

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SHAUANA RODRIGUES SILVA SOARES

As repercussões do isolamento social na pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares: estudo comparativo.

RIBEIRÃO PRETO

2023

SHAUANA RODRIGUES SILVA SOARES

As repercussões do isolamento social na pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares: estudo comparativo.

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Rosane Pilot Pessa

RIBEIRÃO PRETO

2023

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.

Soares, Shauana Rodrigues Silva

As repercussões do isolamento social na pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares: estudo comparativo. Ribeirão Preto, 2023.

192 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Rosane Pilot Pessa

1. COVID-19. 2. Isolamento Social. 3. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 4. Comportamento Alimentar. 5. Consumo de Bebidas Alcoólicas.

SOARES, Shauana Rodrigues Silva

As repercussões do isolamento social na pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares: estudo comparativo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Para a minha Manuela, que enche minha vida de alegria. Que você possa seguir seus sonhos e alcançar tudo o que deseja, sempre com coragem e determinação. E para o meu Rafael, que tem sido meu companheiro fiel em todas as etapas desta jornada. Obrigada por apoiar todas as minhas decisões e me incentivar a nunca desistir dos meus objetivos. Vocês são meu maior tesouro e me sinto abençoada por tê-los em minha vida.

Para vocês, com todo o meu amor.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelo amor incondicional e incentivo ao longo da minha jornada. Seu colo e paciência foram essenciais para que eu pudesse concluir este trabalho.

Ao meu pai, pela força e apoio inabaláveis. Obrigada por seu o meu porto seguro e pelas inúmeras oportunidades que me foram dadas.

Ao meu irmão, pelo companheirismo. Sua escuta e acolhimento foram fundamentais para que eu pudesse enfrentar os desafios que surgiram no caminho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa, por sua admirável condução. Sua escuta atenta e gentil, bem como sua crença em meu potencial foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À equipe do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-FMRP-USP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Obrigada pelas preciosas trocas, especialmente no que se refere ao trabalho interdisciplinar.

Aos serviços de atendimento especializado em TA que colaboraram para que este projeto fosse possível: AMBULIM, Projeto #VocêTemFomeDeQuê, IPCAC e CETA. Muito obrigada aos coordenadores que se dedicaram para que a participação dos pacientes ocorresse de forma gentil e efetiva.

À Profa. Dra Karin Louise Lenz Dunker, que em nome da ASTRAL, auxiliou no contato com os serviços de atendimento, além do apoio na divulgação do presente estudo.

Ao Grupo de estudos do comportamento alimentar e transtornos alimentares (GeComTA-EERP-USP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Obrigada pelo suporte fornecido de maneira tão amável. Vocês foram uma parte crucial deste processo.

Ao Núcleo de Estudos do Comportamento Alimentar e Promoção da Saúde (NECAPS) da Universidade de Franca, pela generosa contribuição ao ceder espaço físico e acolhimento caloroso, fundamentais para a conclusão da escrita deste estudo.

É impossível ao homem ser sozinho,
tal sentimento é enfermidade
de quem não sabe diluir-se
e transpassar
a permitir integração.

(Laerte Antônio, Pensador.com)¹

¹O poema foi encontrado no site Pensador.com e é de autoria de Laerte Antônio.

RESUMO

SOARES, S. R. S. **As repercussões do isolamento social na pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares: estudo comparativo**. 2023. 192 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A pandemia causada pela COVID-19 pode ser considerada a maior emergência de saúde pública já enfrentada em nível mundial com forte impacto nas questões políticas, econômicas e psicossociais. Pessoas com transtornos alimentares podem ser particularmente vulneráveis aos efeitos do isolamento social e do estresse relacionados a esse evento. O objetivo deste estudo foi investigar as repercussões do isolamento social no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem transtornos alimentares. Estudo observacional, descritivo, comparativo e transversal, com abordagem quanti-qualitativa. Foram recrutadas pessoas com transtorno alimentar (grupo transtorno alimentar: GTA) em tratamento em cinco serviços especializados do Sul e Sudeste do país, e pessoas sem esses quadros (grupo controle: GCO) convidadas pelas redes sociais. Elas preencheram questionários com perguntas abertas e fechadas de ordem sociodemográfica, sobre o consumo e comportamentos alimentares e responderam o Teste de Atitudes Alimentares, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica e o Teste para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool, de forma online pela plataforma *Survey Monkey*. As análises quantitativas foram realizadas pelo *SPSS 23.0* e os dados qualitativos foram organizados e submetidos a análises lexicais do tipo nuvem de palavras e de similitude pelo *software Iramuteq*. Como resultados, ambos os grupos (GTA: n=58; GCO: n=116) foram constituídos por mulheres com idade média de 31,94±9,35 anos, com companheiro (61,5%) e ensino superior completo (71,3%), pertencentes aos estratos econômicos B1 (23,6%) e B2 (29,3%). No GTA, os diagnósticos de transtorno alimentar foram de anorexia nervosa em 36,2% dos casos, bulimia nervosa em 27,6%, transtorno da compulsão alimentar em 24,1% e transtorno alimentar não especificado em 12,1%. A maioria das participantes estava em isolamento social (GTA: 86,2%; GCO: 87,1%) e para a

amostra total, ele foi associado à maior probabilidade de aumento de peso para aquelas com excesso de peso, de frequência de cozinhar em casa, da quantidade de alimentos consumidos e maior risco de comportamentos de compulsão alimentar. O GTA apresentou maior insatisfação corporal e mudanças no consumo dos alimentos, incluindo aumento na ingestão de lanches industrializados e maior tendência de aumento na frequência de pedidos por *delivery*. Ainda, ser desse grupo foi associado a apresentar mais comportamentos de compulsão alimentar, uso de risco ou nocivo e provável dependência de álcool, bem como de sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo e ao ato de comer e de beber. Como conclusão, pessoas com transtornos alimentares experienciaram repercussões negativas no comportamento alimentar, imagem corporal e consumo de álcool durante a pandemia, assim como as pessoas sem esses quadros, em menor proporção. Estudos futuros podem ampliar a compreensão sobre essas associações e subsidiar o aprimoramento da assistência à saúde de indivíduos com TA, bem como para a formulação de políticas públicas e programas de promoção da saúde, prevenção e tratamento durante situações de crise com o objetivo de minimizar o impacto da pandemia na saúde mental e física das pessoas com esses graves quadros mentais e da sociedade como um todo.

Palavras-chave: COVID-19, Isolamento Social, Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos, Comportamento Alimentar, Consumo de Bebidas Alcoólicas

ABSTRACT

SOARES, S. R. S. **The repercussions of social isolation during the COVID-19 pandemic on eating behavior and alcohol consumption in individuals with eating disorders: comparative study**. 2023. 192 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The pandemic caused by COVID-19 can be considered the greatest public health emergency ever faced at a global level, with strong impacts on political, economic, and psychosocial issues. Individuals with eating disorders may be particularly vulnerable to the effects of social isolation and stress related to this event. The objective of this study was to investigate the repercussions of social isolation on eating behavior and alcohol consumption in individuals with and without eating disorders. This was an observational, descriptive, comparative, and cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach. Individuals with eating disorders (eating disorder group: EDG) undergoing treatment at five specialized services in the South and Southeast regions of the country, and individuals without these conditions (control group: CG) invited through social networks, were recruited. They completed questionnaires with open and closed sociodemographic questions, questions about their eating behaviors and consumption, and responded to the Eating Attitudes Test, the Binge Eating Scale, and the Test for the Identification of Problems Related to Alcohol Use, online through the Survey Monkey platform. Quantitative analyses were performed using SPSS 23.0, and qualitative data were organized and subjected to lexical analyses such as word clouds and similarity by Iramuteq software. As a result, both groups (EDG: n=58; CG: n=116) were composed of women with a mean age of 31,94±9.35 years, with a partner (61,5%) and a completed higher education degree (71.3%), belonging to economic strata B1 (23,6%) and B2 (29,3%). In the EDG, eating disorder diagnoses were anorexia nervosa in 36,2% of cases, bulimia nervosa in 27,6%, binge eating disorder in 24,1%, and unspecified eating disorder in 12,1%. Most participants were in social isolation (EDG: 86,2%; CG: 87,1%), and for the total sample, it was associated with a higher probability of weight gain for those who were overweight, cooking at home more frequently, consuming more food, and a higher

risk of binge eating behaviors. The EDG presented more body dissatisfaction and changes in food consumption, including increased consumption of processed snacks and a higher tendency to order delivery. Moreover, being in this group was associated with exhibiting more binge eating behaviors, risky or harmful alcohol use, and likely alcohol dependence, as well as feelings and/or thoughts related to body and eating and drinking behaviors. In conclusion, individuals with eating disorders experienced negative repercussions on eating behavior, body image, and alcohol consumption during the pandemic, as did individuals without these conditions, but to a lesser extent. Future studies can expand understanding of these associations and support the improvement of healthcare for individuals with eating disorders, as well as the formulation of public policies and health promotion, prevention, and treatment programs during crisis situations to minimize the impact of the pandemic on the mental and physical health of individuals with these serious mental conditions and society as a whole.

Keywords: COVID-19, Social Isolation, Feeding and Eating Disorders, Feeding Behavior, Alcohol Drinking

RESUMEN

SOARES, S. R. S. **Las repercusiones del aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 en el comportamiento alimentario y el consumo de alcohol en personas con trastornos alimentarios: estudio comparativo**. 2023. 192 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

La pandemia causada por COVID-19 puede considerarse la mayor emergencia de salud pública jamás enfrentada a nivel mundial, con un fuerte impacto en cuestiones políticas, económicas y psicosociales. Las personas con trastornos alimentarios pueden ser particularmente vulnerables a los efectos del aislamiento social y del estrés relacionados con este evento. El objetivo de este estudio fue investigar las repercusiones del aislamiento social en el comportamiento alimentario y el consumo de alcohol en personas con y sin trastornos alimentarios. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, comparativo y transversal con un enfoque cuantitativo-cualitativo. Se reclutaron personas con trastornos alimentarios (grupo de trastornos alimentarios: GTA) en tratamiento en cinco servicios especializados en el sur y sureste del país, y personas sin estos trastornos (grupo de control: GCO) invitadas por redes sociales. Completaron cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas de orden sociodemográfico, sobre el consumo y comportamientos alimentarios y respondieron el Test de Actitudes Alimentarias, la Escala de Compulsión Alimentaria Periódica y el Test para identificación de problemas relacionados con el uso del alcohol, de forma online por la plataforma Survey Monkey. Los análisis cuantitativos se realizaron con SPSS 23.0 y los datos cualitativos se organizaron y sometieron a análisis léxicos del tipo nube de palabras y de similitud mediante el software Iramuteq. Como resultados, ambos grupos (GTA: n=58; GCO: n=116) estuvieron compuestos por mujeres con una edad media de 31,94±9,35 años, con pareja (61,5%) y educación superior completa (71,3%), pertenecientes a los estratos económicos B1 (23,6%) y B2 (29,3%). En el GTA, los diagnósticos de trastornos alimentarios fueron de anorexia nerviosa en el 36,2% de los casos, bulimia nerviosa en el 27,6%, trastorno de la compulsión alimentaria en el 24,1% y trastorno alimentario no especificado en el 12,1%. La mayoría de las participantes estaban en

aislamiento social (GTA: 86,2%; GCO: 87,1%) y, para la muestra total, estuvo asociado con una mayor probabilidad de aumento de peso para aquellas con sobrepeso, de la frecuencia de cocinar en casa, de la cantidad de alimentos consumidos y un mayor riesgo de comportamientos de compulsión alimentaria. El GTA presentó una mayor insatisfacción corporal y cambios en el consumo de alimentos, incluyendo un aumento en la ingesta de bocadillos industrializados y una mayor tendencia de aumento en la frecuencia de pedidos por delivery. Además, pertenecer a este grupo se asoció con más comportamientos de compulsión alimentaria, uso de riesgo o nocivo y probable dependencia de alcohol, así como de sentimientos y/o pensamientos relacionados con el cuerpo y el acto de comer y beber. En conclusión, las personas con trastornos alimentarios experimentaron repercusiones negativas en el comportamiento alimentario, imagen corporal y consumo de alcohol durante la pandemia, al igual que las personas sin estos trastornos, en menor proporción. Los estudios futuros pueden ampliar la comprensión sobre estas asociaciones y subsidiar el mejoramiento de la asistencia sanitaria a individuos con trastornos alimentarios, así como la formulación de políticas públicas y programas de promoción de la salud, prevención y tratamiento durante situaciones de crisis con el objetivo de minimizar el impacto de la pandemia en la salud mental y física de las personas con estos graves trastornos mentales y de la sociedad en su conjunto.

Palabras llave: COVID-19, Aislamiento Social, Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Conducta Alimentaria, Consumo de Bebidas Alcohólicas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma referente ao procedimento de coleta de dados para revisão integrativa da literatura de acordo com as diretrizes do PRISMA.....	35
Figura 2 - Alimentos mais pedidos por delivery pelos dois grupos (GTA; n=58 e GCO; n=116). Ribeirão Preto, 2021.....	79
Figura 3 - Preparações de alimentos mais frequentes nos dois grupos (GTA; n=58 e GCO; n=116). Ribeirão Preto, 2021.....	81
Figura 4 - Representação gráfica do modelo de regressão logística do tipo Razão de Chances para o consumo dos grupos alimentares e água tendo como referência o GTA. Ribeirão Preto, 2021.....	87
Figura 5 - Alimentos mais consumidos quando se sente deprimida, angustiada ou ansiosa e os sentimentos e/ou pensamentos relacionado ao uso do álcool, respectivamente, dos dois grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116). Ribeirão Preto, 2021.....	97
Figura 6 - Análise de similitude para os textos relacionados aos sentimentos e/ou pensamentos referentes à imagem corporal de ambos os grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116, respectivamente). Ribeirão Preto, 2021.....	98
Figura 7 - Análise de similitude para os textos relacionados aos sentimentos e/ou pensamentos referentes ao ato de comer de ambos os grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116, respectivamente). Ribeirão Preto, 2021.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios diagnósticos dos TA.....	31
Quadro 2 - Classificação da compulsão alimentar de acordo com a pontuação do ECAP.....	67
Quadro 3 - Zonas de risco para o uso de álcool de acordo com os escores do AUDIT.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.....	38
Tabela 2 - Mudanças dos comportamentos alimentares e uso de álcool em amostras populacionais com TA e outras situações clínicas (n=5). Ribeirão Preto, 2023.....	46
Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.....	51
Tabela 4 - Serviços especializados para o tratamento de TA convidados a colaborar com o estudo, segundo o aceite e região do país (n=28). Ribeirão Preto, 2021.....	71
Tabela 5 - Número de participantes do GTA convidados (n=58), de acordo com o serviço especializado, diagnóstico e aceite. Ribeirão Preto, 2021...	73
Tabela 6 - Dados sociodemográficos e de isolamento social para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.....	75
Tabela 7 - Estado nutricional e imagem corporal para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.....	76
Tabela 8 - Modelo ajustado de regressão logística para a pergunta: como você percebe seu peso atual (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.....	77
Tabela 9 - Comportamento de aquisição de alimentos prontos para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.....	78
Tabela 10 - Modelo ajustado de regressão logística padrão para a pergunta: você compra comida por delivery (com referência a categoria de resposta não). Ribeirão preto, 2021.....	79
Tabela 11 - Modelo ajustado de regressão logística ordinal para a pergunta:	

	com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.....	80
Tabela 12 -	Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: com o isolamento social você notou que a frequência de cozinhar ou a frequência de cozinhar da sua família (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.....	82
Tabela 13 -	Consumo dos grupos alimentares e água para os grupos (GTA e GCO). Ribeirão Preto, 2021.....	84
Tabela 14 -	Modelo de regressão logística do tipo Razão de Chances para o consumo dos grupos alimentares e água tendo como referência o GTA. Ribeirão Preto, 2021.....	86
Tabela 15 -	Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: você notou diferença na quantidade de comida que está consumindo (com referência a categoria de resposta não). Ribeirão Preto, 2021.....	88
Tabela 16 -	Associações estatisticamente significativas entre as categorias do questionário ECAP e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.....	89
Tabela 17 -	Modelo ajustado de regressão logística padrão para os escores do questionário ECAP, com referência ao escore de classificação sem CA. Ribeirão Preto, 2021.....	91
Tabela 18 -	Associações estatisticamente significativas entre as classificações de gravidade do uso de álcool segundo o AUDIT e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.....	92
Tabela 19 -	Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de bebidas alcoólicas (com referência à categoria de resposta negativa). Ribeirão Preto, 2021.....	93

Tabela 20 - Modelo ajustado de regressão logística ordinal para os escores do questionário AUDIT. Ribeirão Preto, 2021.....	94
Tabela 21 - Sentimentos e/ou pensamentos com associação estatisticamente significativa para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.....	95
Tabela 22 - Frequências relacionadas a comer ou beber para lidar com sentimentos da amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.....	96

LISTA DE SIGLAS

AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares
AN	Anorexia Nervosa
ASTRAL	Associação Brasileira de Transtornos Alimentares
AUDIT	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
BN	Bulimia Nervosa
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Compulsão Alimentar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETA	Centro Especializado em Transtornos Alimentares
COVID-19	Doença de Coronavírus 2019
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição
EAT-26	Teste de Atitudes Alimentares
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar Periódica
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i>
GCO	Grupo Controle
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
GTA	Grupo Transtorno Alimentar
IA	Insegurança Alimentar
IMC	Índice de Massa Corporal
IPCAC	Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OTAE	Outro Transtorno Alimentar Especificado
PD	Provável Dependência
SA	Segurança Alimentar
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos Alimentares
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TCA	Transtorno da Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO DA AUTORA

Uma menina, cabelos compridos, castanhos, um vestido branco e azul. A sala de estar de uma casa, o chão de cimento queimado na cor verde, uma mini mesa e mini cadeira. A mãe na cozinha e a menina inquieta na sala, perguntando se já era o horário em que as crianças maiores iam para a escola. Ao fechar os olhos me lembro das tardes que passei fingindo ser a professora que ensinava a ler e escrever. Eu cresci, muito mudou. Cursar a faculdade não fazia parte da minha realidade, mas por intermédio do PROUNI concluí a graduação de Nutrição na Universidade de Franca, minha cidade natal.

O interesse na temática dos transtornos alimentares aconteceu no ano de 2013, quando tive a oportunidade de estagiar no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HCFMRP-USP). À época, estudante, eu refletia sobre exercer a profissão de forma humanizada considerando os diferentes aspectos inerentes à individualidade. Aprender sobre cálculos para um planejamento alimentar, por mais importante e necessário que seja, não me contemplava. Encontrei no cuidado interdisciplinar dos transtornos alimentares combustível para o meu desenvolvimento profissional. Por seguinte, cursei especialização em Técnicas de Gastronomia Aplicadas à Nutrição e por anos, trabalhei com diferentes estabelecimentos de alimentação e nutrição. Em 2018, recebi o convite para lecionar pontualmente no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) em Ribeirão Preto e em 2019 assumi a docência nos cursos técnicos de Enfermagem e Estética no Centro Educacional EPTEC, em Franca. Ressurgia ali a menina que brincava de professora. Desde então me especializei em Docência na Educação Superior, Cenários e Modalidades de Educação a Distância, e Nutrição Clínica e Comportamento Alimentar.

O convite para desenvolver o presente estudo surgiu em 2020 após eu ter retomado o contato com a Profa. Rosane e manifestado interesse na pós-graduação stricto sensu. Quando a pandemia da COVID-19 aconteceu, o Grupo de estudos do Comportamento Alimentar e Transtornos Alimentares (GeComTA-EERP-USP) me presenteou com o esboço de um projeto de pesquisa que objetivava investigar o impacto da pandemia da COVID-19 nos comportamentos alimentares e consumo de álcool em pessoas com e sem transtornos alimentares, e mesmo em meio ao

confinamento domiciliar, nos adaptamos para tornar possível a sua execução. Ainda, a partir da coleta de dados para este projeto foram derivadas outras investigações de iniciação científica das alunas Marina Maria Galli e Carolina Rosa de Souza.

Realizar o mestrado foi uma oportunidade ímpar para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O momento de crise que enfrentamos trouxe inúmeros desafios, mas a vontade de contribuir de maneira importante para o enfrentamento dessa situação serviu de motivação para a sua conclusão. A menina que se formou nutricionista, um dia sonhou ser professora. No entanto, não imaginava que tamanho carinho também pudesse ser depositado na pesquisa pois a pós-graduação trouxe uma nova perspectiva. Espero que a sede de aprender seja sempre constante e que as experiências adquiridas a partir deste processo contribuam de forma significativa para a sociedade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
1.1 A pandemia da COVID-19	24
1.2 Comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19....	26
1.3 Transtornos alimentares e a pandemia da COVID-19	29
2 REVISÃO DA LITERATURA	34
2.1 Categoria 1 - Mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool em pessoas com TA	36
2.2 Categoria 2 - Mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA e em outras situações clínicas.....	44
2.3 Categoria 3 - Fatores envolvidos nas mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA.....	49
3 HIPÓTESE E JUSTIFICATIVA	59
4 OBJETIVOS	60
4.1 Objetivo geral.....	60
4.2 Objetivos específicos	60
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	61
5.1 Desenho do estudo.....	61
5.2 Cenários da pesquisa	61
5.3 Participantes	62
5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão: GTA.....	62
5.3.2. Critérios de inclusão e exclusão: GCO	62
5.4 Variáveis investigadas	63
5.4.1 Questionário de dados sociodemográficos, antropométricos, situação de isolamento social, percepção do peso e imagem corporal	63
5.4.2 Questionário sobre consumo e comportamentos alimentares	63
5.4.3 Teste de Atitudes Alimentares (<i>Eating Attitudes Test</i> - EAT-26).....	63
5.4.4 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (<i>Binge Eating Scale</i> - ECAP)..	64
5.4.5 Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - AUDIT)	64
5.5 Procedimentos para a coleta dos dados	64
5.6 Análise dos dados.....	66
5.7 Questões éticas	70
6 RESULTADOS	71

6.1 Seleção dos participantes do estudo.....	71
6.2 Características sociodemográficas e de isolamento social.....	74
6.3 Estado nutricional, percepção do peso e imagem corporal	76
6.4 Comportamentos alimentares e uso de álcool	77
6.4.1 Compra de alimentos prontos	77
6.4.2 Hábito de cozinhar em casa.....	80
6.4.3 Ingestão dos alimentos	82
6.4.4 Compulsão alimentar	88
6.4.5 Uso do álcool.....	91
6.4.6 Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo, ao ato de comer e ao uso de álcool	95
7 DISCUSSÃO	101
8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICE A - Questionário de dados sociodemográficos, antropométricos, situação de isolamento social e imagem corporal.....	140
APÊNDICE B - Questionário sobre consumo e comportamentos alimentares	146
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	151
APÊNDICE D - Termo de assentimento livre e esclarecido (menores de 18 anos)	153
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido (pais ou responsáveis dos(as) filhos(as) menores de 18 anos)	155
APÊNDICE F - Planejamento de mídias para a coleta de dados GCO e GTA.....	157
APÊNDICE G - Página <i>web</i> de apresentação do projeto de pesquisa	160
APÊNDICE H - Cartilha educativa: Alimentação e Comportamento Alimentar diante da pandemia da COVID-19: Recomendações Nutricionais.....	161
ANEXO A - Teste de Atitudes Alimentares (<i>Eating Attitudes Test</i> - EAT-26)	179
ANEXO B - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (<i>Binge Eating Scale</i> - ECAP)	180
ANEXO C - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> - AUDIT).....	186
ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP.....	190

1 INTRODUÇÃO

A palavra pandemia tem sua origem no grego “pan” (todo, tudo) e “demos” (povo) e seu significado é atribuído à uma doença infecciosa e contagiosa que se dissemina e alcança todo o globo terrestre (PANDEMIA, 2023). Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre um surto de pneumonia grave de etiologia desconhecida em Wuhan, província de Hubei, na China (EPIDEMIOLOGY WORKING GROUP FOR NCIP EPIDEMIC RESPONSE, 2020; WANG; TANG; WEI, 2020; WOROBEY et al., 2022). Dentre as primeiras pessoas hospitalizadas, foi identificado um novo tipo de coronavírus causador da então, Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), posteriormente chamada de doença de coronavírus 2019 (COVID-19). Em 30 de janeiro de 2020, essa organização decretou emergência de saúde pública de importância internacional (WANG; TANG; WEI, 2020; WOROBEY, 2021; WU et al., 2020). Assim, “todo o povo” imergiu em uma situação desconhecida até então.

Atualmente, a COVID-19 pode ser considerada a maior emergência de saúde pública já enfrentada em nível mundial repercutindo em questões políticas, econômicas e psicossociais e movimentando esforços em âmbito nacional e internacional com o objetivo de conter seu ritmo de expansão (WANG; TANG; WEI, 2020; WOROBEY, 2021; WHO, 2020c; WHO, 2020b). Em decorrência das mudanças da vida cotidiana frente à essa grave e imediata situação, estudos apontam o aumento dos níveis de estresse e que grupos mais vulneráveis aos efeitos da pandemia poderiam vir a sofrer maiores impactos na saúde em geral, entre eles, aqueles que apresentam transtornos alimentares (TA) (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020; REGER; SANTANLEY; JOINER, 2020).

1.1 A pandemia da COVID-19

Diante da forma exponencial da velocidade de alastramento da COVID-19, muitas vidas foram afetadas e perdidas, contabilizando mais de 660 milhões de casos confirmados, incluindo 6,7 milhões de mortes (WHO, 2023). Preocupantemente, essas estatísticas podem ser muito mais assustadoras, visto que as diferentes condições socioeconômicas dos países e a capacidade de enfrentamento da máquina pública geram diferentes cenários, problemática que

diverge na notificação dos casos. Nesse sentido, um estudo verificou o excesso de mortalidade pela diferença do número total de mortes em uma crise, em comparação com as esperadas em condições normais, e estimou 14,83 milhões de mortes, entre 2020 e 2021, em decorrência direta ou indireta da COVID-19 (MSEMBURI et al., 2023).

Diante desse cenário catastrófico, foi urgente a adoção de medidas que pudessem conter a rápida propagação do vírus, que acontece pelo contato direto com a pessoa infectada, objetos e superfícies contaminadas e pela inalação de aerossóis (BOUROUIBA, 2020; MORAWSKA; CAO, 2020; WHO, 2020b). Em março de 2020, frente à ausência de tratamento para a doença e ao grande impacto no sistema de saúde, a OMS orientou a adoção de medidas não farmacológicas como a etiqueta respiratória, o uso de máscaras e cuidados ao tossir ou espirrar, assim como a higienização correta e frequente das mãos com água, sabão e/ou álcool 70°, e de maneira importante, o controle da mobilidade da população com estratégias de distanciamento físico até o nível de confinamento domiciliar completo (WHO, 2020a; 2020b).

As mudanças que ocorreram nas condições de vida e no modo como as pessoas se relacionam foram inimagináveis até então. Períodos alternados de distanciamento físico com isolamento social, o fechamento de estabelecimentos comerciais não essenciais, ambientes de educação, áreas públicas, de lazer e do próprio local de trabalho em si refletiram o estar em casa, para os que puderam se proteger em domicílio, pois as diferenças socioeconômicas, culturais, de caráter político e do acesso aos serviços de saúde nos diferentes países, causaram diferentes formas de lidar com a situação. É absoluto refletir sobre as inseguranças de toda ordem que surgiram junto à pandemia, assim como o medo em diferentes intensidades, e que trouxeram sentimentos de desamparo e solidão, além da sensação de falta de controle frente ao inesperado. Assim, relaciona-se esse contexto ao prejuízo da saúde em geral e observa-se maior probabilidade de agravo e aumento da prevalência de problemas de saúde mental (JIN et al., 2021; WU et al., 2021), principalmente em indivíduos com transtornos mentais pré-existentes (ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020; TORAES et al., 2020; WANG et al., 2020).

Pesquisas sugerem que o isolamento social e suas consequências relacionadas ao aumento dos níveis de estresse e ansiedade exerceram influência

nos comportamentos alimentares e uso de álcool das populações. Estima-se mudanças nos hábitos de aquisição e consumo dos alimentos, com as pessoas experienciando alterações no apetite, na ocorrência dos distúrbios da alimentação (LINARDON et al., 2022; TOUYZ; LACEY; HAY, 2020; VALL-ROQUÉ; ANDRÉS; SALDAÑA, 2021; WEISSMAN; BAUER; THOMAS, 2020) e no uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas (OLIVEIRA; ABRANCHES; LANA, 2020). No mais, foi ampliado o interesse no controle de peso e na importância da saúde durante o período do isolamento social (GLABSKA; SKOLMOWSKA; GUZEK, 2020), o que pode ter influenciado em ao menos uma mudança na alimentação durante a pandemia (CHAN; CHIU, 2022).

1.2 Comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19

O comportamento alimentar vai além de levar comida à boca, mastigar e engolir. É um processo complexo que envolve diversos outros comportamentos, além de ser influenciado por fatores socioculturais. Isso porque a alimentação é moldada por uma variedade de fatores que afetam os hábitos alimentares e a relação com a comida, não se limitando apenas a aspectos fisiológicos. Há respostas psicobiológicas complexas resultantes da interação entre as experiências com o ambiente, emoções e estados de humor. Essa interação cria uma topografia funcional entre o comportamento alimentar e os eventos que ocorrem antes e depois, derivados de um sistema cerebral que regula o apetite e se relaciona aos processos metabólicos, disponibilidade de nutrientes e consequências reforçadoras positivas (ALVARENGA; DAHÁS; MORAES, 2021). No contexto dos comportamentos alimentares

é possível haver várias topografias diferentes (ir ao supermercado, colher verduras na horta, ir ao restaurante, ligar para um restaurante, abrir o app de delivery etc.) para uma mesma função (obter comida). Pode ocorrer também de haver uma só topografia (comer) com várias funções (saciar a fome, sentir prazer e se esquivar de sensações ruins, obter aprovação etc.) (ALVARENGA; DAHÁS; MORAES, 2021, p.113).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, durante muitos séculos esse hábito é uma prática comum em diversas sociedades ao redor do mundo, presença frequente em eventos sociais como festas e celebrações, servindo como fonte de

sensações de prazer ou para o alívio de alguma dor, angústia e sofrimento (LIMA et al., 2005). Paralelamente, o uso de álcool é um importante fator de risco para o surgimento e agravamento de várias doenças e resultados sociais e de saúde negativos, incluindo maior ocorrência de obesidade, tabagismo, sedentarismo, transtornos de saúde mental, assim como maior exposição dos estressores da vida (SYDÉN et al., 2017; PROBST; PARRY; REHM, 2018).

O consumo de álcool representa cerca de 5% da carga global de doenças, distribuída de forma heterogênea entre os diferentes estratos socioeconômicos, o que reflete na desigualdade desses grupos para a morbimortalidade, uma vez que aqueles com condições socioeconômicas mais baixas sofrem danos relacionados ao consumo de álcool em taxas desproporcionalmente maiores do que aqueles com condições socioeconômicas mais favoráveis, mesmo que a quantidade de álcool seja a mesma ou menor (CISA, 2022; BLOOMFIELD, 2020). Todavia, o consumo de bebidas alcoólicas apresenta associação com os comportamentos alimentares (SCOTT et al., 2020), e pode variar de acordo com a frequência e a quantidade ingerida por cada indivíduo. É possível identificar sintomas de compulsão alimentar (CA) associados ao consumo de álcool, especialmente entre as mulheres (AZEVEDO et al., 2020; MUNN-CHERNOFF et al., 2020). O transtorno da compulsão alimentar (TCA) e a bulimia nervosa (BN) frequentemente ocorrem simultaneamente com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como o álcool. Isso ocorre devido a presença de sintomas de impulsividade e à falta de autocontrole que são comuns a esses transtornos (ORTEGA; BOJORCUEZ; UNIKEL, 2012). Situações que geram angústia, desconforto físico e tentações aumentam a probabilidade de ocorrer a CA juntamente com o uso excessivo de álcool (MIKHEEVA; TRAGESSER, 2016; AZEVEDO et al., 2020), além de observada a associação entre a gravidade dos comportamentos alimentares nos TA e a intensidade do uso do álcool concomitantemente às consequências negativas associadas a esse hábito (RUSH; CURRY; LOONEY, 2016).

Para identificar as mudanças ocasionadas pelo cenário da COVID-19, no âmbito internacional, diferentes autores buscaram explorar a relação multicausal em torno dos comportamentos alimentares. Para a população em geral, observa-se que o confinamento domiciliar contribuiu para o aumento do consumo de alimentos industrializados, mais alimentação compulsiva e ingestão de lanches entre as refeições, assim como a menor ingestão de frutas e vegetais e para o uso excessivo

do álcool (AGUILAR-MARTÍNEZ et al., 2021; MASCHERINI et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020). Ainda, o álcool foi a substância psicoativa de mais uso durante o período pandêmico, onde, para 30% da amostra de um estudo, houve mudanças no hábito de consumo, com variações para o uso aumentado ou diminuído da substância. Além disso, os indivíduos que bebiam mais antes da pandemia, estavam bebendo mais intensamente durante o isolamento social (CHODKIEWICZ et al., 2020).

Grupos amostrais de diferentes países relataram aumento de peso corporal e frequência de consumo e quantidade das refeições diárias, associados ao comer emocional e aos comportamentos de descontrole alimentar. Tais comportamentos resultaram em aumento no consumo de alimentos açucarados, comidas congeladas ou enlatadas e álcool (BŁASZCZYK-BEBENEK et al., 2020; ELMACIOĞLU et al., 2021; FERRANTE et al., 2020; AMMAR et al., 2020; PALTRINIERI et al., 2021). O comer emocional correlacionou-se à maior preocupação com as possíveis consequências da COVID-19 na economia pessoal e à sensação de segurança no trabalho, principalmente entre mulheres, que também apresentaram maiores índices de consumo de alimentos e bebidas com alto teor de açúcares (BERMANIAN et al., 2020).

Indivíduos que relataram altos níveis de estresse relacionados à COVID-19 apresentaram maior consumo de álcool e maior número de dias bebendo (GROSSMAN; BENJAMIN-NEELON; SONNENSCHNEIN, 2020; NIEDZWIEDZ et al., 2021). Complementarmente, ser do sexo feminino, adulto jovem, ter a suspensão de atividades laborais e sintomas de sofrimento psíquico (PALTRINIERI et al., 2021), assim como não possuir companheiro, estar muito preocupado com as finanças pessoais ou em adoecer com o novo coronavírus (MOUGHARBEL et al., 2021; GARNETT et al., 2022) foram associados ao aumento do impulso relacionado às mudanças negativas na alimentação (PALTRINIERI et al., 2021), assim como foram preditivos para o aumento dos níveis de ansiedade e para o uso exagerado de álcool (MOUGHARBEL et al., 2021; GARNETT et al., 2022).

Nishijima e colaboradores (2021) observaram que os indivíduos que passaram mais horas em casa foram associados ao aumento do consumo de lanches entre as refeições, aumento no uso de bebidas alcoólicas e do peso. Outro estudo também observou que mais tempo disponível em casa induziu à menor prática de exercícios físicos, contribuiu para o aumento do consumo de alimentos

ultraprocessados e para o aumento do foco na internalização dos ideais de magreza (BACEVICIENE; JANKAUSKIENE, 2021).

Um estudo nacional constatou correlação positiva entre o comer emocional e a compulsão alimentar, os quais, juntamente com a falta de exercícios físicos, foram indicadores negativos da qualidade da alimentação. Por outro lado, uma melhor qualidade do sono e renda média familiar mensal mais elevada foram preditores positivos da dieta (DOS SANTOS QUARESMA et al., 2021). No que diz respeito à ingestão de álcool, Libredo e colaboradores (2021) descreveram o aumento da frequência de consumo em 17,9% de uma amostra, com aumento na quantidade consumida por dose em uma única ocasião. Mais da metade dos participantes deste estudo também apresentaram aumento da quantidade de alimentos ingeridos, assim como da frequência de comer petiscos, com possível redução da prática de exercícios físicos, aumento do consumo de alimentos fonte de carboidratos, da compulsão alimentar, assim como do uso de bebidas alcoólicas (MOTA et al., 2021). De maneira semelhante, outros autores descreveram aumento significativo do consumo de refeições prontas industrializadas associado à piora dos hábitos alimentares durante o período de limitações sociais (MALTA et al 2021; MARTINEZ- STEELE et al., 2020; SANTOS; RAPOSO; AYRES, 2021).

