

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PADRÃO ALIMENTAR VOLTADO AO CONSUMO DE COMFORT FOOD EM INDIVÍDUOS COM SINAIS E SINTOMAS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Rafaela da Silva Leitimann¹

Mayara Freitas Monteiro²

¹ Graduanda do Curso de Nutrição da Unisales – Centro Universitário Salesiano de Vitória – ES. E-mail: rleitimann@gmail.com

² Docente do Curso de Nutrição da Unisales – Centro Universitário Salesiano. E-mail: mmonteiro@salesiano.br

RESUMO

O termo Comfort food, traduzido para o português como “Comida confortável”, refere-se ao consumo de alimentos capazes de proporcionar sensação de alívio emocional. Dessa forma, pacientes diagnosticados com transtornos psicológicos tornam-se mais suscetíveis às alterações no hábito alimentar, buscando tornar mais amenos os sintomas comumente vivenciados. Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi identificar a existência de um padrão alimentar voltado ao consumo de Comfort food em pacientes com sinais e sintomas de transtornos de ansiedade e depressão. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, em que participaram indivíduos adultos, com faixa etária entre 20 e 59 anos, que receberam diagnóstico e/ou fazem acompanhamento psicológico para os transtornos de ansiedade e depressão, ou mesmo apresentam os sintomas relacionados às patologias, residentes na Grande Vitória-ES. Para tal, foram avaliadas as respostas dos participantes por meio online através da Escala de Depressão, ansiedade e estresse (EADS) e o questionário *The Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21). Ademais, para a avaliação do estado nutricional dos indivíduos foram utilizados os dados antropométricos: peso (kg), altura (m²) e circunferência da cintura (cm) cedidos pelos participantes ou aferidos pela pesquisadora, quando houve a possibilidade. O presente estudo evidencia que ao enfrentar situações estressoras o indivíduo apresenta a propensão em preferir alimentos doces como as sobremesas, ou mesmo o chocolate, mencionado em sete preparações dos trinta e três Comfort foods listados. Além disso, a amostra avaliada adverte para o descontrole alimentar constatado em 18,1% (n=6) e a alimentação emocional presente em 24,2% (n=8) dos indivíduos. Por fim, torna-se necessário realizar mais estudos aplicados acerca do tema buscando compreender como o Comfort food é responsável por moldar o paladar e influenciar no comportamento alimentar dos indivíduos.

Palavras-chave: Comfort food. Transtorno de ansiedade. Depressão. Estado nutricional.

Abstract

The term Comfort food, translated into Portuguese as “comfort food,” refers to the consumption of foods capable of providing a feeling of emotional relief. Thus, patients diagnosed with psychological disorders become more susceptible to changes in eating habits, seeking to ease the symptoms commonly experienced. Given the above, the aim of this study is to identify the existence of a dietary pattern aimed at the consumption of comfort food in patients with anxiety and depression disorders. This is survey research, with a descriptive and exploratory character and a quali-quantitative approach, with the participation of young adults, aged between 20 and 59 years old, who received a diagnosis and/or undergo psychological follow-up for the disorders of anxiety and depression, or even have symptoms related to pathologies, living in Greater Vitória-ES. To this end, participants' responses will be evaluated online through the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS) and The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21). In addition, anthropometric data will be used to assess the nutritional status of individuals: weight (kg), height (m²) and waist circumference (cm) provided by the participants or measured by the researcher, when possible. The present study shows that when facing stressful situations, individuals tend to prefer sweet foods such as desserts, or even chocolate, mentioned in seven preparations of the thirty-three Comfort foods listed. In addition, the evaluated sample warns of uncontrolled eating found in 18.1% (n=6) and emotional eating present in 24.2% (n=8) of individuals. Finally, it is necessary to conduct more applied studies on the subject, seeking to understand how Comfort food is responsible for shaping the palate and influencing the eating behavior of individuals.

Keywords: *Comfort food. Anxiety disorder. Depression. Nutritional status.*

1 INTRODUÇÃO

O termo Comfort food, traduzido para o português como “Comida confortável”, refere-se ao consumo de alimentos capazes de proporcionar sensação de alívio emocional (ROSA, 2020). Logo, pode ser dividido em 4 vertentes: as comidas nostálgicas, relacionadas às lembranças de infância,

regionalidade e religiosidade; as comidas de indulgência, referentes às preparações consumidas em momentos em que não há preocupação com aspectos nutricionais como valores calóricos, por exemplo, e sim, privilegiando o prazer em consumi-las; as comidas de conveniência, relacionadas às preparações práticas e rápidas de se consumir; além das comidas de conforto físico, responsáveis por produzir sensações de prazer e bem-estar ao corpo do indivíduo (GIMENES-MINASSE, 2016).

Diante do exposto, a comida desperta memórias, um exemplo disso é que na infância, quando as pessoas se sentem indispostas ou doentes, os pais comumente realizam preparações amornadas como sopas ou caldos para que se sintam fortalecidos. Da mesma forma, ao visitar as avós, elas preparavam bolo de fubá, bolinho de chuva ou pão caseiro para servir ainda quente. Essas recordações são responsáveis por modelar o vínculo com os alimentos. Dessa forma, quando há o sentimento de melancolia e necessidade de acolhimento, é natural preferir o que oferece prazer, amparo e tranquilidade (SMITH, 2019).

Logo, pacientes diagnosticados com transtornos psicológicos como ansiedade e depressão tornam-se mais suscetíveis às alterações nos hábitos alimentares, pois a comida pode ser um meio de fuga da realidade vivenciada, tornando mais amenos os sintomas que caracterizam essas patologias (SILVA *et al.*, 2020). Além disso, percebe-se que a ingestão alimentar sofre interferências de fatores orgânicos, ambientais, culturais e emocionais. Nesse cenário, indivíduos pertencentes à mesma classe social ou idade podem apresentar frequência alimentar em comum, porém o Comfort food é uma experiência individual (GIMENES-MINASSE, 2016).

As doenças psicológicas citadas anteriormente têm acometido grande parte da população de centros urbanos nas últimas décadas, segundo um relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 322 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, enquanto no Brasil o distúrbio atinge 11,5 milhões de pessoas. Ainda tratando-se dos índices brasileiros, os transtornos relacionados à ansiedade são prevalentes em 9,3% da população, portanto, destacando-se com o maior número de registros de ansiedade comparado aos demais países do mundo (BRASIL, 2017).

As patologias em questão apresentam características multifatoriais, sendo causadas por fatores genéticos, biológicos e ambientais, acometendo indivíduos em todas as fases da vida (FILHO; SILVA, 2013; SÖZERI-VARMA, 2012).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª edição (DSM-5), os diagnósticos de tais transtornos devem ser identificados com o auxílio de um médico psiquiatra e, embora, possam ocorrer de forma isolada, também podem estar relacionados (APA, 2014).

