesso em: 18 jan. 2021.

FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L.; MARTINI, L. A. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2005. 334 p. Disponível em: . Acesso em: 18 jan. 2021.

FOULADI, F. *et al.* Prevalence of alcohol and other substance use in patients with eating disorders. **European Eating Disorders Review**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 531-536, 29 set. 2015. DOI: [10.1002/erv.2410](https://doi.org/10.1002/erv.2410). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26415622/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FREIRE, C. C. *et al.* Binge eating disorder is not predictive of alcohol abuse disorders in long-term follow-up period after Roux-en-Y gastric bypass surgery. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 637-642, 2020. DOI: [10.1007/s40519-019-00663-2](https://doi.org/10.1007/s40519-019-00663-2). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-019-00663-2>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FREITAS, F. M. *et al.* Abusive alcohol consumption among adolescents: a predictive model for maximizing early detection and responses. **Public health**, [S. l.], v. 159, p. 99-106, jun. 2018. DOI: [10.1016/j.puhe.2018.02.008](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.008). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350618300568?casa_token=n-n5Kdm0IOYQAAAAA:CV0G7IA1nU64oxq_w6ze-7JHIGAEFFHSJYged7PirfNxak-w3Ysb91ysVH5bFHS0Gzu_qxTxog. Acesso em: 18 jan. 2021.

FREITAS, P. H. B. *et al.* Transtornos Alimentares E O Uso De Drogas: Perfil Epidemiológico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 146–155, abr./jun. 2015. DOI: [10.18471/rbe.v29i2.12537](https://doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12537). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12537>. Acesso em:

18 jan. 2021.

FREITAS, S. *et al.* Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 215-220, dez. 2001. DOI: [10.1590/S1516-44462001000400008](https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008). ISSN 1809-452X. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000400008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2021.

GADALLA, T.; PIRAN, N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: A meta analysis. **Archives of Women's Mental Health**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 133–140, 29 maio 2007. DOI: [10.1007/s00737-007-0184-x](https://doi.org/10.1007/s00737-007-0184-x). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-007-0184-x>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GALBRAITH, K. *et al.* Weighty decisions: How symptom severity and weight impact perceptions of bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 52, n. 9, p. 1035-1041, 25 jun. 2019. DOI: [10.1002/eat.23125](https://doi.org/10.1002/eat.23125). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23125?casa_token=Po-glPBYSZEAAAAA%3AOPkeE1xlf0bP5EOklaym17irT-PSvK9z9e2sjqCwTnsLH7elrrT1RIFJ2oN-WTsfJnKpbfchoqTu6Po. Acesso em: 18 jan. 2021.

GALMICHE, M. *et al.* Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. **The American journal of clinical nutrition**, [S. l.], v. 109, n. 5, p. 1402-1413, maio 2019. DOI: [10.1093/ajcn/nqy342](https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342). Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/109/5/1402/5480601?login=true>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MONTEIRO, M. G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. **Addiction**, [S. l.], v. 109, n. 4, p. 570–577, 2014. DOI: [10.1111/add.12418](https://doi.org/10.1111/add.12418). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12418>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. Ribeirão Preto: Atlas, 2008. ISBN: 978-85-224-5142-5.

GILL, S. K.; KAPLAN, A. S. A retrospective chart review study of symptom onset, diagnosis, comorbidities, and treatment in patients with binge eating disorder in Canadian clinical practice. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], p. 1-10, 10 out. 2020. DOI: [10.1007/s40519-020-01026-y](https://doi.org/10.1007/s40519-020-01026-y). Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40519-020-01026-y.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GORMALLY, L. *et al.* The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addict Behaviors**, [S. l.], 1982. DOI: [10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7). Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460382900247>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GRANT, J. E.; CHAMBERLAIN, S. R. Neurocognitive findings in young adults with binge eating disorder. **International journal of psychiatry in clinical practice**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 71-76, 2020. DOI: 10.1080/13651501.2019.1687724. ISSN: 1471-1788. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13651501.2019.1687724>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GREGOROWSK C.; SEEDAT S.; JORDAAN G. P. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 13, p. no pagination, 07 nov. 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-13-289>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GRILO, C. M. *et al.* Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 43, n. 6, p. 1335-1344, 2013. DOI: 10.1017/S0033291712002097. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/predictive-significance-of-the-overvaluation-of-shapeweight-in-obese-patients-with-binge-eating-disorder-findings-from-a-randomized-controlled-trial-with-12month-followup/EA7804B7C120F487C0DC6C677B5E0478>. Acesso em: 18 jan. 2021.

GRUCZA, R. A.; PRZYBECK, T. R.; CLONINGER, C. R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. **Comprehensive psychiatry**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 124-131, mar./abr. 2007. DOI: 10.1016/j.comppsy.2006.08.002 Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X06000964?casa_token=OAKUJWnD1k8AAAAA:EnVAX-9qG-zrlo_46-A3LXr9NJIq3ngRfHQFIS1rcy7h3FjGX4xOl4vd_KiJs_ry1P0w531wgg. Acesso em: 18 jan. 2021.

HAY, P. Current approach to eating disorders: a clinical update. **Internal Medicine Journal**, [S. l.], v. 50, n. 1, p. 24-29, 14 jan. 2020. DOI: 10.1111/imj.14691. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.14691>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HAY, P.; GIROSI, F.; MOND, J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. **Journal of eating disorders**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 1-7, 25 abr. 2015. DOI: 10.1186/s40337-015-0056-0. Disponível em: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-015-0056-0>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HEYWARD, V. H.; STOLARCZYK, L. M. **Applied body composition assessment**. Champaign: Human Kinetics, 1 maio 1996. 221 p. ISBN-10 0873226534.