Desta maneira, é possível que situações desafiadoras da vida e os fatores estressantes relacionados a elas afetem significativamente a saúde das pessoas em geral, especialmente daquelas diagnosticadas com TA ou que apresentam maior probabilidade de desenvolvê-los (DEVOE et al., 2023, WEISSMAN; HAY, 2022). Evidências crescentes sugerem que a pandemia possivelmente contribuiu para o aumento da frequência dos comportamentos de risco para os TA, resultando em mais encaminhamentos para tratamento ambulatorial devido à exacerbação dos sintomas (LINARDON et al., 2022; SCHNEIDER et al., 2022).

1.3 Transtornos alimentares e a pandemia da COVID-19

Os TA são condições psiquiátricas caracterizadas por alterações disfuncionais relacionadas à alimentação, que podem resultar no agravamento do estado de saúde físico e psicológico (APA, 2014). A anorexia nervosa (AN) e a BN são os quadros mais graves e com maiores repercussões para a saúde como um todo (KLUMP et al., 2009; ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI. 2020), enquanto o TA de

maior prevalência é o transtorno alimentar não especificado (TANE) (GALMICHE et al. 2019).

Quanto à forma de apresentação clínica, as características são descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), seguindo critérios estabelecidos em esquema de classificação mutuamente excludente. É importante destacar que, apesar de apresentarem alguns aspectos psicológicos e comportamentais compartilhados, os TA têm diferenças significativas em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento (APA, 2014). A seguir (Quadro 1), os principais critérios utilizados para a avaliação dos TA incluindo AN, BN, TCA e TANE.

Quadro 1. Critérios diagnósticos dos TA.

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Transtorno da compulsão alimentar	Transtorno alimentar não especificado
<p>a.Prática persistente de restrição alimentar (resultando um peso corporal abaixo do normal para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física);</p> <p>b.Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso;</p> <p>c.Esses episódios devem apresentar-se, no mínimo, durante as últimas três semanas e não ser explicados por outras condições médicas ou psiquiátricas.</p>	<p>a.Episódios recorrentes de CA (comer uma grande quantidade de alimentos em um curto período e sentir uma falta de controle sobre o comportamento alimentar);</p> <p>b.Comportamentos compensatórios inadequados (vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercícios físicos excessivos);</p> <p>c.Esses episódios devem apresentar-se, no mínimo, uma vez por semana durante três meses.</p>	<p>a.Episódios recorrentes de CA*; *Concomitantemente a um sofrimento significativo e/ou interferência no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida;</p> <p>b.Acompanhados de três (ou mais) dos seguintes comportamentos: 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 vergonha em relação à quantidade de ingerida; 5. sentir-se culpado e deprimido;</p> <p>c.Não acompanha métodos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso;</p> <p>d.Esses episódios devem apresentar-se, no mínimo, uma vez por semana durante três meses.</p>	<p>a.Presença de comportamentos alimentares que causam sofrimento emocional e/ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida;</p> <p>b.Concomitantemente à não atender aos critérios diagnósticos para outro TA específico*;</p> <p>*Se houver uma razão específica para o não cumprimento dos critérios, a categoria pode ser designada como outro transtorno alimentar especificado (OTAE), que inclui: AN atípica, BN atípica, TCA atípica, transtorno purgativo e a síndrome do comer noturno.</p>

Fonte: Adaptado de APA, 2014.

A prevalência desses quadros varia em função de diferentes fatores como as características da população estudada (idade, sexo, população clínica ou comunitária, país), o tipo de TA, os critérios diagnósticos e sua especificidade. Sabe-se que a sua distribuição é global e sujeita a todos os grupos étnicos, culturais e socioeconômicos (ARIJA-VAL et al., 2022). Mundialmente, estima-se que a prevalência média seja de 5,7% (0,9 - 13,5%) em mulheres e 2,2% (0,2 - 7,3%) em homens (GALMICHE et al. 2019). Em amostras femininas na Europa, foram encontrados valores de 1 a 4% para AN, de 1 a 2% para BN e 1 a 4% para TCA. Nos homens, a prevalência foi de 0,3 a 0,7% (KESKI-RAHKONEN; MUSTELIN, 2016). Poucos são os dados disponíveis para a Ásia, América Latina e África, pois nesses continentes, em geral, estuda-se apenas a prevalência na população considerada de alto risco, que são as mulheres jovens. Na América Latina, estima-se a prevalência de 0,1%, 1,16% e 3,53% para AN, BN e TCA respectivamente (THOMAS; LEE; BECKER, 2016; VAN-HOEKEN; BURNS; HOEK, 2016). No Brasil, não existem dados reais, mas um estudo de revisão sugeriu que a frequência de comportamentos de risco para TA entre os adolescentes variou de 1,1% a 39,04% nos anos de 2004 a 2010 (LEAL et al., 2013). Mais recentemente, Santos e colaboradores (2021) encontraram frequência de 7,7% para os comportamentos de alto risco em uma amostra de adolescentes de um município do estado de Sergipe.

Quanto à etiologia dos TA, ela é multifatorial, complexa e dependente de aspectos individuais, ambientais, familiares e genéticos onde a interação desses fatores é responsável por determinar seu desencadeamento e manutenção ao longo da vida (TURKIEWICZ, 2019). Ainda, a adoção de dietas e restrições alimentares são fatores que podem predispor ao desenvolvimento de TA assim como eventos de mudanças na dinâmica familiar ou aqueles que envolvam alguma desorganização na vida (HENRY; OZIER, 2006; HILBERT et al., 2014; DAKANALIS et al., 2017; DE FREITAS; CARDOSO, 2020).

Os TA geralmente surgem em conjunto com outras manifestações psiquiátricas e/ou médicas, como transtornos de humor e ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno desafiador opositivo, abuso de substâncias e uso de álcool (ULFVEBRAND et al., 2015; CEDERLÖF et al., 2015; DE SOUZA; PESSA, 2016). Durante o isolamento social, um estudo constatou que 26,5% dos participantes apresentavam possível quadro de TA, assim como sintomas mais graves de

depressão, ansiedade e escores mais baixos de bem-estar psicológico (CHAN; CHIU, 2022). A literatura sugere que, em comparação com os pontos de tempo anteriores à pandemia, os indivíduos com TA experimentaram agravamento dos sintomas com aumento nas admissões hospitalares relacionadas às complicações da doença (DEVOE et al., 2023; WEISSMAN; HAY, 2022).

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão integrativa de literatura buscou identificar, analisar e sistematizar os resultados de estudos primários que pudessem propiciar evidências sobre mudanças no consumo e comportamento alimentares e no uso de álcool durante o isolamento social no contexto da pandemia da COVID-19 em pessoas com transtornos alimentares.

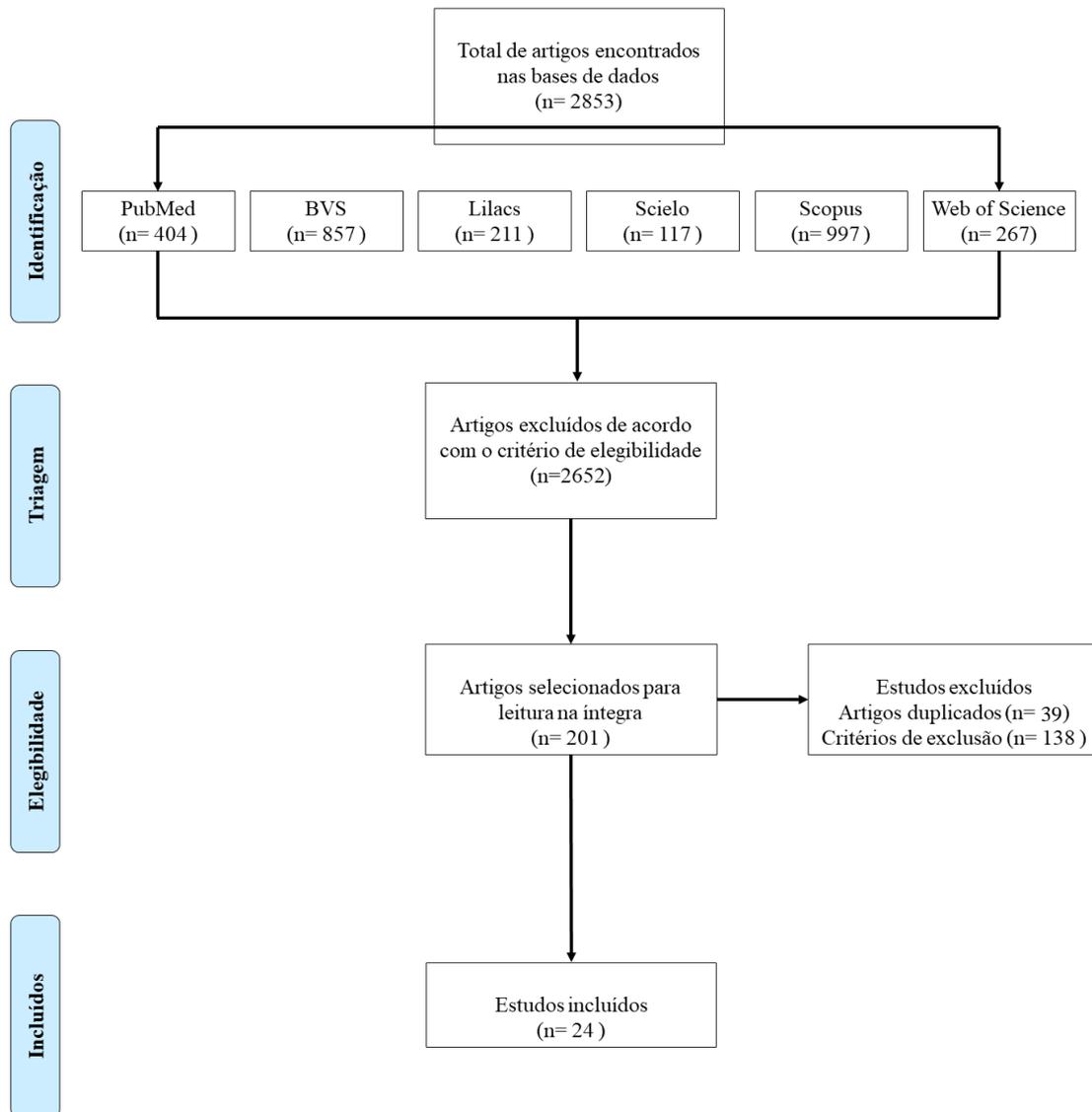
Os estudos foram buscados em periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Scopus* e *Web of Science*. Foi efetuada consulta com base nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), como: (("eating disorder" OR anorexia OR bulimia OR "binge eating" OR "feeding behavior") AND (covid OR coronavirus OR "social isolation" OR quarantine OR distancing) AND (alcohol)), em português, inglês e espanhol, no singular e plural, e com o uso de diferentes associações entre os termos, com filtros que delimitassem a data entre janeiro de 2020 e janeiro de 2023. Ainda, a fim de localizar possíveis estudos não identificados, realizou-se pesquisa complementar nas referências dos artigos selecionados.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos originais, com seres humanos, em populações de adolescentes ou adultos, com ou sem amostras comparativas do tipo controle, de abordagem quantitativa e/ou qualitativa. Foram excluídos estudos de revisão, editoriais, resumos em anais, cartas ao editor, artigos de opinião, capítulos de livro ou livros, dissertações ou teses, relatos de caso e comentários.

A partir disso, foram encontrados 2853 arquivos. No primeiro momento, foi realizada a leitura de todos os títulos verificando se o ano de publicação estava em concordância com o filtro aplicado nas plataformas de busca, e se o tipo de documento estava em concordância com o proposto pelos critérios de inclusão pré-estabelecidos, o que levou à exclusão de 2652 arquivos. Em seguida, foi realizada nova etapa de análise com os artigos eleitos para leitura na íntegra, resultando na exclusão de 39 estudos duplicados em meio as bases de dados e 138 conforme critérios de exclusão e/ou não faziam menções sobre a relação entre os TA, os

comportamentos alimentares e a pandemia da COVID-19. Por fim, 24 publicações compuseram a amostra final dessa revisão (Figura 1).

Figura 1 Fluxograma referente ao procedimento de coleta de dados para revisão integrativa da literatura de acordo com as diretrizes do PRISMA.



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Dentre os 24 estudos selecionados, 9 (37,5%) deles foram divulgados no ano de 2020, 14 (37,5%) em 2021 e 1 (4,2%) em 2022, todos na língua inglesa. As publicações foram originadas de diferentes países pelo mundo, sendo dois artigos elaborados com a população da Austrália, três da Alemanha, um da Bélgica, um da

Espanha, um colaborativo entre os Estados Unidos e Holanda, quatro dos Estados Unidos, três da Itália, um de Portugal, sete do Reino Unido e um da Turquia.

Diante dos resultados apontados pelos artigos foi possível agrupá-los em três categorias: 1. Mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA; 2. Mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA e outras situações clínicas e, 3. Fatores envolvidos nas mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA.

2.1 Categoria 1 - Mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool em pessoas com TA

Nessa categoria, foi possível observar mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA (Tabela 1), cujos resultados de 11 estudos demonstraram, com maior frequência (n=9; 81,8%) a piora da sintomatologia representada pelo aumento dos episódios de restrição e compulsão alimentares, assim como do uso de laxantes e diuréticos, além da prática de vômito autoinduzido.

Alguns estudos descreveram mudanças autopercebidas nos comportamentos alimentares devido às restrições que limitaram o acesso ao comércio e à aquisição de alimentos resultando em pouca disponibilidade de comida em casa, que foi utilizada como justificativa e incentivo à prática de restrição alimentar. Outra possibilidade seria o maior acesso aos alimentos, devido ao estoque de comida de forma preventiva, que provocou a maior frequência de episódios de CA e/ou o aumento de estratégias purgativas para compensação pela sensação de perda de controle e pensamentos negativos (BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020; TERMORSHUIZEN et al., 2020; HUNTER; GIBSON, 2021).

Quando comparados os períodos pré, durante e pós confinamento domiciliar, Machado e colaboradores (2020) encontraram associação significativa no estado nutricional representado pelo IMC, que foi maior ($21,58 \pm 6,85 \text{ kg/m}^2$) durante em relação ao pré dessa condição ($20,53 \pm 6,60 \text{ kg/m}^2$), com aumento dos sintomas de TA, identificados pelo *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q). Giel e colaboradores (2021) observaram aumento significativo dos episódios de CA nas quatro primeiras semanas de confinamento, em comparação com o mesmo período anterior ao surto. Outro estudo, ao investigar as diferentes fases do isolamento

social (pré, durante e na redução das medidas de contenção), encontrou efeito significativo do tempo sobre o aumento da insatisfação corporal, dos episódios de CA, de atividades físicas compensatórias e de vômito autoinduzido nos dois momentos iniciais em relação ao final (MONTELEONE et al., 2021). O aumento dos episódios de CA também foram associados à estar mais em casa, seja com os familiares ou companheiros, e com menos amigos (LEENAERTS et al., 2021).

Na Alemanha, dois estudos observaram piora da qualidade de vida, medo aumentado de ganhar peso, aumento de restrições alimentares e dos episódios de CA em pacientes com AN, além de eles estarem cozinhando as próprias refeições em casa (SCHLEGL et al., 2020a). Já na BN, 40% dos participantes relataram o desenvolvimento de novos sintomas e aumento das preocupações com o peso e a forma corporais, alimentação, insatisfação com a imagem corporal, e tendência para a magreza em mais de 80% deles. Quanto ao uso do álcool, entre aqueles com AN ou BN, este foi mantido e evidenciado por mais da metade da amostra (84,3% e 58,2% respectivamente) (SCHLEGL et al., 2020b).

Contrariamente, outros estudos descreveram melhora dos sintomas de TA como consequência do isolamento social, o que refletiu na redução das práticas de purgação e de restrições alimentares, assim como levou à maior flexibilidade alimentar, observada na disposição dos indivíduos com TA em experimentar novos alimentos. Houve relatos de que, possuir mais tempo para lidar com as emoções junto à ausência de eventos sociais levou à diminuição dos níveis de estresse. No entanto, ressalta-se que mais da metade da amostra das três pesquisas citadas, referiu agravo dos sintomas de TA. (BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020; ZEILER et al., 2021; COLLELUORI et al., 2021).

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(continua)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
GIEL et al., 2021. Alemanha	Investigar os sintomas de TA e a psicopatologia geral após o primeiro confinamento domiciliar em pacientes que procuraram atendimento em um grupo de apoio.	Longitudinal, quantitativo, randomizado controlado. Questionário online e entrevista clínica por chamada telefônica. n= 42 (81,0% mulheres; 19,0% homens), com TCA. Idade: 45,5±12,6 anos	Houve aumento significativo de episódios de CA durante o confinamento em comparação com o período pré- COVID-19.
ZEILER et al., 2021. Austrália	Explorar como a pandemia da COVID-19 afetou a vida de jovens com TA e de seus pais, no que diz respeito aos sintomas, tratamento hospitalar e ambulatorial, e rotinas diárias.	Transversal, qualitativo. Entrevistas semiestruturadas pessoalmente ou por meio de videochamada. n= 13 (100% mulheres), com AN. 61,5% dos pacientes estavam em tratamento ambulatorial e 38,5% em internação hospitalar. Idade: 15,9±14 anos País n= 10	Para uma parcela dos pacientes houve aumento dos comportamentos restritivos (como contar calorias da dieta), de compulsão/purgação e exercícios físicos obsessivos, enquanto outros relataram melhora com menos episódios de purgação e alimentação restritiva, além de oportunidades para cuidar de si mesmos; níveis mais baixos de estresse, alimentação mais flexível (experimentar novos alimentos) e melhora do humor.

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
LEENAERTS et al., 2021. Bélgica	Explorar o impacto das medidas de contenção da COVID-19 em pacientes com BN.	Longitudinal, quantitativo. Questionário online via aplicativo mobile. n= 15 (100% mulheres), com BN. Idade: média de 23 anos	Durante o confinamento, 87% (n= 13) dos participantes relataram aumento nos episódios de CA, os quais estavam significativamente mais em casa com familiares e companheiros.
COLLELUORI et al., 2021. Itália	Avaliar se as restrições sociais durante a pandemia de COVID-19 afetaram negativamente os pacientes e profissionais de saúde, aumentando a frequência de comportamentos disfuncionais.	Transversal, quantitativo. Questionários enviados à serviços de tratamento. n= 84 profissionais de saúde (psicólogos, psiquiatras, nutricionistas e médicos especialistas em nutrição). As respostas se referiram a 453 pacientes que sofrem de TA. 178 indivíduos com AN, 101 com BN e 174 com TCA.	Observou-se variação na frequência de comportamentos compensatórios (purgação e vômito autoinduzido) em pacientes com AN (73 aumentados e 26 reduzidos) e BN (50 aumentados e 22 reduzidos). Significamente, mais pacientes com BN experimentaram mudanças em sua frequência (ambas as direções). Além disso, os episódios de CA mudaram na frequência semanal para TCA (53 aumentaram e 43 diminuíram) e BN (aumentaram 54 e 31 diminuíram).

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
MONTELEONE et al., 2021. Itália	Investigar mudanças na psicopatologia dos TA em pessoas em tratamento nos períodos pré pandemia (fase 1), durante o confinamento (fase 2) e durante a redução das medidas de contenção (fase 3) da COVID-19.	Transversal, quantitativo. Questionário online. n= 312 (96,1% mulheres, 3,5% homens, 0,4% outro), 179 com AN, 63 com BN, 48 com TCA e 22 com TANE. Idade: 29,19±12,05	Houve efeito significativo do tempo, com maiores aumentos na insatisfação corporal, comportamentos de CA e atividade física na fase 1 em comparação com a fase 2. O vômito autoinduzido foi maior nas fases 1 e 2.
HUNTER et al., 2021. Reino Unido	Descrever as experiências e preocupações das pessoas que vivem com TA durante o isolamento social.	Transversal, qualitativo. Entrevistas semiestruturadas por videochamadas. n= 12 (91,7% mulheres, 8,3% homens), 11 com AN e um com BN. Idade: 21-63 anos	Restrição alimentar e aumento do uso de laxantes foram desencadeados pela sensação de estar fora de controle causada pela pandemia e as restrições associadas, como o desconforto pela quantidade de comida estocada e sua disponibilidade em casa, além do aumento de pensamentos negativos.
SCHLEGL et al., 2020a. Alemanha	Investigar os impactos da pandemia de COVID-19 em pessoas com AN, incluindo as alterações na utilização dos serviços de saúde.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 159 (100% mulheres), com AN. Idade: 22,42±8,67 anos.	41,5% relataram piora na sintomatologia e 51,5% na qualidade de vida durante o isolamento social. Houve aumento na preocupação com o ganho de peso (70,5%), insatisfação corporal (66%), restrição alimentar (47,1%) e CA (14,5%). 36,5% dos participantes passaram a comer sozinhos e 49,1% relataram cozinhar mais, com metade dos

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
SCHLEGL et al., 2020b. Alemanha	Investigar os efeitos da pandemia de COVID-19 em pessoas com BN, incluindo alterações na utilização dos serviços de saúde.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 55 (100% mulheres), com BN. Idade: 24,42±6,36 anos	<p>pacientes tendo mais tempo para preparar as refeições. Adolescentes apresentaram comportamentos alimentares mais positivos do que adultos (estatisticamente significante). Sobre o uso de álcool: 9,4% relataram piora, 6,3% melhora e 84,3% não tiveram alterações.</p> <hr/> <p>49,1% tiveram piora da sintomatologia, 61,8% da qualidade de vida e 40% desenvolveram novos sintomas. Preocupações com a forma, peso e alimentação aumentaram em mais de 80% dos pacientes, bem como o medo de ganhar peso, a insatisfação com a imagem corporal e a tendência para a magreza. 61,9% relataram uma estrutura alimentar menos ou muito menos regular. A compulsão alimentar aumentou em 47,3% dos pacientes, vômito em 36,4%, uso de laxantes em 9,1%, abuso de diuréticos em 7,3% e restrição alimentar em 43,6%. Sobre o uso de álcool: 27,2% relataram piora, 14,6% melhora, e 58,2% não tiveram alterações.</p>

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
TERMORSHUIZEN et al., 2020. Estados Unidos e Holanda	Caracterizar o impacto da pandemia em pacientes com TA nos países: Estados Unidos e Holanda.	Transversal, quantitativo. Questionário online. Estados Unidos n = 511 (97% mulheres e 3% homens); Holanda n= 510 (99% mulheres e 1% homens), maioria com AN, seguido de BN, TCA e TANE. Idade: 30,61 ± 9,37	Mais de um terço dos participantes de ambos os países relataram piora na restrição alimentar e nos comportamentos compensatórios. A compulsão alimentar pela presença de alimentos estocados foi relatada por 23% nos EUA e 14% na Holanda. O grupo AN relatou maior preocupação sobre o acesso a alimentos consistentes com seu plano alimentar e agravamento da restrição alimentar. Os grupos TCA e BN relataram ingestão excessiva de alimentos armazenados de forma mais frequente.
MACHADO et al., 2020. Portugal	Avaliar o impacto da pandemia e das medidas de contenção em uma coorte de pacientes com TA, com dados pré pandemia e pós confinamento domiciliar.	Transversal, quantitativo. Entrevista telefônica e questionário online n=43 (95,3% mulheres, 4,7% homens), 20 com AN (n=20), BN (n=14), TCA (n=2) e TANE (n=7). Idade: 27,6±8,45 anos	Durante o confinamento: o IMC foi significamente maior (21,58kg/m ² ± 6,85) do que no período pré-COVID-19 (20,53 kg/m ² ± 6,60). Pós confinamento: 31% dos pacientes relataram aumento de peso, 19% diminuição, 9,5% não sabem o peso atual e 40,5% mantiveram o peso. Análises do questionário EDE-Q sugerem correlação significativa entre o impacto da pandemia e o aumento dos sintomas de TA no pós-confinamento.

Tabela 1 - Estudos que evidenciaram mudanças do comportamento alimentar e uso de álcool durante a pandemia da COVID-19 em amostras populacionais com TA (n=11). Ribeirão Preto, 2023.

(conclusão)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
BRANLEY-BELL et al., 2020. Reino Unido	Investigar o impacto do isolamento social na vida de pessoas com TA.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 129 (93,8% mulheres, 5,4 homens, 0,8% outro) Idade: 29,27±8,99 anos	86,7% relataram piora do TA durante a pandemia, enquanto apenas dois participantes tiveram uma ligeira melhora. 66,7% relataram mudanças na relação com a alimentação, onde o confinamento resultou em pouca comida em casa (ou deu-lhes um motivo para justificar a falta de suprimentos), resultando em mais restrição alimentar, ou quantidades excessivas de comida estocada, com preocupações sobre estarem mais propensos a comer compulsivamente. No entanto, as restrições aos comportamentos de TA atribuídas a mudanças em sua situação de vida foram identificadas como um fator positivo: Episódios de CA e purgação foram reduzidos.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

2.2 Categoria 2 - Mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA e em outras situações clínicas

Para essa categoria, foi possível identificar cinco estudos que observaram alterações do comportamento alimentar e do uso de álcool em amostras populacionais com TA e em outras situações clínicas (Tabela 2).

Phillipou e colaboradores (2020) verificaram que, tanto em pessoas com TA quanto na população em geral, houve aumento da restrição e compulsão alimentares, além dos episódios de purgação naquelas com TA durante o isolamento social corroborando os achados de outro estudo (CASTELLINI et al., 2020), porém, com aumento maior entre os indivíduos com TA prévio. Sendo assim, no pré confinamento, o grupo com BN relatou redução na frequência dos episódios de CA, enquanto que na flexibilização das medidas de contenção, houve aumento estatisticamente significativo desse comportamento influenciado pelo medo da segurança dos entes queridos.

Em estudo conduzido por Robertson e colaboradores (2021) foi explorado o impacto do confinamento relacionado à COVID-19 quanto à alimentação, exercícios e imagem corporal de uma amostra da comunidade em 264 participantes (35 com diagnóstico atual ou passado de TA e 93 com diagnóstico atual ou passado de outra condição de saúde mental). Como resultados, os indivíduos sem histórico de problemas de saúde mental e aqueles com diagnóstico atual ou passado de TA eram mais propensos a apresentar mais dificuldade em controlar/regular a alimentação apresentando maior preocupação com a comida e a imagem corporal, e mais pensamentos sobre exercícios físicos. Ainda, as mulheres foram mais propensas a relatar tais situações quando comparadas aos homens.

A fim de analisar as propriedades psicométricas de uma escala com cinco categorias de sintomas de TA para medir o impacto do confinamento em uma amostra com TA e outra com obesidade, os autores observaram piora em todas elas na amostra com TANE e em três no grupo AN. Já os participantes com obesidade tiveram maior alteração de peso entre os períodos, com diminuição significativa de 3,2 kg, em comparação com o aumento menor (quase 1 kg) dos pacientes com AN e BN. Não houve associação do consumo de álcool para todos os grupos (FERNÁNDEZ-ARANDA et al., 2020)

As mudanças percebidas na prática de atividade física e nos sintomas de TA antes e durante o isolamento social, em uma amostra com e sem o diagnóstico de TA, foram avaliadas no estudo conduzido por Breiner e colaboradores (2021), com associação para a variável “peso” como motivadora de exercícios físicos no grupo com TA. Para a amostra total, observou-se diminuição significativa dos comportamentos de comer demais, perda de controle ao comer e do IMC entre os períodos.

Tabela 2 - Mudanças dos comportamentos alimentares e uso de álcool em amostras populacionais com TA e outras situações clínicas (n=5). Ribeirão Preto, 2023.

(continua)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
PHILLIPOU et al., 2020. Austrália	Verificar como o comportamento alimentar e de exercícios físicos mudaram após o anúncio oficial da COVID-19, tanto para aqueles com histórico de TA quanto para a população em geral.	Transversal, quantitativo. Questionário online. n= 180 (95,6% mulheres, 1,7% homens, 2,8% outros), AN (n=88), BN (n=23), TCA (n=6), TANE (n=4), n=68 não souberam responder. Idade: 30,47±8,19 anos; n= 5289 (80% mulheres, 17,9% homens, 2,1% outros) Idade: 40,62±13,67.	Amostra TA: 64,5% com um pouco ou muito mais restrição alimentar, 35,5% mais CA, 18,9% mais purgação. Correlação positiva entre CA e comportamentos purgativos. População geral: 27,6% com mais restrição alimentar do que antes da COVID-19 e 34,6% mais CA. Correlação positiva entre CA e purgação. Correlações negativas entre restrição e comer compulsivo.
FERNÁNDEZ-ARANDA et al., 2020. Espanha	Avaliar a psicometria da COVID Isolation Eating Scale (CIES), que mede o impacto do confinamento, e depois analisar as mudanças no comportamento alimentar e peso, bem como atitudes e emoções disfuncionais, preocupações, inquietações e ansiedade durante o período de isolamento social..	Transversal, quantitativo. Questionário semiestruturado, entrevista. n= 121 (86% mulheres, 14% homens), AN (n=55), BN (n=18), TANE (n=14) e obesidade (n=34). Idade: 33,7±15,8 anos	Participantes com obesidade tiveram maior variação no peso entre os períodos pré e pós confinamento, com uma perda significativa de 3,2 kg, enquanto os pacientes com AN e BN apresentaram aumento de quase 1kg. TANE não apresentou diferença de peso, mas todos os outros fatores CIES pioraram. No grupo AN, houve reduções significativas pós confinamento nos fatores F1 (impacto nos sintomas alimentares), F2 (mudanças no estilo de comer) e F4

Tabela 2 - Mudanças dos comportamentos alimentares e uso de álcool em amostras populacionais com TA e outras situações clínicas (n=5). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
CASTELLINI et al., 2020. Itália	Avaliar o desfecho longitudinal de pacientes com TA já em tratamento antes da pandemia, considerando o papel das vulnerabilidades pré-existentes.	Longitudinal, quantitativo. Questionário online. n= 74 (100% mulheres) com TA; AN (n=37) e BN (n=37). Idade: 31,74±12,76 anos; n= 97 controles (100% mulheres) Idade: 30,45±10,89 anos	(mudanças na regulação da emoção). Sobre o uso de álcool: Não houve alterações significativas nos períodos pré e pós-confinamento em todos os diagnósticos. Pacientes e controles relataram variação pré e pós-confinamento em CA e exercícios físicos compensatórios, com aumento patológico em pacientes com TA. Pré-COVID-19: pacientes com BN apresentaram redução estatisticamente significativa na frequência de episódios CA. Pós-medidas de contenção da COVID-19: pacientes com BN relataram aumento significativo dos episódios de CA. O IMC aumentou significativamente a cada acompanhamento na AN enquanto permaneceu substancialmente estável na BN. O medo pela segurança dos entes queridos previu aumento nos episódios de CA.
BREINER et al., 2021. Estados Unidos	Avaliar mudanças nos sintomas relatados de TA antes e durante o isolamento social em indivíduos com TA prévio e na amostra total.	Transversal, retrospectivo, quantitativo. Questionário online. n= 159 (90,6% mulheres, 8,8% homens), 30 participantes com	Amostra TA: Associação significativa encontrada entre “peso” e prática de exercícios físicos durante o isolamento social. Não houve risco aumentado para agravamento dos sintomas ou exercício patológico em pacientes com diagnóstico prévio de TA, segundo questionário EDE-Q

Tabela 2 - Mudanças dos comportamentos alimentares e uso de álcool em amostras populacionais com TA e outras situações clínicas (n=5). Ribeirão Preto, 2023.

(conclusão)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
		<p>TA autorreferido - AN (n=22), BN (n=8), TCA (n=4) e TANE (n=3); nota: alguns participantes relataram mais de um diagnóstico de TA.</p> <p>Idade: 27,59±11,68 anos</p>	<p>quando comparados à população em geral.</p> <p>Amostra total: Antes e durante o confinamento, “aumento da saúde/condicionamento físico” foi o motivo de exercício mais frequente. Exercícios de força diminuíram e exercícios cardiovasculares aumentaram. Comportamentos como comer demais e perda de controle ao comer diminuíram significativamente. Por fim, o IMC também apresentou diminuição significativa durante a pandemia.</p>
<p>ROBERTSON et al, 2021.</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Explorar como o confinamento relacionado ao COVID-19 afetou a alimentação, exercícios e imagem corporal percebidos pelas pessoas com e sem TA.</p>	<p>Transversal, quantitativo.</p> <p>Questionário online.</p> <p>n= 264 (78% mulheres, 22% homens), 35 participantes com TA, 93 com diagnóstico de outra condição de saúde mental.</p> <p>Idade: 18 a 79 anos</p>	<p>Pessoas com diagnóstico atual ou passado de TA apresentaram maior dificuldade em controlar a alimentação, mais pensamentos sobre exercícios físicos e preocupações com a imagem corporal, comparados a outros transtornos mentais. Mulheres apresentaram maior dificuldade em controlar a alimentação e piora da imagem corporal em comparação aos homens.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

2.3 Categoria 3 - Fatores envolvidos nas mudanças do comportamento alimentar e do uso de álcool em pessoas com TA

Nesta categoria, foram incluídas oito pesquisas que investigaram os fatores envolvidos nas mudanças do comportamento alimentar em pessoas com TA (Tabela 3). Dentre elas, seis (75%) evidenciaram aumento dos níveis de estresse como um fator importante, enquanto duas delas também relacionaram, concomitantemente, a ansiedade e a solidão. Os outros dois estudos (25%) abordaram somente a ansiedade e a solidão como propulsores para o agravamento dos sintomas de TA.

Estudos transversais sugerem que o acesso dificultado à compra de alimentos e ser o responsável por realizar essa atividade para a família durante o isolamento social, foi gatilho para mais preocupações sobre comida, o que conseqüentemente levou ao aumento dos níveis de estresse e ansiedade nas pessoas com TA. Vuillier e colaboradores (2021) identificaram que tal situação encorajou o aumento dos comportamentos alimentares restritivos, enquanto o estoque de alimentos em casa causou desconforto relacionados à sensação de falta de controle ao comer. Brown e colaboradores (2021) descreveram que dois entrevistados frequentavam diferentes lojas para evitar que os funcionários percebessem suas compras, consideradas inadequadas por eles. De forma semelhante, Nutley e colaboradores (2021) encontraram relatos em fóruns de discussão em uma mídia social, em que os usuários se dizem cercados por comida e se sentindo como se [não fossem] capazes de controlar [a si próprio] em torno de toda a comida.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Reino Unido e Turquia sugerem que a maior disponibilidade de tempo e o tédio estão relacionados ao aumento do foco nos pensamentos negativos e preocupações sobre alimentação e imagem corporal (MCCOMBIE et al., 2020; FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021; VUILLIER et al., 2021, AKGÜL et al., 2022; NUTLEY et al., 2021).

Frayn e colaboradores (2021) e Simone e colaboradores (2021) sugerem que o consumo dos alimentos tomou proporções de forma à regular e lidar com sentimentos difíceis levando a mais episódios de CA e ao consumo aumentado de álcool (VUILLIER et al., 2021). O foco nos comportamentos de TA foi fonte de distração frente ao tédio gerando conforto frente às emoções negativas.

Adicionalmente, comer sozinho e ter uma rotina diária alimentar menos estruturada também contribuíram para o aumento da frequência desses comportamentos.

Simone e colaboradores (2021) descrevem a experiência e os fatores associados ao TA durante o surto da COVID-19, nos Estados Unidos, a partir de um estudo coorte anterior. Análises estatísticas significativas sugerem que o melhor gerenciamento dos níveis de estresse foi correlacionado a menos comportamentos extremos para o controle do peso em um estudo americano, como uso de pílula dietética, vômito autoinduzido, uso de laxante e diurético. Da mesma forma, sintomas depressivos, insegurança alimentar e dificuldades financeiras foram correlacionados a comportamentos menos extremos para o controle do peso como jejum, comer muito pouco, usar substitutos alimentes, pular refeições ou fumar mais cigarros.