A respeito disso, a depressão é considerada um transtorno afetivo que provoca alterações psíquicas, corpóreas e distúrbios de humor, sendo um conjunto de sintomas que podem durar semanas, meses ou anos, interferindo em diversos âmbitos da vida do indivíduo - social, pessoal e profissional (JARDIM, 2011).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o diagnóstico de transtorno depressivo deve ser clínico, avaliando os sintomas fundamentais como: humor deprimido, perda de interesse e fadiga. Além de outros sintomas acessórios: concentração e atenção reduzidas, baixa autoestima e autoconfiança, perda de apetite, pessimismo e alterações no sono (OMS, 1993). Devendo ser caracterizado pela presença de pelo menos cinco sintomas durante, ao menos, duas semanas (APA, 2014).

Em consonância com o DSM-5 (2014) e o CID-10 (1993) no transtorno de ansiedade generalizada, as manifestações são alternadas, não associando-se a determinadas circunstâncias. Estão presentes na maioria dos dias e por longos períodos, como meses ou anos. Sendo assim, considera-se como um sentimento vazio e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado da precipitação de alguma situação de risco ou de algo desconhecido (ALLEN *et al.*, 1995; SWEDO *et al.*, 1994).

No transtorno de ansiedade, os sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos e outros sistemas de neurotransmissores exercem um papel de extrema relevância na resposta do corpo ao estresse e são vias comumente afetadas. Dessa forma, está associado a uma baixa atividade do sistema serotoninérgico e a uma elevada atividade do sistema noradrenérgico (MARON *et al.*, 2017).

Os transtornos de ansiedade e depressão estão frequentemente associados ao consumo em excesso de preparações ricas em carboidratos simples, lipídeos e o baixo consumo de frutas, hortaliças e vegetais (JACKA *et al.*, 2015). Portanto, como alternativa para o tratamento efetivo dos distúrbios mencionados, ressalta-se a importância da psicoterapia, os exercícios físicos regulares e a intervenção com psicofármacos de acordo com as necessidades do paciente, o tipo de quadro apresentado e sua reincidência (SOUZA, 1999; VIEIRA *et al.*, 2007).

Além disso, ressalta-se a importância da intervenção nutricional, visto que as evidências apresentam forte relação entre uma alimentação balanceada, rica em nutrientes como zinco, ômega 3 e triptofano e a melhora da saúde mental dos indivíduos (ROCHA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a relevância do eixo intestino-cérebro para a compreensão de comportamentos e doenças mentais ou psiquiátricas, remete-se também à microbiota intestinal, capaz de influenciar circuitos neurais e comportamentos interligados ocasionando uma resposta estressora, além de transtornos como a depressão (DINAN *et al.*, 2013; MAYER *et al.*, 2014;

SZELIGOWSKI *et al.*, 2020). Dessa forma, pacientes acometidos por distúrbios mentais apresentam a microbiota intestinal divergente de indivíduos saudáveis (FOND *et al.*, 2015; DINAN *et al.*, 2013; DASH *et al.*, 2015), contendo menor diversidade de microorganismos, assim como maiores graus de inflamação (AIZAWA *et al.*, 2016; JIANG *et al.*, 2015).

Atualmente, sabe-se que o eixo intestino-cérebro é constituído por rotas bidirecionais e, para comunicação, utiliza vias como o sistema nervoso parassimpático (em especial, o nervo vago), o sistema imune, o sistema neuroendócrino e o sistema circulatório – que permitem a passagem de metabólitos e neurotransmissores produzidos pelo intestino (MOLONEY *et al.*, 2014; ALAM *et al.*, 2017; LACH *et al.*, 2018). Recentemente, tornou-se evidente que a microbiota intestinal pode influenciar o funcionamento do eixo intestino-cérebro, alterar funções cerebrais e até mesmo o comportamento alimentar (FOND *et al.*, 2015; FOSTER, MCVEY, 2013; DINAN *et al.*, 2013).

O transtorno depressivo caracteriza-se pela baixa atividade de monoaminas no Sistema Nervoso Central (SNC). Essa hipoatividade pode acontecer por falha na produção das monoaminas ou defeitos que as levam a serem danificadas ou a não alcançarem o seu destino final – os neurônios pós-sinápticos (GOLAN, 2014). As deficiências do sistema serotoninérgico têm sido relacionadas ao aumento do desejo de ingerir doces e carboidratos, (NAVES; PASCHOAL, 2007; LAM; HEISLER, 2007; LAM; PRZYDZIAL, 2008), além de causar distúrbios como depressão, fobias, estresse pós-traumático e transtorno da ansiedade generalizada (LIMA *et al.*, 2020).

Apesar da complexidade do transtorno depressivo, acredita-se ter relação com o mecanismo de down-regulation da 5-HTP, fazendo dela o principal alvo de antidepressivos, por exemplo. Sabe-se que diminuindo ou inibindo a quantidade dos transportadores no neurônio pré-sináptico, a concentração de serotonina livre na fenda sináptica para atuar no neurônio pós-sináptico aumenta, diminuindo os sintomas do paciente (MIN *et al.*, 2009).

Segundo LINDSETH *et al.*, (2015), existe uma relação com os efeitos do triptofano, um aminoácido precursor da serotonina, e a regulação do humor e ansiedade, uma vez que os baixos níveis de serotonina cerebral podem contribuir para aumentar a ansiedade e a depressão. Considerado um aminoácido essencial, o triptofano deve ser adquirido por meio da ingestão dietética, levando em consideração que não é produzido pelo organismo (SOH; WALTER, 2011).

As principais fontes desse nutriente são os ovos, leite e seus derivados, banana, abacate, chocolate amargo e mel, pois atuam como vasodilatadores da musculatura, além de conter substâncias que contribuem para o bom humor como as vitaminas do complexo B (tiamina, piridoxina, riboflavina, niacina e cobalamina), ajudando em conjunto no fortalecimento da concentração e memória (TAVARES *et al.*, 2014). Alimentos como leite, ovos, banana e chocolate,

apresentam respectivamente 42g, 165g, 10g e 290g do aminoácido triptofano em 100g de alimento (FERNSTROM, 2016).

Além do triptofano, outros nutrientes como o ômega 3 fonte de EPA, DHA e ALA, o qual pode ser encontrado em alimentos como sardinha, salmão, linhaça, nozes e outros, atuam positivamente contra as tensões mentais, e agem como bioativos anti-inflamatórios. Dessa forma, este nutriente modula o sistema neurotransmissor, agindo na redução da produção de cortisol elevando a qualidade da saúde mental das pessoas acometidas com transtornos de ordem mental (PEREIRA, 2019).

O zinco também é considerado um mineral fundamental no adequado funcionamento das estruturas neurais e cerebrais, atuando na modulação da transmissão sináptica, agindo como catalisador, regulador e possuindo função estrutural. Além disso, exerce importante papel na resposta imune, prevenindo a formação de radicais livres e protegendo as estruturas biológicas (SAUERESSIG *et al.*, 2016).

De acordo com FREITAS *et al.*, (2020), as vitaminas C e E são direcionadas ao tratamento das patologias de ordem neurológicas, por possuírem grandes quantidades de antioxidantes, combatendo os sintomas ansiosos, estressantes e compulsórios. São encontradas em alimentos como: hortaliças, frutas cítricas, carnes, ovos e outros (FREITAS *et al.*, 2020).