HILBERT A.; HOEK, H. W.; SCHMIDT, R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. **Current opinion in psychiatry**, [S. l.], v. 30, n. 6, p. 423, 11 jul. 2017. DOI: [10.1097/YCO.0000000000000360](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5690314/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HILBERT, A. *et al.* Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S. l.], v. 87, n. 1, p. 91, 2019. DOI: [10.1037/ccp0000358](https://doi.org/10.1037/ccp0000358). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fccp0000358>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HILBERT, A.; BRAUHARDT, A. Childhood loss of control eating over five-year follow-up. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 47, n. 7, p. 758-761, 05 jun. 2014. DOI: [10.1002/eat.22312](https://doi.org/10.1002/eat.22312). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22312?casa_token=KyRtaKWGOKsAAAAA%3AGMyjHbHXrxECGMiwz2HZHfRpe4S3ZcbD3nxmfG9OUdS5YXH6ft9w7Me9StEhV9SiPIL1Mqspu5iWKKU. Acesso em: 18 jan. 2021.

HILDEBRANDT, T. *et al.* Randomized controlled trial comparing smartphone assisted versus traditional guided self-help for adults with binge eating. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 50, n. 11, p. 1313-1322, 27 set. 2017. DOI: [10.1002/eat.22781](https://doi.org/10.1002/eat.22781). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22781?casa_token=XZ99NvbzsfEAAAAA%3AbsfoTure4prl8C35T-FElh2TJ2w3Eq152aGsd-v82Vbx0LI8ZiSzUVl4g7duOezg8BXQNggGQn_QkX9k. Acesso em: 18 jan. 2021.

HIMMERICH, H. *et al.* Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [S. l.], v. 54, n. 7, p. 813-821, 11 fev. 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01667-0>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HORVATH, S. A.; SHOREY, R. C.; RACINE, S. E. Emotion dysregulation as a correlate of food and alcohol disturbance in undergraduate students. **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 38, p. 101409, ago. 2020. DOI: [10.1016/j.eatbeh.2020.101409](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101409). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015319301436?casa_token=_CsYuwqoi-MAAAAA:Usdz5MzkTF12Jx4qe95e8wGpav1vJLc68YHiLD8NK9INtRK7xZyYT3nxzEmhQV7XTx91Fzpdg. Acesso em: 18 jan. 2021.

HUDSON, J. I. *et al.* The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication [*Erratum para: v. 72, n. 2*]. **Biological psychiatry**, [S. l.], 2012. DOI: [10.1016/j.biopsych.2012.05.016](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.05.016). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2012-17045-016>. Acesso em: 18 jan. 2021.

KESSLER, R. C. *et al.* A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: results from the WHO World Mental Health Surveys. **Epidemiology and psychiatric sciences**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 27, mar. 2014. DOI: [10.1017/S2045796013000516](https://doi.org/10.1017/S2045796013000516). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100465/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

KESSLER, R. C. *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Biological psychiatry**, [S. l.], v. 73, n. 9, p. 904-914, maio 2013. DOI: [10.1016/j.biopsych.2012.11.020](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322312010281?casa_token=6kl9SIMNa3sAAAAA:ucYTRBCPiYWeBBOixFyKYMSi6FyYvGPGuFXXzdYyBH34MmsXQ5QpmWPWMmalHFxo8tD7Dlvp7A. Acesso em: 18 jan. 2021.

KILLEEN, T. *et al.* Exploring the relationship between eating disorder symptoms and substance use severity in women with comorbid PTSD and substance use disorders. **The American journal of drug and alcohol abuse**, [S. l.], v. 41, n. 6, p. 547-552, 23 abr. 2015. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00952990.2015.1080263?casa_token=n=68SJ8tdPsDIAAAAA:48Ax-C98AxLtMIOoCiBaKf1JIP3DzGU8iu34E3hZW5NmJdeKxE4QE_V-IQ9cuFm-bxv83Wmomxqx. Acesso em: 18 jan. 2021.

KIM, Y. *et al.* Determinants of binge eating disorder among normal weight and overweight female college students in Korea. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 849-860, 08 set. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-018-0574-2>. Acesso em: 18 jan. 2021.

KLOBUKOSKI, C.; HÖFELMANN, D. A. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 443-452, out./dez. 2017. DOI: [10.1590/1414-462x201700040094](https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040094). ISSN: 2358-291X. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017000400443&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2021.

KREBS-SMITH, S. M. *et al.* Update of the healthy eating index: HEI-2015. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, [S. l.], v. 118, n. 9, p. 1591-1602, set. 2018. DOI: [10.1016/j.jand.2018.05.021](https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.021). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267218308384?casa_token=n=xCZQcLQ6uUYAAAAA:9XI_D2z4Z2xkPjLF-ghrfkG7pPjfKjcrCoD1GqpNHduMDNLO3X8xFc7u9C7eptw5kVTFoYnCw. Acesso em: 19 jan. 2021.

KWOK, A. I. *et al.* Effect of alcohol consumption on food energy intake: A systematic review and meta-analysis. **The British journal of nutrition**, [S. l.], v. 121, n. 5, p. 481-495, 2019. DOI: [10.1017/S0007114518003677](https://doi.org/10.1017/S0007114518003677). Disponível em:

<https://search.proquest.com/openview/c8eef834ee76d861b0541ccb064613a9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5629>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II levantamento nacional de álcool e drogas**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LARSEN, J. T. *et al.* Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 50, n. 12, p. 1404-1412, 06 nov. 2017. DOI: [10.1002/eat.22798](https://doi.org/10.1002/eat.22798). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22798?casa_token=Rt2QFhQ0258AAAAA%3A2h3igINODR9MmmZD_YOQRXJa_A2eWKVIWCUMjXr8IAHcD6xZ5rCP5uoJmYj-D-sYoDpaXRSJTbzQOQ. Acesso em: 19 jan. 2021.

LEWER, M. *et al.* Diferentes facetas do distúrbio da imagem corporal no transtorno da compulsão alimentar periódica: uma revisão. **Nutrientes**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. 1294, 2017.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol**, [S. l.], v. 40, n. 6, p. 584-589, 05 set. 2005. DOI: [10.1093/alcalc/agh202](https://doi.org/10.1093/alcalc/agh202). Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/40/6/584/126118>. Acesso em: 14 abr. 2018.