Em quase todos os estudos incluídos nessa categoria foram descritos também, fatores relacionados à redução dos sintomas de TA no referido período, mesmo que em menores proporções quando comparados aos fatores de agravo. As restrições do isolamento social, que limitaram o acesso aos alimentos e situações sociais desencadeadoras, assim como a maior disponibilidade de tempo para o autocuidado e a prática de alimentação regular, no contexto de se ter menos privacidade, refletiram na diminuição dos episódios de CA, vômito autoinduzido, uso de laxantes e restrição alimentar. Nesse sentido, Akgül e colaboradores (2022), ao avaliarem uma amostra de adolescentes na Turquia, observaram melhora percebida de forma expressiva dos sintomas de TA, com relatos de menos preocupação com o peso e forma corporais, e pensamentos positivos frente à situação geral.

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continua)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
FRAYN et al. 2021. Estados Unidos	Avaliar como a COVID-19 afetou os sintomas do TCA e as opiniões dos pacientes sobre a terapia online.	Transversal, qualitativo. Entrevistas semiestruturadas conduzidas por vídeo chamada. n= 11 (63,6% mulheres, 27,6% homens, 9,1% outro), com TCA. Idade: 42,8±14,2 anos.	<p>Aumento dos sintomas: Quase metade da amostra relatou agravamento dos sintomas (n=5) devido ao contexto de solidão frente o isolamento social, que propiciou mais tempo para se preocupar com o comer, com o peso e a imagem corporal, associados a uma rotina alimentar menos estruturada. Ainda, maiores níveis de estresse geral relacionado ao COVID-19 resultaram no aumento da ingestão alimentar para lidar com emoções negativas, assim como pelo aumento dos episódios de CA.</p> <p>A falta de habilidades de enfrentamento para lidar com estressores foi citada como uma razão para usar alimentos para se autorregular e, assim, envolver-se na CA.</p> <p>Redução dos sintomas: Uma parcela (n=3) relatou melhora, com percepção de que, devido às restrições do isolamento social, que limitou o acesso aos alimentos e situações sociais desencadeadoras, assim como mais tempo disponível para uma alimentação regular e conseqüente diminuição da fome excessiva, no contexto de menos privacidade, resultaram em menos episódios de CA. Ainda, por ser mais fácil planejar as refeições e lanches regulares estando em casa, houve também a diminuição dos períodos de restrição alimentar.</p>

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 202.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
VUILLIER et al., 2021. Reino Unido	Explorar quais os fatores mais relevantes para a mudança dos sintomas de TA e como esses indivíduos estão se adaptando às intervenções online.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 283 (73,15 % mulheres, 26,85% homens). Participantes com diagnóstico autorreferido de AN (n=120), BN (n=60), TCA (n=72) ou TANE (n=31). Idade: 30,0±9,7	Aumento dos sintomas: A maioria (83,1%) relatou agravamento dos sintomas, com uso de estratégias negativas de enfrentamento (álcool). As alterações na sintomatologia foram semelhantes entre os grupos diagnósticos. Temas da análise: Emoções difíceis: Comportamentos de TA usados como fonte de conforto e distração; Mudanças na rotina: Limitações de acesso a alimentos levaram a comportamentos alimentares restritivos, enquanto maior acesso (quando estocados em casa) causou ansiedade e falta de controle. Ainda, o agravo dos sintomas de TA resultaram em mudanças de peso corporal, o que aumentou o estresse e exacerbou o agravamento das atitudes descompensadas (vômito autoinduzido, uso de laxantes e diuréticos, a prática de exercícios físicos de compensação, entre outros). Mais tempo livre levou ao tédio e foco em pensamentos negativos, alimentação e peso; Confinamento: Falta de conexão social levou a mais comportamentos de TA (como compulsão alimentar). O questionário EDE-Q indica que a não aceitação de

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
			<p>emoções e as dificuldades em manter objetivos quando chateado foram preditores significativos de psicopatologia alimentar.</p> <p>Redução dos sintomas: 6,8% relataram melhora, atribuindo ao difícil acesso aos alimentos, que diminuiu os episódios de CA e comportamentos compensatórios (uso de laxantes).</p>
<p>MCCOMBIE et al., 2020.</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Investigar as experiências e percepções de pessoas com diagnóstico de TA em recuperação ou recuperados e TA atual, durante as medidas de restrições associadas à pandemia de Covid-19.</p>	<p>Transversal, qualitativo. Questionário online.</p> <p>n= 32 (93,6% mulheres, 3,1% homens, 3,1% outro).</p> <p>Diagnósticos de AN (n=23), BN (n=3), TCA (n=1) e outros (n=5). 14 participantes com TA atual, 16 em recuperação e dois recuperados.</p> <p>Idade: 35,2±10,3 anos</p>	<p>Temas da análise:</p> <p>Mecanismos que contribuem para e exacerbação do TA: Sensação de isolamento físico e psicológico devido às medidas de restrição aumentou sensação de desconforto e solidão. Mais tempo em casa aumentou o foco nos pensamentos e comportamentos relacionados ao TA e preocupação com a imagem corporal. Falta de contato com entes querido e os serviços de saúde pessoalmente tornou mais fácil esconder o agravamento dos sintomas e as mudanças no peso. Falta de distrações e maneiras de lidar com o tédio fortaleceu a voz do TA (uma voz crítica interna que comenta sobre forma, peso e alimentação). Pessoas em recuperação/recuperadas relataram altos níveis de ansiedade em relação ao trabalho, família e pandemia. O subgrupo com TA atual também apresentou ansiedade alta,</p>

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
BROWN et al., 2021. Reino Unido	Explorar a experiência de adultos com TA durante a pandemia de Covid-19.	Transversal, qualitativo Entrevista semiestruturada por vídeo chamada. n= 10 (90% mulheres, 10% homens). Diagnósticos de AN (n=7), TANE (n=2) e TCA (n=1). Idade: 29,6 anos.	<p>mas com preocupações específicas ao TA. Exercícios físicos foram usados para lidar com ansiedade e depressão, mas também dificultaram o controle dos sintomas de TA. Cobertura jornalística focando em peso incentivou a prática de exercícios físicos compulsivos.</p> <p>Aspectos positivos da vida em confinamento: Mais tempo para autocuidado e melhoria nos relacionamentos devido à distância física. Alguns não tiveram mudanças significativas e o apoio virtual foi essencial para lidar com a situação.</p> <hr/> <p>Aumento dos sintomas: Confinamento em casa aumentou a restrição alimentar e práticas alimentares desordenadas devido à solidão e falta de rotina estruturada. Ser o responsável por comprar alimentos para as pessoas em casa foi citado como gatilho para o aumento da preocupação com a comida.</p> <p>Dois entrevistados com TCA e TANE relataram agravamento dos comportamentos de compra desordenados durante a pandemia. Eles frequentavam diferentes lojas para evitar que os funcionários percebessem as compras inadequadas.</p> <p>Redução dos sintomas: Morar com um companheiro</p>

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
AKGÜL et al., 2022. Turquia	Avaliar o impacto do confinamento ocasionado pela COVID-19 em adolescentes com TA e identificar fatores que predizem o comportamento de TA.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 38 (94,7% mulheres, 5,3% homens). Diagnósticos de AN (n=34), BN (n=3) e TANE (n=1). Idade: 15,12±1,56 anos.	<p>aumentou o senso de responsabilidade e limitou a privacidade, o que reduziu períodos de restrição alimentar.</p> <p>Aumento dos sintomas: 21,1% relataram piora nos sintomas de TA, incluindo aumento de pensamentos sobre imagem corporal e mais preocupação e oportunidades para conferir e acompanhar o peso. De acordo com o escore global da EDE-Q, 44,7% tiveram o comportamento alimentar prejudicado e 23,7% apresentaram comportamento gravemente prejudicado. Escores mais altos de depressão foram preditivos de mudanças nos comportamentos alimentares desordenados.</p> <p>Redução dos sintomas: 36,8 % perceberam melhora dos sintomas de TA, com menos preocupação com o peso e forma corporal durante o confinamento. 31% tiveram boa qualidade de vida geral e relacionada ao TA, e pontuaram afirmações positivas na Likert, como entender o valor de ser saudável (60,5%), sentir mais controle (57,9%) e uma nova era começando na vida (42,1%).</p>
NUTLEY et al., 2021.	Descrever experiências de usuários do Reddit em fóruns de TA durante a pandemia, incluindo	Transversal, qualitativo. Dados adquiridos de fóruns de discussão em uma mídia social	<p>Temas da análise:</p> <p>Aumento da sintomatologia de TA: 65,9% das postagens relataram luta para ignorar pensamentos obsessivos sobre</p>

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
Estados Unidos	impacto na saúde mental e comportamento alimentar.	(Reedit). n= 305. AN (n=33), TCA (n=180) e TA (n= 92).	<p>comida e peso, bem como comportamentos alimentares desordenados devido à solidão, ansiedade e tédio. Usuários com TCA descreveram a quarentena em casa como estando "cercados por comida" e lutando para controlar seus impulsos. Muitos confiaram em comportamentos compensatórios (restrição, purgação) para lidar com as mudanças em sua rotina diária.</p> <p>Imagem corporal negativa: em 21% das postagens relataram desconforto com mudanças no peso ou forma corporal, levando ao aumento dos comportamentos compensatórios (restrição alimentar, exercícios físicos exagerados, vômitos autoinduzidos e uso de laxantes).</p> <p>Diminuição da sintomatologia de TA: 12,1% dos usuários relataram sintomas menos frequentes ou menos graves de TA, visto que as restrições impostas pela COVID-19 proporcionaram mais tempo para se concentrar na recuperação e menos períodos de restrição alimentar ou episódios de CA.</p>
WARNE et al., 2021.	Verificar se as mudanças de estilo de vida, em consequência da COVID-19 foram preditoras de	Longitudinal, quantitativo. n= 2657 (71,17% mulheres, 28,83% homens) TCA foi o	Pessoas com diagnóstico de qualquer TA isolado, ou com a comorbidade de autoagressão (com e sem intenção suicida) foram associados a maiores sintomas depressivos e de

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(continuação)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
Reino Unido	risco nos sintomas de TA.	diagnóstico mais comum (20,46%). TA e a autoagressão foram autorrelatadas quando os participantes tinham 25 anos. Idade: 28,2±0,5 anos	ansiedade e menor bem-estar mental no período pandêmico, quando comparado ao período pré pandêmico. A relação entre sintomas de TA, sono e ansiedade foi significativa, onde manter um padrão de sono regular foi associado a níveis mais baixos de ansiedade em pessoas com TA.
SIMONE et al., 2021. Estados Unidos	Descrever a experiência e os fatores associados ao TA durante o surto de COVID-19 nos participantes de um estudo de coorte anterior.	Transversal, quanti-qualitativo. Questionário online. n= 720 (62,1% mulheres, 36% homens, 1,9% outros), com TA. Idade: 24,7±2,0 anos	Gerenciamento do estresse correlacionado a menos comportamentos extremos* e menos compulsão alimentar, enquanto sintomas depressivos, insegurança alimentar e dificuldades financeiras foram correlacionadas a mais comportamentos menos extremos**. Apenas sintomas depressivos correlacionados à CA. Aumento nos sintomas depressivos, estresse e dificuldades financeiras associados a comer para lidar com a pandemia. A análise qualitativa indicou aumento do consumo de lanches por tédio, aumento geral na ingestão de alimentos, diminuição no apetite, comer em resposta a estados emocionais elevados (medo, raiva, estresse), a tendência de pular refeições e redução na ingestão alimentar em resposta a pandemia. *Comportamento extremo para controle do peso (uso de

Tabela 3 - Fatores envolvidos na alteração dos comportamentos alimentares em amostras populacionais com TA (n=8). Ribeirão Preto, 2023.

(conclusão)

Autores, ano e país	Objetivos	Desenho e População	Principais resultados
			<p>pílula dietética, vômito autoinduzido, uso de laxante e uso de diurético);</p> <p>**Comportamentos menos extremos para controle do peso (jejum, comer muito pouco, usar substitutos alimentares, pular refeições ou fumar mais cigarros).</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

3 HIPÓTESE E JUSTIFICATIVA

Sabe-se que pacientes com TA podem apresentar dificuldade de regulação emocional, o que pode levar a comportamentos alimentares disfuncionais (MANASSE et al., 2018). Além disso, estudos indicam associação entre TA e abuso de álcool, que pode ser ainda mais prevalente durante o isolamento social (AZEVEDO et al., 2020; TESTINO; PELLICANO, 2020). Nesse contexto, surge a seguinte questão: como o isolamento social afeta o comportamento alimentar e consumo de álcool em indivíduos com TA?

Após análise dos estudos já citados anteriormente constata-se que a população com TA sofreu importantes mudanças na sintomatologia, no entanto, não há dados na literatura nacional sobre tal questionamento. Dessa maneira, é hipotético que a pandemia da COVID-19, também no Brasil, teve um impacto maior no comportamento alimentar e no uso de álcool em pessoas com TA do que naquelas sem esses diagnósticos.

A realização deste trabalho pode trazer implicações teóricas e de promoção da saúde, subsidiando o planejamento de intervenções para aprimorar a assistência de saúde e identificar pessoas que foram mais sensíveis às consequências da pandemia, especialmente em relação aos comportamentos alimentares. Destaca-se, ainda, a necessidade de identificar, em períodos de estresse e mudanças na rotina, os indivíduos com TA. Assim, é hipotético que o isolamento social possa ter um impacto ainda maior no comportamento alimentar e no uso de álcool em pessoas com TA do que naquelas sem esse quadro.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar as repercussões do isolamento social causado pela pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem TA.

4.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas, antropométricas e de imagem corporal;
- 2) Identificar comportamentos de aquisição, preparo e consumo de alimentos, e verificar as mudanças ocorridas durante o referido período;
- 3) Investigar o consumo do álcool e os sintomas de compulsão alimentar;
- 4) Verificar a associação entre o isolamento social e variáveis sociodemográficas, corporais, alimentares e de uso do álcool.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, comparativa e transversal, com abordagem quanti-qualitativa. Estudos observacionais são aqueles em que os investigadores não realizam intervenções, tendo como objetivo observar e descrever (HOLLY, 2012) as características de um fenômeno em uma amostra ou população. A pesquisa comparativa busca entender as semelhanças e diferenças entre objetos de estudo por meio da análise de dados concretos, permitindo investigações indiretas (FACHIN, 2001). A pesquisa transversal é aquela realizada em curto período de tempo, para capturar informações em um momento específico (SILVA, 2001; SILVA, 2004; MARCONI et al., 2001; MARCONI et al., 2005).

A abordagem quantitativa utiliza dados numéricos como variáveis e emprega técnicas estatísticas rigorosas para classificá-los e analisá-los, incluindo recursos como porcentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação e regressões, entre outros (SILVA, 2001; SILVA, 2004). A abordagem qualitativa é adequada para compreender fenômenos complexos e específicos em profundidade, sendo mais participativa por ser composta por linguagens, o que proporciona uma perspectiva mais compreensiva das relações humanas. Embora as experiências e percepções dos indivíduos sejam úteis e importantes nesse tipo de pesquisa, são menos controláveis (PATIAS, HOHENDORFF, 2019; SILVA, 2001; SILVA, 2004). Nesse sentido, a análise de dados textuais, ou análise lexical, possibilita a quantificação e a aplicação de cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas (LAHLOU, 1994).

5.2 Cenários da pesquisa

Os cenários da pesquisa foram desenhados conforme o tipo de amostragem que compôs a amostra total do estudo, sendo formados dois grupos para as análises de comparação: o Grupo Transtorno Alimentar (GTA) e o Grupo Controle (GCO).

Para o GTA, a amostragem foi por conveniência, ou seja, os participantes foram aqueles que a pesquisadora teve acesso (ANUNCIAÇÃO, 2021) por meio de

cinco serviços que prestam assistência a pacientes com TA e que aceitaram contribuir com o estudo: 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 Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Projeto #VcTemFomeDeQue da Clínica de Psicologia Vanessa Tomasini de São Paulo, o Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba (IPCAC) e o Centro Especializado em Transtornos Alimentares (CETA) de Curitiba.

Para o GCO, a amostragem foi por auto seleção, ou seja, os participantes voluntariamente concordaram em participar da pesquisa (ANUNCIAÇÃO, 2021), após ampla divulgação da pesquisa pelas mídias sociais (*Facebook, Instagram e WhatsApp*) tornando-os os cenários deste grupo amostral. A rede online, como recurso para o recrutamento dos participantes foi fundamental para esse processo devido às medidas de restrição social impostas pela pandemia.

5.3 Participantes

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão: GTA

Os critérios de inclusão para esse grupo foram pacientes com diagnóstico de TA que estivessem em tratamento no referido período, que tivessem à disposição equipamentos eletrônicos com acesso à internet, independentemente da idade, sexo, estado nutricional, escolaridade e tempo de tratamento.

Os critérios de exclusão adotados foram pessoas que se declararam gestantes ou com deficiência física e/ou cognitiva ou que não assentissem com a participação na primeira página do questionário online.

5.3.2. Critérios de inclusão e exclusão: GCO

Os critérios de inclusão para esse grupo foram indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 15 e 65 anos (idade pareada conforme GTA), independentemente do estado nutricional ou escolaridade, que tivessem à disposição equipamentos eletrônicos com acesso à internet e que não apresentassem sintomas de TA

verificado pelo escore negativo (≤ 21 pontos) do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26).

Os critérios de exclusão adotados foram pessoas que se declararam gestantes ou com deficiência física e/ou cognitiva ou que não assentissem com a participação na primeira página do questionário online.

5.4 Variáveis investigadas

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

5.4.1 Questionário de dados sociodemográficos, antropométricos, situação de isolamento social, percepção do peso e imagem corporal

Questionário construído pela pesquisadora com questões fechadas relativas à idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, procedência, ocupação, renda familiar média, peso e altura. Quatro itens foram elaborados para verificar a adesão ao isolamento social e identificar a autopercepção quanto ao peso e à satisfação corporal (APÊNDICE A).

5.4.2 Questionário sobre consumo e comportamentos alimentares

Questionário construído pela pesquisadora com perguntas fechadas referentes ao consumo de alimentos, com base nos grupos alimentares de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). Para avaliar os comportamentos, pensamentos e/ou sentimentos relacionados à alimentação e ao uso do álcool foram elaboradas 11 questões abertas e fechadas (APÊNDICE B).

5.4.3 Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test* - EAT-26)

Para identificar sinais e sintomas de TA, foi utilizado o EAT-26, proposto por Garner e colaboradores (1979; 1982), traduzido para o português e validado por Bighetti e colaboradores (2004), de domínio público. Este teste é constituído por 26 itens com seis opções de resposta do tipo Likert: sempre, muito frequente,

frequentemente, às vezes, raramente e nunca; cada resposta corresponde a uma pontuação variando de 0 a 3 pontos. O escore final é resultado da soma dos pontos de cada questão e contempla duas classificações: risco negativo (≤ 21 pontos) e risco positivo (≥ 21 pontos) para o desenvolvimento de TA (ANEXO A).

5.4.4 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (*Binge Eating Scale - ECAP*)

A ECAP é utilizada para identificar e quantificar os níveis de intensidade da CA, desenvolvida por Gormally e colaboradores (1982), traduzida e adaptada para o português por Freitas e colaboradores (2001) e de domínio público. É constituída por 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada uma em cada item, que ao final, pontuam de 0 a 3 pontos. O escore final é resultado da soma dos pontos de cada item e contempla três classificações: ausência de CA, CA moderada e CA grave (ANEXO B).

5.4.5 Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*)

Elaborado pela OMS por Babor e colaboradores (1992), traduzido para o português e validado por Lima e colaboradores (2005), o AUDIT é constituído por 10 questões que se referem ao uso da substância nos últimos 12 meses, com o objetivo de identificar possível dependência de álcool. Este teste é dividido em três dimensões que avaliam a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool (itens 1 a 3), ocorrência de sintomas de dependência (itens 4 a 6) e consequências relacionadas ao consumo do álcool (itens 7 a 10). O escore final é resultado da soma dos pontos de cada item e contempla quatro classificações: abstinência ou uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência (ANEXO C).

5.5 Procedimentos para a coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada entre junho de 2020 e janeiro de 2021. Para o GTA, o convite ocorreu por intermédio do contato com os coordenadores dos serviços de assistência aos TA para que pudessem contribuir para a indicação de

pacientes que estivessem em tratamento ambulatorial naquele momento. Inicialmente, contatou-se serviços pertencentes à Universidade de São Paulo havendo a concordância do GRATA e do AMBULIM. Após essa etapa, foi realizada pesquisa no site da Associação Brasileira de Transtornos alimentares (ASTRAL: www.astralbr.org) e em plataformas online, como *Google*, *Facebook* e *Instagram*, para que outros serviços em todo o Brasil pudessem compor a amostra. O contato com os coordenadores dos serviços se deu, primeiramente via *e-mail*, e posteriormente, quando retornado o interesse, havia comunicação por *WhatsApp*, chamadas telefônicas ou de vídeo para que mais detalhes sobre o projeto de pesquisa fossem explicados e houvesse assertividade na colaboração.

Após a localização e contato dos centros de tratamento que declararam o aceite, foi encaminhada, via *e-mail*, carta de anuência para os coordenadores solicitando os dados correspondentes dos pacientes (nome, endereço de *e-mail* ou número de telefone) em seguimento, assim como seu respectivo diagnóstico. Em seguida, a pesquisadora contatou os possíveis participantes convidando-os para a pesquisa e diante da resposta positiva, enviou o *link* para o acesso online dos questionários, via plataforma *Survey Monkey* (www.surveymonkey.com). Ao seguir o passo-a-passo, a pessoa era direcionada para a página web de apresentação do projeto de pesquisa e a seguir, para a leitura e aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos (APÊNDICE C), ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos (APÊNDICE D). Para os menores de idade, o formulário era redirecionado para uma página em específico, onde era solicitado os dados de contato dos pais ou responsáveis, e somente após o consentimento destes (leitura e aceite do TCLE dos pais – APÊNDICE E), os adolescentes tinham novo acesso ao *link*. Para todos os participantes, nesse momento, existiu a possibilidade de *download* do documento com a assinatura das pesquisadoras e a opção de o TCLE ser enviado impresso por correio.

A coleta dos dados para o GCO foi realizada no mesmo período, mas o recrutamento dos participantes se deu pela divulgação do estudo nas mídias sociais (*Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*), com uma imagem e um texto explicativo, assim como o *link* online para acesso ao questionário (APÊNDICE F). Os participantes que clicavam no botão de redirecionamento acessavam a página *web* de apresentação

do projeto (APÊNDICE G), via plataforma *Survey Monkey*, com as mesmas travas para idade e diferenciação quanto aos TCLE.

Além disso, como forma de incentivo à participação, foi elaborado e oferecido o acesso à cartilha educativa intitulada “Alimentação e Comportamento Alimentar diante da pandemia da COVID-19: Recomendações Nutricionais” (SOARES et al., 2020; APÊNDICE H). O participante tinha acesso ao *download* após preencher o questionário integralmente. Posteriormente, a cartilha foi divulgada com acesso público para toda a comunidade, fruto da aprovação do 4º Edital CCEEx-EERP-USP de Fomento às Iniciativas de Cultura e Extensão (Processo: 20.1.00500.22.6).

5.6 Análise dos dados

Os dados obtidos pela plataforma *Survey Monkey* foram tabulados e analisados a partir da elaboração de um banco de dados em uma planilha do *Excel Microsoft 365* para a codificação das variáveis. Segundo análises quantitativas, no primeiro momento, todos os dados foram expressos em valores de média, desvio padrão, mínimo, máximo, frequência simples e porcentagem pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0, para a amostra total e estratificado para os dois grupos (GTA e GCO).

As informações sociodemográficas, antropométricas, de isolamento social, imagem corporal e comportamentos alimentares foram submetidas à análise estatística descritiva para posterior investigação da associação das variáveis entre os grupos (GTA e GCO). A variável escolaridade foi agrupada em ensino médio e fundamental. Já para a renda média domiciliar, adotou-se os valores definidos pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2019), com a classificação dos estratos socioeconômicos, a saber: A: R\$25.554,33 ou mais; B1: até R\$ 11.279,14; B2: até R\$5.641,64; C1: até R\$3.085,48; C2: até R\$1.748,59; DE: até R\$719,81). Esta variável teve as categorias C2, D e E agrupadas.

Os dados sobre isolamento social foram agrupados nas categorias de resposta “sim” e “não”, assim como a frequência de sair de casa em “até duas vezes na semana”, “três vezes na semana ou mais” e “nenhuma vez”. O estado nutricional dos participantes foi definido segundo o índice de massa corporal (IMC), com fórmula: $IMC = \text{peso(kg)} / \text{altura(m)}^2$ e a classificação seguiu critérios de acordo com

a faixa etária. Para os participantes com idade entre 12 e 17 anos, foi considerada a curva de crescimento em percentil - IMC para a idade (OMS, 2007), enquanto para os adultos (18 a 59 anos), utilizou-se a classificação da OMS (1995). Já para os idosos (60 a 65 anos), foram adotados os critérios de Lipschitz (1994).

Os sinais e sintomas de TA foram identificados através da aplicação do EAT-26 em ambos os grupos (GTA e GCO), resultando em uma pontuação variando de 0 a 78. Em seguida, os participantes foram classificados em risco negativo (≤ 21 pontos) e risco positivo (≥ 22 pontos) para o desenvolvimento de TA (BIGHETTI et al., 2004). É importante destacar que um dos critérios de inclusão para os participantes do GCO foi ter risco negativo. No caso do GTA, essa classificação não teve influência na formação do grupo ou nas análises estatísticas posteriores.

Em relação aos sintomas de compulsão alimentar, foi obtida a soma da pontuação do teste ECAP, com variação de 0 a 46 pontos. Em seguida, os resultados dos participantes foram categorizados conforme Freitas e colaboradores (2001) (Quadro 2) e para fins das análises estatísticas, os níveis moderado e grave foram agrupados em uma única categoria denominada com compulsão alimentar (com CA).

Quadro 2 - 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: Adaptado de Freitas et al. (2001).

O uso do álcool, para além da percepção de mudança na ingestão pelos participantes, foi calculado a partir da soma da pontuação obtida pelo AUDIT (variação de 0 a 40 pontos), conforme os escores e zonas de risco para o consumo de álcool (LIMA et al., 2005) (Quadro 3). No mais, os níveis “uso nocivo” e “provável dependência” (PD) se tornaram uma categoria única (uso nocivo e PD).

Quadro 3- Zonas de risco para o uso de álcool de acordo com os escores do AUDIT.

Zonas de risco	Pontuação
Abstêmio / uso de baixo risco	0 - 7
Uso de risco	8 - 15
Uso nocivo	16 - 19
Provável dependência	20 - 40

Fonte: Adaptado de Babor; Higgle-Biddle (2003); Babor et al. (2008).

Os testes de associação utilizados nas análises bivariadas entre as variáveis de desfecho e as variáveis independentes foram os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Para os correspondentes testes de associação foram calculadas as correspondentes Razões de Chances (Odds Ratio) não ajustadas.

Como variáveis de desfecho do estudo foram avaliadas: ECAP (Com CA, Sem CA); AUDIT (Baixo, Risco, Nocivo/PD); Como você percebe seu peso atual? (Aumentou, Diminuiu, Se manteve igual); O quanto você se sente satisfeito com seu corpo? (Muito satisfeito/Satisfeito, Nem satisfeito/nem insatisfeito, Pouco satisfeito); Você compra comida por delivery? (Sim, Não); com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery? (Aumentou, diminuiu, se manteve igual); você ou sua família estão cozinhando em casa? (Até 2 vezes semana, 3 a 4 vezes semana, 5 ou mais); com o isolamento social, você notou que a sua frequência de cozinhar ou a frequência de cozinhar da sua família? (Aumentou, Diminuiu, Se manteve igual); Você notou diferença na quantidade de comida que está consumindo? (Não, comendo menos, comendo mais); você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de bebidas alcoólicas? (Não, bebendo menos, bebendo mais);

Para as variáveis de desfecho com duas categorias (ECAP, Você compra comida por delivery?) foi adotado o modelo de regressão logística padrão; no caso das variáveis com mais de duas categorias com variáveis nominais (Como você percebe seu peso atual?, O quanto você se sente satisfeito com seu corpo?, com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery?, com o isolamento social, você notou que a sua frequência de cozinhar ou a frequência de cozinhar da sua família?, Você notou diferença na quantidade de comida que está consumindo?, você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de

bebidas alcoólicas?) foi adotado o modelo de regressão logística multinomial; e para as variáveis ordinais (AUDIT, com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery?) foi adotado o modelo de regressão logística ordinal.

Em todas as variáveis com a presença da categoria de resposta “Não”, a mesma foi adotada como referência e o mesmo foi adotado no caso das categorias “Se manteve igual” e “Nem satisfeito/nem insatisfeito”.

O modelo de logitos cumulativos (AGRESTI, 2002) se caracteriza pela soma de todas as probabilidades de categorias menores ou iguais a j ($j = 2, \dots, J$). Matematicamente é definido como

$$\text{logit}(P(Y \geq j|x)) = \log \frac{P(Y \geq j|x)}{(1-P(Y \geq j|x))}$$

Onde $P(Y \geq j|x) = \pi_j + \pi_{j+1} + \dots + \pi_J$ representa as probabilidades acumuladas de o evento ser maior ou igual a J . No nosso caso $j = 1, 2, 3$ onde 1 = Baixo, 2 = Risco, 3 = Nocivo/Provável Dependência no caso do AUDIT e 1 = Até 2 vezes semana, 2 = 3 a 4 vezes semana, 3 = 5 ou mais para a variável “você ou sua família estão cozinhando em casa”. A relação entre as variáveis dependentes e independentes do modelo de regressão logística ordinal com logitos cumulativos é dada pela expressão

$$\text{logit}(P(Y \geq j|x)) = \alpha_j + \beta_{jk}x_k$$

Para $j = 2, \dots, J$ o número de ligações ($J - 1$) do modelo e $k = 1, \dots, p$ indica o número de parâmetros de cada ligação. Um caso particular ocorre quando assumimos a hipótese de paralelismo, ou seja, todos os logitos apresentam o mesmo parâmetro de inclinação ($\beta_{2k} = \beta_{3k} = \dots = \beta_{Jk} = \beta_k$). Nesta simplificação é dita que o modelo é de odds proporcionais (MCCULLAGH; NELDER 1989).

Como variáveis independentes do modelo foram utilizadas as variáveis Idade (anos), Classificação de IMC (Baixo Peso, Eutrofia, Excesso de Peso), Estado Civil (Com companheiro, Sem companheiro), Escolaridade (Fundamental/Médio, Superior) e a questão: Você está em isolamento social (Sim, Não).

No modelo final foi calculado as correspondentes Razões de Chances (Odds Ratio) ajustadas correspondentes a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados. Todas as análises foram realizadas pelo programa R (R CORE

TEAM, 2021) com nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) com o uso do pacote VGAM (YEE, 2010).

As respostas das questões abertas do questionário sobre comportamentos alimentares foram processadas com auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq)* desenvolvido por *Pierre Ratinaud* (RATINAUD; MARCHAND, 2012), gratuito e com fonte aberta. Os dados foram sujeitos a análise lexical de método nuvem de palavras, que agrupa e organiza graficamente os vocábulos em função da frequência em que aparecem no corpo textual, e teste de similitude, que permite entender a estrutura de construção do texto, mostrando a conexão entre as palavras e construindo uma árvore de concorrência com ramificações a partir das relações existentes entre os termos (MARCHAND; RATINAUD, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013; KAMI et al., 2016; SOUZA et al., 2018; RATINAUD, 2023). O uso da ferramenta propiciou a organização das estruturas textuais, tornando possível a interpretação dos contextos pela pesquisadora.

5.7 Questões éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (n. CAEE: 33559820.3.0000.5393), à luz da Resolução CNS n. 466/2012 (ANEXO D).

6 RESULTADOS

6.1 Seleção dos participantes do estudo

Para a seleção e recrutamento dos participantes do GTA, foram convidados, por *e-mail*, 28 serviços que prestam assistência aos TA no país, sendo 17 deles situados na região Sudeste, oito no Sul, dois no Nordeste e um no Centro Oeste. Para metade dos convites (n=14) não se obteve resposta ao contato. Três serviços responderam que não poderiam contribuir devido ao fato de não estarem em funcionamento no momento da coleta dos dados ou que não poderiam fornecer os contatos dos pacientes em acompanhamento naquele período. Outros seis serviços demonstraram interesse, e em um primeiro instante, aceitaram colaborar. No entanto, em alguma fase do procedimento entre o aceite, esclarecimento de dúvidas, assinatura da anuência e envio dos contatos e diagnósticos dos pacientes pelo serviço, houve perda da comunicação, encerrando-se assim o contato. Dessa maneira, houve a colaboração efetiva de cinco (17,8%) serviços, três localizados na região Sudeste (AMBULIM, GRATA e Clínica de Psicologia Vanessa Tomasini – Projeto #VcTemFomeDeQuê) e dois na Sul do país (IPCAC e CETA), de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Serviços especializados para o tratamento de TA convidados a colaborar com o estudo, segundo o aceite e região do país (n=28). Ribeirão Preto, 2021.

Região	n (%)	Sem resposta	Não aceite	Aceite com perda da comunicação	Aceite com sucesso
Nordeste	2 (7,1)	1	-	1	-
Centro oeste	1 (3,6)	-	-	1	-
Sudeste	17 (60,7)	9	2	3	3
Sul	8 (28,6)	4	1	1	2
Total	28 (100)	14	3	6	5

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Ao se ter acesso aos contatos (*e-mail*, telefone) dos pacientes, foi possível realizar o convite para os 145 possíveis integrantes do GTA, que após repetidas tentativas de comunicação, findou na participação integral de 59 pessoas. Ainda, foi

preciso realizar a exclusão de um participante por ser o único do sexo masculino, definindo assim, em 58 mulheres neste grupo amostral (GTA).

O procedimento de recrutamento dos participantes, de acordo com o serviço, mostra que o AMBULIM foi o que contribuiu com o maior número de pacientes (n=29; 50%), assim como a maior parte da amostra (n=36, 62,1%) realizava acompanhamento para o TA por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a amostra total, o tempo médio de tratamento foi de $32,4 \pm 34,4$ meses, com ampla variação (1 a 180 meses) e os diagnósticos mais frequentes foram a AN (n=21, 36,2%), BN (n=16, 27,6%), TCA (n=14, 24,1%) e TANE (n=7, 12,1%), como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Número de participantes do GTA convidados (n=58), de acordo com o serviço especializado, diagnóstico e aceite. Ribeirão Preto, 2021.

Serviços	Diagnóstico										Total de convites	Total de convites aceitos
	AN		BN		TCA		TANE		TARE			
	Convite	Aceite	Convite	Aceite	Convite	Aceite	Convite	Aceite	Convite	Aceite		
AMBULIM	27	10	19	12	15	7	-	-	-	-	61	29
GRATA	10	6	4	1	-	-	2	-	-	-	16	7
#VocêTemFomeDeQuê	7	-	6	2	-	-	17	7	-	-	30	9
IPCAC	3	2	3	-	27	7	-	-	3	-	33	9
CETA	4	3	1	1	-	-	-	-	-	-	5	4
Total geral	51	21	33	16	42	14	19	7	3	-	145	58

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

^a Média±desvio-padrão(mínimo; máximo); AN: Anorexia nervosa; BN: Bulimia nervosa; TCA: Transtorno da compulsão alimentar; TANE: Transtorno alimentar não especificado; TARE: Transtorno alimentar restritivo evitativo; AMBULIM: Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares; GRATA: Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares; #VocêTemFomeDeQuê: Clínica de Psicologia Vanessa Tomasini; IPCAC: Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba; CETA: Centro Especializado em Transtornos Alimentares.

Para o recrutamento dos participantes do GCO, houve ampla divulgação nas mídias sociais, resultando em 1065 pessoas que preencheram os questionários. No entanto, apenas 515 (48,4%) o fizeram de forma integral. Diante do tamanho amostral heterogêneo entre os dois grupos (GTA: n=58; GCO: n=515) foi definido o pareamento dos participantes segundo a idade (considerada distância máxima de duas unidades) e IMC (considerada distância máxima de quatro unidades), na proporção de dois participantes do GCO para um do GTA (2:1), o que, em linguagem estatística, incluiu variabilidade e diminuiu as chances de que os resultados sejam ao acaso. Dessa forma, o GCO foi composto por 116 mulheres, mantendo-se o GTA com 58 pacientes do sexo feminino.