Segundo DENDASCK *et al.*, (2019), a vitamina B12 tem sido considerada o micronutriente fundamental para a plena funcionalidade das células, e responsável pela redução de sintomas relativos aos transtornos depressivos e ansiosos, essencialmente a melancolia, as alterações de humor e a apreensão, de modo que a sua falta propicia a disfunção serotoninérgica deixando o indivíduo sujeito ao desenvolvimento de transtornos, como os mencionados anteriormente (DENDASCK *et al.*, 2019).

À vista disso, a busca por uma alimentação equilibrada e associada a mudanças no estilo de vida pode favorecer a melhoria destes transtornos, uma vez que a intervenção nutricional pode ser eficaz no tratamento destas patologias, promovendo uma melhor qualidade de vida física, mental e emocional (ANJOS *et al.*, 2020).

Em suma, o objetivo desse estudo foi identificar a existência de um padrão alimentar voltado ao consumo de Comfort food em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão, além de compreender como o consumo desses alimentos, influenciam nas escolhas e preferências alimentares.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem quali-quantitativa. O tamanho da amostra foi definido por conveniência, de acordo com o número de participantes que responderam ao questionário online cedido pela pesquisadora para ser divulgado aos alunos de uma instituição de ensino particular de Vitória (ES), além de seus amigos e familiares. No qual, foram aceitos indivíduos adultos, de ambos os sexos, sendo o período de coleta de dados realizado entre agosto e novembro de 2022.

Todos os participantes são residentes da Grande Vitória (ES) e após serem informados do objetivo deste estudo tiveram como benefício o acesso a um ebook de receitas saudáveis contemplando os benefícios dos nutrientes para a melhora dos sintomas comumente vivenciados por pacientes portadores dos transtornos psicológicos avaliados.

Foram estabelecidos como critério de inclusão neste estudo as seguintes características: indivíduos adultos, alfabetizados, com faixa etária entre 20 e 59 anos que receberam diagnóstico e/ou fazem acompanhamento psicológico para transtornos de ansiedade e depressão, ou que não receberam diagnóstico clínico, mas reconhecem os sintomas característicos desses distúrbios em si próprio.

A coleta de dados foi realizada através de questionário online, por meio da plataforma Google Forms contendo questões objetivas e discursivas.

Para determinar o diagnóstico psicológico dos indivíduos participantes foram avaliadas as respostas concedidas através da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EADS). Além disso, para a avaliação de consumo alimentar foi utilizado o questionário *The Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21) e perguntas relacionadas ao grau de conhecimento e consumo de Comfort foods entre esses indivíduos. Por fim, para a avaliação do estado nutricional dos indivíduos foram utilizados os dados antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura) cedidos pelos participantes.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Salesiano para análise. Após aprovação, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para os participantes do estudo, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a manter o sigilo dos dados coletados, bem como a utilização destes exclusivamente com finalidade científica. Os indivíduos que participaram do estudo foram informados sobre os procedimentos, dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios da pesquisa, antes de assinar o TCLE, segundo determina as Resoluções 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde de 2012.

Para avaliar o padrão de consumo alimentar dos indivíduos participantes da pesquisa foi aplicado o *The Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21), buscando avaliar comportamentos de restrição

cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (Anexo 1). A escala de restrição cognitiva aborda 6 itens e afere a proibição alimentar para influenciar o peso ou a forma corporal; a escala de alimentação emocional possui 6 itens e mede a propensão para comer exageradamente em resposta aos estados emocionais negativos, como solidão, ansiedade e depressão; e a escala de descontrole alimentar com 9 itens, verifica a tendência a perder o controle alimentar na presença da fome ou estímulos externos.

O questionário apresenta-se em formato de resposta de 4 pontos para os itens de 1 a 20, e uma escala de classificação numérica de 8 pontos para a questão 21. A média de cada uma das variáveis de comportamento foi calculada e transformada em uma escala de 0 a 100 pontos (NATACCI; JÚNIO, 2011).

Para avaliar o consumo de alimentos e preparações caracterizadas no contexto de Comfort food, foi utilizado um questionário por meio da plataforma Google Forms, o qual foi composto por duas perguntas relacionadas ao tema, a primeira de múltipla escolha, acerca do conhecimento dos participantes quanto ao conceito de Comfort food e a segunda discursiva, referente a qual/quais seriam os alimentos considerados favoritos relacionados ao conceito investigado nesta pesquisa.

Como forma de identificar o acometimento por transtornos psicológicos nos indivíduos participantes da pesquisa foi aplicada a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EADS) (Anexo 2). O questionário apresenta-se em formato de respostas com relação à severidade e frequência, organizadas na escala de 0 a 3 pontos por meio das questões. O resultado foi obtido pela soma do escores dos itens correspondentes a cada subescala. Além disso, para determinar os pontos de corte foi multiplicado por dois os resultados obtidos na EADS (VIGNOLA, 2013), conforme classificações especificadas na tabela abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 – Escores de corte da escala de depressão, ansiedade e estresse (EADS)

	Z Escore	%	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	ESTRESSE
Normal/Leve	< 0,5	0 - 78	0 - 9	0 - 7	0 - 14
Mínimo	0,5 – 1,0	78 - 87	10 - 13	8 - 9	15 - 18
Moderado	1,0 – 2,0	87 - 95	14 - 20	10 - 14	19 - 25
Grave	2,0 – 3,0	95 - 98	21 - 27	15 - 19	26 - 33
Muito Grave	>3,0	98 - 100	28 +	20 +	34 +

Fonte: Lovibond; Lovibond, 1995.

Para a avaliação do estado nutricional será utilizado o parâmetro de circunferência da cintura (cm) e Índice de Massa Corporal (IMC) adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e suas respectivas classificações, de acordo com os dados antropométricos peso (kg) e altura (m), autorreferidos pelos participantes da pesquisa.

Peso – Sendo mensurado em balança digital ou de plataforma devidamente calibrada para zero, em kilogramas, com o indivíduo descalço e de preferência vestindo roupas leves, se posicionando em pé no centro da balança, com o peso distribuído igualmente em ambos os pés. A balança deve ser fixada em local nivelado para garantir a estabilidade ao equipamento, portanto não deve ser disposta em cima de tapetes, carpetes ou piso irregular (SAMPAIO, 2012).

Altura – Com o auxílio de um estadiômetro portátil, a medida deve ser realizada com o indivíduo em posição anatômica com panturrilha, glúteos, ombros e cabeça tocando a parede ou superfície vertical do dispositivo de medida, ou seja, ereto, com a face voltada para frente em direção ao Plano Horizontal de Frankfurt (olhar para o horizonte), com os braços estendidos ao longo do corpo e as palmas das mãos voltadas para frente. O indivíduo deve permanecer descalço, de forma que facilite a visualização da posição do corpo, e sem nenhum acessório na cabeça que possibilite alteração da medida. Dessa forma, o suporte deverá ser posicionado sobre a cabeça, de tal forma que pressione apenas o cabelo (SAMPAIO, 2012).