LIMA, D. W. L. *et al.* Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 151-158, jul./set. 2018. DOI: [10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000396](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000396). Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/SMAD_v.14_n.3.05.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

LING, Y. L.; RASCATI, K. L.; PAWASKAR, M. Direct and indirect costs among patients with binge-eating disorder in the United States. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 50, n. 5, p. 523-532, 2017. DOI: [10.1002/eat.22631](https://doi.org/10.1002/eat.22631). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22631?casa_token=Il0siWOVLAwAAAAA%3AIfW_4EJfxbKZf5b0ydrAKEy-EtFxVHIG3Z47WZ2MG-cPwGDbVidbDk3XP7GvIK9Fcy84JE75nL-6rr8. Acesso em: 19 jan. 2021.

ŁOWIŃSKA, A.; ZIÓŁKOWSKA, B. Comorbidity of alcohol dependence and abnormal eating behaviours in women in early and middle adulthood. **Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 279-294, 2017. DOI: [10.5114/ain.2017.73666](https://doi.org/10.5114/ain.2017.73666). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b7ec/2f3546e022c86cd5ed5d0c67c27777e88dac.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LYDECKER, J. A; WHITE, M. A; GRILO, C. M. Form and formulation: Examining the distinctiveness of body image constructs in treatment-seeking patients with binge-eating disorder. **Journal of consulting and clinical psychology**, [S. l.], v. 85, n. 11, p. 1095, nov. 2017. DOI: 10.1037/ccp0000258. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083224/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MACHADO, Í. E. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 408–422, jul./set. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700030005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n3/408-422/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MACINKO, J. *et al.* Patterns of alcohol consumption and related behaviors in Brazil: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **PLoS ONE**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. 1–12, 31 jul. 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0134153. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0134153>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MANN, A. P. *et al.* Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 182–187, 18 mar. 2014. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.01.015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4108497/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MARTIN, J. *et al.* Predictors of quality of life in patients with eating disorders. **European Psychiatry**, [S. l.], v. 45, p. 182-189, set. 2017. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.07.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28957785/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MARTIN, J. L. *et al.* Disordered eating and alcohol use among college women: associations with race and big five traits. **Eating behaviors**, [S. l.], v. 17, p. 149-152, abr. 2015. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.02.002. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015315000203?casa_token=M7Zal96z9yAAAAAA:aWKhnrdYl-cwNXrNqX7rjo-3Tc2x3lhWriqpmMBWs_b7L2kW71hpINpaaFiRpGG5Lh93awVmWg. Acesso em: 19 jan. 2021.

MASON, T. B.; LEWIS, R. J. Clustered patterns of behavioral and health-related variables among young lesbian women. **Behavior therapy**, [S. l.], v. 50, n. 4, p. 683-695, jul. 2019. DOI: 10.1016/j.beth.2018.10.006. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789418301461?casa_token=D0A-EYWtmWQAAAAA:asvUCH0pTIJquOuA4nNPPaUNdEUEb2mx-8xatTEYGHaiwyqRYVVaHbSnMoGxiWrClseQuLqqw. Acesso em: 19 jan. 2021.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001

MAYHEW, A. J. *et al.* An evolutionary genetic perspective of eating disorders. **Neuroendocrinology**, [S. l.], v. 106, n. 3, p. 292-306, 2018. DOI:

[10.1159/000484525](https://www.karger.com/Article/Abstract/484525).

Disponível

em:

<https://www.karger.com/Article/Abstract/484525>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MCINTYRE, J. S.; CHARLES, S. C.; ANZIA, D. J. (Ed.). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2006. **JAMA**, [S. l.], v. 296, n. 21, p. 2620-2621, 06 dez. 2006. ISBN: 13-978-0-89042-385-1. DOI: 10.1001/jama.296.21.2620. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/204324>. Acesso em: 18 jan. 2021.

MCMMASTER, C. M. *et al.* A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], p. 1-14, 30 jan. 2020. DOI: 0.1007/2Fs40519-020-00850-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00850-6>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MCMMASTER, C. M. *et al.* Rationale and development of a manualised dietetic intervention for adults undergoing psychological treatment for an eating disorder. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], p. 1-15, 19 jul. 2020. DOI: 10.1007/s40519-020-00955-y. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00955-y>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MÉNDEZ, B. **Uma versão brasileira do AUDIT** – Alcohol Use Disorders Identification Test. 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT** - Alcohol Use Disorders Identification Test. 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999. Disponível em: . Acesso em: 19 jan. 2021.

MICALI, N. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. **BMC medicine**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 12, 17 jan. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-016-0766-4>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MIKHEEVA, O. V.; TRAGESSER, S. L. Personality features, disordered eating, and alcohol use among college students: A latent profile analysis. **Personality and Individual Differences**, [S. l.], v. 94, p. 360–365, maio 2016. DOI: [10.1016/j.paid.2016.02.004](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.004). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886916300599?casa_token=j0MZ-SLVcSEAAAAA:ap_S9gu5Xv-oJj7qUlafwYM2Q3WAA-5d6if-i6rqUXT571NNonvfDVtez5et2iljXXc-9eMWSA. Acesso em: 19 jan. 2021.

MILIC, J. *et al.* Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. **Maturitas**, [S. l.], v. 111, p. 100-109, maio 2018. DOI: [10.1016/j.maturitas.2018.03.006](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006). Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512217311027?casa_token=KFefJaXF7dMAAAAA:OxUuy0c0kS04EkKs64rUUaYiTVRbl38H7FZzpniqlNnlhzEecNKBKRjh1JLNIQpZw3stof5gqw. Acesso em: 19 jan. 2021.

MITCHELL, J. E. *et al.* Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 215-222, 2015. DOI: [10.1002/eat.22275](https://doi.org/10.1002/eat.22275). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22275?casa_token=MsZQL2FsvssAAAAA%3A7gkq9nmLmQf7Bc2MbezJDEEJlk840veHZelHrwtAyBs2EQIZX3tUZmWGcFPyg3K2dbT-HEhVC8bmys. Acesso em: 19 jan. 2021.