6.2 Características sociodemográficas e de isolamento social

Em ambos os grupos (GTA e GCO), a maioria das participantes tinha companheiro, era de procedência da região Sudeste e possuía ensino superior. Metade das participantes do GTA exercia alguma profissão, com renda familiar média distribuída entre todas as classificações econômicas. Já no GCO, a maioria das mulheres era ativa profissionalmente, com renda familiar média entre as classificações B1 e B2. Após análise pelo teste Qui-quadrado de Pearson, observou-se associação estatisticamente significativa entre os grupos para procedência ($\chi^2(1) = 13,92$), onde ser do GTA está associado à região Sul (27,6% comparado a 6,9% no GCO) e ser do GCO à região Sudeste (93,1% comparado a 72,4% no GTA); exercer uma profissão ($\chi^2(1) = 3,89$), onde ser do GTA está associado a não realizar atividade remunerada (50% comparado a 34,5% no GCO) e ser do GCO a exercer (65,5% comparado a 50% no GTA) e à renda familiar média ($\chi^2(4) = 15$), onde ser do GTA está associado às classificações econômicas agrupadas C2, D e E (24,1% comparado a 7,8% no GCO) e ser do GCO associado à classificação B1 (28,4% comparado a 13,8% no GTA).

Quanto à adesão ao isolamento social, a maioria das participantes dos dois grupos referiram que estava em confinamento domiciliar. A maioria das integrantes do GCO e quase metade do GTA estava saindo de casa somente até duas vezes por semana (Tabela 6).

Tabela 6 – Dados sociodemográficos e de isolamento social para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Total (n=174) n (%)	GTA (n=58) n (%)	GCO (n= 116) n (%)	p valor
Idade (anos) ^a	31,94 ± 9,35	31,28 ± 8,81	32,28 ± 9,63	0,5080
mínimo; máximo	14; 63	14; 52	16; 63	
Estado civil				0,1230
Sem companheiro	67 (38,5)	27 (46,6)	40 (34,5)	
Com companheiro	107 (61,5)	31 (53,4)	76 (65,5)	
Região				0,0010*
Sudeste	150 (86,2)	42 (72,4) ^b	108 (93,1) ^b	
Sul	24 (13,8)	16 (27,6) ^b	8 (6,9) ^b	
Escolaridade				0,2360
Ensino fundamental	5 (2,9)	2 (3,4)	3 (2,6)	
Ensino médio	45 (25,9)	18 (31,0)	27 (23,3)	
Ensino superior	124 (71,3)	38 (65,5)	86 (74,1)	
Ocupação				0,6670
Estudante				
Sim	79 (45,4)	25 (43,1)	54 (46,6)	
Não	95 (54,6)	33 (56,9)	62 (53,4)	
Exerce uma profissão				0,0490*
Sim	105 (60,3)	29 (50,0) ^b	76 (65,5) ^b	
Não	69 (39,7)	29 (50,0) ^b	40 (34,5) ^b	
Classe econômica				0,0050*
A	30 (17,2)	14 (24,1)	16 (13,8)	
B1	41 (23,6)	8 (13,8) ^b	33 (28,4) ^b	
B2	51 (29,3)	14 (24,1)	37 (31,9)	
C1	29 (16,7)	8 (13,8)	21 (18,1)	
C2; D e E	23 (13,2)	14 (24,1) ^b	9 (7,8) ^b	
Isolamento social				0,8740
Sim	151 (86,8)	50 (86,2)	101 (87,1)	
Não	23 (13,2)	8 (13,8)	15 (12,9)	
Frequência de sair de casa				0,3350
Até 2 vezes por semana	91 (52,3)	26 (44,8)	65 (56,1)	
3 vezes ou mais por semana	57 (32,7)	21 (36,2)	36 (31,0)	
Nenhuma vez	26 (15,0)	11 (19,0)	15 (12,9)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

^a Média±desvio-padrão; ^b resíduos estatisticamente significativos; * $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar, GCO: grupo controle.

6.3 Estado nutricional, percepção do peso e imagem corporal

O estado nutricional das mulheres do GTA, de acordo com o IMC médio, foi de sobrepeso, mas metade das participantes tinha excesso de peso (sobrepeso e obesidade). O GCO também apresentou situação similar, cujo IMC médio foi compatível com sobrepeso e quase a metade, com excesso de peso. Mais da metade das participantes do GTA percebeu aumento de peso no período da pandemia, enquanto que no GCO houve distribuição entre aumento e manutenção de peso. Metade da amostra total e a maioria do GTA encontrava-se pouco satisfeita com os seus corpos. Após análise pelo teste Qui quadrado de Pearson, observou-se associação estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2(3) = 34,85$), em que ser do GTA foi associado a sentir-se pouco satisfeita (81% comparado a 34,5% no GCO) e ser do GCO foi associado a sentir-se satisfeita (39,7% comparado a 6,9% no GTA) e nem satisfeita, nem insatisfeita (19,8% comparado à 10,3% do GTA) (Tabela 7).

Tabela 7 - Estado nutricional e imagem corporal para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Total (n=174)	GTA (n=58)	GCO (n= 116)	p valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
IMC (kg/m²)^a	25,98 ± 7,44	26,97 ± 9,11	25,48 ± 6,46	0,2267
Baixo peso	26 (15,0)	12 (20,7)	14 (12,1)	
Eutrofia	62 (35,6)	17 (29,3)	45 (38,8)	
Excesso de peso	86 (49,4)	29 (50,0)	57 (49,1)	
Percepção do peso corporal				0,1530
Aumentou	80 (46,0)	32 (55,2)	48 (41,4)	
Diminuiu	26 (14,9)	06 (10,3)	20 (17,2)	
Se manteve igual	55 (31,6)	15 (25,9)	40 (34,5)	
Não sabe	13 (7,5)	06 (8,6)	08 (6,9)	
Satisfação corporal				0,0010*
Muito satisfeita	08 (4,6)	01 (1,7)	07 (6,0)	
Satisfeita	50 (28,7)	04 (6,9) ^b	46 (39,7) ^b	
Nem satisfeita, nem insatisfeita	29 (16,7)	06 (10,3) ^b	23 (19,8) ^b	
Pouco satisfeita	87 (50,0)	47 (81,0) ^b	40 (34,5) ^b	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

^a Média±desvio-padrão; ^b resíduos estatisticamente significativos; * p<0,05; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle; IMC: índice de massa corporal.

A partir do modelo ajustado de regressão logística multinomial, que comparou a variável dependente: percepção de mudanças do peso corporal (aumentou, diminuiu, se manteve igual) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que as participantes que estavam em isolamento social e classificadas, segundo o IMC, com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tiveram 1,2 vezes mais chances de notar aumento de peso do que aquelas que não estavam confinadas e com o IMC de eutrofia, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8 - Modelo ajustado de regressão logística para a pergunta: como você percebe seu peso atual (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): aumentou	-1,3008	0,9315	0,1626	
(Intercept): diminuiu	-1,9292	1,2256	0,1155	
GTA: aumentou	0,6314	0,4209	0,1337	0,63 (-0,19; 1,46)
GTA: diminuiu	-0,1076	0,5819	0,8533	-0,11 (-1,25; 1,03)
Idade: aumentou	-0,0070	0,0240	0,7698	-0,01 (-0,05; 0,04)
Idade: diminuiu	0,0031	0,0302	0,9188	0 (-0,06; 0,06)
IMC_Baixo peso: aumentou	-0,8830	0,6253	0,1579	-0,88 (-2,11; 0,34)
IMC_Baixo peso: diminuiu	-1,1457	0,9004	0,2032	-1,15 (-2,91; 0,62)
IMC_Excesso de peso: aumentou	1,2029	0,4455	0,0069*	1,2 (0,33; 2,08)
IMC_Excesso de peso: diminuiu	0,2531	0,5497	0,6452	0,25 (-0,82; 1,33)
Estado civil_Sem companheiro: aumentou	0,4129	0,4531	0,3622	0,41 (-0,48; 1,3)
Estado civil_Sem companheiro: diminuiu	0,2614	0,5687	0,6458	0,26 (-0,85; 1,38)
Escolaridade_Médio/Fundamental: aumentou	0,2292	0,4930	0,6419	0,23 (-0,74; 1,2)
Escolaridade_Médio/Fundamental: diminuiu	-0,1202	0,6465	0,8525	-0,12 (-1,39; 1,15)
Isolamento social_Sim: aumentou	1,2027	0,5720	0,0355*	1,2 (0,08; 2,32)
Isolamento social_Sim: diminuiu	1,3102	0,8259	0,1127	1,31 (-0,31; 2,93)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

6.4 Comportamentos alimentares e uso de álcool

6.4.1 Compra de alimentos prontos

A aquisição de alimentos por *delivery* durante a pandemia foi realizada por mais da metade das participantes dos dois grupos (GTA: $n=37$, 63,8%; GCO: $n=89$,

76,7%), com a percepção de aumento na frequência dos pedidos para uma parcela importante das integrantes do GTA (n=25, 43,1%). Já para o GCO, a distribuição foi mais homogênea entre aquelas que não notaram diferença (n=40, 34,5%) e as que aumentaram essa prática (n=36, 31,0%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Comportamento de aquisição de alimentos prontos para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.

Variáveis	Total (n=174) n (%)	GTA (n=58) n (%)	GCO (n= 116) n (%)	p valor *
Compra por <i>delivery</i>				0,0720
Sim	126 (72,4)	37 (63,8)	89 (76,7)	
Não	48 (27,6)	21 (36,2)	27 (23,3)	
Frequência de pedir por <i>delivery</i>				0,0610
Aumentou	61 (35,1)	25 (43,1)	36 (31,0)	
Diminuiu	30 (17,2)	07 (12,1)	23 (19,8)	
Se manteve igual	52 (29,9)	12 (20,7)	40 (34,5)	
Não pede por <i>delivery</i>	31 (17,8)	14 (24,1)	17 (14,7)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle; * teste Qui-quadrado de Pearson.

Ademais, quando perguntadas abertamente sobre quais alimentos estariam comprando, ambos os grupos apresentaram respostas similares, segundo análise lexical de método nuvem de palavras pelo *software Iramuteq*. Sendo assim, observa-se que o vocábulo pizza foi o mais frequente (n=87), seguido das palavras lanches (n=41), comida japonesa (n=31) e hamburguer (n=19) (Figura 2).

Figura 2. Alimentos mais pedidos por delivery pelos dois grupos (GTA; n=58 e GCO; n=116). Ribeirão Preto, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A partir do modelo ajustado de regressão logística padrão, que comparou a variável dependente: compra de comida por delivery (sim, não) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que as participantes que não tinham companheiro apresentaram chance 71% ($1 - 0,29$) menor de responder positivamente para essa questão do que aquelas com companheiro (Tabela 10).

Tabela 10 - Modelo ajustado de regressão logística padrão para a pergunta: você compra comida por delivery (com referência a categoria de resposta não). Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept)	2,3977	0,9365	0,0105	
GTA	-0,5260	0,3827	0,1692	0,59 (0,28; 1,26)
Idade	-0,0177	0,0227	0,4351	0,98 (0,94; 1,03)
IMC_Baixo peso	-0,6622	0,5388	0,2191	0,52 (0,18; 1,48)
IMC_Excesso de peso	0,7119	0,4267	0,0953	2,04 (0,88; 4,76)
Estado civil_Sem companheiro	-1,2415	0,3926	0,0016*	0,29 (0,13; 0,62)
Escolaridade_Médio/Fundamental	0,3085	0,4625	0,5047	1,36 (0,56; 3,48)
Isolamento social_Sim	-0,4698	0,6003	0,4338	0,63 (0,18; 1,92)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

Ainda, o modelo ajustado de regressão logística ordinal, que comparou a variável dependente: frequência de pedir *delivery* (aumentou, diminuiu, se manteve

igual) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere que as participantes do GTA tiveram 2,45 vezes mais chance de notar aumento desse comportamento do que aquelas do GCO (Tabela 11).

Tabela 11 - Modelo ajustado de regressão logística ordinal para a pergunta: com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): aumentou	-0,4538	1,0068	0,6522	
(Intercept): diminuiu	-0,4532	1,2478	0,7165	
GTA: aumentou	0,8953	0,4288	0,0368*	2,45 (1,06; 5,67)
GTA: diminuiu	0,0474	0,5564	0,9320	1,05 (0,35; 3,12)
Idade: aumentou	-0,0061	0,0263	0,8166	0,99 (0,94; 1,05)
Idade: diminuiu	-0,0160	0,0328	0,6253	0,98 (0,92; 1,05)
IMC_Baixo peso: aumentou	0,3033	0,6795	0,6554	1,35 (0,36; 5,13)
IMC_Baixo peso: diminuiu	-0,4557	0,9466	0,6303	0,63 (0,1; 4,05)
IMC_Excesso de peso: aumentou	-0,2846	0,4600	0,5361	0,75 (0,31; 1,85)
IMC_Excesso de peso: diminuiu	-0,4348	0,5358	0,4171	0,65 (0,23; 1,85)
Estado civil_Sem companheiro: aumentou	0,1073	0,4617	0,8163	1,11 (0,45; 2,75)
Estado civil_Sem companheiro: diminuiu	0,3627	0,5441	0,5050	1,44 (0,49; 4,17)
Escolaridade_Médio/Fundamental: aumentou	-0,4209	0,4730	0,3736	0,66 (0,26; 1,66)
Escolaridade_Médio/Fundamental: diminuiu	-1,2266	0,6437	0,0567	0,29 (0,08; 1,04)
Isolamento social_Sim: aumentou	0,8656	0,5826	0,1374	2,38 (0,76; 7,44)
Isolamento social_Sim: diminuiu	0,9928	0,7424	0,1811	2,7 (0,63; 11,56)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

6.4.2 Hábito de cozinhar em casa

Quando analisadas as mudanças relacionadas ao ato de cozinhar, mais da metade das integrantes dos dois grupos referiu este hábito, por cinco vezes ou mais na semana (GTA: $n=35$, 61,4%; GCO: $n=85$; 73,3%), com aumento dessa prática em ambos os grupos durante o isolamento social (GTA: $n=30$; 51,7%; GCO: $n=72$, 62,1%).

Ao serem questionadas, em pergunta aberta, sobre quais alimentos estariam cozinhando, os dois grupos apresentaram respostas similares segundo análise

lexical de método nuvem de palavras pelo *software Iramuteq*. Observa-se que preparações como arroz (n=92), carne (n=79), feijão (n=78), legumes (n=60), salada (n=34), macarrão (n=28), verduras (n=25) e frango (n=22) estão em evidência, representando os alimentos mais comumente mencionados pela amostra total (Figura 3).

Figura 3. Preparações de alimentos mais frequentes nos dois grupos (GTA; n=58 e GCO; n=116). Ribeirão Preto, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A partir do modelo ajustado de regressão logística multinomial, que comparou a variável dependente: frequência de cozinhar em casa (aumentou, diminuiu, se manteve igual) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que as participantes sem companheiro tiveram redução de 65% ($1 - 0,35$) em notar aumento desse hábito, quando comparadas àquelas com companheiro. Adicionalmente, as que estavam em isolamento social tiveram 2,81 vezes mais chances de perceber aumento dessa prática em relação às que não estavam em confinamento (Tabela 12).

Tabela 12 - Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: com o isolamento social você notou que a frequência de cozinhar ou a frequência de cozinhar da sua família (com referência a categoria de resposta se manteve igual). Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): aumentou	-0,2723	0,8562	0,7505	
(Intercept): diminuiu	3,8184	2,2896	0,0954	
GTA: aumentou	-0,2516	0,3567	0,4806	0,78 (0,39; 1,56)
GTA: diminuiu	-0,2292	0,8274	0,7818	0,80 (1,16; 4,02)
Idade: aumentou	-0,0028	0,0207	0,8938	1,00 (0,96; 1,04)
Idade: diminuiu	-0,1856	0,0950	0,0508	0,83 (0,69; 1,00)
IMC_Eutrofia: aumentou	0,2312	0,5408	0,6690	1,26 (0,44; 3,63)
IMC_Eutrofia: diminuiu	-1,1392	1,2983	0,3802	0,32 (0,03; 4,08)
IMC_Excesso de peso: aumentou	-0,1461	0,5560	0,7927	0,86 (0,29; 2,57)
IMC: Excesso de peso: diminuiu	1,0893	1,2382	0,3790	2,97 (0,26; 33,65)
Estado civil_Sem companheiro: aumentou	-1,0436	0,3697	0,0048*	0,35 (0,17; 0,73)
Estado civil_Sem companheiro: diminuiu	-0,8033	0,8905	0,3670	0,45 (0,08; 2,57)
Escolaridade_Superior: aumentou	0,5989	0,4117	0,1458	1,82 (0,81; 4,08)
Escolaridade_Superior: diminuiu	-0,4255	1,0262	0,6784	0,65 (0,09; 4,88)
Isolamento social_Sim: aumentou	1,0343	0,5103	0,0427*	2,81 (1,03; 7,65)
Isolamento social_Sim: diminuiu	-0,6178	1,0464	0,5549	0,54 (0,07; 4,19)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

6.4.3 Ingestão dos alimentos

Quase metade das mulheres de ambos os grupos relatou aumento na quantidade de comida consumida durante o período de confinamento (GTA: $n=26$, 44,8%; GCO: $n=55$, 47,4%), enquanto uma parcela menor referiu estar comendo menos (GTA: $n=13$, 22,4%; GCO: $n=38$, 32,7%). As demais participantes relataram não perceber diferença na quantidade ingerida ou não souberam responder (GTA: $n=19$, 32,8%; GCO: $n=38$, 32,7%).

Por seguinte, utilizou-se do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson para avaliar as possíveis associações existentes entre os grupos (GTA e GCO) para a percepção de alteração ou não da ingesta alimentar, segundo os grupos alimentares, durante o período do isolamento social. Para tanto, excluiu-se as respostas “não consumo” e “não sei” das participantes determinando assim,

tamanho amostral diferente para cada variável do grupo alimentar. Foi possível observar que a associação estatisticamente significativa entre os grupos (GTA e GCO) ocorreu para a variável lanches industrializados - salgadinhos tipo chips de milho, batata, queijo - ($\chi^2(2) = 2,86$), onde ser do GTA está associado ao aumento do consumo desse tipo de alimento (44,4% de aumento comparado a 16,4% de aumento no GCO), enquanto que ser do GCO está associado a manter o consumo igual (60% de se manteve igual comparado a 29,6% de se manteve igual no GTA) (Tabela 13).

Tabela 13 - Consumo dos grupos alimentares e água para os grupos (GTA e GCO). Ribeirão Preto, 2021.

Grupo alimentar	Aumentou		Diminuiu		Se manteve igual		p valor
	GTA n (%)	GCO n (%)	GTA n (%)	GCO n (%)	GTA n (%)	GCO n (%)	
Água (GTA=53/ GCO=114)	13 (24,5)	32 (28,1)	15 (28,3)	30 (26,3)	25 (47,2)	52 (45,6)	0,8870
Bebidas açucaradas (GTA=25/ GCO=73)	11 (44,0)	25 (34,2)	9 (36,0)	20 (27,4)	5 (20,0)	28 (38,4)	0,2450
Bebidas light, diet, zero (GTA=35/ GCO=31)	12 (34,3)	6 (19,4)	11 (31,4)	8 (25,8)	12 (34,3)	17 (54,8)	0,2120
Carnes brancas (GTA=50/ GCO=113)	11 (22,0)	24 (21,2)	13 (26,0)	17 (15,0)	26 (52,0)	72 (63,7)	0,2160
Carnes vermelhas (GTA=41/ GCO=109)	8 (19,5)	10 (9,2)	13 (31,7)	30 (27,5)	20 (48,8)	69 (63,3)	0,1430
Comidas prontas ou congeladas (GTA=27/ GCO=71)	11 (40,7)	23 (32,4)	9 (33,3)	24 (33,8)	7 (25,9)	24 (33,8)	0,6780
Doces (GTA=47/ GCO=107)	26 (55,3)	51 (47,7)	9 (19,1)	21 (19,6)	12 (25,5)	35 (32,7)	0,6260
Embutidos (GTA=31/ GCO=89)	9 (29,0)	19 (21,3)	9 (29,0)	26 (29,2)	13 (41,9)	44 (49,4)	0,6520
Frituras (GTA=36/ GCO=102)	10 (27,8)	25 (24,5)	11 (30,6)	35 (34,3)	15 (41,7)	42 (41,2)	0,8930
Frutas (GTA=51/ GCO=112)	15 (29,4)	27 (24,1)	18 (35,3)	36 (32,1)	18 (35,3)	49 (43,8)	0,5780
Grãos integrais (GTA=45/ GCO=89)	8 (16,3)	14 (13,3)	23 (51,1)	31 (34,4)	14 (31,1)	44 (48,9)	0,1160
Grãos não integrais (GTA=45/ GCO=112)	17 (37,8)	39 (34,8)	10 (22,2)	15 (13,4)	18 (40,0)	58 (51,8)	0,2760
Lanches industrializados (GTA=27/ GCO=55)	12 (44,4) ^b	9 (16,4) ^b	7 (25,9)	13 (23,6)	8 (29,6) ^b	33 (60,0) ^b	0,0110*
Leguminosas (GTA=49/ GCO=105)	8 (16,3)	14 (13,3)	17 (34,7)	29 (27,6)	24 (49,0)	62 (59,0)	0,5030
Leite e derivados (GTA=52/ GCO=109)	15 (28,8)	28 (25,7)	9 (17,3)	8 (7,3)	28 (53,8)	73 (67,0)	0,1100
Verduras e legumes (GTA=50/ GCO=114)	13 (26,0)	34 (29,8)	15 (30,0)	23 (20,2)	22 (44,0)	57 (50,0)	0,3900

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

^b resíduos estatisticamente significativos; * p<0,05; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

Em sequência, foi aplicado um modelo de regressão logística com as métricas de Razão de Chances com o objetivo de avaliar se os grupos eram diferentes quanto a notar aumento ou diminuição da ingesta alimentar quando comparados à não alteração do consumo (Tabela 14).

Tabela 14 – Modelo de regressão logística do tipo Razão de Chances para o consumo dos grupos alimentares e água tendo como referência o GTA. Ribeirão Preto, 2021.

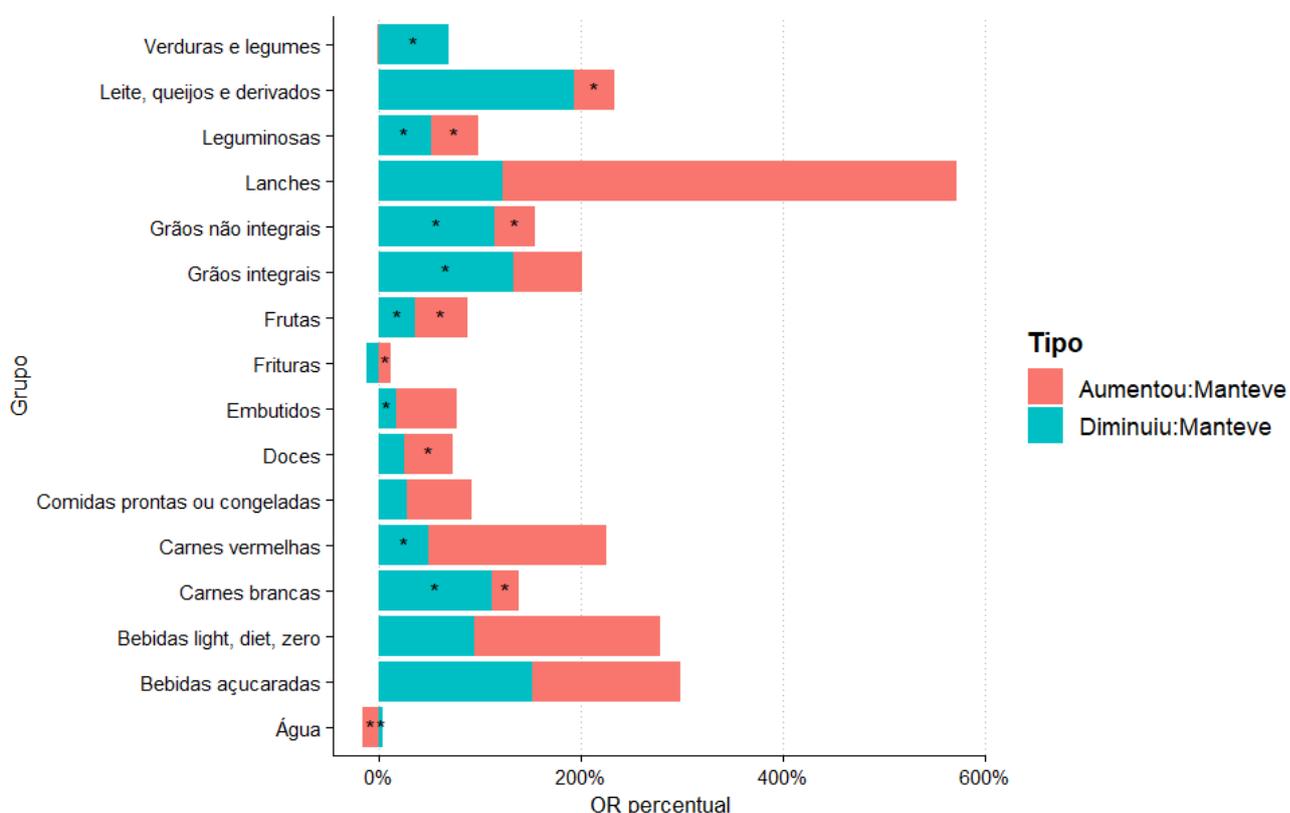
Parâmetros Grupos alimentares	Aumentou: Manteve			Diminuiu: Manteve		
	OR	EP	p valor	OR	EP	p valor
Água (GTA=53/ GCO=114)	0,845	0,3457	0,0145*	1,04	0,415	0,0122*
Bebidas açucaradas (GTA=25/ GCO=73)	2,464	1,4919	0,0986	2,52	1,5875	0,1124
Bebidas light, diet, zero (GTA=35/ GCO=31)	2,8333	1,7743	0,1103	1,9479	1,1656	0,0947
Carnes brancas (GTA=50/ GCO=113)	1,2692	0,5458	0,02*	2,1176	0,9184	0,0211*
Carnes vermelhas (GTA=41/ GCO=109)	2,76	1,485	0,0631	1,495	0,625	0,0167*
Comidas prontas ou congeladas (GTA=27/ GCO=71)	1,6398	0,926	0,0766	1,2857	0,7467	0,0851
Doces (GTA=47/ GCO=107)	1,4869	0,613	0,0153*	1,25	0,6503	0,0546
Embutidos (GTA=31/ GCO=89)	1,6032	0,8228	0,0514	1,1716	0,5849	0,0452*
Frituras (GTA=36/ GCO=102)	1,12	0,5377	0,0373*	0,88	0,4032	0,0291*
Frutas (GTA=51/ GCO=112)	1,5123	0,641	0,0183*	1,3611	0,5432	0,0122*
Grãos integrais (GTA=45/ GCO=89)	1,6762	0,8961	0,0614	2,3318	0,9611	0,0153*
Grãos não integrais (GTA=45/ GCO=112)	1,4046	0,557	0,0117*	2,1481	1,0512	0,041*
Lanches industrializados (GTA=27/ GCO=55)	5,5	3,2527	0,0909	2,2212	1,3603	0,1025
Leguminosas (GTA=49/ GCO=105)	1,4762	0,7443	0,0473*	1,5144	0,5887	0,0101*
Leite, queijos e derivados (GTA=52/ GCO=109)	1,3967	0,5442	0,0103*	2,933	1,5673	0,0613
Verduras e legumes (GTA=50/ GCO=114)	0,9906	0,4077	0,0151*	1,6897	0,7031	0,0163*

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* p<0,05; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle; OR: razão de chances; EP: erro padrão.

A fim de visualizar esses resultados, a figura a seguir foi construída considerando OR-1, sugerindo que as participantes do GTA tiveram mais chances de ter notado aumento ou diminuição na ingestão de leguminosas, grãos não integrais, frutas, carnes brancas e água, assim como perceberam diminuição no consumo de verduras e legumes, grãos integrais, embutidos e carnes vermelhas. Por fim, notaram aumento da ingestão de leite e derivados, frituras e doces quando comparados ao GCO (Figura 4).

Figura 4. Representação gráfica do modelo de regressão logística do tipo Razão de Chances para o consumo dos grupos alimentares e água tendo como referência o GTA. Ribeirão Preto, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle; * resíduos estatisticamente significativos.

A seguir, o modelo ajustado de regressão logística multinomial, que comparou a variável dependente: mudanças na ingestão de comida (comendo mais, comendo menos e não) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere que para cada ano de idade a mais é esperada uma redução de 8% ($1 - 0,92$) e 7% ($1 - 0,93$) na chance de notar aumento ou diminuição na quantidade de comida ingerida, respectivamente. As participantes com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tiveram 3,24 vezes mais chance de perceber

aumento do consumo alimentar do que as com eutrofia. Além disso, as mulheres que estavam em isolamento social tiveram 7,14 vezes mais chance de notar aumento da ingesta alimentar do que as que não estavam (Tabela 15).

Tabela 15 - Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: você notou diferença na quantidade de comida que está consumindo (com referência a categoria de resposta não). Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): comendo mais	1,1822	0,9999	0,2371	
(Intercept): comendo menos	0,7230	1,1058	0,5132	
GTA: comendo mais	0,9555	0,5301	0,0715	2,6 (0,92; 7,35)
GTA: comendo menos	1,0458	0,5727	0,0678	2,85 (0,93; 8,74)
Idade: comendo mais	-0,0819	0,0261	0,0017*	0,92 (0,88; 0,97)
Idade: comendo menos	-0,0683	0,0302	0,0237*	0,93 (0,88; 0,99)
IMC_Baixo peso: comendo mais	-0,5957	0,7139	0,4040	0,55 (0,14; 2,23)
IMC_Baixo peso: comendo menos	-0,0448	0,7345	0,9513	0,96 (0,23; 4,03)
IMC_Excesso de peso: comendo mais	1,1768	0,4891	0,0161*	3,24 (1,24; 8,46)
IMC_Excesso de peso: comendo menos	0,7771	0,5680	0,1713	2,18 (0,71; 6,62)
Estado civil_Sem companheiro: comendo mais	-0,2878	0,4881	0,5554	0,75 (0,29; 1,95)
Estado civil_Sem companheiro: comendo menos	0,1073	0,5473	0,8446	1,11 (0,38; 3,25)
Escolaridade_Médio/Fundamental: comendo mais	-0,1538	0,5425	0,7769	0,86 (0,3; 2,48)
Escolaridade_Médio/Fundamental: comendo menos	0,0464	0,6082	0,9392	1,05 (0,32; 3,45)
Isolamento social_Sim: comendo mais	1,9663	0,6469	0,0024*	7,14 (2,01; 25,39)
Isolamento social_Sim: comendo menos	0,9707	0,6564	0,1392	2,64 (0,73; 9,56)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

6.4.4 Compulsão alimentar

O escore médio e variação do questionário que avaliou a compulsão alimentar (ECAP) foi maior no GTA ($21,31 \pm 11,32$; 0 – 45) em relação ao GCO ($6,89 \pm 6,75$; 0 – 36). As classificações de gravidade do questionário (moderada e grave) foram agrupadas em uma única categoria (com CA) e assim, foi possível observar que a maioria das integrantes do GTA se enquadrou nessa categoria enquanto as do GCO, na categoria sem CA.

Por seguinte, explorou-se esta variável comparada a outras investigadas no estudo. Análises pelo teste Qui-quadrado de Pearson verificaram associação

estatisticamente significativa entre as classificações do questionário e o grupo em que a participante integrava ($\chi^2(2) = 58,97$), exercer uma profissão ($\chi^2(2) = 7,67$), sentimentos e/ou pensamentos relacionados à alimentação ($\chi^2(2) = 11,54$), comer quando deprimida, ansiosa ou angustiada ($\chi^2(2) = 12,61$), e sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo ($\chi^2(2) = 17,93$). O teste exato de Fisher encontrou associação estatisticamente significativa para a procedência, escolaridade, classificação econômica e satisfação corporal. Sendo assim, observou-se que apresentar CA durante o isolamento social, foi sugestivo de ser membro do GTA, residir na região Sul, ter nível fundamental e médio, não trabalhar, integrar a classificação econômica C2, D e E, sentir-se pouco satisfeita com a imagem corporal, perceber sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de comer e beber álcool, possuir sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo, assim como comer quando se sente deprimida, angustiada ou ansiosa (Tabela 16).

Tabela 16 – Associações estatisticamente significativas entre as categorias do questionário ECAP e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.

(continua)

Variáveis	Classificações ECAP		p valor
	Sem CA (n=134) n (%)	Com CA (n=39) n (%)	
Grupo			0,0010 ^a
GTA	25 (43,1) ^c	33 (56,9) ^c	
GCO	109 (94,8) ^c	6 (5,2) ^c	
Procedência			0,0320 ^b
Sudeste	120 (80,5) ^c	29 (19,5) ^c	
Sul	14 (58,3) ^c	10 (41,7) ^c	
Escolaridade			0,0240 ^b
Fundamental e Médio	32 (64,0) ^c	18 (36,0) ^c	
Superior	102 (82,9) ^c	21 (17,1) ^c	
Exercer uma profissão			0,0220 ^a
Sim	88 (84,6) ^c	16 (15,4) ^c	
Não	46 (66,7) ^c	23 (33,3) ^c	

Tabela 16 – Associações estatisticamente significativas entre as categorias do questionário ECAP e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.

(conclusão)

Variáveis	Classificações ECAP		p valor
	Sem CA (N=134) n (%)	Com CA (n=39) n (%)	
Classe econômica			0,0240 ^b
A	23 (76,7)	7 (23,3)	
B1	35 (87,5) ^c	5 (12,5) ^c	
B2	41 (80,4)	10 (19,6)	
C1	24 (82,8)	5 (17,2)	
C2, D e E	11 (47,8) ^c	12 (52,2) ^c	
Satisfação corporal			0,0010 ^b
Muito satisfeita	7 (87,5)	1 (12,5)	
Satisfeita	48 (98,0) ^c	1 (2,0) ^c	
Pouco satisfeita	53 (60,9) ^c	34 (39,1) ^c	
Nem satisfeita, nem insatisfeita	26 (89,7)	3 (10,3)	
Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de comer			0,0030 ^a
Sim	64 (69,6) ^c	28 (30,4) ^c	
Não	45 (91,8) ^c	4 (8,2) ^c	
Come quando se sente deprimida, angustiada e/ou ansiosa			0,0020 ^a
Sim	63 (68,5) ^c	29 (31,5) ^c	
Não	59 (88,1) ^c	8 (11,9) ^c	
Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de beber			0,0180 ^b
Sim	22 (59,5) ^c	15 (40,5) ^c	
Não	100 (82,0) ^c	22 (18,0) ^c	
Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo			0,0010 ^a
Sim	73 (68,9) ^c	33 (31,1) ^c	
Não	45 (100,0) ^c	0 (0,0) ^c	

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

^a teste Qui-quadrado de Pearson; ^b teste exato de Fisher; ^c resíduos estatisticamente significativos; ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica; CA: compulsão alimentar; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

A partir do modelo ajustado de regressão logística padrão, que comparou a variável dependente: compulsão alimentar (com CA, sem CA) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que as mulheres do GTA tiveram 34,75 vezes mais chance de apresentar CA do que as participantes do GCO. Ainda, observou-se que aquelas com ensino médio e fundamental tiveram 3,96 vezes mais chances desse comportamento, assim como as que estavam em isolamento social apresentaram 10,11 vezes mais chances de terem CA, do que aquelas com ensino superior ou que não estavam em isolamento social, respectivamente (Tabela 17).

Tabela 17 - Modelo ajustado de regressão logística padrão para os escores do questionário ECAP, com referência ao escore de classificação sem CA. Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): com CA	-6,2681	1,5270	0,0000	
GTA	3,5483	0,5609	0,0000*	34,75 (12,53; 116,01)
Idade	0,0232	0,0294	0,4292	1,01 (0,97; 1,08)
IMC_Baixo peso	-0,6521	0,7605	0,3912	0,52 (0,11; 2,24)
IMC_Excesso de peso	0,0126	0,5819	0,9827	1,01 (0,32; 3,22)
Estado civil_Sem companheiro	-0,1624	0,5729	0,7768	0,85 (0,27; 2,58)
Escolaridade_Médio/Fundamental	1,3758	0,5862	0,0189*	3,96 (1,28; 13,03)
Isolamento social_Sim	2,3131	1,1300	0,0407*	10,11 (1,56; 202,03)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; * p <0,05.