Fita métrica - A fita métrica pode ser utilizada para medir a altura em adultos, desde que a medida seja realizada da forma correta e seguindo os critérios. Utilize, de preferência, uma fita métrica de material resistente, não elástico e flexível, com precisão de 0,1 cm. A fita comum de costura não é indicada, portanto se escolhida, deve ser utilizada com passimônia. Para realizar a aferição da medida, deve-se afixar a fita em uma parede lisa. O indivíduo deve estar em posição anatômica com panturrilha, glúteos, ombros e cabeça tocando a parede, com a face voltada para frente em direção ao Plano Horizontal de Frankfurt, braços estendidos ao longo do corpo e as palmas das mãos voltadas para frente. O aferidor deve marcar na parede o ponto de leitura que mais se aproxime da medida de altura do indivíduo.

O parâmetro de IMC (índice de massa corporal) foi calculado de acordo com a fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$. Posteriormente os resultados foram avaliados através das classificações estabelecidas pela World Health Organization (1998), seguindo os subseqüentes pontos de corte para classificação do estado nutricional de adultos: $<18,5 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso), entre 18,5 e $24,9 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia), $>25 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) e $>30 \text{ kg/m}^2$ (obesidade), de acordo com WHO, 1998.

As variáveis quantitativas foram apresentadas a partir de estatística descritiva, enquanto as variáveis qualitativas a partir de frequência absoluta e relativa. A tabulação de dados foi analisada com auxílio do Software Excel versão 2205, ano 2019.

Através dessa pesquisa almejou-se contribuir para o tratamento de indivíduos acometidos por

transtornos psicológicos, especificamente a ansiedade e depressão, visto que há uma ausência de estudos aplicados relacionados ao conceito investigado pela pesquisadora: o Comfort food. Além disso, este estudo teve como objetivo auxiliar na melhora dos sintomas e hábitos alimentares vivenciados por esses pacientes, tendo em vista ser de conhecimento que o acompanhamento nutricional pode auxiliar no bem-estar e qualidade de vida dos mesmos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por 33 participantes moradores da Grande Vitória (região que abrange as localidades de Vila Velha, Vitória, Cariacica, Guarapari, Fundão e Serra) localizados no estado do Espírito Santo, que apresentavam diagnóstico e/ou realizavam tratamento psicológico ou psiquiátrico para ansiedade e depressão, conforme descrito na tabela 2 que demonstra a caracterização sociodemográfica do perfil dos entrevistados.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e do estado nutricional dos participantes do estudo, Grande Vitória-ES, 2022.

	Nº de pessoas	%
Sexo		
Feminino	22	66,7
Masculino	11	33,3
Idade		
Entre 20 e 29 anos	16	48,5
Entre 30 e 39 anos	10	30,3
Entre 40 e 49 anos	3	9,1
Entre 50 e 59 anos	4	12,1
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	1	3
Ensino fundamental incompleto	1	3
Ensino médio completo	5	15,2
Ensino médio incompleto	2	6,1
Ensino superior completo	6	18,2
Ensino superior incompleto	12	36,4
Pós-graduação	6	18,2
Renda familiar		
Entre três e cinco salários mínimos	10	30,3
Acima de cinco salários mínimos	8	24,2
Entre um e dois salários mínimos	7	21,2
Entre dois e três salários mínimos	4	12,1
Entre meio e um salário mínimo	4	12,1
Estado civil		
Solteiro	17	51
Casado	13	39,4

Divorciado	1	3
União estável	2	6,1
Realiza ou já realizou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico		
Sim	16	48,5
Não	17	51,5
Uso de medicações para aliviar os sintomas		
Não faço uso de medicações	27	81,8
Faço uso de medicações	6	18,2
Índice de massa corporal (kg/m²)		
Desnutrição	3	9,09
Eutrofia	14	42,42
Sobrepeso	10	30,30
Obesidade	5	15,15
Total	33	100%

A amostra corresponde a 66,7% (n=22) indivíduos do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino (n=11), sendo a faixa etária mais prevalente entre 20 e 29 anos, 48,5% (n=16), com 51,5% (n=17) considerados solteiros e 39,4% (n=13) casados. A renda familiar mais citada foi entre três e cinco salários mínimos 30,3% (n=10). O nível de escolaridade mais prevalente corresponde a 36,4% (n=12) ensino superior incompleto, ensino superior completo e pós-graduação 18,2% (n=6) para ambos. Além disso, 51,5% dos entrevistados (n=17) responderam não realizar acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, enquanto 48,5% (n=16) responderam realizar acompanhamento. Dessa forma, 81,8% (n=27) não fazem uso de medicações para aliviar os sintomas dos transtornos pesquisados, enquanto 18,2% (n=6) fazem uso de medicações para o mesmo fim.

Segundo o parâmetro de Índice de Massa Corporal avaliado entre os indivíduos obteve-se as seguintes classificações: eutrofia 42,4% (n=14), sobrepeso 30,3% (n=10), obesidade 15,1% (n=5) e desnutrição 9,09% (n=3).

Por conseguinte, de acordo com a tabela 3 abaixo, 69,7% (n=23) dos participantes não conhecia o termo “Comfort food”, enquanto 30,3% (n=10) relatou ter conhecimento sobre o significado da expressão. O alimento com maior destaque na pesquisa foi o chocolate, estando presente em sete preparações, como o bolo de cenoura com chocolate (3), barra de chocolate (2), brigadeiro (1) e creme de avelã (1).

Tabela 3 – Caracterização do grau de conhecimento e Comfort foods favoritos dos participantes, Grande Vitória-ES, 2022.

	Nº de pessoas	%
Conhecimento sobre o termo Comfort food		

Não	23	69,7
Sim	10	33,3
Comfort food favorito		
Hambúrgueres e sanduíches	4	12,12
Bife bovino	4	12,12
Bolo de cenoura com chocolate	3	9,09
Doces	3	9,09
Pizza	3	9,09
Barra de chocolate	2	6,06
Pudim	2	6,06
Empadão	2	6,06
Feijoada	1	3,03
Sorvete	1	3,03
Carne de panela	1	3,03
Creme de avelã	1	3,03
Brigadeiro	1	3,03
Batata frita	1	3,03
Churrasco	1	3,03
Pão doce caseiro	1	3,03
Feijão tropeiro	1	3,03
Pipoca	1	3,03
Categorização do Comfort food favorito		
Doces e/ou sobremesas	13	39,39
Fast foods	8	24,24
Alimentos salgados	5	15,15
Receitas familiares	4	12,12
Comidas regionais ou típicas	3	9,09
Total	33	100%

O Comfort food, ou comida que conforta, apresenta como o seu principal objetivo o equilíbrio das emoções por intermédio do paladar, utilizando o alimento como forma de alívio do estresse (BRIGHTWELL MG, 2020). Nesse contexto, o chocolate, inserido no dia a dia como um alimento que naturalmente gera bem-estar emocional, pode provocar um excesso do seu consumo pelo indivíduo, buscando o alívio de situações estressoras, já que pode ser facilmente encontrado em supermercados e padarias, vendidos em caixas, pacotes e unidades (AUGUSTO LC, 2015). O comentário do participante 1 abaixo, relata as memórias afetivas vivenciadas ao degustar o seu Comfort food favorito:

“O chocolate me transporta para perto de quem eu gosto, pois me lembra de momentos bons e felizes compartilhados a dois”. (Participante 1)

Além disso, o chocolate ao leite, semelhante a palatabilidade do brigadeiro e do creme de avelã, apresenta em sua composição mais açúcar, por consequência liberando maior quantidade de serotonina, hormônio responsável pela sensação de bem-estar produzida ao consumi-lo (ROCHA *et al.*, 2019; CARDOZO; MAFRA, 2015).