MOLE, T. B. *et al.* Impulsivity in disorders of food and drug misuse. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 771-782, 2015. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/impulsivity-in-disorders-of-food-and-drug-misuse/872024D192D74EDF8DE910C6C5ACD851>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MUNN-CHERNOFF, M. A. *et al.* Bulimic behaviors and early substance use: findings from a cotwin-control study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [S. l.], v. 39, n. 9, p. 1740-1748, 06 ago. 2015. DOI: [10.1111/acer.12829](https://doi.org/10.1111/acer.12829). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.12829?casa_token=IQT_9cZZ9nMAAAAA%3A5dQ0bSS2n8YMvhhbMJBEEAvx0HhVFO0QvR5srlyP9_Tlkvlk4EjAuWE0Le-EWzTFBdfBS0Ugpm0OrkLA4. Acesso em: 19 jan. 2021.

MUNN-CHERNOFF, M. A. *et al.* Eating Disorders in a Community-Based Sample of Women with Alcohol Use Disorder and Nicotine Dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, [S. l.], p. 107981, 01 jul. 2020. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2020.107981](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107981). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871620301460?casa_token=GFw1k4dmP8sAAAAA:QHpuRmImhoNlScQ47dSx5b4PLINJtONz_eeUXcUzevkqkxVPhVfLXgFUvRIVo_-luPZaakXd6Q. Acesso em: 19 jan. 2021.

MUNN-CHERNOFF, M. A. *et al.* Genetic overlap between alcohol use disorder and bulimic behaviors in European American and African American women. **Drug and alcohol dependence**, [S. l.], v. 153, p. 335-340, 01 ago. 2015. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2015.05.043](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.043). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615003002?casa_token=axqLRQ8LRGEAAAAA:xklW29bB7CvtmgHh0LiWnUcx4YVDZlZcGloHJUuSz5UqMQS5i8WibAYvcU5MrIW49q3Dej_g. Acesso em: 19 jan. 2021.

MUNN-CHERNOFF, M. A.; BAKER, J. H. A primer on the genetics of comorbid eating disorders and substance use disorders. **European Eating Disorders Review**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 91-100, 2016. DOI: [10.1002/erv.2424](https://doi.org/10.1002/erv.2424). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.2424?casa_token=ZhJfHcJPJ2gAAAAA%3A315V8YjJGFBP000S6ozsf6A8Tqf5jncAY5tbQV2PrEpEFew_F5kCDToG-YD1u5IrgVZ6ueMrTYYh2sY. Acesso em: 19 jan. 2021.

MUSTELIN, L. *et al.* Risky drinking behaviors among women with eating disorders—A longitudinal community-based study. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 49, n. 6, p. 563-571, 01 abr. 2016. DOI: [10.1002/eat.22526](https://doi.org/10.1002/eat.22526). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22526?casa_token=YNTFuRXB82wAAAAA%3AOeNxp2adklNgXjjYRqTXKG7nPrLwJnr6L7DEo1M0hdSon5zBhdZgXK7uWmwfA8iqjMSl9KNO2gt0iEY. Acesso em: 19 jan. 2021.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO - NEPA. Universidade Estadual de Campinas. **Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO)**. 4.ed. rev. ampl. Campinas: Nepa-Unicamp, 2004.

OLGUIN, P. *et al.* Medical comorbidity of binge eating disorder. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 13-26, 2017.

OLIVEIRA, J.; CORDÁS, T. A. Comportamento alimentar, consumo de substâncias não alimentares e urgência negativa em mulheres. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eAO5269, 04 jul. 2020. DOI: [10.31744/einstein_journal/2020AO5269](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5269). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100258&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

ORTEGA, F. B.; LAVIE, C. J.; BLAIR, S. N. Obesity and cardiovascular disease. **Circulation research**, [S. l.], v. 118, n. 11, p. 1752-1770, 27 maio 2016. DOI: [10.1161/CIRCRESAHA.115.306883](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306883). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27230640/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ORTEGA, R. O.; BOJORCUEZ CHAPELA, I.; UNIKEL SANTONCINI, C. Disordered eating behaviors and binge drinking in female high-school students: the role of impulsivity. **Salud Mental**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 83–89, mar./abr. 2012. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=34000>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PAWASKAR, M. *et al.* Characterization of Binge-Eating Behavior in Individuals With Binge-Eating Disorder in an Adult Population in the United States. **The primary care companion for CNS disorders**, [S. l.], v. 18, n. 5, 26 out. 2016. DOI: [10.4088/pcc.16m01965](https://doi.org/10.4088/pcc.16m01965). Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/27835723>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PAWASKAR, M. *et al.* Impacto do transtorno da compulsão alimentar periódica no comprometimento funcional e na produtividade do trabalho em uma amostra de uma comunidade de adultos nos Estados Unidos. **Jornal Internacional de Prática Clínica**, [S. l.], v. 71, n. 7, p. e12970, 2017.

PEARL, R. L.; WHITE, M. A.; GRILO, C M. Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. **Eating behaviors**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 259-261, abr. 2014. DOI: [10.1016/j.eatbeh.2014.03.005](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.03.005). Disponível em:

sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015314000312?casa_token=58-BaoYRIMoAAAAA:aCLTPy2yF-cF2hmko--Xli42-6vIKEhj7cY2KMIYmRfNliWf6r21jgtcFw6j_6bs1EMSBZPf2Q. Acesso em: 19 jan. 2021.

PHILIPPI, S. T. **Tabela de Composição de Alimentos:** Suporte para decisão nutricional. 4.ed. rev. atual. Barueri: Manole, 2013.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, S. M. teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 325–332, jul./set. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Pillon/publication/256196068_Alcohol_use_disorders_identification_test_AUDIT_among_college_students/links/00b7d521f54f41c0eb000000/Alcohol-use-disorders-identification-test-AUDIT-among-college-students.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

PIRES, R. K. *et al.* Critical analysis of the revised diet quality index for the Brazilian population (DQI-R): its application in ELSA-Brasil/Análise crítica do índice de qualidade da dieta revisado para a população brasileira (IQD-R): aplicação no ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 703-714, 2020. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA618566170&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=14138123&p=IFME&sw=w>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PISETSKY, E. M. *et al.* An examination of affect prior to and following episodes of getting drunk in women with bulimia nervosa. **Psychiatry research**, [S. l.], v. 240, p. 202-208, 30 jun. 2016. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.04.044](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.044). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116306436?casa_token=l227IXdbGXYAAAAA:T8eIAaJS52TZJ-w4p83I1btRtFyMNIjI6KLALL0WFHf1wh0cePSzS39SWx5Eo9EZKLKCG-tMpw. Acesso em: 19 jan. 2021.