6.4.5 Uso do álcool

A maioria das pessoas dos dois grupos não percebeu alteração no uso habitual de álcool (GTA: n= 24; 75%; GCO: n= 50; 65,8%), enquanto uma pequena parcela das integrantes referiu aumento do consumo (GTA: n= 5, 15,6; GCO: n= 12, 15,8%) e outra, mais reduzida, relatou que o consumo diminuiu (GTA: n= 3; 9,4%; GCO: n= 14, 18,4%).

O escore médio e variação do questionário que avaliou o uso de bebidas alcoólicas (AUDIT) foi maior no GTA (6,29±7,86; 0 – 34) em relação ao GCO (3,91±4,36; 0 – 19) e a maioria das participantes dos dois grupos se enquadraram na classificação de baixo risco (GTA: n=38, 65,5%; GCO: n=94, 81%). A partir dos

testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, explorou-se esta variável comparada à outras investigadas no estudo. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre as zonas de classificação do questionário (uso de baixo risco, uso de risco e a categoria agrupada entre uso nocivo e PD) e o grupo ao qual a participante integrava ($\chi^2(2) = 6,81$), onde ser do GTA está associado ao uso nocivo e PD de álcool (10,3% comparado a 2,6% no GCO), enquanto ser do GCO está associado ao uso de baixo risco (80,9% comparado a 65,5% no GTA). No mais, as variáveis que investigaram a presença de sentimentos/e ou pensamentos relacionados ao ato de comer ($\chi^2(2) = 7,05$), ao ato de beber ($\chi^2(2) = 53,02$) e se a participante bebia quando se sentia deprimida, angustiada e/ou ansiosa (teste exato de Fisher) apresentaram associação estatisticamente significativa, onde ter respondido negativamente para estas questões está associado ao uso de baixo risco, enquanto a resposta positiva está associada ao uso nocivo e PD (Tabela 18).

Tabela 18 - Associações estatisticamente significativas entre as classificações de gravidade do uso de álcool segundo o AUDIT e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.

(continua)

Variáveis	Classificações AUDIT			p valor
	Uso de baixo risco (n=131)	Uso de risco (n=33)	Uso nocivo e PD (n=9)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo				0,0330 ^a
GTA	38 (65,5) ^c	14 (24,1)	6 (10,3) ^c	
GCO	93 (80,9) ^c	19 (16,5)	3 (2,6) ^c	
Sentimentos e/ou pensamentos relacionados a alimentação				0,0290 ^a
Sim	62 (67,4) ^c	23 (25,0)	7 (7,6) ^c	
Não	43 (87,8) ^c	5 (10,2)	1 (2,0) ^c	
Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao uso do álcool				0,0010 ^a
Sim	13 (35,1) ^c	18 (48,6)	6 (16,2) ^c	
Não	111 (91,0) ^c	10 (8,2)	1 (0,8) ^c	

Tabela 18 - Associações estatisticamente significativas entre as classificações de gravidade do uso de álcool segundo o AUDIT e outras variáveis investigadas no estudo. Ribeirão Preto, 2021.

(conclusão)

Variáveis	Classificações AUDIT			p valor
	Uso de baixo risco (n=131)	Uso de risco (n=33)	Uso nocivo e PD (n=9)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Bebe quando deprimido, angustiado e/ou ansioso				0,0010 ^b
Sim	6 (24,0) ^c	12 (48,0)	7 (28,0) ^c	
Não	124 (88,6) ^c	15 (10,7)	1 (0,7) ^c	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

^a teste Qui-quadrado de Pearson; ^b teste exato de Fisher; ^c resíduos estatisticamente significativos; AUDIT: teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

A partir do modelo ajustado de regressão logística multinomial, que comparou a variável dependente: diferença percebida na ingestão de álcool (bebendo mais, bebendo menos, não) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que para cada ano de idade a mais espera-se redução de 14% (1 - 0,86) na chance de notar beber menos álcool. Adicionalmente, as participantes que não têm companheiro apresentaram redução de 77% (1 - 0,23) em notar beber menos do que aquelas com companheiro (Tabela 19).

Tabela 19 - Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de bebidas alcoólicas (com referência à categoria de resposta negativa). Ribeirão Preto, 2021.

(continua)

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (95%)
(Intercept): bebendo mais	-2,2233	1,3620	0,1026	
(Intercept): bebendo menos	3,5403	1,7156	0,0391	
GTA: bebendo mais	-0,0423	0,6436	0,9476	0,96 (0,27;3,38)
GTA: bebendo menos	-0,8563	0,7432	0,2492	0,42 (0,1;1,82)
Idade: bebendo mais	0,0410	0,0341	0,2296	1,04 (0,97;1,11)
Idade: bebendo menos	-0,1523	0,0581	0,0088*	0,86 (0,77;0,96)
IMC_Baixo peso: bebendo mais	0,0190	1,3499	0,9888	1,02 (0,07;14,37)
IMC_Baixo peso: bebendo menos	-0,2540	1,0483	0,8085	0,78 (0,1;6,05)
IMC_Excesso de peso: bebendo mais	0,4237	0,6757	0,5307	1,53 (0,41;5,74)

Tabela 19 - Modelo ajustado de regressão logística multinomial para a pergunta: você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de bebidas alcoólicas (com referência à categoria de resposta negativa). Ribeirão Preto, 2021.

(conclusão)

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (95%)
(Intercept): bebendo mais	-2,2233	1,3620	0,1026	
(Intercept): bebendo menos	3,5403	1,7156	0,0391	
IMC_Excesso de peso: bebendo menos	0,3332	0,7119	0,6398	1,4 (0,35;5,63)
Estado civil_Sem companheiro: bebendo mais	-0,4335	0,6684	0,5166	0,65 (0,17;2,4)
Estado civil_Sem companheiro: bebendo menos	-1,4493	0,7236	0,0452*	0,23 (0,06;0,97)
Escolaridade_Médio/Fundamental: bebendo mais	-1,1702	1,1504	0,3091	0,31 (0,03;2,96)
Escolaridade_Médio/Fundamental: bebendo menos	-0,4943	0,8028	0,5380	0,61 (0,13;2,94)
Isolamento social_Sim: bebendo mais	-0,7602	0,7496	0,3106	0,47 (0,11;2,03)
Isolamento social_Sim: bebendo menos	0,0125	0,8507	0,9882	1,01 (0,19;5,37)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

Segundo o modelo ajustado de regressão logística ordinal, que comparou a variável dependente: gravidade do uso de álcool (risco ou mais, nocivo e PD) com as variáveis independentes, e de acordo com os seus coeficientes, sugere-se que os membros do GTA tiveram 2,28 vezes mais chance de apresentar uso de risco e uso nocivo e PD do que os participantes do GCO (Tabela 20).

Tabela 20 - Modelo ajustado de regressão logística ordinal para os escores do questionário AUDIT. Ribeirão Preto, 2021.

Parâmetros	Beta	EP	p valor	OR (IC 95%)
(Intercept): risco	-1,7246	0,8755	0,0488	
(Intercept): nocivo e PD	-3,5516	0,9296	0,0001	
GTA	0,8264	0,3671	0,0244*	2,28 (1,11; 4,69)
Idade	0,0053	0,0223	0,8113	1,01 (0,96; 1,05)
IMC_Baixo peso	0,4663	0,5656	0,4097	1,59 (0,53; 4,83)
IMC_Excesso de peso	0,4318	0,4335	0,3192	1,54 (0,66; 3,60)
Estado civil_Sem companheiro	0,5189	0,4009	0,1955	1,68 (0,77; 3,69)
Escolaridade_Médio/Fundamental	-0,3353	0,4611	0,4672	0,72 (0,29; 1,77)
Isolamento social_Sim	-0,3647	0,5233	0,4858	0,69 (0,25; 1,94)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

* $p < 0,05$; nocivo e PD: nocivo e provável dependência; GTA: grupo transtorno alimentar; IMC: índice de massa corporal; EP: erro padrão; OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

6.4.6 Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo, ao ato de comer e ao uso de álcool

Sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao corpo e ao ato de comer foram observados pela maioria das participantes dos dois grupos. O teste Qui-quadrado de Pearson indicou associação estatisticamente significativa para essas variáveis ($\chi^2(1) = 20,73$ e $\chi^2(1) = 13,54$, respectivamente), onde relatar a presença destes está associado ao GTA (94,1% comparado a 58,4% no GCO; 85,7% comparado a 54,8% no GCO, respectivamente). Ainda, a maioria das participantes dos dois grupos referiu não notar a presença de sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de beber, apesar dessa variável ter apresentado associação estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = 5,66$), sugerindo que a resposta “não” está associada ao GCO (82,7% comparado a 66,1% no GTA) (Tabela 21).

Tabela 21 – Sentimentos e/ou pensamentos com associação estatisticamente significativa para a amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.

Sentimentos e/ou pensamentos relacionados à/ao	Total (n=174) n (%)	GTA (n=58) n (%)	GCO (n= 116) n (%)	p valor
Imagem corporal				0,0010
Sim	107 (70,4)	48 (94,1) ^a	59 (58,4) ^a	
Não	45 (29,6)	3 (5,9) ^a	42 (41,6) ^a	
Ato de comer				0,0010
Sim	93 (65,5)	42 (85,7) ^a	51 (54,8) ^a	
Não	49 (34,5)	7 (14,3) ^a	42 (45,2) ^a	
Ato de beber				0,0170
Sim	37 (23,1)	19 (33,9) ^a	18 (17,3) ^a	
Não	123 (76,9)	37 (66,1) ^a	86 (82,7) ^a	

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

^a resíduos estatisticamente significativos; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

Ainda, a maioria das integrantes dos dois grupos referiu buscar a alimentação como estratégia para minimizar sentimentos (GTA: n=32, 55,2%; GCO: n=61, 52,6%) mas que não bebe com este mesmo objetivo (GTA: n=40, 69%; GCO: n=101, 87,1%). No entanto, teste Qui-quadrado de Pearson, sugere que não beber quando se sente deprimida, angustiada ou ansiosa teve associação estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = 5,46$) ao GCO (87,1% comparado a 69% no GTA) (Tabela 22).

Tabela 22 – Frequências relacionadas a comer ou beber para lidar com sentimentos da amostra total e por grupos. Ribeirão Preto, 2021.

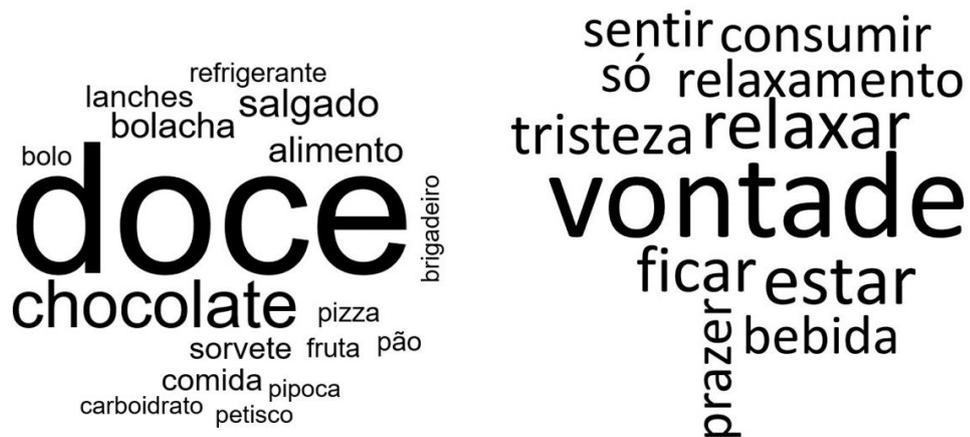
Quando deprimida, angustiada ou ansiosa	Total (n=174) n (%)	GTA (n=58) n (%)	GCO (n= 116) n (%)	p valor
Come				0,9920
Sim	93 (53,4)	32 (55,2)	61 (52,6)	
Não	67 (38,5)	23 (39,7)	44 (37,9)	
Não sabe	14 (8,0)	03 (5,2)	11 (9,5)	
Faz uso de álcool				0,0190*
Sim	25 (14,4)	13 (22,4) ^a	12 (10,3) ^a	
Não	141 (81,0)	40 (69,0) ^a	101 (87,1) ^a	
Não sabe	8 (4,6)	5 (8,6)	3 (2,6)	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

^a resíduos estatisticamente significativos; * p <0,05; GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

Segundo análise lexical de método nuvem de palavras pelo *software Iramuteq*, foi possível verificar que as ocorrências de termos utilizados para descrever quais tipos de alimentos estavam sendo mais consumidos pelos dois grupos (GTA e GCO) quando as participantes estavam deprimidas, angustiadas ou ansiosas foram doces (n=59) e chocolate (n=16). Três integrantes do GTA referiram a ingestão de álcool para aliviar tais emoções. Em relação aos sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao uso do álcool, destaca-se as palavras vontade (n=8) e relaxar (n=4) (Figura 5).

Figura 5. Alimentos mais consumidos quando se sente deprimida, angustiada ou ansiosa e os sentimentos e/ou pensamentos relacionado ao uso do álcool, respectivamente, dos dois grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116). Ribeirão Preto, 2021.

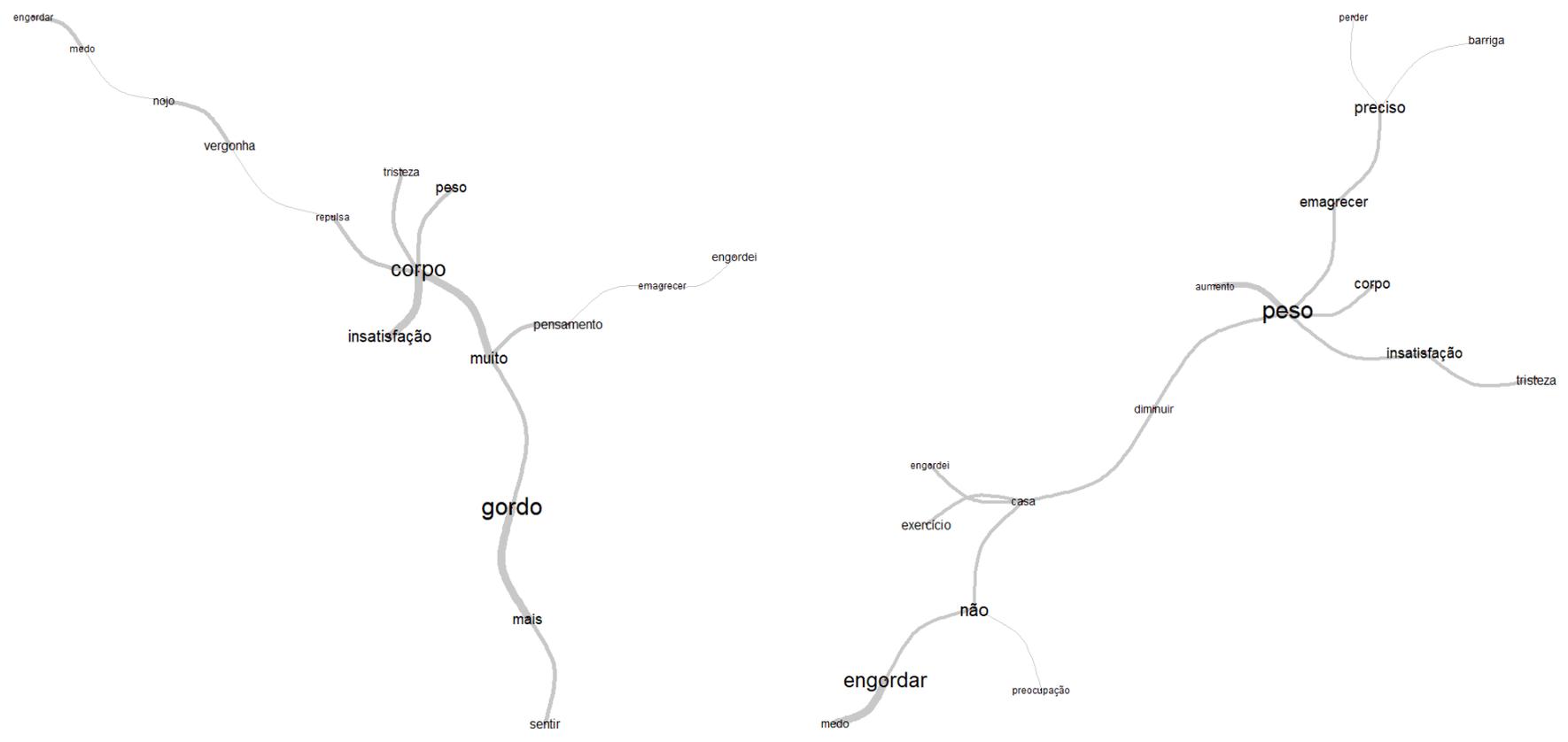


Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Após análise de similitude, foi possível observar que existe conexão entre os termos presentes nas respostas das participantes do GTA para quais seriam os sentimentos e/ou pensamentos relacionados à imagem corporal. Conforme a árvore de concorrência os resultados indicaram dois grupos principais: corpo e gordo. Deles, se ramificaram palavras de importante expressão, como insatisfação, peso e tristeza.

Ao explorar o GCO, outros dois grupos puderam ser observados: peso e engordar. Deles, se ramificaram vocábulos como emagrecer, insatisfação e medo (Figura 6).

Figura 6. Análise de similitude para os textos relacionados aos sentimentos e/ou pensamentos referentes à imagem corporal de ambos os grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116, respectivamente). Ribeirão Preto, 2021.



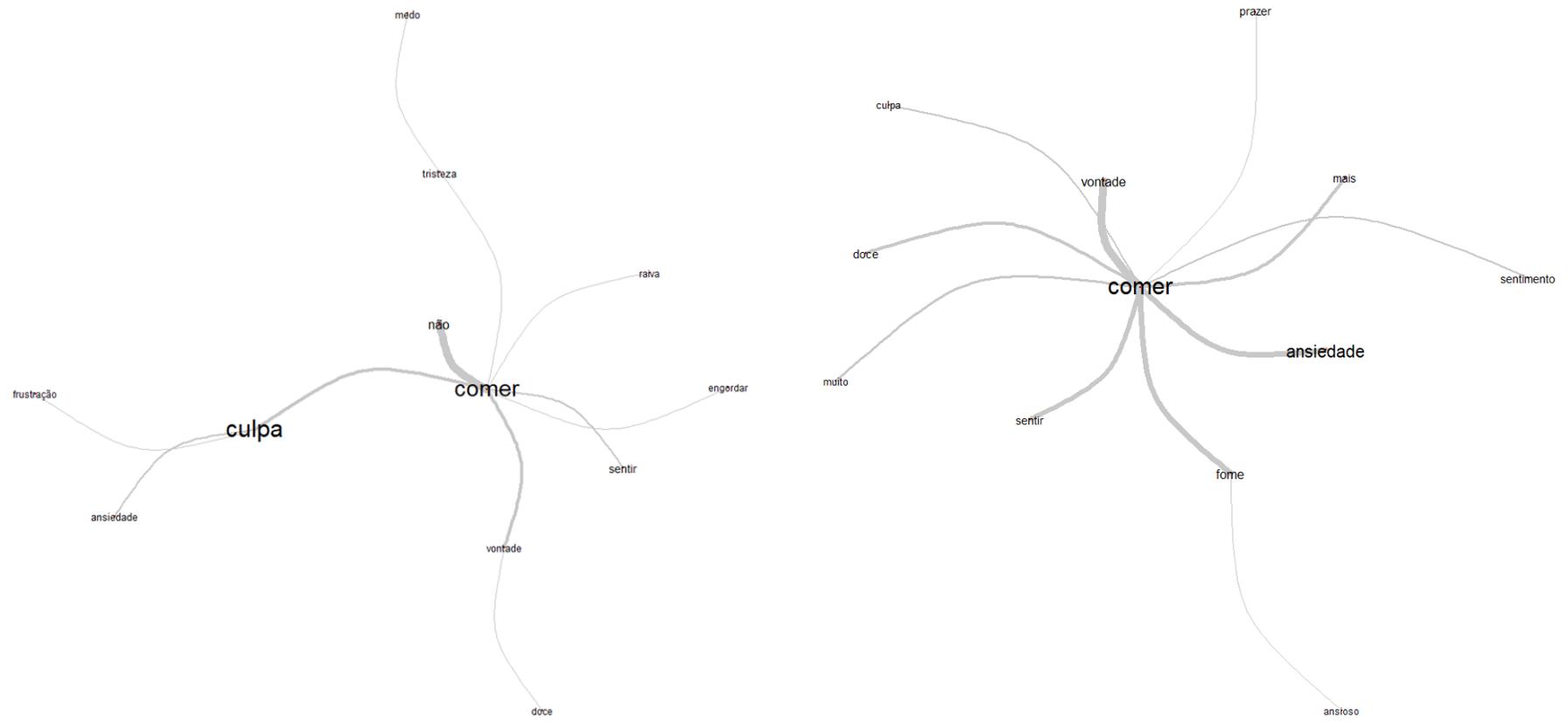
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

Já quanto aos sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de comer para o GTA, segundo análise de similitude, observa-se dois grupos principais, de acordo com os relatos das participantes: culpa e comer. Deles se ramificaram palavras como frustração, ansiedade e vontade.

Diferente do GTA, para o GCO existiu um grupo, conforme relatos das participantes: comer. Dele, se ramificou palavras como vontade, ansiedade e fome (Figura 7).

Figura 7. Análise de similitude para os textos relacionados aos sentimentos e/ou pensamentos referentes ao ato de comer de ambos os grupos (GTA: n=58 e GCO: n=116, respectivamente). Ribeirão Preto, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

GTA: grupo transtorno alimentar; GCO: grupo controle.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo investigar as repercussões do isolamento social causado pela pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem TA e, a partir disso, confirmar a hipótese que o grupo amostral com o diagnóstico de TA (GTA) apresentou impacto mais significativo nas variáveis investigadas. A amostra contou com 174 mulheres adultas jovens (idade média de 32 anos), a maioria com companheiro, de procedência da região Sudeste e ensino superior. Para o GCO, a maioria das participantes exercia atividade remunerada e pertencia ao estrato socioeconômico entre as classes B1 e B2, diferentemente do GTA, onde metade da amostra exercia profissão e com renda familiar média distribuída entre todas as classificações socioeconômicas. A proporção entre os participantes das subamostras (2:1) elucidou o cenário estatístico em que ser membro do GTA foi associado à não exercer trabalho remunerado e ter renda familiar média entre as classes C2, D e E. Ainda, a maioria das participantes de ambos os grupos encontrava-se em isolamento social no momento da coleta de dados.

Quanto ao estado nutricional da amostra total e por grupos (GTA e GCO), o IMC médio indicou sobrepeso e mais da metade (55,2%) do GTA referiu percepção de aumento de peso durante o período de confinamento, diferentemente dos achados de Breiner e colaboradores (2021) que não encontraram alteração significativa para uma amostra com TA. No presente estudo, as participantes dos dois grupos que estavam em isolamento social e tinham excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentaram mais chances de perceber aumento de peso do que aquelas que não estavam confinadas e com o IMC de eutrofia, corroborando resultados encontrados em amostras com AN e BN (FERNÁNDEZ-ARANDA et al., 2020).

Adicionalmente, metade das participantes com TA deste estudo tinham excesso de peso, similar aos achados por outros autores, que em desenho longitudinal, encontraram aumento significativo do IMC durante os períodos de isolamento social (MACHADO et al., 2020; CASTELLINI et al., 2020). Destaca-se que a distribuição das diferentes categorias (baixo peso, eutrofia e excesso de peso) de IMC de acordo com os quartis (Q1:13,7 kg/m², n=15, 25,9%; Q2: 20,2 kg/m²,

n=14, 24,1%; Q3: 24,8 kg/m², n=14, 24,1%; Q4: 35,3 kg/m², n=15, 25,9%) apresentou-se homogênea, e que o excesso de peso no GTA provavelmente seja devido à proporção de pessoas com diagnóstico de BN e TCA (51,7%), situações clínicas caracterizadas pela CA e perda de controle na alimentação, o que possivelmente contribuiu para a maior expressão dessa classificação (excesso de peso) em referir aumento de peso durante o isolamento social.

Já para o GCO, a percepção de aumento de peso ocorreu em 41,4% das participantes durante o referido período, corroborando dados nacionais que indicaram aumento de, pelo menos, dois quilos em seis meses de pandemia para 19,7% da amostra estudada (BRASIL, 2021), mas diferente dos achados por Costa e colaboradores (2021), que descreveram a diminuição significativa dessa variável. Todavia, a prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres no ano de 2021 apresentou valores estimados de 55% e 22,6% respectivamente (BRASIL, 2021).

Dados internacionais são inconsistentes a esse respeito diante de uma revisão sistemática e meta-análise com 35 estudos transversais e um estudo de coorte com variabilidade de 32 países, constatou que uma parte significativa dos indivíduos apresentou aumento de peso corporal (entre 11,1% e 72,4%), enquanto uma faixa de 7,2% e 51,4% relataram perda de peso. A análise mostrou aumento significativo do peso corporal durante o período pós-bloqueio em comparação com o período anterior, além de identificar IMC significativamente maior nos indivíduos antes do período de bloqueio (BAKALOU DI et al.,2021). Esses resultados podem significar que a trajetória do estado nutricional durante a COVID-19 possivelmente depende de muitos fatores a serem considerados como idade, classificação socioeconômica, condições de vida e trabalho durante a pandemia, hábitos alimentares, atividade física ou ingestão de álcool (BAKALOU DI et al.,2021, KHAN et al.,2022).

Em consequência do estado nutricional e aumento de peso observado nas participantes deste estudo, metade da amostra total e a maioria (81%) do GTA referiu pouca satisfação corporal, corroborando com resultados de um estudo com mulheres espanholas que foram acompanhadas em quatro ondas de avaliação semestrais durante a pandemia da COVID-19. Os autores observaram que um valor de IMC mais elevado foi associado à maior insatisfação corporal (VALL-ROQUÉ et al., 2023), o que também foi encontrado por outros autores (QUITTKAT et al.,2019).

Schlegl e colaboradores (2020a, 2020b) descreveram aumento da insatisfação corporal para mais da metade dos participantes com AN e mais de 80% para as pessoas com o diagnóstico de BN. No mais, indivíduos com diagnóstico atual ou passado de TA foram estatisticamente mais propensos a apresentar maiores preocupações sobre a imagem corporal, mesmo quando comparados àqueles com outros transtornos mentais, assim como, as mulheres tiveram mais chances de insatisfação quando comparadas aos homens (ROBERTSON et al., 2021). Destaca-se que a preocupação, insatisfação e distorção da imagem corporal são sintomas intrínsecos aos TA (APA, 2014), e possivelmente foram agravados durante o isolamento social para a amostra deste estudo, visto sua associação à variável 'não satisfeita'. No entanto, contrariamente à tendência desses achados, um estudo realizado na Itália encontrou maior insatisfação corporal nos períodos anteriores à pandemia do que após o isolamento social para uma amostra de mulheres jovens com AN, BN, TCA e TANE (MONTELEONE et al., 2021).

Esses achados sugerem que, possivelmente, mais tempo disponível em casa na pandemia provocou aumento do tédio e falta de distrações (VUILLIER et al., 2021) fortalecendo a voz interna crítica do TA e favorecendo o aumento do foco no peso e na imagem corporal (FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021; MCCOMBIE et al., 2020; NUTLEY et al., 2021), concomitante ao maior monitoramento do peso (AKGÜL et al., 2022) e frequência do uso de espelhos (MCCOMBIE et al., 2020). As mídias representaram importante propulsor de piora para os sintomas de TA relacionados à insatisfação e preocupação corporal. Coberturas jornalísticas e as mídias sociais contribuíram para incrementar o estímulo no ganho/perda de peso, assim como incentivou a prática de exercícios físicos compulsivos (MCCOMBIE et al., 2020). Por outro lado, as mídias também foram utilizadas como recurso para enfrentar a solidão, facilitar o contato e a humanidade compartilhada. Por meio de plataformas virtuais, as pessoas discutiram sobre a temática dos TA, dividiram suas inseguranças e mudanças nos sintomas dessas doenças. Essa interação foi positiva no que se refere ao acolhimento de diferentes pessoas e experiências ajudando a lidar com a situação (NUTLEY et al., 2021; MCCOMBIE et al., 2020; VUILLIER et al., 2021).

No que diz respeito ao comportamento alimentar, verificou-se que mais da metade das participantes de ambos os grupos (GTA e GCO) adquiriam alimentos

por *delivery*, conforme estimado diante das mudanças na rotina em virtude da pandemia (BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020). Esses achados são consistentes com um estudo onde 49,3% da amostra utilizou esse serviço durante o período de isolamento social, com maior proporção de aumento (33,1%) do que de diminuição dos pedidos (26,1%) (PORTINGALE, 2023).

De fato, o hábito de pedir comida por *delivery* se popularizou em todo o país nos últimos anos. Em 2020, 15% dos consumidores pediam comida pelo menos uma vez por semana, número que subiu para 18% em 2021 e, em 2022 atingiu a marca de 28%. Paralelamente, a proporção daqueles que nunca utilizaram o serviço diminuiu, passando de 20% em 2020 para apenas 11% em 2022 (KANTAR, 2022). O período de distanciamento físico possivelmente contribuiu para a adoção do *delivery* de comida, especialmente nas cidades onde essa opção estava disponível, servindo como uma solução tecnológica mais segura do que sair de casa para comer (BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020).

Na presente pesquisa, verificou-se que 43,1% das participantes do GTA e 31% das do GCO relataram aumento na frequência dessa forma de aquisição de comida. Além disso, foi constatado que pertencer ao GTA esteve estatisticamente associado à maior probabilidade de aumento dessa frequência. Esses dados são corroborados por Portingale e colaboradores (2023), que apontaram a associação entre a adesão ao uso de aplicativos de *delivery* em uma amostra composta majoritariamente por mulheres jovens, com média de idade de 21 anos, sem companheiro e com IMC médio de eutrofia, e escores mais elevados de risco para o desenvolvimento de TA. Além disso, a aquisição de comida por meio de aplicativos também pode contribuir para o consumo de alimentos pouco saudáveis e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (KEEBLE et al., 2020).

Sabe-se que as preparações culinárias oferecidas pelas plataformas de *delivery*, quase sempre, são baseadas em alimentos ultraprocessados (IFOOD; BOX 1824, 2019; DELIVERY MUCH, 2018). Nesse sentido, durante o ano de 2022, o hambúrguer representou 13% de todos os pedidos de um serviço que conta com um aplicativo gratuito para *smartphones*, sendo que as categorias de alimentos preferidos foram lanches, pizza, comida japonesa, açaí, doces, bolos e marmitas (IFOOD, 2022). Resultados semelhantes foram encontrados pelo presente estudo, visto que para ambos os grupos (GTA e GCO) os alimentos ou categorias de

alimentos mais frequentemente pedidos foram pizza, lanches, comida japonesa e hambúrguer. Menos frequentes, foram relatados itens como marmita, carne, espeto, esfiha, pastel, sanduíche, sorvete, açaí, bolo e doces.

Nesse contexto, a disponibilidade e variedade de alimentos fornecidos pelos serviços de entrega de refeições podem facilitar e fortalecer o comportamento de comer emocional, o qual tem sido frequentemente implicado na etiologia dos sintomas alimentares dos TA (KLATZKIN et al., 2018; SVALDI et al., 2012). Os alimentos consumidos em resposta a estados emocionais geralmente são altamente palatáveis e densos em energia, proporcionando prazer e recompensa imediatos, além de gerar a percepção de desvio da atenção em relação às emoções negativas (PORTINGALE et al., 2023; WILFLEY, 2000; WITT; LOWE, 2014). Pesquisas encontraram associação entre o comer emocional e o aumento do uso de aplicativos de entrega de alimentos (LIBOREDO et al., 2021), além dessa prática favorecer comportamentos alimentares inadequados por aliviar sentimentos de humor negativo e solidão (PORTINGALE et al., 2023). Neste estudo, a maioria das integrantes dos dois grupos (GTA e GCO) relatou buscar na alimentação uma estratégia para minimizar seus sentimentos negativos. Os alimentos mais frequentemente consumidos quando estavam deprimidas ou ansiosas foram doces, tais como chocolate, refrigerante, bolacha, bolo, brigadeiro e sorvete.

Estima-se que a frequência de aquisição de refeições preparadas no Brasil tem relação positiva com a renda e a maior proporção de consumidores entre as classes socioeconômicas A e B (BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020; BEZERRA et al., 2013). No presente estudo, foi identificado que ser do GTA foi sugestivo de aumento da frequência dos pedidos de *delivery*, como já discutido anteriormente. No entanto, é importante ressaltar que ser desse grupo foi associado às classes econômicas C2, D e E. Assim, sugere-se que estratégias e ações de *marketing* foram adotadas pelo setor que, antes mesmo da pandemia, já investia na diversificação do público com o objetivo de aumentar as vendas e atrair mais usuários das classes menos favorecidas (C e D) (WOLF, 2020; BOTELHO; CARDOSO; CANELLA, 2020), o que pode ter contribuído para a prática de comportamentos negativos (por ex. comer demais) para lidar com a solidão e o humor negativo (PORTINGALE et al., 2023).

Os resultados do presente estudo mostram que não ter companheiro foi associado a comprar menos por delivery e cozinhar menos em casa. De acordo com alguns autores, ter um companheiro pode aumentar o senso de responsabilidade e limitar a privacidade, contribuindo positivamente para a diminuição dos períodos de restrição alimentar (BROWN et al., 2021). Sendo assim, se as pessoas moravam com suas famílias, outras pessoas poderiam ser responsáveis pela preparação das refeições, já que o ato de cozinhar era uma atividade frequente durante a semana para mais da metade das integrantes de ambos os grupos (GTA e GCO) ou de suas famílias, com a percepção de aumento da frequência desta durante o isolamento social (GTA: n=30; 51,7%; GCO: n=72, 62,1%).

Além do mais, de acordo com dados divulgados pelo IBGE, cerca de 14,4 milhões de pessoas estavam desempregadas no Brasil no segundo trimestre de 2021. Um relatório estimou que a pandemia de COVID-19 causou uma perda de cerca de 255 milhões de empregos em todo o mundo em 2020 (OIT, 2021). Assim, se as pessoas moravam sozinhas, a renda média mensal pode ter sido um fator limitante ou pode ter favorecido o comportamento de restrição alimentar para os integrantes do GTA.

Em uma amostra composta por indivíduos com AN e BN, foi observado um aumento no hábito de cozinhar durante o confinamento domiciliar, associado ao fato de mais tempo disponível em casa para exercer essa atividade (SHLEGL et al., 2020a, 2020b). Além disso, pesquisas realizadas com a população em geral mostram que o hábito de cozinhar possivelmente teve um impacto positivo na saúde mental durante o período de lockdown, proporcionando sensação de relaxamento e prazer, além de maior controle sobre a qualidade e quantidade dos alimentos consumidos (MILLS et al., 2020; GÜLER, HASEKI, 2021). As participantes do presente estudo que estavam em isolamento social tiveram maior probabilidade de aumento do hábito de cozinhar e de preparar mais frequentemente alimentos in natura ou minimamente processados, como arroz, carne, feijão, legumes, salada, macarrão, verduras e frango. A preferência por esses tipos de alimentos é fortemente recomendada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (2014). Dessa maneira, cozinhar durante o período de confinamento pode ser uma estratégia benéfica para a saúde física e mental. Entretanto, no contexto dos TA, estudos são necessários para verificar tal associação.

De acordo com os hábitos de aquisição e preparo de comida em domicílio relatados anteriormente pela amostra deste estudo, observou-se que quase metade das participantes de ambos os grupos (GTA: 44,8%; GCO: 47,4%) referiu aumento no consumo de alimentos durante o isolamento social. Esse comportamento, possivelmente, pode ser explicado pela instalação de um padrão alimentar menos regular, conforme o observado por outros autores com grupo amostral com BN, onde os participantes apresentaram variações nos horários ou número habituais de refeições feitas por dia, bem como o consumo de mais alimentos processados e o comportamento mais frequente de pular refeições (SCHLEGL et al., 2020b), além da associação com níveis mais elevados de estresse relacionados aos riscos da COVID-19 e estar mais em casa (em home office) e em contato com os alimentos. Esses fatores podem ter contribuído para o aumento da ingestão dos alimentos como uma forma de lidar com emoções negativas resultante da nova situação imposta (FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021). Além disso, pertencer ao grupo GTA do atual estudo associou-se significativamente ao aumento do consumo de lanches industrializados, como salgadinhos de milho, batata ou queijo, da mesma forma como observado em outro estudo com amostra semelhante (SIMONE et al., 2021) relacionados a estados emocionais negativos como medo, raiva, estresse e tédio como resposta à pandemia.