Vale ressaltar que no decorrer da aplicação do questionário não houve respostas relacionadas ao Comfort food que fizessem menção a frutas, verduras e legumes, o que significaria que os participantes relacionam o seu Comfort food a refeições tidas como “não saudáveis” do ponto de vista nutricional, porém não causando prejuízo no controle de peso e saúde do indivíduo se consumidos em quantidades moderadas. Além disso, pelo fato de bebidas em geral não surgirem nas respostas, conclui-se que para a amostra avaliada, apenas alimentos sólidos são considerados como favoritos, enquanto os líquidos não obtiveram relevância, por geralmente se tratar de um acompanhamento do prato principal.

Em contrapartida, uma pesquisa do Vigitel (2019), realizada em todas as capitais do país revelou que a frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana, por exemplo, foi de 14,4% dos entrevistados, enquanto no conjunto da população adulta estudada, a frequência do consumo regular de frutas e hortaliças foi de 34,2%.

Dessa forma, buscando relacionar as categorias aos Comfort foods favoritos dos participantes, obteve-se as seguintes classificações: doces e/ou sobremesas (n=13), fast foods (n=8), alimentos salgados (n=5), receitas familiares (n=4) e comidas regionais ou típicas (n=3).

Os Comfort foods ultrapassam a percepção de que os alimentos são meramente consumidos para suprir uma necessidade fisiológica básica inerente ao indivíduo, ou seja saciar a fome. São alimentos que proporcionam o resgate nostálgico de memórias, conectando profundamente o alimento com as emoções. É legítimo se alimentar de acordo com a sua preferência pessoal ou mesmo o que sua cultura e/ou religião estabelece, mas também existe marcante influência das emoções nas escolhas alimentares e para muitas pessoas, o singelo fato de refletir em um prato favorito externa combinações que unem figuras, sentimentos, perspectivas e lembranças onde a desassociação dos elementos torna-se árdua (KAUFMAN, 2012).

Tabela 4 – Caracterização da amostra estudada de acordo com os escores atribuídos ao EADS-21, Grande Vitória-ES, 2022.

	Nº de pessoas	%
EADS		
Estresse		
Mínimo	5	15,15
Normal/leve	25	75,75
Moderado	3	9,09
Depressão		
Mínimo	6	18,18
Normal/leve	19	57,57
Moderado	8	24,24

Ansiedade

Mínimo	2	6,06
Normal/leve	20	60,60
Moderado	6	18,18
Grave	3	9,09
Muito grave	2	6,06
Total	33	100%

A Tabela 4 representada acima descreve a escala de depressão, ansiedade e estresse conforme caracterizado no questionário EADS-21, de modo que ao avaliar o estresse, identificou-se que 15,15% (n=5) apresentavam nível mínimo, 75,75% (n=25) normal/leve e 3 indivíduos (9,09%), encontram-se no nível moderado da escala. Além disso, 6 indivíduos (18,18%) encontram-se no nível mínimo de depressão, 19 indivíduos (57,57%) encontram-se no nível normal/leve e 8 indivíduos (24,24%) encontram-se no nível moderado da escala. Por fim, 2 indivíduos (6,06) encontram-se no nível mínimo de ansiedade, 20 indivíduos (60,60) encontram-se no nível normal/leve, 6 indivíduos (18,18) encontram-se no nível moderado, 3 indivíduos (9,09) encontram-se no nível grave e 2 indivíduos (6,06) encontram-se no nível muito grave da escala.

Tabela 5 – Caracterização dos sintomas associados ao descontrole alimentar, comportamento restritivo e alimentação emocional, de acordo com o TFEQ-R21, Grande Vitória-ES, 2022.

TFEQ-R21	Nº de pessoas	%
Descontrole alimentar		
Apresenta descontrole alimentar	6	18,18
Não apresenta descontrole alimentar	27	81,81
Comportamento restritivo		
Apresenta comportamento restritivo	0	0
Não apresenta comportamento restritivo	33	100
Alimentação emocional		
Apresenta alimentação emocional	8	24,24
Não apresenta alimentação emocional	25	75,75
Total	33	100%

A Tabela 5 representada acima descreve a escala de descontrole alimentar, comportamento restritivo e alimentação emocional dos indivíduos participantes da pesquisa (TFEQ-R21). Sendo assim, dos 33 participantes, 6 indivíduos (18,18%) apresentam descontrole alimentar, enquanto 27 indivíduos (81,81%) não apresentam descontrole alimentar. Quanto ao critério de comportamento restritivo 33 indivíduos, ou seja 100% da amostra não apresenta tal comportamento. Por fim,

tratando-se do critério de alimentação emocional 8 indivíduos (24,24%) participantes da amostra apresentam alimentação emocional, enquanto 25 indivíduos (75,75%) não apresentam alimentação emocional.

Tabela 6 – Quantidade de pessoas que moram na mesma residência e a categorização do Comfort food favorito

	Fast foods		Alimentos doces e/ou sobremesas		Alimentos salgados		Comidas regionais ou típicas		Receitas familiares	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Moro sozinho (a)	2	6,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uma pessoa	2	6,0	3	9,0	3	9,0	2	6,0	2	6,0
Duas pessoas	1	3,0	6	18,1	1	3,0	1	3,0	1	3,0
Três ou mais pessoas	3	9,0	4	12,1	1	3,0	0	0	1	3,0

A Tabela 6 acima descreve a percepção entre os números de pessoas que moram na mesma residência e a categorização do Comfort food favorito e evidencia que o consumo de fast foods por indivíduos que moram sozinhos correspondem a 6,06% (n=2) da amostra avaliada.

Estudos indicam que fatores como a rotina intensa são importantes nas decisões relacionadas ao consumo de alimentos, o que comprova que a ingestão de fast food, bem como trabalhar fora de casa pode aumentar o desejo pelo consumo de alimentos de alta densidade calórica (Bava; Jaeger & Prak, 2008; Siwik & Senf, 2006).

Dos indivíduos que residem com uma pessoa, correspondentes a 6,06% (n=2) da amostra apresentam fast foods como Comfort foods favoritos correspondentes a 9,09% (n=3) apresentam preferência por doces e/ou sobremesas.

Dos indivíduos que residem com duas pessoas, 3,03% (n=1) da amostra apresenta fast foods como Comfort food favorito e 18,18% (n=6) apresentam preferências por doces e/ou sobremesas.