POMPILI, S.; LAGHI, F. Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation. **Eating behaviors**, [S. l.], v. 29, p. 1-7, abr. 2018. DOI: [10.1016/j.eatbeh.2018.01.001](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.01.001). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015317301368?casa_token=4sa47uTgXXIAAAAA:kAwDGSTya8a0Y2ttdZ519f3YhDleta2xzN1Zbfe_wUFRtuHdnqeMNwRUBHL7Z5WW7LI1S2W5RA. Acesso em: 19 jan. 2021.

PONCE, J. C. *et al.* Consumo de álcool comórbido a transtornos alimentares: uma revisão da literatura. [S. l.], v. 16, n. 1, p. 29–38, 2011. DOI: [10.11606/issn.2317-2770.v16i1p30-38](https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v16i1p30-38). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/45775>. Acesso em: 19 jan. 2021.

PREVIDELLI, A. N. *et al.* Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 794-8, ago. 2011. DOI:

10.1590/S0034-89102011005000035. ISSN: 0034-8910. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000035&script=sci_arttext. Acesso em: 19 jan. 2021.

REHM, J. *et al.* The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. **Addiction**, [S. l.], v. 112, n. 6, p. 968–1001, 20 fev. 2017. DOI: [10.1111/add.13757](https://doi.org/10.1111/add.13757). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13757>. Acesso em: 19 jan. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2015.

ROBINSON, E; HUNGER, J. M.; DALY, M. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. **International journal of obesity**, [S. l.], v. 39, n. 12, p. 1721-1726, 07 ago. 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijo2015143/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ROLLAND, B. *et al.* Binge eating, but not other disordered eating symptoms, is a significant contributor of binge drinking severity: Findings from a cross-sectional study among French students. **Frontiers in psychology**, [S. l.], v. 8, p. 1878, 30 out. 2017. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.01878](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01878). Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01878/full>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ROTH, T. *et al.* Loss in nutrient absorption by alcohol ingestion: a review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 190911910, 2020.

RUSH, C. C.; CURRY, J. F.; LOONEY, J. G. Alcohol expectancies and drinking behaviors among college students with disordered eating. **Journal of American College Health**, [S. l.], v. 64, n. 3, p. 195–204, 2016. DOI: [10.1080/07448481.2015.1107837](https://doi.org/10.1080/07448481.2015.1107837). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26700865/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SANTANA, D. D. *et al.* Associations between weight/shape overvaluation, sociodemographic features and BMI: 10-year time trends. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], p. 1-9, 23 out. 2020. DOI: [10.1007/s40519-020-01046-8](https://doi.org/10.1007/s40519-020-01046-8). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-01046-8>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SANTIAGO, A. C. *et al.* Diet Quality of Adolescents With an Eating Disorder. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 58, n. 2, p. S26, 2016

SARAF-BANK, S. *et al.* Adherence to Healthy Eating Index-2010 is inversely associated with metabolic syndrome and its features among Iranian adult women. **European journal of clinical nutrition**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 425-430, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ejcn2016173>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SCHMIDT, U. *et al.* Eating disorders: the big issue. **The Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 313-315, 01 abr. 2016. DOI: [10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)00081-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)00081-X/fulltext). Acesso em: 19 jan. 2021.

SCHULTE, E. M.; GRILO, C. M.; GEARHARDT, A. N. Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. **Clinical psychology review**, [S. l.], v. 44, p. 125-139, mar. 2016. DOI: [10.1016/j.cpr.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815300052?casa_token=jBarAyTo3osAAAAA:Qj8k0DC2zsXZij1xDDH4xLtXqEfZ2d4huy0WeCfSmep60rlBgGlnB_CVOPxFTIjM9xSz9BEldw. Acesso em: 19 jan. 2021.

SCOTT, S. *et al.* Exploring the links between unhealthy eating behaviour and heavy alcohol use in the social, emotional and cultural lives of young adults (aged 18–25): A qualitative research study. **Appetite**, [S. l.], v. 144, p. 104449, 01 jan. 2020. DOI: [10.1016/j.appet.2019.104449](https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104449). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666318313904>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SENGER, A. E. V. *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713–719, out./dez. 2011. DOI: [10.1590/S1809-98232011000400010](https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400010). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000400010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2021.

SILVA, S. T. *et al.* Binge eating, sociodemographic and lifestyle factors in participants of the ELSA-Brazil. **Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1–6, 2016.

SIMÕES-BARBOSA, R. H.; DANTAS-BERGER, S. M. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 1–11, 13 fev. 2017. DOI: [10.1590/0102-311X00120816](https://doi.org/10.1590/0102-311X00120816). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n1/e00120816/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SLANE, J. D. *et al.* Eating behaviors: prevalence, psychiatric comorbidity, and associations with body mass index among male and female Iraq and Afghanistan veterans. **Military medicine**, [S. l.], v. 181, n. 11-12, p. e1650-e1656, nov./dez. 2016. DOI: [10.7205/MILMED-D-15-00482](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00482). Disponível em: <https://academic.oup.com/milmed/article/181/11-12/e1650/4158540?login=true>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SOIHET, J.; SILVA, A. D. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. **Nutrição Brasil**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 55, 2019. DOI: [10.33233/nb.v18i1.2563](https://doi.org/10.33233/nb.v18i1.2563). Disponível em:

<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/nutricaoBrasil/article/view/2563>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SOLMI, F. *et al.* Prevalence of purging at age 16 and associations with negative outcomes among girls in three community-based cohorts. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [S. l.], v. 56, n. 1, pág. 87-96, 2015. DOI: 10.1111/jcpp.12283. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12283>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SOLMI, M. *et al.* The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. **Addiction**, [S. l.], v. 111, n. 11, p. 1914-1922, 2016. DOI: [10.1111/add.13457](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13457). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13457?casa_token=QpYyopIEt78AAAAA%3A8MI1Zd_o09AIEnr6vuc-ZX_mRSZ7P6KDNtsNO-JOYjaDyNTZwi9pIMp-V_XqC3tYB2X4yTGw-EXUa3o. Acesso em: 19 jan. 2021.