É esperado que pessoas com TA apresentem mais dificuldade em controlar a alimentação em comparação com outros transtornos mentais, além das mulheres de maneira geral em relação aos homens (ROBERTSON et al, 2021). Pessoas com AN apresentaram preocupações estatisticamente maiores em relação ao acesso a alimentos que estivessem de acordo com o seu plano alimentar e aquelas com TCA e BN relataram aumento significativo na ingestão excessiva de alimentos que estavam armazenados em casa (TERMORSHUIZEN et al., 2020). De forma confirmatória a esses achados, pertencer ao GCO do presente estudo foi associado à diminuição do consumo de lanches industrializados em concordância com outro estudo que evidenciou redução do consumo de salgadinhos de pacote em uma amostra da população brasileira (MALTA et al., 2021).

Adicionalmente, análises de regressão indicaram que para cada ano de idade a mais é esperada redução de 8% e 7% na chance de notar aumento ou diminuição na quantidade de comida ingerida, respectivamente. Maior dificuldade em perceber

mudanças na alimentação conforme o avanço da idade é esperado devido às alterações do perfil cognitivo e funcional ao longo da vida, a depender das condições de estilo de vida e outros fatores. No entanto, pesquisas elucidam essas situações em amostras com idade superior a 65 anos, não considerando a evolução desses quadros ao longo da vida (MENDES; NOVELLI, 2015; CINTRA, NASCIMENTO, SOUZA, 2020) apontando que estudos mais específicos são necessários para verificar tal associação.

O aumento da ingestão de alimentos encontrado neste estudo foi observado com maior destaque nas mulheres com excesso de peso e que estavam em isolamento social comparadas àquelas com eutrofia e que não estavam em isolamento social. A situação vivida por essas pessoas pode ser compreensível ao serem considerados os fatores que se complementaram como consequência das mudanças no cotidiano ocasionadas pelo isolamento social que possivelmente refletiram em maior consumo de alimentos e consequente aumento de peso. No entanto, não foram encontrados estudos nessas condições que investigaram essa associação mas um, cuja amostra contou com 46,15% dos participantes com obesidade concluiu que o excesso de peso não estava diretamente relacionado ao consumo alimentar (FERNANDES et al., 2016) Todavia, é preciso ter cautela na interpretação desses resultados, pois cada indivíduo pode ter um perfil alimentar diferente e outras variáveis podem estar envolvidas na determinação do excesso de peso (NEVES et al., 2021).

A sensação de falta de controle desencadeada pela pandemia, as limitações de acesso aos alimentos, assim como o incômodo e desconforto pela quantidade de comida estocada e sua disponibilidade em casa (HUNTER; GIBSON, 2021) aumentaram os níveis de ansiedade e desorganização alimentar em alguns estudos (VUILLIER, et al, 2021; BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020) e diminuí em outro (BREINER; MILLER; HORMES, 2021). No contexto dos TA, a experiência de alguns pacientes que conseguiram ter uma alimentação mais flexível, experimentando novos tipos de alimentos oportunizados pelas condições menos estressantes proporcionadas pelo período (ZEILER et al., 2021) foram positivas, assim como o maior tempo disponível para uma alimentação regular e consequente diminuição da sensação de fome excessiva (FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021).

Os resultados encontrados neste estudo também mostraram que as participantes do GTA apresentaram mudanças significativas na ingestão de leguminosas, grãos não integrais, frutas, carnes brancas e água. Houve redução no consumo de verduras e legumes, grãos integrais, embutidos e carnes vermelhas, e aumento na ingestão de leite e derivados, frituras e doces. Estudos nacionais confirmam essas alterações na população em geral, com aumento no consumo de hortaliças (MALTA et al., 2021) frutas, feijão ou outras leguminosas (MARTINEZ-STEEL, 2020) e de alimentos não saudáveis, como pratos congelados, chocolates e doces (MALTA et al., 2021). Apesar de não ter havido diferença significativa na frequência de consumo para a maioria dos alimentos ultraprocessados entre os dois grupos, observou-se aumento concomitante para as bebidas açucaradas e doces.

Para as participantes do GCO, observou-se a percepção de aumento no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados (água, carnes brancas, leite e derivados, verduras e legumes e grãos não integrais), assim como a redução no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados de importante representação da dieta do brasileiro, como carnes vermelhas, frutas, grãos integrais e leguminosas, e de alimentos ultraprocessados, como bebidas diet/light/zero, comidas prontas ou congeladas, embutidos e frituras. Destaca-se que, mesmo com a redução promissora no consumo de alimentos altamente processados, também notou-se aumento na ingestão desses alimentos para outra parcela do GCO, o que pode ser prejudicial à saúde ao elevar o risco de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão e diabetes (ELIZABETH et al., 2020), o que realça a relevância dos resultados obtidos.

No entanto, é importante destacar que a pandemia afetou as pessoas de maneira desigual. O acesso aos alimentos tornou-se ainda mais difícil para uma parcela importante da população, expondo um quadro preocupante de deterioração socioeconômica e aprofundando as desigualdades já existentes na sociedade brasileira. De acordo com o II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar (IA), no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil, cerca de 30% dos domicílios usaram suas reservas financeiras em 2021 cortando despesas essenciais e não essenciais. Famílias que reduziram a compra de alimentos básicos foram associadas à IA moderada ou grave em quase metade dos domicílios. O segmento de famílias que mais vivenciou a forma mais severa de IA foram aquelas que

deixaram de comprar carnes, vegetais e frutas, evidenciando dificuldades em manter um padrão alimentar adequado em situação de vulnerabilidade social (PENSSAN, 2022). No mais, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados está associado a situações de IA (BRASIL, 2019; FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, s/d).

Christensen e colaboradores (2021) conduziram um estudo com adolescentes e não encontraram diferenças na IA antes e durante a pandemia. No entanto, houve uma maior prevalência de diagnósticos de TA (BN e TANE) entre aqueles com IA durante o isolamento social. Adicionalmente, a frequência de CA e jejum compensatório foi significativamente maior entre os indivíduos com diagnóstico de TA que também estavam em condições de IA. Embora a segurança alimentar (SA) não tenha sido o foco do presente estudo, é importante refletir sobre a influência e interação desses fatores nas mudanças do comportamento alimentar nesse período tão específico que a humanidade vivenciou, pois foram observadas mudanças significativas para a amostra com TA quando as mulheres podem ter sido mais expostas ao não exercício de atividades remuneradas e pertencentes às classes econômicas de maior vulnerabilidade social. No entanto, como as análises se concentraram apenas na ingestão dos alimentos sem considerar a capacidade financeira de compra, não é possível inferir ou estimar justificativas conclusivas para os achados. Dessa maneira, recomenda-se a realização de mais estudos específicos sobre o tema para elucidar tais questões.

Outra variável analisada neste estudo para investigar o comportamento alimentar diz respeito à CA, onde o escore médio e variação do questionário ECAP foram maiores no GTA ($21,31 \pm 11,32$; 0 – 45) em comparação ao GCO ($6,89 \pm 6,75$; 0 – 36). Embora pertencer ao GTA tenha sido associado a apresentar CA moderada ou grave, não foi possível estimar mudanças na frequência desse comportamento. No mais, algumas características foram associadas à CA moderada ou grave, tais como: ter nível escolar fundamental ou ensino médio, não exercer profissão e pertencer às classes econômicas C2, D e E. Além disso, foi observada a associação entre a CA e ser membro do GTA, sentir-se insatisfeita com a imagem corporal, perceber sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de comer e relacionados ao corpo, e comer quando se sente deprimida, angustiada ou ansiosa.

De fato, alguns estudos consistentes descreveram mudanças da frequência de CA em grupos amostrais com TA (SCHLEGL et al., 2020a, 2020b; LEENAERTS et al., 2021; TERMORSHUIZEN et al., 2020) com aumento desse comportamento em aproximadamente 30% da amostra total (pessoas com TA e população em geral). Além disso, houve correlação positiva entre CA e comportamentos de purgação (PHILLIPOU et al., 2020). Alguns autores encontraram associação do efeito do tempo sugerindo aumento da CA nas semanas durante o confinamento domiciliar (GIEL et al., 2021; CASTELLINI et al., 2020) ou que estes ocorriam com maior intensidade no momento anterior à pandemia (MONTELEONE et al., 2021). Ainda, para outros, as mudanças ocorreram em ambas as direções, com parcela da amostra referindo aumento e outra parcela diminuição desse comportamento (ZEILER et al., 2021; COLLELUORI et al., 2021; BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020; FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021). Também, foi encontrada associação estatística entre o aumento dos episódios de CA e estar mais tempo em casa (LEENAERTS et al., 2021).

Os motivos que levaram ao aumento da CA durante o isolamento social parecem compreensíveis diante do maior nível de estresse geral relacionado ao COVID-19, a falta de conexão social (VUILLIER et al., 2021), o medo pela segurança dos entes queridos (CASTELLINI et al., 2020), assim como a falta de habilidades para enfrentamento nessas situações, citados como propulsores da maior procura por alimentos para lidar com emoções negativas e se autorregular (FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021). Os comportamentos envolvidos na sintomatologia dos TA foram fonte de conforto, oferecendo distração da situação e das emoções difíceis de lidar por meio do foco aumentado nos sentimentos relacionados à comida (VUILLIER et al., 2021; NUTLEY et al., 2021). Além disso, a ausência de contato com familiares e serviços de saúde pode ter facilitado a ocultação do agravamento dos sintomas dos TA e suas possíveis consequências como mudanças de peso, por exemplo (MCCOMBIE et al., 2020). Embora o armazenamento de alimentos em casa em decorrência das restrições da COVID-19 não tenha sido avaliado no presente estudo, essa variável pode ter sido um fator crucial na influência do aumento dos episódios de CA, assim como demonstraram alguns estudos (TERMORSHUIZEN et al., 2020; BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020).

Nesta pesquisa, foi observado que as mulheres pertencentes ao GTA apresentaram probabilidade muito elevada (37,75 vezes maior) de terem episódios de CA em comparação com as participantes do GCO, assim como aquelas com ensino médio ou fundamental. De forma semelhante, estar em isolamento social aumentou a chance (10,11 vezes) de apresentar CA em comparação com aquelas que não estavam em isolamento social ou possuíam ensino superior, respectivamente. Dessa forma, sugere-se que pessoas com TA podem ter sido mais afetadas pelo isolamento social, e conseqüente estresse gerado por ele na pandemia. No entanto, é importante ressaltar que esses achados não são generalizáveis, uma vez que se baseiam nas características demográficas e socioeconômicas específicas das participantes deste estudo e, portanto, não representam a população brasileira como um todo. Contudo, os resultados destacam a importância do aprimoramento do cuidado para aquelas pessoas que sofrem de TA, especialmente diante de situações desafiadoras e inesperadas em algum momento do ciclo vital. Por outro lado, estudos científicos relatam que, embora em menor proporção, houve redução de episódios de CA em indivíduos com TA, o que pôde ser atribuído às oportunidades de autocuidado proporcionadas pelo aumento do tempo disponível diante do isolamento social (NUTLEY et al., 2021) e às limitações no acesso aos alimentos e aos contextos sociais desencadeadores de sintomas, diante de menos privacidade em domicílio (FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021). Sendo assim, é importante considerar tanto a possibilidade de agravamento quanto a oportunidade de melhora dos sintomas, reconhecendo que algumas pessoas puderam encontrar maneiras de se adaptar às circunstâncias e até mesmo experimentar benefícios inesperados (MCCOMBIE et al., 2020; COLLELUORI et al., 2021; MONTELEONE et al., 2021; BRANLEY-BELL; TALBOT, 2020; CASTELLINI et al., 2020; FRAYN; FOJTU; JUARASCIO, 2021; VUILLIER et al., 2021; BROWN et al., 2021; AKGÜL et al., 2022; NUTLEY et al., 2021).

Além disso, outros fatores podem ser cruciais na moldagem do enfrentamento em situações de crise. Um estudo verificou que, de maneira geral, adultos foram mais afetados negativamente enquanto os adolescentes relataram comportamentos alimentares um pouco mais positivos (SCHLEGL et al., 2020a). A variação do tempo de tratamento dos pacientes deste estudo (GTA: entre 1 e 180 meses) e a idade média (32 anos) são fatores relevantes a serem considerados, uma vez que podem

afetar o estágio e o amadurecimento dos caminhos para a recuperação. Por outro lado, níveis mais altos de ansiedade foram relatados por pessoas com TA em recuperação ou recuperadas, com foco particular no trabalho, na família e na situação geral de pandemia, enquanto a ansiedade na amostra com TA em fase aguda da doença foi alta, mas com preocupações mais específicas relacionadas aos comportamentos e sintomas de TA (MCCOMBIE et al., 2020). Dessa forma, sugere-se que as responsabilidades diante dos papéis ocupacionais assumidos ao longo da vida atreladas ao avanço da idade e ao estágio do tratamento podem ter afetado o comportamento alimentar de diferentes maneiras para essa população durante o isolamento social.

Além dos efeitos do isolamento social no comportamento alimentar, é importante considerar também o consumo de álcool durante a pandemia. Nesta pesquisa, a maioria das pessoas dos dois grupos (GTA e GCO) não relatou alteração no uso habitual dessa bebida corroborando os resultados em dois grupos amostrais com AN e BN, respectivamente (SCHLEGL et al., 2020a, 2020b). No entanto, estudos indicam que cerca de 16% dos indivíduos com TA sofrem com problemas de abuso ou dependência de álcool e o uso de álcool é mais frequentemente na BN comparado a outros tipos de TA (BULIK et al., 2004; BRUCE et al., 2009).

Na presente pesquisa, observou-se que o GTA apresentou escores mais elevados no questionário AUDIT, mesmo que a maioria das participantes tenha recebido classificação de uso de baixo risco. Além disso, aquelas com uso nocivo e PD de álcool tiveram 2,28 vezes mais chances de apresentar essa situação do que as participantes do GCO. Em relação ao uso de álcool durante o confinamento domiciliar, Fernández-Aranda e colaboradores (2020) não encontraram diferenças significativas nos grupos amostrais com TA e obesidade. Quanto à idade, foi observada tendência de aumento no consumo de álcool à medida que ela avança. No entanto, estudos apontam que a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tende a diminuir com o avanço da idade e aumentar com o nível de escolaridade (CISA, 2022). Em uma amostra da América Latina e do Caribe, as menores proporções de consumo de álcool estão entre indivíduos com idade entre 12 e 17 anos em comparação com as faixas etárias de 25 a 34 anos, trazendo a reflexão sobre as limitações de acesso ao álcool durante o isolamento social bem

como sobre as diferenças socioeconômicas e de liberdade de movimento nas diferentes fases da vida. Todavia, o Brasil tem sido caracterizado como o país com o maior índice de consumo de álcool durante a pandemia (OPAS, 2020). Diversas pesquisas nacionais sugerem que, embora o consumo abusivo de álcool entre adultos seja predominantemente observado em homens, há tendência de diminuição da diferença de gênero ao longo dos anos devido ao aumento do consumo abusivo entre as mulheres (CISA, 2022; IBGE, 2020; BRASIL, 2019). Dessa forma, enquanto o consumo de álcool tem sido estável entre os homens, houve aumento na população feminina (CISA, 2022; BRASIL, 2021; GRANT et al., 2017).

As participantes deste estudo que não tinham companheiro apresentaram maiores chances de beber mais, o que pode ser devido à incapacidade em lidar com as situações estressoras do isolamento social servindo de estratégia inadequada de enfrentamento (VUILLIER et al., 2021). Por outro lado, destaca-se que estar com pares (amigos, familiares ou companheiros) é quase sempre uma motivação para o uso de álcool, ainda que moderadamente (CISA, 2022), mas que não foi estatisticamente associado neste estudo. Além do mais, responder positivamente à presença de sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao ato de comer, de beber e se a participante bebia quando se sentia deprimida e/ou ansiosa apresentaram associação com o uso nocivo e PD de álcool, assim como a ser integrante do GTA. Esses achados foram similares em outro estudo onde os participantes que relataram ter experimentado uma maior variedade de sintomas emocionais apresentaram maior consumo de álcool (OPAS, 2020). No geral, esse consumo pode estar associado a várias motivações, tais como a socialização e a busca por sensações de relaxamento e felicidade (CISA, 2022). Durante esta pesquisa, foi possível observar que as participantes dos dois grupos relataram motivos semelhantes para o uso do álcool, como vontade, prazer e relaxamento. No entanto, é importante destacar que esse comportamento muitas vezes levou à sensação de tristeza, uma vez que elas buscavam a felicidade a curto prazo por meio do consumo de álcool no período de confinamento domiciliar.

A análise de similitude utilizada para a interpretação dos relatos sobre os sentimentos e/ou pensamentos referentes à imagem corporal possibilitou a inferência de alguns significados para as participantes do GTA. Foram identificadas duas palavras principais, sendo “corpo” e “gordo”, às quais se conectaram outras

palavras (insatisfação, peso, tristeza, repulsa, vergonha, nojo) indicando intenso sofrimento. Além disso, há forte relação entre as palavras “medo” e “engordar” e a árvore de concorrência também revela conexão entre os termos “pensar” e “emagrecer” para as pacientes com TA.

Vale lembrar que a imagem corporal refere-se à representação mental do corpo (KRUEGER, 2002; TAVARES, 2003) dividida em três aspectos principais: o perceptivo, que diz respeito à precisão da percepção sobre a aparência física. O subjetivo, que abrange a satisfação com a aparência, bem como o nível de preocupação e ansiedade relacionado a ela. E o comportamental, que envolve a evitação de situações pelo indivíduo devido ao desconforto associado ao corpo (THOMPSON et al., 1998). As alterações da imagem corporal fazem parte dos critérios diagnósticos dos TA (APA, 2014) corroborando a literatura que indica presença de sofrimento e insatisfação associados à percepção da própria imagem corporal, assim como da avaliação excessivamente crítica do próprio peso e forma corporal (CAMPANA; TAVARES; GARCIA-JÚNIOR 2012; CROWTHER; WILLIAMS, 2011; CASH, 2002; THOMPSON et al., 1998).

No mais, sugere-se que a palavra "muito" esteja implicitamente relacionada ao excesso de comportamentos inadequados, sejam eles compensatórios, de restrição ou compulsão alimentar, que se apresentam envolvidos no desejo de emagrecer, mas que conflitam com o sofrimento sentido pelo "corpo gordo". É comum que os indivíduos com TA enfrentem dificuldades em traduzir entre o concreto e o simbólico, transformando sensações físicas como dor e prazer em um conjunto de afetos e significados descompensados. É importante destacar que, suas angústias lhe conferiram um lugar no mundo, que de outra forma, ele, muitas vezes, não saberia ocupar. Para o sentir, ele “come demais” ou “não-como demais”. É por meio dos excessos que seu corpo fala (come, engorda, vomita, purga e jejua) quando não encontra outra forma de expressão (FREIRE; ANDRADA, 2012). Além disso, a palavra "muito" também pode estar relacionada à incapacidade de enfrentar esse descontentamento, gerando angústia, infelicidade e medo. Nesse sentido, destaca-se que a não aceitação de emoções pode ser um fator preditor significativo de psicopatologia alimentar (VUILLIER et al., 2021). Além disso, na árvore de similitude é possível visualizar a palavra "mais" relacionando-se à percepção de si,

incluindo a sensação de estar “mais gorda”, mas que também indica o aumento da intensidade dos sentimentos relacionados ao corpo.

Enquanto o "corpo gordo" é o tema principal para o GTA, para o GCO é o "peso" que se destaca como termo central associado à insatisfação e tristeza. O "corpo", por sua vez, é mencionado como uma ramificação, juntamente com outras palavras como emagrecer, preciso, perder e barriga. A palavra "não" também é usada para expressar o desgosto com a imagem corporal. Durante a análise de similitude dos termos relacionados ao ato de comer para o GTA, foram identificados dois grupos principais: "culpa" e "comer". Entretanto, é possível considerar a "culpa" como um subgrupo, já que ela conecta o sofrimento que cabe nesta ação para pessoas com TA. A forte associação da palavra "não" com "comer" pode indicar indiretamente a culpa sentida, tanto pelo desejo de evitar a comida, bem como por toda a frustração cabível em não conseguir. As palavras "vontade" e "sentir" ajudam a elucidar esse possível cenário. Um estudo comparativo investigou o relacionamento com a alimentação entre mulheres com AN e um grupo de mulheres saudáveis indicando que o grupo com AN experimentou uma gama de emoções negativas em relação à comida, como tristeza, ódio, culpa, nojo, repulsa, aversão, medo, repugnância e desespero. Em contraste, o grupo saudável relatou, em sua maioria, apenas sensações positivas de bem-estar e prazer ao comer (PINA et al., 2020). De maneira semelhante aos achados do presente estudo, visto que o grupo textual “comer”, para o GTA, apresenta conexão com o “sentir”, ou seja, sentir o medo, a raiva e a tristeza em comer. No entanto, verifica-se que as participantes do GCO apresentaram conexão entre o ato de comer e o “sentir”, especialmente em relação a emoções e sensações como “ansiedade”, “fome” e “vontade”. Além disso, o prazer também foi relacionado à alimentação, embora tenha havido conexão com a sensação de culpa. Nesse sentido, destaca-se que a pesquisa citada por último não aconteceu no momento da crise sanitária da COVID-19, o que possivelmente inferiu de maneira importante na percepção alimentar das integrantes do GCO, como já discutido anteriormente.

Contrariamente aos achados deste estudo, autores sugerem que os indivíduos com diagnóstico prévio de TA não apresentaram risco aumentado para o agravamento dos sintomas durante a pandemia (BREINER; MILLER; HORMES, 2021). Porém, destaca-se que o diagnóstico de qualquer TA isolado ou com

comorbidades esteve associado a maiores sintomas depressivos e de ansiedade, além de menor bem-estar mental, no período pandêmico quando comparado ao pré-pandêmico (WARNE et al., 2021). Assim como, escores indicaram que níveis mais elevados de depressão foram associados a maiores mudanças nos comportamentos alimentares desordenados relacionados ao TA (AKGÜL et al., 2022).

Por fim, autores sugerem que emoções negativas e estratégias inadequadas de regulação são centrais para a etiologia e manutenção dos TA (TREASURE; SCHMIDT, 2013; LAVENDER et al., 2015; FAIRBURN; COOPER; SHAFRAN, 2003; PREFIT; CÂNDEA; SZENTAGOTAI-TĂTAR, 2019; MONELL; CLINTON; BIRGEGÅRD, 2018). E embora tenha sido realizado pareamento nesta pesquisa para selecionar os participantes do GCO que apresentassem escore negativo para o risco de sintomas de TA pelo EAT-26 (≤ 21 pontos), é possível que o isolamento social e suas consequências, já discutidas anteriormente, possam representar um fator de risco importante para o surgimento dos TA em populações saudáveis.

Diante do exposto, os resultados encontrados nesta investigação possibilitaram ampla interlocução com outros estudos demonstrando a pertinência da realização deste trabalho com valiosos desdobramentos a partir deste momento. Tratou-se de uma proposta inédita na literatura nacional explorando um tema importante diante do cenário atual da saúde pública e com resultados que podem subsidiar o aprimoramento da assistência aos TA e planejamento de ações de orientação e prevenção na comunidade. A coleta dos dados, por meio de mídias digitais, permitiu acesso mais amplo e diversificado aos participantes, sem a necessidade de deslocamentos ou de se estar presente em um espaço físico específico, como clínicas e centros de tratamento. Outra potencialidade diz respeito à utilização de instrumentos validados e confiáveis para a avaliação das variáveis investigadas neste estudo.

Entretanto, a amostra foi restrita a serviços de tratamento especializado em TA localizados nas regiões do Sul e Sudeste do país. O convite para participar da pesquisa, por meio de mídias digitais, pode ter limitado o acesso de indivíduos de classes econômicas mais baixas e com menor poder aquisitivo e/ou menos familiaridade com a tecnologia. Essas limitações podem afetar a generalização dos resultados para outras regiões, bem como a representatividade da amostra em relação aos TA em geral durante o isolamento social. Outro desafio, no recrutamento

do GTA, foi a dificuldade no contato com os coordenadores dos serviços definindo o pequeno tamanho amostral desse grupo. À época da coleta de dados, a maioria desses serviços não estavam tão presentes nas mídias como atualmente, o que pode ter resultado na alta taxa de não resposta ao contato. E embora o convite para os pacientes com TA tenha sido facilitado por meios digitais, por outro lado dificultou o contato pessoal, o que pode ter contribuído para que apenas 59 (40,7%) das 145 pessoas convidadas tenham aceitado e respondido aos questionários de coleta de dados integralmente.

É importante lembrar também que pelo fato de os questionários terem sido respondidos por autorrelato, não foi possível verificar a veracidade dos dados coletados assim como a possibilidade de viés de resposta ou de interpretação das questões. A influência de fatores externos, como mudanças nas políticas de isolamento social ou de saúde pública durante o período de coleta de dados, também deve ser considerada. Diante dessas ponderações, sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas com a participação de serviços de tratamento para TA de outras regiões do país, o uso de diferentes meios de contato para alcançar maior diversidade de participantes e métodos que permitam maior controle das informações obtidas.

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes deste estudo eram, em sua maioria, adultas jovens, com companheiro, provenientes da região Sudeste, com ensino superior e sobrepeso. Durante o isolamento social, aquelas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentaram maior probabilidade de perceber aumento do peso corporal. Além disso, a adesão ao isolamento social esteve relacionada à maior frequência de cozinhar em casa, aumento no consumo de alimentos e maior probabilidade de comportamentos de CA.

No entanto, as mulheres com diagnóstico de TA apresentaram maior insatisfação corporal e mudanças significativas nos hábitos alimentares, incluindo aumento no consumo de lanches industrializados e maior probabilidade de perceber aumento na frequência dos pedidos por *delivery*. Foram identificadas associações significativas entre esse grupo e comportamentos moderados ou graves de CA, uso de risco ou nocivo e PD de álcool, bem como sentimentos e/ou pensamentos

relacionados ao corpo, ao ato de comer e de beber, incluindo beber quando se sentem deprimidas, angustiadas ou ansiosas.

Os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que o isolamento social provocou repercussões negativas nos comportamentos alimentares e no consumo de álcool em pessoas com TA em maior proporção do que naquelas sem esses quadros clínicos. Ressalta-se que os efeitos da pandemia em pessoas que vivem com TA são complexos e desafiadores, assim como possivelmente, todas as pessoas que passaram por esse evento e vivenciaram alguma consequência negativa. Apesar deste estudo apontar resultados inovadores, outras pesquisas são necessárias para ampliar o entendimento sobre os efeitos do isolamento social e medidas para propiciar cuidado integral e humanizado para grupos específicos e população em geral. Recomenda-se a inclusão de homens na amostra e participação de serviços de atendimento para TA de outras regiões do país para obtenção de resultados mais representativos. Além disso, é fundamental realizar estudos de intervenção para avaliar e minimizar os impactos do isolamento social no agravamento dos sintomas de TA e promover mudanças positivas no comportamento alimentar, satisfação corporal e no consumo de álcool.

REFERÊNCIAS²

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. [S.l.]: **ABEP, 2019**. Disponível em: <http://www.abep.org/>. Acesso em: 03 abr. 2023.

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2 ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2002. Capítulo 9: Logit Models for Multinomial Response Data.

AGUILAR-MARTÍNEZ, A. et al. Social inequalities in changes in diet in adolescents during confinement due to COVID-19 in Spain: the DESKcohort Project. **Nutrients**, v. 13, n. 5, p. 1577, 2021.

AKGÜL, S. et al. The effects of the COVID-19 lockdown on adolescents with an eating disorder and identifying factors predicting disordered eating behaviour. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 16, n. 5, p. 544-551, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.13193?casa_token=B7LICALDzAcAAAA:wanbm2FcxeaLCKN8wMvYklgJW_uzIDhywiYdnXIjXVaQWwtlyffNdolmiXfzWKFG7TmkemZ6EgGxkCbg. Acesso em: 23 jul. 2023.

ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. (Org). **Transtornos Alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. Barueri: Manole, 2020.

ALVARENGA, M.; DAHÁS, L.; MORAES, C. (Org). **Ciência do comportamento alimentar**. Barueri: Manole, 2021.

AMMAR, A. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1583, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12061583>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ANUNCIAÇÃO, L. **Conceitos e análises estatísticas: com R e JASP**. 1. ed. São Paulo: Nila Press, 2021. 448 p.

APA. **Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5**. texto revisado. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5 ed. Porto alegre: Artmed; 2014.

ARIJA-VAL, V. et al. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 39, n. spe2, p. 8-15, 2022. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2023.

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, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424561/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

² De acordo com a Associação Brasileira De Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BABOR T. F. et al. **AUDIT – Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool**: roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.

BABOR, T. F.; HIGGLE-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Tradução C. M. Corradi. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. 52 p.

BABOR, T.F.; FUENTE, J.R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. WHO (World Health Organization) /PAHO, n.4, p. 1-29, 1992.

BACEVICIENE, M.; JANKAUSKIENE, R. Changes in sociocultural attitudes towards appearance, body image, eating attitudes and behaviours, physical activity, and quality of life in students before and during COVID-19 lockdown. **Appetite**, v. 166, p. 105452, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666321004819>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BAKALOUDI, D. R. et al. Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review and a meta-analysis. **Clinical Nutrition**, v. S0261-5614, n. 21, p. 00207, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.04.015>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BEZERRA, I. N. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, supl. 1, p. 200s-211, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2023.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BŁASZCZYK-BĘBENEK, E. et al. Nutrition behaviors in polish adults before and during COVID-19 lockdown. **Nutrients**, v. 12, n. 10. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12103084>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BLOOMFIELD, K. Understanding the alcohol-harm paradox: what next? *The Lancet Public Health*, **London**, v. 5, n. 6, p. e300-e301, jun. 2020.

BOTELHO, L. V.; CARDOSO, L. D. O.; CANELLA, D. S. COVID-19 e ambiente alimentar digital no brasil: reflexões sobre a influência da pandemia no uso de aplicativos de delivery de comida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. e00228620, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pX8fFSjkVQXLLwFwbhWPYJd/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BOUROUBA, L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 18, p. 1837-1838, 2020. Disponível

em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763852>. Acesso em: 03 abr. 2023.

BRANLEY-BELL, D.; TALBOT, C. V. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 23 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool e Drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: estado nutricional e consumo alimentar [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 75 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BREINER, C. E.; MILLER, M. L.; HORMES, J. M. Changes in eating and exercise behaviors during the COVID-19 pandemic in a community sample: A retrospective report. **Eating Behaviors**, v. 42, p. 101539, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101539>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BROWN, S. M. et al. A qualitative exploration of the impact of COVID-19 on individuals with eating disorders in the UK. **Appetite**, v. 156, p. 104977, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eip.13193>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRUCE, K. R. et al. Expectancies related to thinness, dietary restriction, eating, and alcohol consumption in women with bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, p. 253-258, 2009.

BULIK, C. M. et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, p. 1000-1006, 2004.

CAMARGO, B., V. JUSTO, A., M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. D. C. G. C. F.; GARCIA-JÚNIOR, C. Preocupação e insatisfação com o corpo, checagem e evitação corporal em pessoas com transtornos alimentares. **Paidéia**: Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 375-381, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/SQgzHk4NpgF9wcPbnc9XpXx/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

CASH, T. F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Org.). **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford, 2002. p. 38-46.

CASTELLINI, G. et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1855-1862, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23368>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CEDERLÖF, M. et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. **World Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 333-338, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20251>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Mental health and coping during COVID-19**. Atlanta: CDC; 2020.

CHADI, N.; RYAN, N., C.; GEOFFROY, M., C. COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies. **Canadian Journal of Public Health**, v. 113, n. 1, p. 44-52, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/26011>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CHAN, C. Y.; CHIU, C. Y. Disordered eating behaviors and psychological health during the COVID-19 pandemic. **Psychology, Health & Medicine**, v. 27, n. 1, p. 249-256, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883687>. Acesso em: 03 abr. 2023.

CHEIKH ISMAIL, L. et al. Eating habits and lifestyle during COVID-19 lockdown in the United Arab Emirates: a cross-sectional study. **Nutrients**, v. 12, n. 11, p. 3314, 2020.

CHODKIEWICZ, J. et al. Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: The initial stage. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 13, p. 4677, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>. Acesso em: 3 abr. 2023.

CHRISTENSEN, K. A. et al. Food insecurity associated with elevated eating disorder symptoms, impairment, and eating disorder diagnoses in an American University student sample before and during the beginning of the COVID-19 pandemic. **The**

International Journal of Eating Disorders, v. 54, n. 7, p. 1213–1223, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23517>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CINTRA, K. L.; NASCIMENTO, C. R. B.; SOUZA, I. F. Fatores que afetam o consumo alimentar e nutrição do idoso: Revisão integrativa. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, ed. 12, v. 2, p. 129-143. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/nutricao/nutricao-do-idoso>. Acesso em: 4 abr. 2023.

CISA. Centro de Informações Sobre Saúde e Álcool. **Álcool e a Saúde dos Brasileiros - Panorama 2022**. 2022. Disponível em: https://comunica.ufu.br/sites/comunica.ufu.br/files/conteudo/noticia/anexo_panorama_alcool_saude_cisa2022_simples_final_compressed.pdf. Acesso em: 17 mar. 2023.

COLLELUORI, G. et al. Eating disorders during COVID-19 pandemic: the experience of Italian healthcare providers. **Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity**, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01116-5>. Acesso em: 3 abr. 2023.

COSTA, C. S. et al. Mudanças no peso corporal na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003457>. Acesso em: 04 abr. 2023.

CROWTHER, J. H.; WILLIAMS, N. M. Body image and bulimia nervosa. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Org.). **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: Guilford, 2011. p. 288-295.

DAKANALIS, A. et al. Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. **Archives of Women's Mental Health**, v. 20, n. 6, p. 721–731, 2017. Disponível em: https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0761-6&casa_token=AX884NYPbpcAAAA:sZlJrwF4O1MfLflMx94CaMn1pleAUw1qzNBMMaoWyYy98amBDXjThjm3_pbntCjcwVXLWkU2d2ntlx_ilQ. Acesso em: 23 jul. 2023.

DE FREITAS, N. B.; CARDOSO, C. K. de S. Prática de dietas e risco para transtornos alimentares: revisando as evidências científicas. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 88, p. 735–744, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8149915>. Acesso em: 23 jul. 2023.

DE SOUZA, A. P. L.; PESSA, R. P. Tratamento dos transtornos alimentares: Fatores associados ao abandono. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 60-67, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/MN4dwpzCN5rFkFCmZHpnNMd/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2023.

DELIVERY MUCH. **Diagnóstico do delivery de comida no interior do Brasil em 2018**. Disponível em: <https://blog.deliverymuch.com.br/delivery-much-franquia/>. Acesso em: 24 mai. 2020.

DEVOE, J. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 1, p. 5-25, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23704>. Acesso em: 4 abr. 2023.

DOS SANTOS QUARESMA, M. V. L. et al. Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. **Nutrition**, v. 90, p. 111223, 2021. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089990072100085X?casa_token=H2bFtOpfIOYAAAAA:2Kjs_cBn5U2TNwEYqTCh5nhkXv6NGXiWTx4DuX-4McAK4Vldtse8NI dy-sOdKS6scY5RRKI9zvLS. Acesso em: 23 jul. 2023.

ELIZABETH L. et al. Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. **Nutrients**. v. 12, n. 7, p. 1955, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12071955>. Acesso em: 23 jul. 2023.

ELMACIOĞLU, F. et al. Evaluation of nutritional behaviour related to COVID-19. **Public Health Nutrition: Cambridge**, v. 24, n. 3, p. 512-518, mar. 2021. Disponível em: [doi:10.1017/S1368980020004140](https://doi.org/10.1017/S1368980020004140). Acesso em: 3 abr. 2023.