Além disso, dos indivíduos que residem com três ou mais pessoas, 9,09% (n=3) da amostra apresentam fast food como Comfort food favorito e 12,12% (n=4) apresentam preferência alimentar por alimentos doces e/ou sobremesas.

Por fim, através da interpretação da tabela é possível evidenciar que indivíduos que residem com uma ou mais pessoas apresentam tendência em variar mais a alimentação consumida e é nítido que há uma diminuição do consumo de fast foods e uma crescente no consumo de alimentos doces e

/ou sobremesas. Além disto, segundo Franco (2010), a refeição é considerada a “cerimônia da partilha de alimentos”, por tal motivo torna-se dotada de simbolismo. Portanto, o prazer da mesa é a sensação que advém de várias circunstâncias, fatos, lugares, coisas e pessoas que acompanham a refeição. Sendo assim, um prazer peculiar á espécie humana (FRANCO, 2010).

A tabela 7 abaixo, apresenta a correlação entre o manejo emocional e a fome emocional dos indivíduos avaliados no estudo

Tabela 7 – Correlação entre manejo emocional e fome emocional

	TFEQ-R21	
	Não apresenta alimentação emocional	
	Nº de pessoas	%
EADS		
Estresse		
Mínimo	3	12
Normal/leve	19	76
Moderado	3	12
Depressão		
Mínimo	5	20
Normal/leve	16	64
Moderado	3	12
Ansiedade		
Mínimo	1	4
Normal/leve	18	72
Moderado	3	12
Grave	1	4
Muito grave	2	8

A fome emocional frequentemente faz com que o indivíduo se alimente sem refletir sobre as escolhas a serem consumidas, de modo que é comum a ingestão de um pacote inteiro de batatas fritas, um pote de sorvete, entre outros, sem saboreá-los ou mesmo perceber quando está acabando, fato contrário ao do estímulo da fome física, em que normalmente o indivíduo encontra-se mais lúcido dos seus atos (CAMARGO *et al.*, 2016).

Os hábitos alimentares, conforme descritos acima, favorecem com que o comer emocional tenha como consequência o remorso, a culpa ou a vergonha, enquanto que quando o indivíduo consome alimentos buscando nutrir a fome física, torna-se inverosímil que o mesmo apresente os sentimentos negativos acima descritos. Sendo assim, quando há a observação desses sintomas após a ingestão desses alimentos, é notório que o indivíduo não esteja se alimentando por razões nutricionais (COSTA, 2013).

Dessa forma, indivíduos com melhor manejo emocional como a amostra estudada expõe, apresentam menor tendência a se alimentar de forma emocional, e por consequência a escolher

conscientemente os alimentos e preparações a serem ingeridas. A partir disso, o comentário da participante 2 abaixo, descreve o seu sentimento quanto as características do Comfort food favorito, relacionado aos alimentos ricos em açúcares e fazendo parte da vertente de conforto físico.

“Sinto muita falta de um docinho quando estou ansiosa”. (Participante 2)

A partir dessa afirmação, pode-se concluir que o açúcar, é um elemento culinário intensamente palatável que transmite sensação de prazer ao ser ingerido, gerando um ciclo vicioso, semelhante ao uso de substâncias ilícitas. Estas sensações são vistas como algo propício à felicidade, satisfazendo a todos os sentidos, além de estar associado a celebrações e festividades, o que influencia ainda mais o seu consumo como algo benéfico (SAWAYA; FILGUEIRAS, 2013).

Ademais, de acordo com Moore & Fielding (2016), além da alta densidade energética, a ingestão em excesso de carboidratos simples está associado ao surgimento de cárie dentária, excesso de peso e ao aumento do risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2. Por conseguinte, outro carboidrato muito consumido em todo o mundo, sendo considerado o processado mais antigo, é o pão, tradicionalmente originado da farinha de trigo e tendo o seu surgimento no Oriente Médio onde o cereal é plantado desde os tempos antigos (CAUVAIN; YOUNG, 2009). O comentário do participante 3 abaixo, faz menção a vertente nostálgica do seu Comfort food favorito, o pão doce caseiro, feito por um ente querido.

“Quando chegava na casa da minha avó o cheiro de pão doce recém saído do forno me convidava para entrar, sabia que ela estava feliz, pois cozinhar é um gesto de carinho”. (Participante 3)

Por fim, corroborando com o trecho acima citado, por meio do olfato é possível apreciar os alimentos antes de experimentá-los ou vê-los, pois aroma de comida agradável abre-nos o apetite. Dessa forma, pode-se constatar que as correlações propiciadas pelo olfato são tão intensas quanto as provenientes do paladar (FRANCO, 2010). Assim, caracterizando o apetite como um estado mental, sensação associada muito mais ao psicológico do que ao fisiológico.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que ao enfrentar situações estressoras o indivíduo apresenta a propensão em preferir alimentos doces como as sobremesas, ou mesmo o chocolate, mencionado em sete preparações dos trinta e três Comfort foods listados. Além disso, a amostra avaliada adverte para o descontrole alimentar constatado em 18,1% (n=6) e a alimentação emocional presente em

24,2% (n=8) dos indivíduos. Outro dado relevante é que ao residir em família, ou seja, com uma ou mais pessoas, o indivíduo tende a variar mais a alimentação, enquanto indivíduos que moram sozinhos optam por alimentos mais palatáveis e calóricos, como os fast foods.

A partir do exposto, pode-se concluir que o Comfort food é um termo atípico, porém dotado de simbolismos, onde apesar dos indivíduos o vivenciarem na sua rotina alimentar, desconhecem o seu significado. Além disso, um mesmo alimento pode apresentar diversas sensações nos sentidos humanos, trazendo consigo lembranças.

Torna-se ainda relevante mencionar que indivíduos com uma ingestão alimentar semelhante podem apresentar diferentes Comfort foods, pois trata-se de uma experiência particular.

Do ponto de vista científico, torna-se necessário realizar mais estudos aplicados acerca do tema buscando compreender como o Comfort food é responsável por moldar o paladar e influenciar no comportamento alimentar dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

AIZAWA E., *et al.* **Possible association of Bifidobacterium and Lactobacillus in the gut microbiota of patients with major depressive disorder.** J Affect Disord. 2016.

ALAM R, Abdolmaleky HM, Zhou JR. **Microbiome, inflammation, epigenetic alterations, and mental diseases.** Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2017.

ALLEN AJ, Leonard H, Swedo SE. **Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995.

ANJOS, A. S., *et al.* **Relação dos nutrientes com a ansiedade e depressão.** Conexão Unifametro, XVI semana acadêmica, 2020, ISSN: 2357-8645

APA - American Psychiatric Association. **DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.** 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

AUGUSTO LC. **Chocolate com pitada de design: A Gestão de Marca aliada a Gestão de Design.** Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2015.

BAVA, C. M., Jaeger, S. R., Park, J. **Constraints upon food provisioning practices in “busy” women’s lives: Trade-offs which demand convenience.** Appetite, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde,**

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.** Brasília-DF, 2017.

BRIGHTWELL MG. **'Economia da Saudade': Comfort food para a diáspora brasileira de Londres.** In: Geografias do Conforto, 2020; 26: 137-150.

CARDOZO L, Mafra D. **Alimentação Pode Levar a Benefícios para o Sistema Cardiovascular: Fato ou Ficção?**. Internacional Journal of Cardiovascular Sciences 2015.

CAMARGO *et al.*, **Estresse percebido, comportamentos relacionados à saúde e condições de trabalho de professores universitários.** Psicol. Argum, 2016.

COSTA, J. W. S. **Impactos do Estresse e sua Associação com o Comportamento Alimentar dos Graduandos de Enfermagem.** Natal, 2017.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

DASH S, Clarke G, Berk M, Jacka FN. **The gut microbiome and diet in psychiatry: focus on depression.** Curr Opin Psychiatry. 2015.

DENDASCK, Carla Viana. **Associação entre a deficiência de vitamina b12 e depressão em pacientes pós bariátricos ou não: revisão sistemática.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, Ano 04, Ed. 06, Vol. 05, pp. 05-18, 2019.

DINAN TG, Stanton C, Cryan JF. **Psychobiotics: a novel class of psychotropic.** Biol Psychiatry. 2013.

FILHO, O.; SILVA, M. **Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria.** Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 31-41, outubro. 2013.

FOND G, Boukouaci W, Chevalier G, Regnault A, Eberl G, Hamdani N, et al. **The “psychomicrobiotic”: Targeting microbiota in major psychiatric disorders: A systematic review.** Pathol Biol (Paris), 2015.

FOSTER JA, McVey Neufeld KA. **Gut-brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression.** Trends Neurosci. 2013.

FRANCO, Ariovaldo. **De caçador a gourmet: uma história da gastronomia.** 5ª ed. – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010.

FREITAS, A. P; LORENZI, M. F; MAYNARD, D. C. **A influência da ansiedade na compulsão alimentar em universitárias no curso de nutrição.** Centro universitário de Brasília - UniCEUB Faculdade de Ciências e Saúde curso de Nutrição, Brasília, 2020.

GIMENES-MINASSE, Maria Henriqueta. **Comfort food: sobre conceitos e principais características. Contextos da Alimentação – Revista de Comportamento, Cultura e Sociedade** Vol. 4 no 2 – março de 2016.

GOLAN, D. **Princípios de Farmacologia - A Base Fisiopatológica da Farmacologia - 3ª edição**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

JACKA, F.N.; CHERBUIN, N.; ANSTEY, K.J.; et al. **Does reverse causality explain the relationship between diet and depression?** Journal of Affective Disorders, v. 175, p. 248-250, 2015.

JARDIM, S. **Depressão e trabalho: Ruptura de laço social**. Revista Brasileira de Saúde ocupacional, São Paulo, n.36, p.84-92, 2011.

JIANG H, Ling Z, Zhang Y, Mao H, Ma Z, Yin Y, et al. **Altered fecal microbiota composition in patients with major depressive disorder**. Brain Behav Immun. 2015.

KAUFMAN, A. **Alimento e Emoção**. Revista da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, v. 60, n. 60. p. 7-11, dez. 2012.

LACH G, Schellekens H, Dinan TG, Cryan JF. **Anxiety, depression, and the microbiome: a role for gut peptides**. Neurotherapeutics. 2018.

LANDEIRO, J. **Impacto da microbiota intestinal na saúde mental**. 2016. 81 f. tese (Mestrado integrado em ciências farmacêuticas) Instituto Superior De Ciências Da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Almada, Portugal, 2016.

LATTIMORE, K. A. et al. **Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis**. Journal of Perinatology, Filadélfia, v. 25, n. 9, p. 595-604, set. 2005.

LOVIBOND SH, Lovibond PF. **Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia**. 1995. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/> Acesso em: 2 de maio de 2022.

MAYER EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. **Gut microbes and the brain: paradigm shift in neuroscience**. J Neurosci. 2014.

MARON *et al.*, **Biological markers of generalized anxiety disorder**. Dialogues Clinical Neuroscience, 2017.

MIN, W. *et al.*, **Monoamine transporter gene polymorphisms affect susceptibility to depression and predict antidepressant response**. Psychopharmacology. Alemanha, v. 205, n. 3, p. 409-417. Maio, 2009.

MOLONEY RD, Desbonnet L, Clarke G, Dinan TG, Cryan JF. **The microbiome: Stress, health and disease**. Mamm Genome. 2014.

NATACCI, L. C., JÚNIOR, M.F. **The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras**. Rev. Nutr. 24 (3). São Paulo; 2011.

NCHS. **NHANES III Anthropometric Procedures Video**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1996.

NIH. **The practical guide identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults**. Bethesda: NIH; 2000.

PEREIRA, Regina Célia. **Ômega-3 pode ajudar contra a ansiedade**. 2019. Disponível em: . Acesso em: 14 nov. 2021.

ROCHA ACBS, Christino PMAB, Almeida S. **Ação do cacau na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. Centro Universitário de Brasília 2019.

ROCHA *et al.*, 2020. **O papel da alimentação no tratamento do transtorno de ansiedade e depressão**. Centro Universitário de Brasília, Brasil.

ROSA, Valentina Corrêa. **A Influência e os benefícios do Comfort Food no bem-estar emocional**. Universidade do Vale do Itajaí. Balneário Camboriú, 2020.

ROSSI, L. Antropometria. In: ROSSI, L. **Nutrição em Academias do Fitness ao Wellness**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2013. p.31-92

SAMPAIO, L.R., SILVA, M.C.M., OLIVEIRA, T.M., and RAMOS, C.I. **Técnicas de medidas antropométricas**. In: SAMPAIO, L.R., org. Avaliação nutricional. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 89-101.

SMITH, Lindsey. **Alimente suas emoções – sem culpa, sem regras: apenas a comida certa para lidar com cada sentimento**. São Paulo: Editora Gente, 2019.

SOH, N.; WALTER, G. **Tryptophan and Depression: Can diet alone be the answer?** Acta Neuropsychiatrica, v. 23, n. 1, p. 3-11, 2011.

SOUZA, F. G. M. **Tratamento da depressão**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.21, s.1, São Paulo, May 1999.

SOZERI-VARMA, G. **Depression in the elderly: Clinical features and risk factors**. Aging and Disease, v.3, n. 6, p. 465-471, outubro. 2012.

SZELIGOWSKI T, Yun AL, Lennox BR, Burnet PWJ. **The Gut Microbiome and Schizophrenia: The Current State of the Field and Clinical Applications**. Front Psychiatry. 2020.

SWEDO SE, Leonard HL, Allen AJ. **New developments in childhood affective and anxiety disorders**. Curr Probl Pediatr 1994.

Vigitel Brasil 2019: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal**, 2019.

VIGNOLA, R.C.B. **Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Adaptation and Validation to Portuguese of Brazil.** Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

WHO. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.** Geneva, World Health Organization; 1998.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE)



NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação do estado nutricional e padrão alimentar voltado ao consumo de Comfort food em indivíduos com sinais e sintomas de transtorno de ansiedade e depressão.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mayara Freitas Monteiro

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: O termo Comfort food, traduzido para o português como “Comida conforto”, refere-se ao consumo de alimentos capazes de proporcionar sensação de alívio emocional (ROSA, 2020). Logo, pode ser dividido em 4 vertentes: as comidas nostálgicas, relacionadas a lembranças de infância, regionalidade e religiosidade; as comidas de indulgência, referentes as preparações consumidas em momentos em que não há preocupação com aspectos nutricionais como valores calóricos, por exemplo, e sim, privilegiando o prazer em consumi-las; as comidas de conveniência,

relacionadas as preparações práticas e rápidas de se consumir; além das comidas de conforto físico, responsáveis por produzir sensações de prazer e bem-estar ao corpo do indivíduo (GIMENES-MINASSE, 2016).

Logo, pacientes diagnosticados com transtornos psicológicos como ansiedade e depressão tornam-se mais suscetíveis a alterações nos hábitos alimentares, pois a comida pode ser um meio de fuga da realidade vivenciada, tornando mais amenos os sintomas que caracterizam essas patologias (SILVA *et al.*, 2020). Além disso, percebe-se que a ingestão alimentar sofre interferências de fatores orgânicos, ambientais, culturais e emocionais. Nesse cenário, indivíduos pertencentes a mesma classe social ou idade podem apresentar uma frequência alimentar em comum, porém o *Comfort food* é uma experiência individual (GIMENES-MINASSE, 2016).

As Doenças psicológicas citadas anteriormente têm acometido grande parte da população de centros urbanos nas últimas décadas, segundo um relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 322 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, enquanto no Brasil o distúrbio atinge 11,5 milhões de pessoas. Ainda tratando-se dos índices brasileiros, os transtornos relacionados a ansiedade são prevalentes em 9,3% da população, portanto, destacando-se o com o maior número de registros de ansiedade comparado a todos os países do mundo (BRASIL, 2017).

Em suma, compreender como o consumo de Comfort foods influencia nas escolhas preferências alimentares, pode oferecer alternativas mais eficazes para minimizar comportamentos comumente constatados nesses pacientes. Sendo assim, esta pesquisa tem por objetivo, identificar a existência de um padrão alimentar voltado ao consumo de Comfort food em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Os riscos para a saúde são considerados mínimos, há a possibilidade de que o indivíduo se sinta desconfortável em esclarecer as perguntas contidas no formulário online, ou mesmo ao aferir a antropometria necessária (peso e altura), entretanto, o (a) sr.(a) poderá finalizar o questionário a qualquer momento.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Este estudo visa estabelecer uma relação entre o Comfort food e os transtornos de ansiedade e depressão, buscando evidenciar que eles podem interferir no

comportamento alimentar e estado nutricional desses pacientes, além de oportunizar um debate sobre o conceito de Comfort food, tendo em vista que alimentos considerados como Comfort foods podem ser gatilhos para alguns indivíduos. Por fim, considera-se o desejo de que através desse trabalho haja o desenvolvimento de ações que possam promover uma melhora do quadro vivenciado por esses indivíduos.

ANÁLISE ÉTICA DO PROJETO: O presente projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico de Vitória, cujo endereço é Av. Vitória n.950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017-950, telefone (27) 3331-8516.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário será encaminhado ao CIASC (Centro Integrado de Atenção à Saúde da Comunidade) para receber assistência nutricional e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o(a) pesquisador (a), Professora Mayara Freitas Monteiro, pelo e-mail: mmonteiro@salesiano.br e também no endereço, Av. Vitória nº 950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017- 950, e a acadêmica Rafaela da Silva Leitimann pelo e-mail rleitimann@gmail.com.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa e pelo patrocinador (quando for o caso). Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO:

Eu, _____, portador da

Carteira de identidade nº _____, expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Afirmo também que recebi via de igual teor e forma desse documento por mim assinado.

DATA: _____/_____/_____

Assinatura do Participante Voluntário

Mayara Freitas Monteiro

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo 1 – Questionário *The Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21)

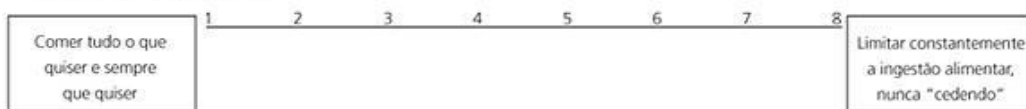
QUESTIONÁRIO TFEQ-R21 - VERSÃO EM PORTUGUÊS

Esta seção contém declarações e perguntas sobre hábitos alimentares e sensação de fome.

Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
3. Às vezes, quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso
10. Quando me sinto solitário (a), me consolo comendo.
☐ Totalmente verdade
☐ Verdade, na maioria das vezes
☐ Falso, na maioria das vezes
☐ Totalmente falso

11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer.
- ☐ Totalmente verdade
 - ☐ Verdade, na maioria das vezes
 - ☐ Falso, na maioria das vezes
 - ☐ Totalmente falso
17. O quanto frequentemente você evita "estocar" (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?
- ☐ Quase nunca
 - ☐ Raramente
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Quase sempre
18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?
- ☐ Não estou disposto(a)
 - ☐ Estou um pouco disposto(a)
 - ☐ Estou relativamente bem disposto(a)
 - ☐ Estou muito disposto(a)
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?
- ☐ Nunca
 - ☐ Raramente
 - ☐ Às vezes
 - ☐ Pelo menos 1 vez por semana
20. Com qual frequência você fica com fome?
- ☐ Somente nos horários das refeições
 - ☐ Às vezes entre as refeições
 - ☐ Frequentemente entre as refeições
 - ☐ Quase sempre
21. Em uma escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?



Anexo 2 – Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1- aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo 3 - Questionário socioeconômico do perfil dos participantes da pesquisa

1 - Qual o seu sexo?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

2 - Qual a sua idade?

- ☐ Entre 20 e 29 anos
- ☐ Entre 30 e 39 anos
- ☐ Entre 40 e 49 anos
- ☐ Entre 50 e 59 anos

3 - Qual o seu estado civil?

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado (a)
- ☐ Viúvo (a)
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ União estável
- ☐ Outro

4 - Quantas pessoas moram na sua casa além de você?

- ☐ Moro sozinho (a)
- ☐ Uma pessoa
- ☐ Duas pessoas
- ☐ Três ou mais pessoas

5 – Qual a sua renda familiar?

- ☐ Até meio salário mínimo
- ☐ Entre meio e um salário mínimo
- ☐ Entre um e dois salários mínimos
- ☐ Entre dois e três salários mínimos

- ☐ Entre três e cinco salários mínimos
- ☐ Acima de cinco salários mínimos

6 – Qual a sua profissão ou ocupação?

7 – Qual o seu nível de escolaridade?

- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

8 – Você realiza ou já realizou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

9 – Se sim, faz uso de medicações para aliviar os sintomas?

- ☐ Faço uso de medicações
- ☐ Não faço uso de medicações