SONNEVILLE, K. R. *et al.* Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. **Psychological medicine**, v. 45, n. 12, p. 2511, set. 2015. DOI: [10.1017/S0033291715000148](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655585/). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655585/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SOUZA, A. P. L.; PESSA, R. P. Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 60-67, jan./mar. 2016. DOI: [10.1590/0047-2085000000104](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000100060&script=sci_arttext). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000100060&script=sci_arttext. Acesso em: 19 jan. 2021.

STICE, E. *et al.* Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. **Journal of abnormal psychology**, [S. l.], v. 126, n. 1, p. 38, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.12644?casa_token=YeWRbSZHLLgAAAAA%3AAaseiMYIDDZgEi4nD-bfcaY1XzGqJhc9TBsy5Etxu499EzR2UkOlem1VFOHo9VmaEmlSfNnEgc0fxc8. Acesso em: 19 jan. 2021.

STICKLEY, A. *et al.* Binge drinking and eating problems in Russian adolescents. **Alcoholism: clinical and experimental research**, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 540-547, 20 fev. 2015. DOI: [10.1111/acer.12644](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.12644). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.12644?casa_token=YeWRbSZHLLgAAAAA%3AAaseiMYIDDZgEi4nD-bfcaY1XzGqJhc9TBsy5Etxu499EzR2UkOlem1VFOHo9VmaEmlSfNnEgc0fxc8. Acesso em: 19 jan. 2021.

STOJEK, M. M. *et al.* The role of impulsivity traits and delayed reward discounting in dysregulated eating and drinking among heavy drinkers. **Appetite**, [S. l.], v. 80, p. 81-88, 01 set. 2014. DOI: [10.1016/j.appet.2014.05.004](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666314002062?casa_toke). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666314002062?casa_toke

n=xdz3RjR9G0UAAAAA:0D-
oPrBnE9FWo60t04Ev29B_tDZMtXEtmfRHmDg9Szdk40LsRGx1-
BBqALVcujt7bWtB8ppa0Q. Acesso em: 19 jan. 2021.

STRIEGEL, R. H.; BEDROSIAN, R.; WANG, C. Comparing work productivity in obesity and binge eating. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 45, n. 8, p. 995-998, 09 out. 2012. DOI: 10.1002/eat.22069. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.22069?casa_token=kleSD24u6qoAAAAA%3AhSFHNnKDz57iegFQEPKXf4pJOENchPbdLArDFwETwHAM3SoepeL7w_plvk7AbGSIVhWAJNik0tomY0c. Acesso em: 19 jan. 2021.

SYSKO, R. *et al.* Impulsivity and test meal intake among women with bulimia nervosa. **Appetite**, [S. l.], v. 112, p. 1-8, 01 maio 2017. DOI: 10.1016/j.appet.2017.01.005. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317300259?casa_token=_aVt6jlXZcUAAAAA:awZEhmwgEFQxLDjERI--nDc_zWMyfSIOMiNRSfUuDfUQYwLQ_iETfLydUUUZQ5_pOdgzMalFoQ. Acesso em: 19 jan. 2021.

THAPLIYAL, P.; HAY, P.; CONTI, J. Role of gender in the treatment experiences of people with an eating disorder: a metasynthesis. **Journal of eating disorders**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 18, 13 ago. 2018. DOI: 10.1186/s40337-018-0207-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-018-0207-1>. Acesso em: 19 jan. 2021.

TRAVERSY, G; CHAPUT, J P. Alcohol consumption and obesity: an update. **Current obesity reports**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 122-130, 2015. DOI: 10.1007/s13679-014-0129-4. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13679-014-0129-4.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

UDO, T.; GRILO, C. M. Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. **Biological psychiatry**, [S. l.], v. 84, n. 5, p. 345-354, 01 set. 2018. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322318314409?casa_token=gWxLMsgik_gAAAAA:b36y0tczUrBzy7E8mEGFQ1L7ZwSI17cONqmpnagJLMjRKdtMWAX4s7251ZPjaKuNcDBuWfUbQg. Acesso em: 19 jan. 2021.

UDO, T.; GRILO, C. M. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 52, n. 1, p. 42-50, 2019. DOI: 10.1002/eat.23004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eat.23004>. Acesso em: 19 jan. 2021.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2.ed. Washington: US Government Printing Office, nov. 2000. Disponível em:

https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_general_data_issues.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Health People 2020: An End of Decade Snapshot. [S. l.]: Office of the Secretary for Health, 10 dez. 2020. Disponível em: https://health.gov/sites/default/files/2020-12/HP2020RevisedEndofDecadeSnapshot_0.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. **Current Opinion in Psychiatry**, [S. l.], v. 33, n. 6, p. 521, 2020. DOI: [10.1097/YCO.0000000000000641](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7575017/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

VANDERLINDEN, J. *et al.* Sociodemographic and clinical characteristics of eating disorder patients treated in the specialized residential settings in Belgium. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [S. l.], p. 1-7, 20 fev. 2020. DOI: [10.1007/s40519-020-00867-x](https://doi.org/10.1007/s40519-020-00867-x). Disponível em: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40519-020-00867-x.pdf&casa_token=pZu3Dl-dtBsAAAAA:uhGgEY4etdVB6a3nuw5pfTKs0qn7oZtWOczVxdmJ2fcj1gjOQiuOW0uVJb3lw1mGHvxVziydUpVSTrU5. Acesso em: 19 jan. 2021.