EPIDEMIOLOGY WORKING GROUP FOR NCIP EPIDEMIC RESPONSE. Chinese Center for Disease Control and Prevention. **The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) - china, 2020**. *China CDC weekly*, v. 2, n. 8, p. 113–122, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. [rev]. São Paulo: Saraiva, 2006.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, Universidade de São Paulo. **8 a Webinar: Insegurança Alimentar e Nutricional em tempos de Covid-19**. [s.i.]: [s/d]. 1 vídeo (2:20min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PhZejewNIz4>. Acesso em: 04 abr. 2023.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, p. 509-528, 2003.

FERNANDES, A. C. de C. F. et al. Excesso de peso e consumo alimentar de adultos. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. Supl. 3, p. 1360-1367, abr. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11076/12513>. Acesso em: 4 abr. 2023.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F. et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity: A collaborative

international study. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 6, p. 871-883, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.2784>. Acesso em: 4 abr. 2023.

FERRANTE, G. et al. Did social isolation during the SARS-CoV-2 epidemic have an impact on the lifestyles of citizens? **Epidemiologia e Prevenzione**, Roma, v. 44, n. 5-6 Suppl 2, p. 353–362, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.137>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **European Psychiatry**, v. 63, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>. Acesso em: 31 jan. 2023.

FRAYN, M.; FOJTU, C.; JUARASCIO, A. COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. **Current Psychology**, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>. Acesso em: 4 abr. 2023.

FREIRE, D. S.; ANDRADA, B. C. C. The violence of/in the eating disorders' body. **Cadernos de psicanálise**: Rio de Janeiro, v. 34, n. 26, p. 27-36, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v34n26/a03.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

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, 2015. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=01025430&AN=108792156&h=sla4il8JbGZHmtyHUWW3i%2FKfa k2A9IMnzjLvjOGrfo4zSDG3WSLfgsm7jGMM1Cc24pnmsc9WOP7MAIsAC%2BHJA%3D%3D&crl=c>. Acesso em: 23 jul. 2023.

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, 2001.

GALMICHE, M. et al. Prevalence of eating disorders from 2000 to 2018: A systematic review of the literature. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1402-1413, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>. Acesso em 4 abr. 2023.

GARNER, D. M. et al. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, n. 2, p. 273-279, 1979.

GARNETT, C. et al. Alcohol consumption and associations with sociodemographic and health-related characteristics in Germany: A population survey. **Addictive Behaviors**, v. 125, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460321003440>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GIEL, K., E. et al. Eating behaviour and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic. **European Eating Disorders Review**, v. 29, n. 4, p. 657-662, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.2837>. Acesso em: 4 abr. 2023.

GŁĄBSKA, D., SKOLMOWSKA, D., GUZEK, D. Population-Based study of the changes in the food choice determinants of secondary school students: Polish adolescents' COVID-19 experience (PLACE-19) study. **Nutrients**, v. 12, n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12092640>. Acesso em: 28 jun. 2023.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S.; RARDIN, D. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addictive Behaviors**, v. 7, n. 1, p. 47-55, 1982.

GRANT, B. F. et al. Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 9, p. 911-923, 2017. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2647079?casa_token=_9nGqNYTuekAAAAA:aoqLVkFiIJYE_gV5oCYx2xxgvldLrC49yG3e_ZR8sPHJ4zUxWZ-SkE5MGFxESEdxiyiD8mUmPvu4. Acesso em: 23 jul. 2023.

GROSSMAN, E. R.; BENJAMIN-NEELON, S. E.; SONNENSCHNEIN, S. Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey of US Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 9189, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249189>.

GÜLER, O.; HASEKI, M. I. Positive Psychological Impacts of Cooking During the COVID-19 Lockdown Period: A Qualitative Study. **Frontiers in Psychology**, v.12, p.635957, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635957>. Acesso em: 4 abr. 2023.

HENRY, B. W.; OZIER, A. D. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 106, n. 12, p. 2073–2082, 2006.

HILBERT, A. et al. Risk factors across the eating disorders. **Psychiatry Research**, v. 220, n. 1–2, p. 500–506, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114004740?casa_token=ToNfur1VXyQAAAAA:wDksoEkXyJtUA2ZS8CpcbT5uZIRsy347xfeMYLzC71YOHHo_avDDIVYICS2HOGisr8qU_24wS9o3. Acesso em: 23 jul. 2023.

HOLLY, C. Systematic review of observational evidence. In: HOLLY, C.; SALMOND, S. W.; SAIMBERT, M. K. (Eds.). **Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice**. New York, US: Springer, 2012. p. 189-208. Disponível em: <http://www.midwiferycollege.org/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

HUNTER, R.; GIBSON, C. Narratives from within 'lockdown': a qualitative exploration of the impact of COVID-19 confinement on individuals with anorexia nervosa.

Appetite, v. 166, p. 105451, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105451>. Acesso em: 4 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020. 113 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 04 abr. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**, [s/d]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 27 mar. 2023.

IFOOD. **Retrospectiva**: as 10 comidas mais pedidas no iFood em 2022. Disponível em: <https://news.ifood.com.br/retrospectiva-as-10-comidas-mais-pedidas-no-ifood-em-2022/>. Acesso em: 04 abr. 2023.

IFOOD; BOX 1824. **A revolução da alimentação na era digital**. Disponível em: <https://revolucaodelivery.ifood.com.br/#/>. Acesso em: 14 mai. 2019.

JIN, Y. et al. Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 1335–1346, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.067>. Acesso em: 3 abr. 2023.

KAMI, M. T. M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 4 abr. 2023.

KANTAR. **Dining Out, At Home – How meal delivery is transforming Foodservice**. São Paulo: Kantar, 2022. Revista digital. Disponível em: <https://kantar.turtl.co/story/foodservice-2022-p/page/1>. Acesso em: 3 de abril de 2023.

KEEBLE, M. et al. Use of online food delivery services to order food prepared away-from-home and associated sociodemographic characteristics: a cross-sectional, multi-country analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 14, p. 5190, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5190>. Acesso em: 23 jul. 2023.

KESKI-RAHKONEN, A.; MUSTELIN, L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 340-345, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>. Acesso em: 4 abr. 2023.

KHAN, M. A. et al. Systematic review of the effects of pandemic confinements on body weight and their determinants. **The British Journal of Nutrition**, v. 127, n. 2, p. 298–317, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0007114521000921>. Acesso em: 04 abr. 2023.

KLATZKIN, R. R. et al. Stress-induced eating in women with binge-eating disorder and obesity. **Biological Psychology**, v. 131, p. 96-106, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.11.002>. Acesso em: 04 abr. 2023.

KLUMP, K. L. et al. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n. 2, p. 97-103, 2009. Disponível em: <https://evelytribole.com/wp-content/uploads/AED-Eating-Disorders.Mental-Illness.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

KRUEGER, D. W. Psychodynamic perspectives on body image. In: Cash, T. F.; Pruzinsky, T. (Eds.). **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: Guilford, 2002. p. 30-37.

LAHLOU, S. **L'analyse lexicale. Variances**, v. 3, p. 13-24, 1994.

LAHLOU, Saadi. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on social representations**, v. 20, n. 2, p. 38.1-38.7, 2011. Disponível em: <https://www.psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/download/453/397>. Acesso em: 23 jul. 2023.

LAVENDER, J. M. et al. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a conceptual review of the empirical literature. **Clinical Psychology Review**, v. 40, p. 111-122, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000926?casa_token=OCrJ4TNU3tgAAAAA:Gq_hBFIMhhiXECaqml85k11MXio8cSnuol8JrymhDvRi2sadZ4fHIYK0fluYd_J0Hbcz1NF5Kn0N. Acesso em: 23 jul. 2023.

LEAL, G. V. D. S. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KFYszrsywkJdWmzfvZvqGGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LEENAERTS, N. et al. How COVID-19 lockdown measures could impact patients with bulimia nervosa: Exploratory results from an ongoing experience sampling method study. **Eating Behaviors**, v. 41, p. 101505, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101505>. Acesso em: 4 abr. 2023.

LIBOREDO, J. C. et al. Quarantine during COVID-19 outbreak: eating behavior, perceived stress, and their independently associated factors in a Brazilian sample. **Frontiers in Nutrition**, v. 8, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2021.704619/full>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LIMA, C. et al. Concurrent and Construct Validity of the Audit in an Urban Brazilian Sample. **Alcohol and Alcoholism**: Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/40/6/584/126118>. Acesso em: 14 mar. 2023.

LINARDON, J. et al. A systematic scoping review of research on COVID-19 impacts on eating disorders: A critical appraisal of the evidence and recommendations for the

field. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 1, p. 3–38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23640>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for Nutritional Status in the Elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MACHADO, P. P. P. et al. Impact of COVID-19 lockdown measures on a cohort of eating disorders patients. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00340-1>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MALTA, D. C. et al. A pandemia de COVID-19 e mudanças nos estilos de vida dos adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210012, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/4xc9dNPPnXXNMtSYpJX3kqh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MANASSE, S. M. et al. Are individuals with loss-of-control eating more prone to dietary lapse in behavioural weight loss treatment? An ecological momentary assessment study. **European Eating Disorders Review**, v. 26, n. 3, p. 259–264, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2583?casa_token=vQEeqU2ZpFOQAAAAA:2Y7xV2G33MnUVUbnZZI8jC1L2YR7G_o_--1yMtWkVVJWjLEXbrUV_wEDRiBYncn-kzdJnRxqgKpSrp2q. Acesso em: 23 jul. 2023.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. **JADT**, v. 2012, p. 687-699, 2012. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MARCONI et al **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARCONI et al. **Metodologia do trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2001.

MARTINEZ-STEELE, E. et al. Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 91, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/174857/163437>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MASCHERINI, G. et al. Changes in physical activity levels, eating habits and psychological well-being during the Italian COVID-19 pandemic lockdown: Impact of socio-demographic factors on the Florentine academic population. **PLoS One**, San Francisco, v. 16, n. 5, p. e0252395, 2021.

MCCOMBIE, C. et al. “Now It's just old habits and misery” –understanding the impact of the Covid-19 pandemic on people with current or life-time eating disorders: a qualitative study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 589225, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589225>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MCCULLAGH, P.; NELDER, J. A. **Generalized Linear Models**. 3 ed. Chapman & Hall, London, 1989.

MENDES, R. S.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 723–731, 2015. Disponível em: cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/875. Acesso em: 4 abr. 2023.

MÉNDEZ B. **Uma versão brasileira do AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test** [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 1999.

MIKHEEVA, O. V.; TRAGESSE, 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. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886916300599?casa_token=j0MZ-SLVcSEAAAAA:ap_S9gu5Xv-oJ7qUlafwYM2Q3WAA-5d6if-i6rqUXT571NNonvfDVtez5et2iljXXc-9eMWSA. Acesso em: 19 jan. 2021.

MILLS, S. D. H. et al. Perceptions of ‘home cooking’: A qualitative analysis from the united kingdom and united states. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 198, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/1/198>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MONELL, E.; CLINTON, D.; BIRGEGÅRD, A. Emotion dysregulation and eating disorders - associations with diagnostic presentation and key symptoms. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, p. 921–30, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22925?casa_token=Gm_nMlnBGqMAAAAA:xOOOqll02HxHaB8FSDaGxRTdEPCgEGQtuSEupJqvozpYsxz0NhxITSa88mWw1cZqrcyDisZngPlaNrbY. Acesso em: 23 jul. 2023.

MONTELEONE, A. M. et al. The impact of COVID-19 lockdown and of the following “re-opening” period on specific and general psychopathology in people with eating disorders: the emergent role of internalizing symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 285, p. 77-83, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.037>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MORAWSKA, L.; CAO, J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. **Environment International**, v. 139, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105730>. Acesso em: 03 abr. 2023.

MOTA, I. A. et al. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 79, n. 5, p. 429-436, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/anp/a/HZyYRd5634Pp4hhqcGWrhPB/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MOUGHARBEL, F. et al. Psychological and Demographic Determinants of Substance Use and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 680028, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680028>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MSEMBURI, W. et al. The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. **Nature**, v. 613, n. 8103, p. 130-137, 2023. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-022-05522-2>. Acesso em: 03 abr. 2023.

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. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871620301460?casa_token=GFW1k4dmP8sAAAAA:QHpUrMImhoNIScQ47dSx5b4PLINJtONz_eeUXcUzevkkqxVPhVfLXgFUvRIVo_-luPZaakXd6Q. Acesso em: 19 jan. 2021.

NAKADA, L. Y. K.; URBAN, R. C. COVID-19 pandemic: Impacts on the air quality during the partial lockdown in São Paulo state, Brazil. **Science of the Total Environment**, v. 730, p. 139087, 2020.

NEVES, S. C. et al. Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. Suppl. 3, p. 4871-4884, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YJBwJkN9H7Z8GbBkX5j7m8C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2023.

NIEDZWIEDZ, C. L. et al. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. **J Epidemiol Community Health**, v. 75, p. 224-231, 2021. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/75/3/224>.

NISHIJIMA, C. et al. Association between Lifestyle Changes and at-Home Hours during and after the State of Emergency Due to the COVID-19 Pandemic in Japan. **Nutrients**, [S.l.], v. 13, n. 8, p. 2698, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2698>. Acesso em: 04 abr. 2023.

NUTLEY, S. K. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on disordered eating behavior: Qualitative analysis of social media posts. **JMIR mental health**, v. 8, n. 1, p. e26011, 2021. Disponível em: <https://mental.jmir.org/2021/1/e26011/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **World Employment and Social Outlook: Trends 2021**. Disponível em: <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2021/lang--en/index.htm>. Acesso em: 27 mar. 2023.

OLIVEIRA, T. C.; ABRANCHES, M. V.; LANA, R. M. (In)Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 4, p. e00055220, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Growth reference data for 5-19 years**. Geneva, 2007. Disponível em: https://www.who.int/growthref/WHO2007_bmi_for_age/en/. Acesso em: 03 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Physical status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Geneva, 1995.

ONDER, G.; REZZA, G.; BRUSAFERRO, S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 18, p. 1775-1776, 2020.

OPAS. **Alcohol use during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52646>. Acesso em: 04 abr. 2023.

ORTEGA, R. O.; BOJORCUEZ, C.I., UNIKEL, S.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.

PALTRINIERI, S. et al. Beyond Lockdown: The Potential Side Effects of the SARS-CoV-2 Pandemic on Public Health. **Nutrients**, v. 13, n. 5, p. 1600, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13051600>. Acesso em: 3 abr. 2023.

PANDEMIA. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pandemia/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.**, v. 24, 2019. e43536. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100130&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2023.

PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN: relatório final [livro eletrônico]**. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 6, p. 510-512, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmp2008017>. Acesso em: 3 abr. 2023.

PHILLIPOU, A. et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. **International Journal of eating disorders**, v. 53, n. 7, p. 1158-1165, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23317>. Acesso em: 4 abr. 2023.

PINA, M. G. M. et al. Significados atribuídos ao alimento por pacientes com Anorexia Nervosa e por mulheres jovens eutróficas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 2, p. 120-131, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5626/24508>. Acesso em: 4 abr. 2023.

PORTINGALE, J. et al. Tonight, I'm disordered eating: The effects of food delivery app use, loneliness, and mood on daily body dissatisfaction and disordered eating urges. **Appetite**, v. 180, p. 106310, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666322004019?casa_token=Ko9TBuxRkRMAAAAA:YBjt8laS4SURQ5gB3gIC_WyzCjRaVD8WIO5Pjv6sMxWZM3Ki8HPPhPstc9_fveGYmNNVtaU3xY4qC. Acesso em: 23 jul. 2023.

PREFIT, A.; CÂNDEA, D.; SZENTAGOTAI-TĂTAR, A. Emotion regulation across eating pathology: a meta-analysis. **Appetite**, v. 143, p. 104438, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666319304623?casa_token=LXqQy_oM1mAAAAA:2PQ4BSU5xwiZcuhWs7ter7N7QTEYpdgP8fdYU2fR_pJXE27fbj6yFYBa1ngu2JyvfzuH_dAZs83H. Acesso em: 23 jul. 2023.

PROBST, C.; PARRY, C. D. H.; REHM, J. HIV/AIDS mortality attributable to alcohol use in South Africa: a comparative risk assessment by socioeconomic status. **BMJ Open**, v. 8, p. e017955, 2018.

QUITTKAT, H. L. et al. Body dissatisfaction, importance of appearance and body appreciation in men and women over the lifespan. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 864, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00864>. Acesso em: 04 abr. 2023.

R CORE TEAM. R: **A Language and Environment for Statistical Computing**. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 03 abr. 2023.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire**, 2023. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 4 abr. 2023.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. Em: Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (835–844). Presented at the 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. **JADT**, 2012, Liège.

REGER, M. A., STANLEY, I. H.; JOINER, T. E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019 - A perfect storm? **JAMA Psychiatry**, v. 77, n. 11, p. 1093-1094, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ROBERTSON, M. et al. Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. **Appetite**, v. 159, p. 105062, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105062>. Acesso em: 4 abr. 2023.

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. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26700865/>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SANTOS, R. S. M.; RAPOSO, L. M.; AYRES, E. M. M. Impacto da pandemia de coronavírus (COVID-19) no comportamento alimentar. **Revista de Alimentação Humana**, ed. Esp. SEMEAR, v. 2021, n. 3, p. 24-27, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/ralnuts/article/view/59761-1/10206>. Acesso em: 04 abr. 2023.

SCHLEGL, S. et al. Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 6, p. 847-854, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.2773>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SCHLEGL, S. et al. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic - Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1791-1800, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23374>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SCHNEIDER, J. et al. Mixed-studies systematic review of the experiences of body image, disordered eating, and eating disorders during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Eating Disorders**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23706>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SCOTT, S. et al. Exploring the links between unhealthy eating behavior and heavy alcohol use in the social, emotional and cultural lives of young adults (aged 18–25): a qualitative research study. **Appetite**, London, v. 144, p. 104449, Jan. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666318313904>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SILVA, A. A. N. et al. Comer emocional e distanciamento social: Implicações da pandemia do COVID-19 no comportamento alimentar das pessoas. *Saúde em foco*, v. 13, 2021. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2021/07/COMER-EMOCIONAL-E-DISTANCIAMENTO-SOCIAL-IMPLICA%C3%87%C3%95ES-DA-PANDEMIA-DO-COVID-19-NO-COMPORTAMENTO-ALIMENTAR-DAS-PESSOAS-p%C3%A1g-407-%C3%A0-423.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

SILVA, C. R. de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, E. L. da. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SIMONE, M. et al. Disordered eating in a population-based sample of young adults during the COVID-19 outbreak. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n.

7, p. 1189-1201, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23505>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SOARES S. R. S. et al. **Alimentação e comportamento alimentar diante da pandemia da COVID-19: recomendações nutricionais**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2020. 18p. (cartilha educativa). Disponível em: http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/covid19/Cartilha_Covid_recomendacoes_nutricionais.pdf. Acesso em: 4 abr. 2023.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt&forma>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SVALDI, J. et al. Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? **Psychiatry Research**, v. 197, n. 1-2, p. 103-111, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>. Acesso em: 04 abr. 2023

SYDÉN, L. et al. The contribution of alcohol use and other behavioural, material and social factors to socio-economic differences in alcohol-related disorders in a Swedish cohort. **Addiction**, v. 112, p. 1920–1930, 2017.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal: Conceito e desenvolvimento**. Barueri, SP: Manole, 2003.

TERMORSHUIZEN, J. D. et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1780-1790, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23353>. Acesso em: 4 abr. 2023.

TESTINO, G.; PELLICANO, R. Alcohol consumption in the Covid-19 era. **Minerva gastroenterologica e dietologica**, v. 66, n. 2, p. 121-123, 2020. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32221278>. Acesso em: 23 jul. 2023.

THOMAS, J. J.; LEE, S.; BECKER, A. E. Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 29, p. 354-362, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000288>. Acesso em: 4 abr. 2023.

THOMPSON, J. K. et al. **Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance**. Washington: APA, 1998.

TORALES, J. et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317–320, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>. Acesso em: 31 jan. 2023.

TOUYZ, S.; LACEY, H.; HAY, P. Eating disorders in the time of COVID-19. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 19, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>. Acesso em: 3 abr. 2023.

TREASURE, J.; SCHMIDT, U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 1, p. 13, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/2050-2974-1-13>. Acesso em: 23 jul. 2023.

TURKIEWICZ, G. Fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. In: WEINBERG, C. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar**. Sá editora, 2019.

ULFVEBRAND, S. et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: results from a large clinical database. **Psychiatry Res.**, v. 230, p. 294-299, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>. Acesso em: 4 abr. 2023.

VALL-ROQUÉ, H. et al. Women's body dissatisfaction, physical appearance comparisons, and Instagram use throughout the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, p. 118–131, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23625>. Acesso em: 04 abr. 2023.

VALL-ROQUÉ, H.; ANDRÉS, A.; SALDAÑA, C. The impact of COVID-19 pandemic and lockdown measures on eating disorder risk and emotional distress among adolescents and young people in Spain. **Behavioral Psychology/Psicología Conductual**, v. 29, n. 2, p. 345-364, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51668/bp.8321208n>. Acesso em: 3 abr. 2023.

VAN-HOEKEN, D.; BURNS, J. K.; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders in Africa. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 29, p. 372-377, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274>. Acesso em: 4 abr. 2023.

VUILLIER, L. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. **Journal of eating disorders**, v. 9, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00362-9>. Acesso em: 4 abr. 2023.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>. Acesso em: 3 abr. 2023.

WANG, W.; TANG, J.; WEI, F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-ncov) in Wuhan, China. **Journal of Medical Virology**, v. 92, n. 4, p. 441–447, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994742>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WARNE, N. et al. Disordered eating and self-harm as risk factors for poorer mental health during the COVID-19 pandemic: a UK-based birth cohort study. **Journal of eating disorders**, v. 9, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00510-9>. Acesso em: 4 abr. 2023.

WEISSMAN, R. S.; BAUER, S.; THOMAS, J. J. Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID-19 crisis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 5, p. 639-535, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23279>. Acesso em: 3 abr. 2023.

WEISSMAN, R. S.; HAY, P. People's lived experience with an eating disorder during the COVID-19 pandemic: A joint virtual issue of research published in leading eating disorder journals. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 2, p. 155–160, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23653?casa_token=TOz7xZ2I8pEAAAA:JoM6ToE0dpofgd24yLE6NLGrkzF31QFW8K4QcmCE6czlZCsnEfQ1qJhGXGCFmY4T9zdnw9Kpqd6OXn_M. Acesso em: 23 jul. 2023.

WHO. World Health Organization. **Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities**: how a health promotion approach can help. Geneva: World Health Organization, 2022. (Snapshot series on alcohol control policies and practice, Brief 1, 4 jun. 2021).

WHO. World Health Organization. **Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19)**. WHO, 2020a.

WHO. World Health Organization. Coronavirus disease COVID-2019: Situation Report - 129. **Safety and Risk of Pharmacotherapy**, v. 8, n. 1, p. 3–8, 2020d.

WHO. World Health Organization. **General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19**. World Health Organization, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---20-march-2020>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. WHO Coronavirus (COVID-19). 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus**. WHO Director-General | Speeches. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WILFLEY, D. E. Interpersonal psychotherapy for group. In NATHAN, P. E.; GORMAN, J. M. (Eds.). **A guide to treatments that work** (pp. 529-548). 2 ed. Oxford University Press, 2000.

WITT, A. A.; LOWE, M. R. Hedonic hunger and binge eating among women with eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 47, n. 3, p. 273-280, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22171>. Acesso em: 04 abr. 2023.

WOLF G. iFood Loop: como a startup de refeições quer 'digitalizar o PF'. O Estado de S. Paulo 2020; 29 jan. Disponível em: <https://link.estadao.com.br/noticias/inovacao,ifood-loop-como-a-startup-de-refeicoes-quer-digitalizar-o-pf,70003176441>. Acesso em: 23 jul. 2023.

WOROBAY, M. Dissecting the early COVID-19 cases in Wuhan. **Science**, v. 374, n. 6572, p. 1202-1204, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34793199>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WOROBAY, M. et al. The Huanan seafood wholesale market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. **Science**, v. 377, n. 6609, p. 951–959, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9348750>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WU, F. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, v. 579, n. 7798, p. 265–269, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WU, T. et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 281, p. 91–98, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>. Acesso em: 3 abr. 2023.

YEE, T. W. VGAM: **Vector Generalized Linear and Additive Models**. R package version 1.1-5, 2010. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/VGAM/index.html>. Acesso em: 03 abr. 2023.

ZEILER, M. et al. Impact of COVID-19 confinement on adolescent patients with anorexia nervosa: a qualitative interview study involving adolescents and parents. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 8, p. 4251, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18084251>. Acesso em: 4 abr. 2023.

APÊNDICE A - Questionário de dados sociodemográficos, antropométricos, situação de isolamento social e imagem corporal



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Grata
GRUPO DE ASSISTÊNCIA EM
TRANSFORMOS ALIMENTARES
Hospital das Clínicas da
FMRP-USP

Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Conte-nos um pouco sobre você.

* E-mail:

* Nome completo:

* Data de nascimento:

Informe a data no formato dd/mm/aaaa.

Data

DD/MM/AAAA

* Idade (em números):

* Peso atual (em kg) ou o último que você se lembra ter:

Obs.: Separe os números com uma vírgula (,) ex: 65,4

* Altura (em metros):

Obs.: Separe os números com uma vírgula (,) ex: 1,60

* Gênero:

- Feminino
- Masculino
- Outro (especifique)

* Estado civil:

- Com companheiro(a) - namorado(a), noivo(a), esposo(a)
- Sem companheiro(a)

* Região do Brasil em que mora atualmente:

- Norte Sudeste
- Nordeste Sul
- Centro Oeste

* Escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto Ensino superior completo
- Ensino fundamental completo Ensino superior nível pós graduação
- Ensino médio completo

* Você é estudante?

- Não
- Sim (especifique em qual série/ curso você está)

* Você trabalha?

- Não
- Sim (especifique qual é a sua ocupação)

* Qual é a renda familiar média da sua família? (em reais)

- Até R\$719,81
- Até R\$5.641,64
- Até R\$1.748,59
- Até R\$11.279,14
- Até R\$3.085,48
- Até R\$25.554,33 ou mais

* Você tem diagnóstico de algum transtorno alimentar ?

- Não
- Sim, tenho transtorno da compulsão alimentar
- Sim, tenho anorexia nervosa
- Não sei
- Sim, tenho bulimia nervosa
- Sim, outro (especifique)

* Se sim, faz acompanhamento em algum serviço especializado? Qual?

- Não
- Sim, no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) HC Ribeirão Preto
- Sim, no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) HC São Paulo
- Sim, no Projeto #VcTemFomeDeQuê em São Paulo
- Sim, na FAE Centro Universitário - Campus Curitiba (LATOS)
- Sim, no Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar (IPCAC) de Curitiba
- Sim, no Centro Especializado em Transtornos Alimentares (CETA) de Curitiba
- Sim, outro (especifique)

Se sim, há quanto tempo? (meses ou anos - exemplo: 2 anos ou 2 meses)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

As perguntas a seguir se referem ao período da pandemia da COVID-19.

* Você está em isolamento social? Se sim, com quantas pessoas?

- Não
 Sim, com 3 - 5 pessoas
 Sim, sozinho(a)
 Sim, com 6 pessoas ou mais
 Sim, com 1 - 2 pessoas
 Outro (especifique)

* Com que frequência você tem saído de casa?

- Nenhuma vez
 3 vezes na semana
 1 vez na semana
 4 vezes na semana ou mais
 2 vezes na semana

* Como você percebe seu peso atual?

- Diminuiu
 Aumentou
 Se manteve igual
 Não sei

* O quanto você se sente satisfeito com o seu corpo?

- Pouco satisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
- Nem satisfeito, nem insatisfeito
- Não sei

APÊNDICE B - Questionário sobre consumo e comportamentos alimentares




UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Gostaríamos de saber sobre o seu consumo e comportamento alimentar.

As perguntas a seguir se referem ao período de isolamento social devido à pandemia da COVID-19.

* Em relação ao consumo dos grupos de alimentos, assinale a resposta que você mais se identifica:

Selecione uma resposta

Leite, queijos e derivados	<input type="text"/>
Carnes vermelhas (boi, porco)	<input type="text"/>
Carnes brancas (frango, peixe)	<input type="text"/>
Grãos integrais (arroz integral, macarrão integral, pão integral, farinhas integrais)	<input type="text"/>
Grãos não integrais (arroz branco, macarrão, farinhas e pão tradicionais)	<input type="text"/>
Feijão, grão de bico, lentilha, soja	<input type="text"/>
Frutas	<input type="text"/>
Verduras e legumes	<input type="text"/>

Selecione uma resposta

Bebidas açucaradas (sucos em pó, sucos, refrigerantes)	<input type="text"/>
Bebidas light/ diet/ zero (sucos, chás, refrigerantes)	<input type="text"/>
Doces (bolachas recheadas, balas, bolos recheados, chocolates, sorvetes e sobremesas)	<input type="text"/>
Embutidos (salsichas, mortadela, presunto, salame, linguiças)	<input type="text"/>
Comidas prontas e/ou congeladas (lasanha, pizza, tortas, sanduíches, nuggets)	<input type="text"/>
Snacks (Salgadinhos tipo chips de milho, torradas temperadas)	<input type="text"/>
Frituras (salgados fritos, batata frita, mandioca frita, polenta frita, carnes fritas)	<input type="text"/>
Água	<input type="text"/>

* Em relação a prática de atividade física, assinale a alternativa que você mais se identifica:

	Não faço	Faço e percebi que diminuiu	Faço e percebi que se manteve igual	Faço e percebi que aumentou	Não sei
Atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Você ou sua família estão cozinhando em casa? Se sim, qual a frequência?

- Não
 Sim, 5 - 6 vezes por semana
 Sim, 1 - 2 vezes por semana
 Sim, todos os dias
 Sim, 3 - 4 vezes por semana
 Não sei

Se sim, o que você ou sua família costumam cozinhar?

* Com o isolamento social, você notou que a sua frequência de cozinhar ou a frequência de cozinhar da sua família:

- Eu não cozinho / Minha família não cozinha
 Aumentou
 Diminuiu
 Não sei
 Se manteve igual

* Você compra comida por delivery? Se sim, com qual frequência?

- Não
 Sim, 5 - 6 vezes por semana
 Sim, 1 - 2 vezes por semana
 Sim, todos os dias
 Sim, 3 - 4 vezes por semana
 Não sei

Se sim, o que você costuma pedir?

* Com o isolamento social, você notou que a frequência de pedir comida por delivery:

- Não peço comida por delivery Aumentou
- Diminuiu Não sei
- Se manteve igual

* Você notou diferença na quantidade de comida que está consumindo? Se sim, qual diferença?

- Não Sim, estou comendo mais
- Sim, estou comendo menos Sim, estou comendo bem mais
- Sim, estou comendo bem menos Não sei

* Você notou sentimentos e/ou pensamentos relacionados à alimentação ou ao ato de comer?

- Não
- Não sei
- Sim (quais foram os sentimentos e/ou pensamentos?)

* Quando você se sente deprimido, angustiado ou ansioso, você come para minimizar esses sentimentos?

- Não
- Não sei
- Sim (especifique quais alimentos/ comida)

* Você notou diferença na quantidade e/ou frequência de consumo de bebidas alcoólicas? Se sim, qual diferença?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Não consumo bebidas alcoólicas | <input type="radio"/> Sim, estou bebendo mais |
| <input type="radio"/> Não, meu consumo se manteve igual | <input type="radio"/> Sim, estou bebendo bem mais |
| <input type="radio"/> Sim, estou bebendo menos | <input type="radio"/> Não sei |
| <input type="radio"/> Sim, estou bebendo bem menos | |

* Você notou sentimentos e/ou pensamentos relacionados a bebidas alcoólicas ou ao ato de beber?

- Não
- Não sei
- Sim (quais foram os sentimentos e/ou pensamentos?)

* Quando você se sente deprimido, angustiado ou ansioso, você bebe para minimizar esses sentimentos?

- Não
- Não sei
- Sim

* Você notou sentimentos e/ou pensamentos relacionados ao seu corpo?

- Não
- Não sei
- Sim (quais foram esses sentimentos e/ou pensamentos?)

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem transtornos alimentares” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. A finalidade deste estudo é avaliar se as medidas de isolamento e distanciamento social impostas pela pandemia do novo coronavírus provocaram alterações na sua alimentação, consumo de álcool e percepção do seu corpo e peso.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá escolher entre participar ou não deste estudo. Caso não queira participar, você não terá nenhuma penalidade, e se você está em tratamento para transtornos alimentares, não haverá prejuízos em seu seguimento.

Em nenhum momento você será identificado(a). Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização conforme as leis vigentes do país. Os dados coletados farão parte apenas deste trabalho e seus resultados só serão utilizados para fins de pesquisa. Além disso, nos comprometemos a lhe enviar os resultados, após a conclusão do estudo, por via eletrônica.

Caso aceite o convite, você responderá a alguns questionários referentes à sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, consumo de alimentos e de bebidas alcoólicas, e comportamento alimentar. Esse procedimento será de forma online, com duração aproximada de 40 minutos.

Informamos que os benefícios para você dizem respeito à oportunidade de refletir sobre os efeitos do isolamento social na sua alimentação e possibilidade de mudanças no seu estilo de vida. Além disso, você estará colaborando com informações para o conhecimento dessa temática e futuros avanços no impacto de pandemias no comportamento das pessoas. Esclarecemos que você poderá sentir algum desconforto emocional ao pensar e responder sobre essas questões e caso isso ocorra, nos comprometemos a oferecer apoio e escuta por meio dos nossos contatos (Shauana Rodrigues: comportamentoalimentar.covid@gmail.com, telefone: (16) 98865-2363; Profa. Rosane Pilot Pessa: rosane@eerp.usp.br). Além disso, o preenchimento dos questionários poderá ser adiado.

Ainda, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP que tem por finalidade proteger o participante da pesquisa quanto aos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O endereço é Av. Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197, de 2ª a 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h.

No final dessa página, será disponibilizado o link para que você guarde uma cópia desse arquivo assinado pelas pesquisadoras responsáveis. E, se preferir, poderá receber também uma via desse documento

assinado pelas pesquisadoras, via correio.

[Clique aqui](#) para realizar o download do documento

* Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos e procedimentos do estudo. Estou ciente de todos os termos e aceito participar da pesquisa.

- Sim, estou esclarecido(a) e aceito participar
- Não, não estou esclarecido(a) e não aceito participar

APÊNDICE D - Termo de assentimento livre e esclarecido (menores de 18 anos)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares e sem esse quadro” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. A finalidade deste estudo é avaliar se as medidas de isolamento e distanciamento social impostas pela pandemia do novo coronavírus provocaram alterações na sua alimentação, consumo de álcool e percepção do seu corpo e peso.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá escolher entre participar ou não deste estudo. Caso não queira participar, você não terá nenhuma penalidade e se você está em tratamento para transtornos alimentares, não haverá prejuízos em seu seguimento.

Em nenhum momento você será identificada (o). Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização conforme as leis vigentes do país. Os dados coletados farão parte apenas deste trabalho e seus resultados só serão utilizados para fins de pesquisa.

Caso aceite o convite, você responderá a alguns questionários referentes à sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, consumo de alimentos e de bebidas alcoólicas, e comportamento alimentar. Esse procedimento será de forma online, com duração aproximada de 40 minutos.

Informamos que os benefícios para você dizem respeito à oportunidade de refletir sobre os efeitos do isolamento social na sua alimentação e possibilidade de mudanças no seu estilo de vida. Além disso, você estará colaborando com informações para o conhecimento dessa temática e futuros avanços no impacto de pandemias no comportamento das pessoas. Esclarecemos que você poderá sentir algum desconforto emocional ao pensar e responder sobre essas questões e caso isso ocorra, nos comprometemos a oferecer apoio e escuta por meio dos nossos contatos (Shauana Rodrigues: comportamentoalimentar.covid@gmail.com; Profa. Rosane Pilot Pessa: rosane@eerp.usp.br; telefone: (16) 3315-3403). Além disso, o preenchimento dos questionários poderá ser adiado.

Ainda, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP que tem por finalidade proteger o

participante da pesquisa quanto aos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. 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 12 e das 14 às 16h.

Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos do estudo. Estou ciente de todos os termos e aceito participar da pesquisa.