VAZ-LEAL, F. J. *et al.* Neurobiological and clinical variables associated with alcohol abuse in bulimia nervosa. **European Eating Disorders Review**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 185-192, 12 mar. 2015. DOI: [10.1002/erv.2352](https://doi.org/10.1002/erv.2352). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.2352?casa_token=xH4yVXPgAmgAAAAA%3AC4KMOUiQEAAzOF-qeCzGXjwM76Cw_ffv37d3gP7AXku3PDDiYgEdHyJtkxRHZPJqsYybkr5CNVuBYqM. Acesso em: 19 jan. 2021.

VOLPE, U. *et al.* Eating disorders: What age at onset?. **Psychiatry Research**, [S. l.], v. 238, p. 225-227, 30 abr. 2016. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.02.048](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116303249?casa_token=IN7vsxln3RMAAAAA:pff_GFamtCWcOOxRksj7oB9tNI07I6CawO8T3mAk2Gcn-Xi1dMxpEg5pR0Wc1gW1IRC0a74qGQ. Acesso em: 19 jan. 2021.

WADE, T. D. Recent research on bulimia nervosa. **Psychiatric Clinics**, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 21-32, 2019. DOI: [10.1016/j.psc.2018.10.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002). Disponível em: [https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X\(18\)31149-3/abstract](https://www.psych.theclinics.com/article/S0193-953X(18)31149-3/abstract). Acesso em: 19 jan. 2021.

WAKEFORD, G.; KANNIS-DYMAND, L.; STATHAM, D. Anger rumination, binge eating, and at-risk alcohol use in a university sample. **Australian Journal of Psychology**, [S. l.], v. 70, n. 3, p. 269-276, 2018. DOI: [10.1111/ajpy.12187](https://doi.org/10.1111/ajpy.12187). Disponível em: https://aps.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajpy.12187?casa_token=nztRc6

5ZddEAAAAA%3AAIwJ6uMiJQOJY6INVq8wPghd6G3gAO4PnJhDrIxPtC73Ced88G55QBwbVRxzWxc6xguDmCgeIjv9QhA. Acesso em: 19 jan. 2021.

WELCH, E. *et al.* Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. **BMC psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 163, 26 maio 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0840-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-016-0840-7>. Acesso em: 19 jan. 2021.

WHITE, G. E. *et al.* Do Associations Between Alcohol Use and Alcohol Use Disorder Vary by Weight Status? Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, [S. l.], v. 43, n. 7, p. 1498-1509, 29 abr. 2019. DOI: [10.1111/acer.14071](https://doi.org/10.1111/acer.14071). Disponível em:

[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.14071?casa_token=FyZOu69r6M0AAAAA%3AQUeMec-](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.14071?casa_token=FyZOu69r6M0AAAAA%3AQUeMec-3T8R84iSqHBLU1Xg8xqnsGQsL4zYK6BjGKtYMXxCWrlu6ZB8Lbq4crzXu3aevXJOr_NJgeUg)

[3T8R84iSqHBLU1Xg8xqnsGQsL4zYK6BjGKtYMXxCWrlu6ZB8Lbq4crzXu3aevXJOr_NJgeUg](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acer.14071?casa_token=FyZOu69r6M0AAAAA%3AQUeMec-3T8R84iSqHBLU1Xg8xqnsGQsL4zYK6BjGKtYMXxCWrlu6ZB8Lbq4crzXu3aevXJOr_NJgeUg). Acesso em: 19 jan. 2021.

WICK, M. R.; FITZGERALD, E. H.; KEEL, P. K. Epidemiology of Binge Eating. **Binge Eating**, [S. l.], p. 3-12, Cham, 2020.

WILFLEY, D. E.; CITROME, L.; HERMAN, B. K. Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. **Neuropsychiatric disease and treatment**, [S. l.], 2016. DOI: [10.2147/NDT.S107777](https://doi.org/10.2147/NDT.S107777). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2016-42334-001>. Acesso em: 19 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO, 2014. ISBN: 978 92 4 069276 3. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Obesity and overweight. **Who.int**, 01 abr. 2020. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 01 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. ISBN: 92 4 120894 5. Disponível em: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/WHO_TRS_894.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global status report on alcohol and health 2018**. Suíça: WHO, 2019a. ISBN: 978-92-4-156563-9. 472 p. Disponível

em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 19 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Healthy diet**. Regional Office for the Eastern Mediterranean: WHO, 2019b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325828/EMROPUB_2019_en_23536.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

APÊNDICÊS

APÊNDICE 1 - Questionário sobre dados sociodemográficos e antropométricos

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Estado civil: ☐ Com companheiro ☐ Sem companheiro	Escolaridade: ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo
--	---

Nome _____ do _____ serviço _____ especializado: _____

Tempo de acompanhamento no serviço (meses): _____

Diagnóstico: _____

Dados antropométricos:

Peso: _____ kg Altura: _____ m

Circunferência da Cintura: _____ cm

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Lívia Dayane Sousa Azevedo, sou mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Metabolismo da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP), e venho convidá-la para participar da pesquisa intitulada: “Compulsão alimentar em mulheres: padrão do uso de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. O objetivo geral é identificar se mulheres com compulsão alimentar consomem bebidas alcoólicas e se isso interfere na qualidade da alimentação.

Caso aceite o convite, você responderá questionários referentes à sua idade, peso, altura, circunferência da cintura, consumo de bebidas alcoólicas e alimentação. Essa entrevista terá duração aproximada de 50 a 60 minutos e acontecerá no dia de sua consulta, em uma sala reservada no ambulatório que você faz acompanhamento, de forma que não atrapalhe seu atendimento com a equipe.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade no seu tratamento.

Não haverá benefícios diretos pela sua participação, mas você estará colaborando com informações para o aprimoramento do tratamento e de futuros avanços na abordagem da compulsão alimentar. Além disso, falar sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua alimentação possibilitará a reflexão sobre esses dados e mudanças no seu estilo de vida. Esclarecemos que esta investigação possui riscos como desconforto emocional ao pensar e responder sobre essas questões e caso isso ocorra, me comprometo a oferecer apoio e escuta, e se for preciso, interromper a entrevista e remarcá-la.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação, nem mesmo haverá gastos da sua parte. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas. Garantimos que a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar seu nome e que os dados obtidos não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização conforme as leis vigentes do país.