() Sim, estou esclarecido(a) e aceito participar

() Não, não estou esclarecido(a) e não aceito participar

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido (pais ou responsáveis dos(as) filhos(as) menores de 18 anos)

Seu/sua filho (a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares e sem esse quadro” sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. A finalidade deste estudo é avaliar se as medidas de isolamento e distanciamento social impostas pela pandemia do novo coronavírus provocaram alterações na alimentação, consumo de álcool e percepção do corpo e peso do seu/sua filho (a).

A participação do seu/sua filho (a) é voluntária, o que significa que ele (a) poderá escolher entre participar ou não deste estudo. Caso ele (a) não queira participar, não terá nenhuma penalidade e se seu/sua filho (a) está em tratamento para transtornos alimentares, não haverá prejuízos em seu seguimento.

Em nenhum momento seu/sua filho (a) será identificada (o). Se ele (a) sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, ele (a) terá direito a indenização conforme as leis vigentes do país. Os dados coletados farão parte apenas deste trabalho e seus resultados só serão utilizados para fins de pesquisa.

Caso autorize a participação do seu/sua filho (a), serão respondidas algumas questões referentes à sua idade, sexo, estado civil, escolaridade, consumo de alimentos e de bebidas alcoólicas, e comportamento alimentar. Esse procedimento será de forma online, com duração aproximada de 40 minutos.

Informamos que os benefícios para seu/sua filho (a), dizem respeito à oportunidade de refletir sobre os efeitos do isolamento social na alimentação dele (a) e possibilidade de mudanças no seu estilo de vida. Além disso, seu/sua filho (a) estará colaborando com informações para o conhecimento dessa temática e futuros avanços no impacto de pandemias no comportamento das pessoas. Esclarecemos que seu/sua filho (a) poderá sentir algum desconforto emocional ao pensar e responder sobre essas questões e caso isso ocorra, nos comprometemos a oferecer apoio e escuta por meio dos nossos contatos (Shauana Rodrigues: comportametoalimentar.covid@gmail.com; Profa. Rosane Pilot Pessa:

rosane@eerp.usp.br; telefone: (16) 3315-3403). Além disso, o preenchimento dos questionários poderá ser adiado.

Ainda, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP que tem por finalidade proteger o participante da pesquisa quanto aos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. 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 12 e das 14 às 16h.

Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos do estudo. Estou ciente de todos os termos e aceito que meu/minha filho (a), participe da pesquisa.

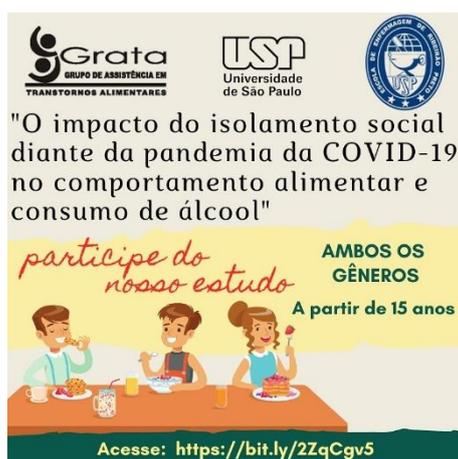
- Sim, estou esclarecido(a) e aceito que meu filho(a) participe
- Não, não estou esclarecido(a) e não aceito que meu filho(a) participe

APÊNDICE F - Planejamento de mídias para a coleta de dados GCO e GTA

MÍDIAS A SEREM UTILIZADAS E SEU CONTÉUDO:

a) INSTAGRAM (GCO)

USUÁRIO	TIPO DE PERFIL	OBSERVAÇÕES
instagram.com/rshauana	Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Possui bom alcance nas postagens; • 1373 seguidores.
Instagram.com/gratausp	Institucional GRATA	<ul style="list-style-type: none"> • Com o objetivo de divulgar a coleta de dados para a pesquisa e prospectar seguidores, pedir a colaboração de amigos e conhecidos para compartilhar a postagem em suas mídias e grupos de contato.



"O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool"



*participe do
nosso estudo*

Responsável:

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa

Colaboradora:

Shauana R. Silva Soares

**AMBOS OS GÊNEROS,
A PARTIR DE 15 ANOS**

**ACESSE O LINK QUE ESTÁ NA
BIO E RESPONDA O
QUESTIONÁRIO!**



[VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UM ESTUDO CIENTÍFICO]

A pandemia da COVID-19 trouxe a necessidade de muitas mudanças na vida cotidiana e, diante disso, queremos entender quais são os reflexos do isolamento social no comportamento alimentar consumo de álcool.

Este estudo está sendo desenvolvido pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sob a orientação da Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Acesse o link através da bio e responda o questionário!

#comportamentoalimentar #covid19 #isolamentosocial #usp #fmrpusp

b) FACEBOOK (GCO)/ WHATSAPP (GCO e GTA)

USUÁRIO	TIPO DE PERFIL	OBSERVAÇÕES
fb.com/shau.rodrigues	Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Possui bom alcance nas postagens; • 2237 amigos.
fb.com/GRATA-Grupo-de-Assistência-em-Transtornos-Alimentares	Institucional GRATA	<ul style="list-style-type: none"> • Possui bom alcance nas postagens; • 720 curtidas.



[VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UM ESTUDO CIENTÍFICO]

A pandemia da COVID-19 trouxe a necessidade de muitas mudanças na vida cotidiana e diante disso, queremos entender quais são os reflexos do isolamento social no comportamento alimentar e no consumo de álcool.

Este estudo está sendo desenvolvido pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sob a orientação da Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Acesse o link e responda o questionário: [LINK AQUI]

#comportamentoalimentar #covid19 #isolamentosocial #usp #fmrpusp

Agradecimento:

"O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool"



USP
Universidade
de São Paulo

Grata
GRUPO DE ASSISTÊNCIA EM
TRANSTORNOS ALIMENTARES

MUITO OBRIGADA PELA
SUA CONTRIBUIÇÃO!



c) E-MAIL (GTA)

Olá!

Estou entrando em contato com você para o convidar a contribuir com a pesquisa "O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares" e também para me colocar à disposição caso existam dúvidas. Não hesite em me responder esse e-mail.

Contamos com o apoio do Dr. _____, coordenador geral do _____, que foi o responsável por nos fornecer seu contato.

Sua contribuição é muito importante!

Desde já, muito obrigada!

[Visualizar como página web](#)

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR DE UM ESTUDO CIENTÍFICO

"O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID 19 no comportamento alimentar e consumo de álcool "

CLIQUE AQUI E RESPONDA O QUESTIONÁRIO ONLINE

Olá!

Meu nome é Shauana Rodrigues, sou nutricionista e colaboradora de pesquisa do GRATA-Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

A pandemia pela COVID-19 trouxe a necessidade de muitas mudanças na vida cotidiana e, diante disso, queremos entender quais são os reflexos do isolamento social no comportamento alimentar e no consumo de álcool de pessoas com transtornos alimentares.

Venho por este e-mail lhe convidar a contribuir conosco!

CLIQUE AQUI E RESPONDA O QUESTIONÁRIO ONLINE

Entre em contato para qualquer dúvida, eu estou à disposição!
Muito obrigada! =)

E-mail: comportamentoalimentar.covid@gmail.com

Telefone/ Whatsapp: (16) 98865-2363



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

APÊNDICE G - Página web de apresentação do projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO

Grata
GRUPO DE ASSISTÊNCIA EM
TRANSTORNOS ALIMENTARES
Hospital das Clínicas da
FMRP-USP

Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Projeto de Pesquisa

"O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem transtornos alimentares"

Olá, tudo bem? Muito obrigada pelo seu interesse em colaborar com essa pesquisa.

Nós estamos interessados em saber quais são os efeitos do isolamento social imposto pela pandemia do novo coronavírus no comportamento alimentar e no consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares e sem esses quadros.

A seguir, solicitamos que você faça a leitura cuidadosa do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e, caso aceite, responda as questões com sinceridade, sabendo que não há resposta certa ou errada.

Atenciosamente,

Shauana Rodrigues Silva Soares
Nutricionista, colaboradora de pesquisa do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP (HCFMRP-USP).

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e credenciada junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; vice-coordenadora do GRATA-HCFMRP-USP.

APÊNDICE H - Cartilha educativa: Alimentação e Comportamento Alimentar
diante da pandemia da COVID-19: Recomendações Nutricionais

Alimentação e comportamento alimentar diante da pandemia da COVID-19

Recomendações nutricionais



EQUIPE

DESENVOLVIMENTO

Shauana Rodrigues Silva Soares ^{1, 3}

COLABORAÇÃO

Ms. Ana Paula Leme de Souza ^{1, 3}

Isabella Marta Scanavez Ferreira ^{2, 3}

Lívia Dayane Sousa Azevedo ^{2, 3}

Manuela de Oliveira Desiderio ^{1, 3}

ORIENTAÇÃO

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa ¹⁻⁴

¹ PPG Enfermagem em Saúde Pública EERP-USP

² PPG Nutrição e Metabolismo FMRP-USP

³ GeComTA-Grupo de estudos do Comportamento alimentar e Transtornos Alimentares EERP-USP

⁴ Professora Associada 2 do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; Líder do GeComTA

APOIO



Ribeirão Preto
Setembro de 2020

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO_____	3
ESCOLHENDO OS ALIMENTOS_____	4
1 Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base da sua alimentação_____	4
2 Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias_____	5
3 Limite o uso de alimentos processados_____	5
4 Evite alimentos ultraprocessados_____	6
5 Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados_____	6
6 Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados_____	7
7 Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias_____	7
8 Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece_____	7
9 Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições preparadas na hora_____	8
10 Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais_____	8
EXPLORANDO O COMPORTAMENTO ALIMENTAR_____	9
O que é a fome fisiológica?_____	9
O que é a fome emocional?_____	9
1 Níveis de fome e saciedade_____	10
2 Atenção plena com garrafa de água_____	11
3 Diário alimentar_____	12
CUIDADOS NA HIGIENIZAÇÃO DAS FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS_____	14
ORIENTAÇÕES PARA O ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS_____	16
REFERÊNCIAS_____	17

APRESENTAÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, trouxe inúmeros desafios para a vida cotidiana. No contexto nutricional, ter um retrato deste panorama é importante para significar e dar respostas às mudanças que ocorrem no comportamento alimentar da população.

Esta cartilha foi elaborada como parte do estudo “O impacto do isolamento social causado pela COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com e sem transtornos alimentares”, que está sendo desenvolvido pelo GeComTA e apresenta recomendações nutricionais que orientam uma alimentação adequada e saudável à luz do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Sendo assim, agradecemos especialmente aos 1.030 brasileiros que voluntariamente participaram e divulgaram a nossa pesquisa, entre 14/07 a 28/09, em todos os estados do Brasil, e convidamos você a refletir sobre o seu relacionamento com a comida por meio de alguns recursos que podem favorecer novas atitudes alimentares.

Com carinho,
Membros do GeComTA



E-mail para contato: gecomta@eerp.usp.br

ESCOLHENDO OS ALIMENTOS

I Faça de alimentos in natura ou minimamente processados a base da sua alimentação.

Alimentos in natura são aqueles que não sofrem nenhuma alteração após deixarem a natureza, como: grãos, tubérculos, legumes e verduras, frutas, leite, ovos, peixes, carnes e também a água.

Use a criatividade na cozinha e explore preparações com esses alimentos!



Os minimamente processados são aqueles alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, moagem, secagem, fermentação ou pasteurização, refrigeração ou congelamento e processos similares que não envolvam a adição de sal, açúcar, gordura ou outras substâncias.



2 UTILIZE ÓLEOS, GORDURAS, SAL E AÇÚCAR EM PEQUENAS QUANTIDADES AO TEMPERAR E COZINHAR ALIMENTOS E CRIAR PREPARAÇÕES CULINÁRIAS.



Utilizados com moderação, eles contribuem para diversificar e tornar mais saborosa a alimentação.

Mas porque usar em pequenas quantidades? Gorduras saturadas (presentes em gorduras de fonte animal), sódio (componente do sal de cozinha) e o açúcar possuem alto teor de nutrientes que, em excesso, podem ser prejudiciais à saúde. O consumo excessivo aumenta o risco de doenças crônicas e doenças do coração.

3 LIMITE O USO DE ALIMENTOS PROCESSADOS

Mas porque limitar o consumo? Muitas vezes é adicionado um excesso de açúcar, sódio e gorduras nestes alimentos, o que em excesso pode aumentar o risco de doenças crônicas e doenças do coração.

Quando for consumi-los, lembre-se de sempre consultar o rótulo dos produtos para dar preferência àqueles com menor teor de açúcar, sal ou gorduras.



4 EVITE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS



Mesmo que esses produtos sejam enriquecidos com fibras, vitaminas ou minerais sintéticos, não há a garantia de que sua função seja igual ao nutriente naturalmente presente nos alimentos.

Mas porque evitar o consumo? A substituição dos alimentos *in natura* pelos ultraprocessados empobrece a qualidade nutricional das refeições, pois há um alto teor de sódio, açúcar e gordura hidrogenada nestes produtos. Seu consumo em excesso favorece a obstrução das artérias que conduzem o sangue dentro do corpo. Ainda, tendem a ser muito pobres em fibras, vitaminas e minerais.



5 Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados

Procure se alimentar em horários semelhantes e fique atento ao ato de “beliscar” entre as refeições. Trazer atenção aos sinais do seu corpo pode ajudar a conhecer melhor seus níveis de fome e saciedade.



Perceba as cores dos alimentos que estão presentes no prato, a textura ao toque da boca, o cheiro e as sensações abdominais.



6 Fazer compras em locais que ofereçam variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados

Estimule os produtores locais! Procure fazer compras de alimentos em mercados e feiras livres que comercializam variedade de alimentos *in natura* ou minimamente processados e, escolha os legumes, verduras e frutas da estação.

7 Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias

Compartilhe e aprenda receitas culinárias! O momento de cozinhar cria laços afetivos entre as pessoas e com os alimentos. Procure formas de deixar este momento mais prazeroso, cozinhe sozinho(a) ou acompanhado(a) e coloque toda a sua atenção neste momento. Repare nas diferentes cores e cheiros, além dos pensamentos e sensações corporais. Crie lembranças afetivas.



8 Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece

Separe um tempo para planejar o que será preparado, leve em consideração o uso de alimentos *in natura* e minimamente processados, além das preferências alimentares da sua família.



9 Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições preparadas na hora



Na reabertura dos estabelecimentos de alimentação, prefira os que demonstram sua preocupação com o controle de qualidade dos alimentos e higiene do ambiente. É preciso observar se há pias para lavagem das mãos, álcool em gel disponível para uso e atenção aos requisitos de distanciamento social. Prefira os restaurantes com ambientes bem ventilados e que respeitem as boas práticas de manipulação dos alimentos.

10 Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

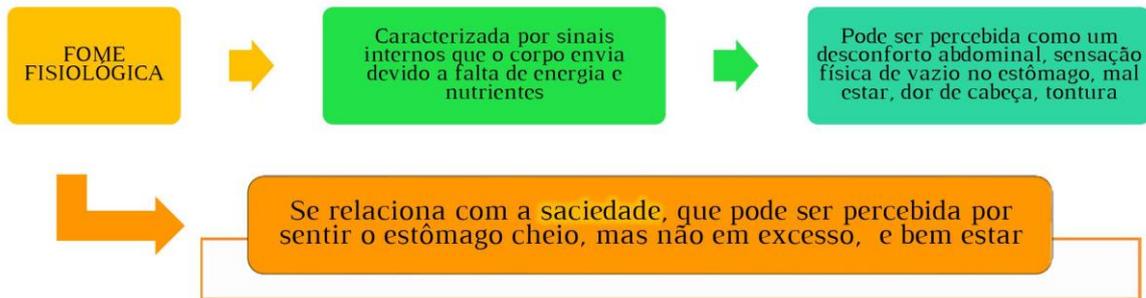
É importante ressaltar que, até o momento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Organização Mundial da Saúde e autoridades estrangeiras relacionadas ao controle sanitário dos alimentos, indicam não haver evidências de contaminação pelo novo coronavírus por meio de alimentos.

Ainda, muitas notícias falsas sobre tratamentos milagrosos para a COVID-19 têm sido veiculadas. Seja crítico! Procure pesquisar se a fonte da informação é realmente confiável. Saiba que não existe alimento ou nutriente milagroso que evite ou trate essa doença.

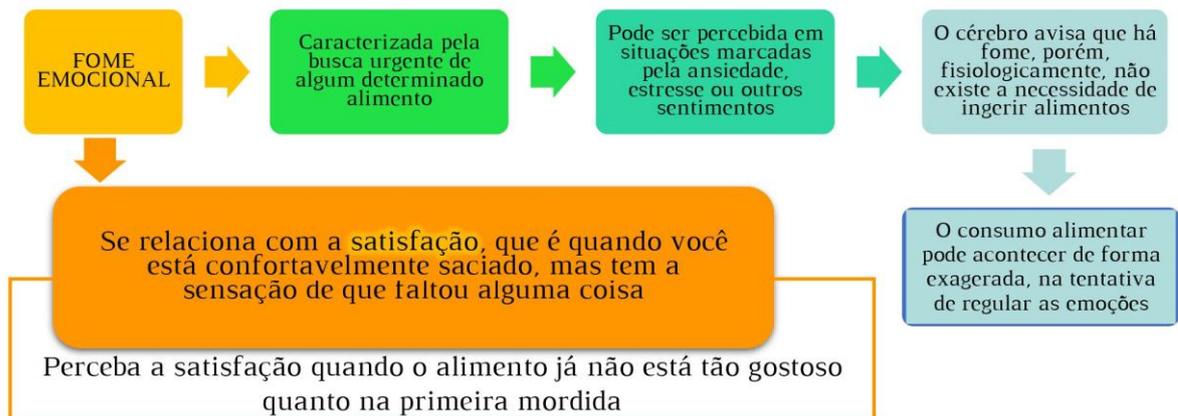


EXPLORANDO O COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O que é a fome fisiológica?



O que é a fome emocional?



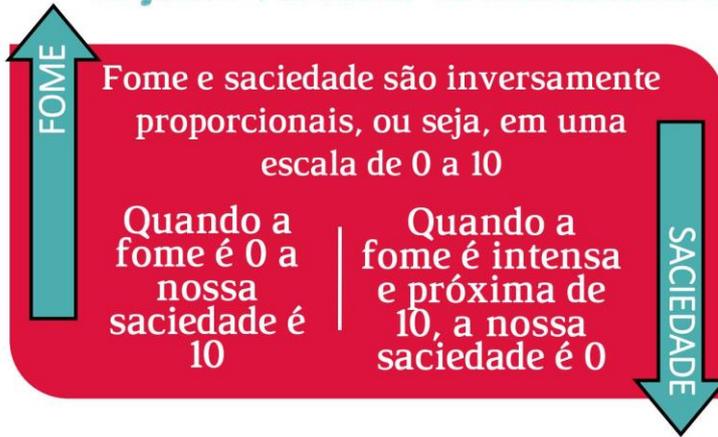
É comum comer determinados alimentos em situações emocionais específicas, como a tristeza, alegria, ansiedade e tédio. No entanto precisamos nos atentar quanto à frequência com que esse fato ocorre.

Procure prestar atenção aos sinais do corpo e explore em que momento a fome, a saciedade e a satisfação se farão presentes e honre esses sinais.

A seguir, sugerimos algumas atividades que podem ajudar na percepção da fome fisiológica, emocional e na saciedade. Reserve um caderno para anotações pós-exercícios e faça o acompanhamento de sua evolução e autoconhecimento.

I NÍVEIS DE FOME E SACIEDADE

Objetivo: Perceber os mecanismos de fome e saciedade



1. Antes de escolher a quantidade dos alimentos que irá consumir, procure os seus sinais de fome. Use a régua da fome e reflita sobre suas sensações corporais.

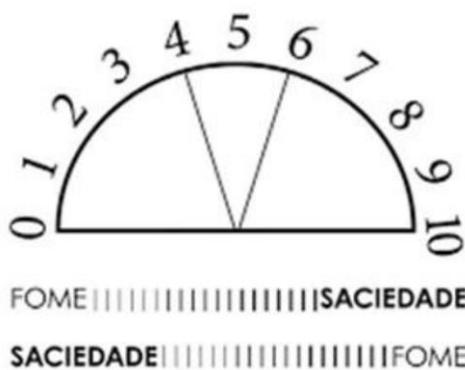
ESCALA DA FOME



2. Avalie mentalmente, ao longo do dia, quando surge a sensação de fome e então, comece a perceber qual é o momento adequado para se alimentar de acordo com as sua individualidade. O ideal é seu nível de fome esteja entre os números 4 e 5.

3. Utilize o odômetro da fome abaixo e reflita sobre a importância de prestar atenção às sensações de fome e saciedade antes, durante e após as refeições.

ODÔMETRO DA FOME



REFLITA O ODÔMETRO DA FOME

- Antes das refeições para classificar o nível da fome e saciedade, dando guia para a quantidade de alimentos que será consumida
- Durante as refeições para perceber a nota da saciedade e, se possível, optar sobre a necessidade de continuar comendo
- Depois das refeições, para classificar a saciedade e perceber se foi possível encontrar um termo de conforto

Extraído de Alvarenga et al., p. 513, 2015.

2 ATENÇÃO PLENA COM GARRAFA DE ÁGUA

Objetivo: Respeito ao corpo e à saciedade

- 1 Sente-se confortavelmente e feche os olhos
- 2 Faça algumas respirações profundas antes de iniciar
- 3 Pontue sua fome de 1 (nada de fome) a 10 (máximo de fome) e pense de onde veio essa resposta, como você sabe? Como chegou a esse número?
- 4 Agora, pense no quão cheio sente seu estômago nesse momento. Onde a nota 1 corresponde à sensação de vazio e 10 para muito cheio
- 5 Tente se questionar: o quão cheio você se sente? É importante não pensar muito, mas sim sentir seu corpo
- 6 Abra os olhos apenas para enxergar a garrafa e beba metade do conteúdo, se for possível. Então feche os olhos novamente, coloque suas mãos no abdome e respire profundamente
- 7 E agora como você pontuaria sua fome de 1 a 10? Tente encontrar este número a partir de suas sensações corporais. Como você descobriu esse número?
- 8 Após beber a água, o quão cheio você percebe seu estômago, de 1 a 10? Qual o número de sua plenitude nesse momento? Como você descobriu a resposta?
- 9 O convite agora é para você finalizar o conteúdo da garrafa de água, se for possível
- 10 Em seguida, com os olhos fechados e as mãos sobre o abdome e imaginando uma régua, pontue novamente de 1 a 10 sua fome. Novamente reflita, o que te fez encontrar este número?
- 11 E sobre sua plenitude, de 1 a 10, o quão cheio se sente? Qual a plenitude do seu estômago nesse momento?
- 12 Não há respostas certas ou erradas, trata-se simplesmente de sua experiência
- 13 Agora vá percebendo suavemente o ambiente e quando quiser pode abrir os olhos

3 DIÁRIO ALIMENTAR

Objetivo: automonitoramento do consumo, comportamentos e atitudes alimentares

A ação de escrever promove o desenvolvimento da capacidade de reconhecer quais pensamentos ou sentimentos são gatilhos para determinado comportamento alimentar.

É trazer a atenção para os próprios pensamentos e sentimentos voltados à comida e como isso se relaciona ao o que se come e porque se come.

TOME NOTA:

Use folha de papel ou o bloco de notas do celular/tablet ou computador e escreva sobre a sua rotina alimentar.

Coloque informações como:

- Tipo e horário da refeição
- Qual a sua percepção de fome e saciedade antes e após a refeição
- Quais alimentos e em que quantidade foram consumidos
- Quais sentimentos você notou estarem presentes neste momento

Para que as informações contidas no diário alimentar sejam mais precisas é fundamental que o seu preenchimento ocorra logo após as refeições. Não é necessário pesar os alimentos, o foco é a sua descrição a partir de medidas caseiras.

Observe seus horários, os alimentos pelos quais há preferência, os níveis de fome, saciedade e os sentimentos envolvidos no ato de comer.

Evite a autocrítica e as cobranças. Procure reconhecer sobre como os seus sentimentos impactam no ato de comer e no seu relacionamento com a comida.

CUIDADOS NA HIGIENIZAÇÃO DAS FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS

A sanitização de frutas, legumes e verduras é fundamental e deve ser seguida com cuidado. Pensando em contribuir para a sua organização após a compra de alimentos, preparamos um passo-a-passo.

Preparo da solução clorada: adicione 1 colher de sopa de água sanitária para cada 1 litro de água.

Atenção ao rótulo do produto: É preciso que esteja descrito que seu uso também é para higienização de alimentos.

PASSO 1

Inicie retirando sujidades e partes deterioradas sob água corrente potável. Lave folha por folha ou frutas e legumes um de cada vez.



PASSO 2

Coloque o alimento imerso em solução clorada por 15 minutos



PASSO 3

**Enxágue o alimento,
Um a Um, em água
corrente.**



PASSO 4

**Seque o alimento antes de
armazená-lo. As folhas
principalmente, quanto
mais secas, maior a
durabilidade.**

PASSO 5

**Armazene em
saquinhos plásticos
descartáveis ou em
potes de plástico
transparente e
feche bem.**



**Experimente colocar algumas folhas de papel
absorvente para retirar a umidade do alimento**

ORIENTAÇÕES PARA O ARMAZENAMENTO DOS ALIMENTOS

No momento de guardar os alimentos, organize-os de tal maneira que tenha acesso rápido àqueles com o prazo de validade menor. Observe também a data na hora da compra.

Mantenha a higiene e a organização dos armários, dispensa e equipamentos de refrigeração.

- 
- 1 Embalagens rígidas podem ser lavadas com água e sabão ou limpas com pano umedecido com álcool 70% ou solução clorada. Higienize os produtos antes de colocar nos armários ou dispensa.
 - 2 Embalagens flexíveis podem ser limpas com pano umedecido com álcool 70% ou solução clorada.
 - 3 Retire frutas, verduras e legumes das embalagens originais. Higienize em solução clorada antes de armazenar.
 - 4 Sempre observe a validade nas embalagens de todos os produtos.
 - 5 Ovos frescos devem ser armazenados em recipientes com tampa, na geladeira.
 - 6 Após servir as refeições, os alimentos que estão na panela precisam ser armazenados em potes fechados na geladeira. Mantenha sob refrigeração por até 3 dias.

REFERÊNCIAS:

- ALVARENGA, Marle dos Santos et al. **Transtornos alimentares e nutrição: Da prevenção ao tratamento**. São Paulo: Manole, 2020.
- ALVARENGA, Marle dos Santos et al. **Nutrição comportamental**. São Paulo: Manole, 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Guia para uma alimentação saudável em tempos de COVID-19**. ASBRAN, 2020. Disponível em <<https://www.asbran.org.br/storage/downloads/files/2020/03/guia-alimentar-covid-19.pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2020.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O novo coronavírus pode ser transmitido por alimentos?** Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/noticias//asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/o-novo-coronavirus-pode-ser-transmitidoporalimentos-/219201> Acesso em 17 de setembro de 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: ministério da saúde, 2014. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf> Acesso em: 02 de setembro de 2020.
- CATALÃO, Larissa Gomes; TAVARES, Renata Leite. Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, p. 244 – 261, 2017. Disponível em <<http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/viewFile/259/219>> Acesso em: 03 de setembro de 2020.
- DIAS, Maria Júlia Lima Eugenio et al. COVID-19 e Nutrição. **ULAKES J Med**, v. 1, edição especial covid-19, p. 106 – 117, 2020. Disponível em: <<http://revistas.unilago.edu.br/index.php/ulakes/article/view/261/247>> Acesso em 05 de setembro de 2020.
- GERALDI, Marina Vilar et al. Instrumento pictórico para orientar a classificação de alimentos nas Diretrizes Alimentares para a População Brasileira. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 137 - 144, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732017000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de setembro de 2020.
- GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde, Escola de Saúde Pública do Ceará. **Alimentação e o comer consciente durante a pandemia de COVID-19: saúde mental e a pandemia de COVID-19**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2020. Disponível em <<https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Volume-7-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-e-o-comer-consciente-durante-a-pandemia-de-Covid-19.pdf>> Acesso em: 10 de setembro de 2020.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Mindful Eating, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP . **Cuidando de sua relação com a comida e com o corpo durante a quarentena: cartilha pandemia COVID 19**. Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <<http://www.crn2.org.br/crn2/conteudo/Cartilha%20Covid19%20usp.pdf>> Acesso em: 27 de agosto de 2020.

ANEXO A - Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test - EAT-26*)

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1-Fico apavorada com a ideia de estar engordando.	<input type="radio"/>					
2-Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>					
3-Eu me sinto preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>					
4-Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>					
5-Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>					
6-Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>					
7-Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas etc.)	<input type="radio"/>					
8-Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>					
9-Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>					
10-Eu me sinto extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>					
11-Eu me preocupo com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>					
12-Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>					
13-As pessoas me acham muito magra.	<input type="radio"/>					
14-Eu me preocupo com a ideia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>					
15-Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>					
16-Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>					
17-Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>					
18-Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>					
19-Demostro autocontrole diante dos alimentos.	<input type="radio"/>					
20-Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>					
21-Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>					
22-Sinto desconforto após comer doces.	<input type="radio"/>					
23-Faço regimes para emagrecer.	<input type="radio"/>					
24-Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>					
25-Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>					
26-Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>					

Fonte: GARNER, GARFINKEL, 1979; BIGUETTI et al., 2004.

ANEXO B - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (*Binge Eating Scale - ECAP*)

Autores: Gormally et al. (1982).

Tradutores: Freitas et al. (2001).



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Agora, você encontrará alguns grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que têm 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, frequentemente, 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, frequentemente, 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 lancho 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 C - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*)




UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO



Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Nesse momento, temos interesse em conhecer o seu consumo de bebidas alcoólicas.

Para isso, é importante saber que uma dose de bebida alcoólica equivale à 1 taça de vinho, 1 lata de cerveja ou chope, 40ml de destilados e/ou conforme figura abaixo.

Por favor, responda sobre o seu consumo de álcool nos últimos 12 meses.

A EQUIVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ÁLCOOL EM DIFERENTES BEBIDAS, EM TERMOS DE DOSE-PADRÃO:

Bebida destilada	Cerveja	Taça de vinho
1 dose de 40ml de destilados (cachaça, conhaque, uísque, vodka)	= Uma lata de cerveja (340ml) ou 1 copo de conhaque	= 1 copo de 140ml de vinho

UMA DOSE-PADRÃO DE ÁLCOOL EQUIVALE A:

				
40ml	85ml	140ml	340ml	600ml
de pinga, uísque ou vodka	de vinho do Porto, vermute ou licores	de vinho de mesa	1 lata de cerveja ou chope	1 garrafa de cerveja contém quase duas doses
Com gradação alcoólica de cerca de:	40%	28%	12%	com gradação alcoólica de cerca de 5%

Figura 1: Equivalência da quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão. Fonte: World Health Organization (1982) adaptado por NUTE-UFSC (2016).

* #1 Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- Nunca (VÁ PARA AS QUESTÕES 9 E 10) De 2 a 4 vezes por semana
- Mensalmente ou menos 4 ou mais vezes por semana
- De 2 a 4 vezes por mês

#2 Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

- 1 ou 2 7, 8 ou 9
- 3 ou 4 10 ou mais
- 5 ou 6

#3 Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?

- Nunca Semanalmente
- Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
- Mensalmente

#4 Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- Nunca Semanalmente
- Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
- Mensalmente

#5 Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você não conseguiu fazer o que esperava por conta do uso do álcool?

- Nunca Semanalmente
- Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
- Mensalmente

#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 Semanalmente
 Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
 Mensalmente

#7 Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- Nunca Semanalmente
 Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
 Mensalmente

#8 Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido a bebida?

- Nunca Semanalmente
 Menos do que uma vez ao mês Todos ou quase todos os dias
 Mensalmente

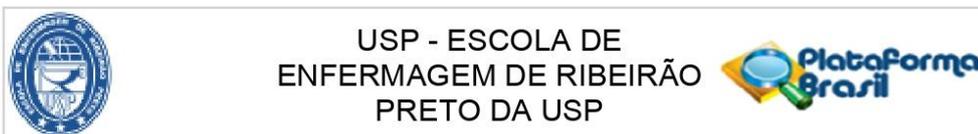
* #9 Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- Não
 Sim, mas não nos últimos 12 meses
 Sim, nos últimos 12 meses

* #10 Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou já sugeriu que você parasse com o uso do álcool?

- Não
- Sim, mas não nos últimos 12 meses
- Sim, nos últimos 12 meses

ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O impacto do isolamento social diante da pandemia da COVID-19 no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com transtornos alimentares

Pesquisador: LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33559820.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.142.149

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.136.039, de 06 de julho de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o impacto do isolamento social no comportamento alimentar e consumo de álcool em pessoas com TA e sem esse quadro.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a amostra em relação às variáveis sociodemográficas e a autopercepção em relação ao peso e a satisfação corporal;
- Identificar mudanças na alimentação quanto ao consumo de alimentos e consumo de bebidas alcoólicas;
- Investigar o consumo do álcool, os sintomas de compulsão alimentar e restrição alimentar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

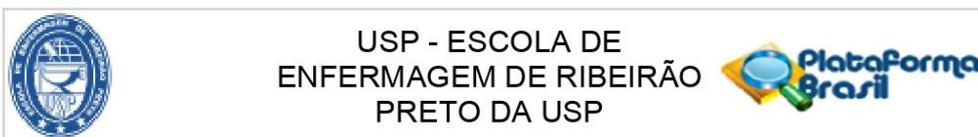
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.142.149

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Nos documentos "TCLE_PAIS.pdf" e "TERMO_DE_ASSENTIMENTO_MENORES_DE_18_ANOS.pdf", repetir o trecho final do documento "TCLE_MAIORES_DE_18_ANOS.pdf": "Se preferir, poderá receber uma via desse documento assinado pelas pesquisadoras, via correio."

RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Foi acrescentado nos documentos "TCLE_PAIS.pdf" e "TERMO_DE_ASSENTIMENTO_MENORES_DE_18_ANOS.pdf", o trecho: "Se preferir, poderá receber uma via desse documento assinado pelas pesquisadoras, via correio."

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Considerando ainda que o presente protocolo identifica que a coleta de dados se dará por meio de questionário online, recomenda-se que a modalidade de registro indique, de forma DESTACADA, ao participante de pesquisa a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa.

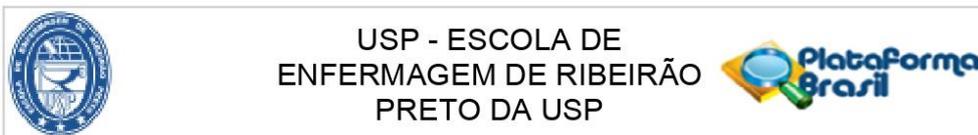
RESPOSTA DA PESQUISADORA:

Foi incluída, de forma destacada, a possibilidade do participante salvar, por um link, uma cópia de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio da via assinada pelos pesquisadores ao participante de pesquisa.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso

Endereço: BANDEIRANTES 3900	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	
UF: SP	Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.142.149

do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS 510/2016, Artigo 3º, Inciso IV). RESPOSTA DA PESQUISADORA:
Foi inserido o compromisso dos pesquisadores de divulgar os resultados, por via eletrônica, aos participantes do estudo.

PARECERISTA: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1574404.pdf	06/07/2020 15:12:27		Aceito
Outros	Resposta_CEP.pdf	06/07/2020 15:10:46	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_MENORES_DE_18_ANOS.pdf	06/07/2020 15:09:54	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS.pdf	06/07/2020 15:09:44	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAIORES_DE_18_ANOS.pdf	06/07/2020 15:09:31	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
Outros	OFICIO_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	15/06/2020 11:51:26	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
Declaração de concordância	oficio_GRATA_projeto_pandemia.pdf	10/06/2020 18:22:43	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_COVID_E_TA.pdf	10/06/2020 18:21:41	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/06/2020 18:21:06	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.pdf	10/06/2020	LIVIA DAYANE	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

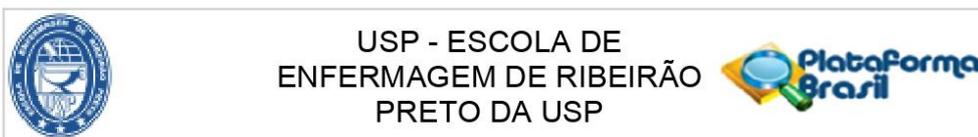
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.142.149

/ Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18:20:24	SOUSA AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_covid_e_ta.pdf	10/06/2020 18:01:25	LIVIA DAYANE SOUSA AZEVEDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 08 de Julho de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br