Você assinará duas vias deste Termo, sendo que uma delas, assinada pelos pesquisadores, ficará com você.

Se você tiver alguma dúvida a respeito desta pesquisa, poderá nos perguntar por intermédio dos nossos dados, descritos abaixo. Além disso, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que tem como finalidade proteger as pessoas que participam das pesquisas. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12h e das 14 às 16h.

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

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

Assinatura do Participante

Lívia Dayane Sousa Azevedo
Email: liviaazevedo@usp.br
Telefone: (16) 99642-5638

Profa. Rosane Pilot Pessa
Email: rosane@eerp.usp.br
Telefone: (16) 3315-3403

APÊNDICE 3 – correlação de Spearman

	AUDIT	IMC	Idade	ECAP	TotCal24h	IQD_R	CerealTot	CeralInt	VegTot	Veveal	FrutaTot	FrutaInt	LeiteDeriv	CarneOvoLeg	Oleo	GordSat	GordAA	Peso	Altura	CirCintura
IMC	-,040	1,0																		
Idade	-,109	,391**	1,0																	
ECAP	-,155	-,423**	-,107	1,0																
TotCal24h	,042	,031	-,179	-,017	1,0															
IQD_R	-,168	,117	,001	-,175	-,223	1,0														
CerealTot	-,142	-,058	-,222	,060	-,009	,129	1,0													
CeralInt	-,193	-,084	-,089	,013	-,009	,448**	,194	1,0												
VegTot	-,297*	-,002	-,040	-,108	-,439**	,544**	,067	,171	1,0											
Veveal	-,303*	-,054	-,060	-,065	-,335*	,562**	,000	,182	,889**	1,0										
FrutaTot	,132	,095	,081	-,431**	-,201	,501**	-,260	,089	,267	,228	1,0									
FrutaInt	-,044	,113	,178	-,336*	-,278	,404**	-,120	,260	,153	,122	,705**	1,0								
LeiteDeriv	-,146	-,047	,387**	,105	,101	,252	-,280*	,021	-,022	,043	,079	,063	1,0							
CarneOvoLeg	-,154	-,074	-,209	,029	-,290*	,420**	-,247	,151	,492**	,565**	,113	-,026	,092	1,0						
Oleo	,104	,040	-,211	-,017	,044	,145	-,086	-,010	-,073	-,027	,051	-,106	-,001	,080	1,0					
GordSat	,027	,164	,046	-,153	,430**	,053	,440**	-,011	-,083	-,103	-,116	-,222	-,038	-,249	-,211	1,0				
GordAA	-,035	,164	,024	-,043	-,075	,451**	,350*	,099	,080	,020	,031	,047	-,134	-,055	-,376**	,337*	1,0			
Peso	,002	,959**	,290*	-,474**	,113	,140	-,035	-,021	-,030	-,067	,087	,114	-,018	-,050	,011	,164	,201	1,0		
Altura	-,044	-,228	-,390**	-,126	,330*	,177	,201	,341*	,049	,096	-,004	,114	,120	,121	-,076	,075	,056	,014	1,0	
CirCintura	,027	,949**	,389**	-,407**	-,017	,091	-,015	-,103	-,008	-,053	,087	,110	-,069	-,119	,017	,152	,178	,928**	-,204	1,0
TempAcomp	-,128	-,103	,026	,040	-,140	,021	-,006	,040	,128	,212	-,001	,032	,056	,243	,015	-,084	-,163	-,086	,101	-,011

ANEXOS

ANEXO 1 - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT)

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique o que você quer dizer com “**consumo de álcool**”, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de “doses padrão”. Veja o quadro abaixo. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

Fonte: World Health Organization (1982) adaptado por NUTE-UFSC (2016).

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

Nunca [vá para as questões 9-10]

Mensalmente ou menos

De 2 a 4 vezes por mês

De 2 a 3 vezes por semana

4 ou mais vezes por semana

6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?

Nunca

Menos do que uma vez ao mês

Mensalmente

Semanalmente

Todos ou quase todos os dias

<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2</p> <p>(1) 3 ou 4</p> <p>(2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9</p> <p>(4) 10 ou mais</p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>Nunca</p> <p>Menos do que uma vez ao mês</p> <p>Mensalmente</p> <p>Semanalmente</p> <p>Todos ou quase todos os dias</p>
<p>3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez?</p> <p>Nunca</p> <p>Menos do que uma vez ao mês</p> <p>Mensalmente</p> <p>Semanalmente</p> <p>Todos ou quase todos os dias</p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>Nunca</p> <p>Menos do que uma vez ao mês</p> <p>Mensalmente</p> <p>Semanalmente</p> <p>Todos ou quase todos os dias</p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>Nunca</p> <p>Menos do que uma vez ao mês</p> <p>Mensalmente</p> <p>Semanalmente</p> <p>Todos ou quase todos os dias</p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>Nunca</p> <p>Menos do que uma vez ao mês</p> <p>Mensalmente</p> <p>Semanalmente</p> <p>Todos ou quase todos os dias</p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p>
<p>_____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = Q1</p> <p>Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10</p>	

Adaptação e Validação para o Brasil por MÉNDEZ, E. B. et al. Uma versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.

Versão original desenvolvida por SAUNDERS, J. et al. (1993). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html>.

ANEXO 2 - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1#

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

#2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- () 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

#3

- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

#4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

#5

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- () 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

#6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

#7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

#8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

#9

() 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- () 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar
- () 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.
-

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- () 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.
-

#12

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.
-

#13

- () 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- () 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.
-

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.
-

#15

- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
- () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar

“pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

ANEXO 4 - Aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 297/2018, de 29/11/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 28 de novembro de 2018.

Protocolo CAAE: 00140918.0.0000.5393

Projeto: Compulsão alimentar em mulheres: padrão do uso de bebidas alcoólicas e qualidade da alimentação

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Rosane Pilot Pessa

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP