

OS ESTILOS ALIMENTARES RESTRITIVO E EMOCIONAL ESTÃO POSITIVAMENTE ASSOCIADOS AO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

AMANDA FERREIRA DE SOUSA¹

ALINE SILVA DOS REIS ²

RESUMO

Introdução: Classificar o comportamento alimentar em estilos é importante para determinar e possibilitar maior entendimento sobre sua influência sobre o estado nutricional. **Objetivo:** Caracterizar o estilo alimentar dos participantes e associar os estilos do comportamento alimentar com o IMC. **Material e métodos:** Estudo transversal com 30 pacientes que procuraram atendimento em uma clínica escola em Patrocínio/MG, nomes de Setembro de 2019. Os participantes responderam ao Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA). O peso e a estatura foram aferidos e posteriormente o IMC foi calculado. Foram realizadas análises de correlação e regressão linear múltipla para associar o IMC dos participantes aos valores das médias das 3 sub-escalas do comportamento alimentar. **Resultados:** Foi observado que 46,7% dos participantes apresentaram o estilo restritivo predominante (n = 14), 46,7% apresentaram o estilo de ingestão externa predominante (n = 14) e somente 6,7% apresentaram o estilo de ingestão emocional predominante (n = 2). As sub-escalas restritiva e emocional do comportamento alimentar se associaram positivamente ao IMC, respectivamente: ($\beta = 0,375$; $R^2 = 0,23$; $p < 0,001$ e $\beta = 0,354$; $R^2 = 0,21$; $p = 0,001$). Já a subescala de ingestão externa não se associou ao IMC. **Conclusão:** Houve maior prevalência dos estilos alimentares restritivo e de ingestão externa na amostra avaliada. Adicionalmente, houve associação positiva entre as médias das subescalas de ingestão restritiva e emocional com o IMC, o que indica que os participantes que declararam ter maior frequência de comportamentos de restrição alimentar e ingestão emocional tinham maior IMC.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Dieta. Estado nutricional.

ABSTRACT

Background: Classifying eating behavior in styles is important to determine and enable a better understanding of its influence on nutritional status. **Aim:** To characterize the eating style of the participants and to associate the styles of eating behavior with the BMI. **Material and methods:** Cross-sectional study with 30 patients who sought care at a school clinic in Patrocínio /MG, in September 2019. Participants answered the Dutch Questionnaire on Food Behavior (DQFB). Weight and height were measured and BMI was subsequently calculated. Correlation and multiple linear regression analyzes were performed to associate the participants' BMI with the mean values of the 3 subscales of eating behavior. **Results:** It was observed that 46.7% of the

¹ Nutricionista. Curso de Nutrição. Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP), Patrocínio/MG, Brasil.

² Nutricionista. Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia/MG, Brasil. Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP), Patrocínio/MG, Brasil. E-mail do autor correspondente: alinereisnut@gmail.com

participants had the predominant restrictive style ($n = 14$), 46.7% had the predominant external intake style ($n = 14$) and only 6.7% presented the emotional intake style predominant ($n = 2$). The restrictive and emotional subscales of eating behavior were positively associated with BMI, respectively: ($\beta = 0.355$; $R^2 = 0.23$; $p < 0.001$ and $\beta = 0.354$; $R^2 = 0.21$; $p = 0.001$). The external intake subscale was not associated with BMI. **Conclusion:** There was a higher prevalence of restrictive eating styles and external intake in the evaluated sample. Additionally, there was a positive association between the means of the subscales of restrictive and emotional intake with the BMI, which indicates that the participants who declared to have a higher frequency of food restriction and emotional intake behaviors had a higher BMI.

Keywords: Diet. Eating behavior. Nutritional status.

INTRODUÇÃO

Na área de Alimentação e Nutrição, o hábito alimentar se diferencia do comportamento alimentar. Enquanto o primeiro refere-se ao que as pessoas consomem no dia a dia, ou seja, a ingestão de calorias ou nutrientes, o segundo já envolve questões psicossociais que estão associados à seleção e a decisão de quais alimentos consumir (KLOTZ-SILVA et al., 2016).

Nota-se assim que o comportamento alimentar é um processo descontínuo, que não requer uma ligação com o tempo, ao contrário do hábito considera o período da ação. É como um indivíduo se alimenta, não havendo necessidade de reincidência como no caso do hábito alimentar (CARVALHO, 2012).

O comportamento sofre influência de vários fatores, sejam nutricionais, psicossociais, culturais ou socioeconômicos, sendo o (a) nutricionista uma peça chave nesse processo. Logo, para que esse profissional consiga colaborar nesta questão e promover mudanças, deve existir uma relação entre ele e diversos setores e disciplinas, agregando saberes e ações (KLOTZ-SILVA et al., 2016).

De acordo com Viana e Sinde (2003), classificar o comportamento alimentar em estilos é importante para determinar e possibilitar maior entendimento sobre a conduta das pessoas e como estas influenciam no ganho ou perda de peso, isto de maneira individualizada, visto que existem diferentes ações.

Para fazer essa classificação, o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar (QHCA) é um importante instrumento, composto de 33 perguntas separadas em três escalas: escala de Restrição, escala de Ingestão Externa (ambas com 10 itens cada) e escala de Ingestão Emocional, que contém 13 itens. Esses são analisados de acordo com as respostas em uma escala de um (nunca) a cinco (muito frequentemente) (LAVAREDA et al., 2017).

Lavareda et al. (2017) ainda explicam as diferenças entre estas três escalas. A restrição alimentar está frequentemente associada àquelas pessoas que desejam perder peso, pois, elas têm um controle do desejo de comer. A ingestão emocional como o próprio nome sugere, está relacionada com as emoções, sejam elas positivas ou negativas, podendo gerar um desequilíbrio na alimentação. Por último, a ingestão externa é aquele estilo onde o consumo alimentar é estabelecido pelas propriedades organolépticas dos alimentos, como a cor, odor, textura e sabor.

Cada vez mais as pessoas têm rotulado a comida como sendo a grande vilã da história, mesmo com tantas informações disponíveis sobre alimentação, dietas e hábitos saudáveis. Comer não pode ser uma tortura, pelo contrário, deve ser um ato prazeroso e sem culpa. É importante lembrar que o ato de se alimentar envolve aspectos emocionais, fisiológicos e sociais, que devem ser levados em consideração pelo(a) nutricionista durante a elaboração do plano alimentar, observando cuidadosamente todos esses fatores.

Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar os estilos alimentares e verificar a possível associação destes com o Índice de Massa Corporal dos pacientes que procuraram atendimento em uma clínica escola do Município de Patrocínio-MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de estudo e participantes

Foi realizado um estudo transversal com pacientes que procuraram atendimento nutricional em uma clínica escola do Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio-MG - UNICERP, localizada no centro da cidade de Patrocínio/MG durante o mês de setembro de 2019. A amostra foi composta por 30 participantes, de ambos os sexos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foi utilizado como critério de inclusão ter idade entre 18 e 59 anos e de exclusão pacientes gestantes, além daqueles que preencheram os formulários de forma incorreta.

Avaliação antropométrica

O peso corporal e a estatura foram aferidos de acordo com o protocolo antropométrico

de Lohman (1988). Para medir o peso corporal foi utilizada uma balança antropométrica da marca Welmy® com capacidade mínima de 2kg e máxima de 150 kg, precisão de 100g para verificação do peso. No mesmo momento foi aferida a altura utilizando a régua antropométrica acoplada à balança que possui escala de 2,00m em alumínio anodizado, com precisão de 0,5cm. Posteriormente o IMC foi obtido dividindo-se o peso em quilos pela estatura em metros ao quadrado. O IMC dos participantes foi classificado segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998).

Avaliação dos estilos do comportamento alimentar

Para a avaliação do estilo alimentar, os participantes responderam ao questionário holandês de comportamento alimentar (QHCA) adaptado e validado para o português por Viana e Sinde (2003), que é um instrumento que permite investigar os fatores psicossociais que permeiam as escolhas na alimentação. É composto de 33 perguntas, distribuídas em três escalas de avaliação: escala de Restrição, escala de Ingestão Externa (cada qual composta por 10 itens) e escala de Ingestão Emocional, que compreende 13 itens. Esses itens são avaliados em uma escala de Likert de um (nunca) a cinco (muito frequentemente), de acordo com a frequência com que o indivíduo apresenta determinado comportamento. A média de cada sub-escala é obtida pelo valor das respostas a cada questão dividido pelo número de itens. A sub-escala com pontuação mais elevada evidencia o estilo alimentar mais frequentemente praticado, ou seja, qual é o mais determinante quando este indivíduo está diante de alimentos e do ato de comer.

Análise estatística

Foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis. As variáveis contínuas foram descritas em médias e desvio-padrão enquanto que as variáveis categóricas foram expostas como porcentagens e números absolutos de frequência. A correlação de Pearson foi realizada em um modelo simples e em um modelo parcial (com ajuste para sexo e idade) para correlacionar os valores de IMC (kg/m^2) às médias das subescalas do comportamento alimentar. Em adicional foram realizadas análises de regressão linear múltipla

para verificar a capacidade das subescalas do comportamento alimentar em prever o IMC. Estas análises foram realizadas por meio do software Statistica, versão 6.0. O nível de significância adotado foi p -valor $<0,05$.

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNICERP (COEP) (nº do Protocolo: 20191450NUT001). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 30 participantes, adultos, maioria do sexo feminino, com IMC médio de sobrepeso, sendo que a maioria dos participantes tinham excesso de peso (sobrepeso e/ou obesidade). Houve maior prevalência dos estilos do comportamento alimentar restritivo e de ingestão externa e apenas uma pequena minoria apresentou o estilo de ingestão emocional como o predominante na amostra avaliada (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos indivíduos que procuraram atendimento em uma Clínica Escola em Patrocínio – MG, 2019.

Variável	n = 30
Idade (anos)	31,2 ± 12,2
Sexo n (%)	
Feminino	26,0 (86,7)
Masculino	4,0 (13,3)
Peso (kg)	73,6 ± 17,9
Altura (m)	1,62 ± 0,08
IMC (kg/m ²)	27,9 ± 5,6
Classificação do IMC n (%)	
Baixo Peso	0
Eutrofia	11,0 (36,7)
Sobrepeso	9,0 (30)
Obesidade Grau I	8,0 (26,7)
Obesidade Grau II	0
Obesidade Grau III	2,0 (6,7)
Escala Emocional	2,42 ± 0,83
Escala de Restrição	3,0 ± 0,93

Escala de Ingestão Externa	3,1 ± 0,53
Estilo Predominante n (%)	
Emocional	2 (6,7)
Restritivo	14 (46,7)
Externo	14 (46,7)

Na Tabela 2 é possível observar as correlações entre o IMC (kg/m²) e as médias das subescalas do comportamento alimentar. Foi verificado que os valores de IMC não se correlacionaram aos valores das sub-escalas do comportamento alimentar no modelo 1. Porém, ao ajustar estas análises pelas variáveis sexo e idade no modelo 2, a correlação entre o IMC e a escala de Restrição se tornou significativa estatisticamente, sendo caracterizada como uma correlação positiva e de nível moderado. No entanto, as correlações entre o IMC e os valores da escala Emocional e de Ingestão Externa continuaram não sendo significativas do ponto de vista estatístico.

Tabela 2. Correlação entre o IMC (kg/m²) e as médias das sub-escalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA).

	Modelo 1		Modelo 2	
	R	p	R	p
IMC e Escala Emocional	0,25	0,185	0,36	0,061
IMC e Escala de Restrição	0,32	0,86	0,38	0,043
IMC e Escala de Ingestão Externa	0,03	0,85	0,19	0,323

Modelo 1: Correlação Simples (Sem Ajuste). Modelo 2: Correlação Parcial com ajuste para sexo e idade

A tabela 3 demonstra o resultado da análise de regressão linear múltipla entre o IMC (kg/m²) e os valores das médias das sub-escalas do comportamento alimentar com a inclusão das variáveis idade e sexo no modelo. Foi verificado que houve associação positiva e significativa entre os valores de IMC e as escalas emocional e de restrição, idade e sexo, mas não com a escala de ingestão externa. É possível observar ainda que o modelo formado pela Escala Emocional, idade e sexo conseguiu predizer em aproximadamente 21% o valor do IMC, enquanto que o modelo que incluiu a Escala de Restrição, idade e sexo predisse em aproximadamente 23% o valor do IMC.

Tabela 3. Análise de Regressão Linear Múltipla entre IMC (kg/m²) e as médias das sub-escalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA), Idade e Sexo.

	B	R ²	P
IMC e Escala Emocional	0,354	0,21	0,001
IMC e Escala de Restrição	0,375	0,23	<0,001
IMC e Escala de Ingestão Externa	0,205	0,13	0,081

β = Beta da Subescala do Comportamento Alimentar no Modelo.

DISCUSSÃO

No presente estudo a avaliação do estilo alimentar pelo QHCA mostrou maior prevalência dos estilos do comportamento alimentar restritivo e de ingestão externa e a minoria apresentou o estilo de ingestão emocional como o predominante. Também foi verificado que houve associação positiva e significativa entre os valores de IMC e a média da escala emocional e de restrição, idade e sexo, mas não com a escala de ingestão externa. Resultado semelhante foi encontrado por Magalhães (2011) em que demonstrou, também, a propensão crescente à ingestão restritiva, assim como à emocional, na medida em que aumentava o IMC, entre as participantes do estudo (MAGALHÃES, 2011).

Como foi observado, o estilo de restrição prevaleceu em grande parte da amostra e foi associado positivamente ao IMC. Sabe-se que os indivíduos podem adotar um padrão alimentar restritivo mesmo quando possuem o peso adequado por sofrerem pressão social o que acarreta a busca de dietas com o objetivo de atingir o corpo perfeito. A prática das dietas restritivas pode levar o indivíduo a um descontrole, uma ingestão exagerada e muitas vezes compulsiva, sendo que a própria restrição pode ser a causa das compulsões alimentares (VIANA et al., 2008; VIANA et al., 2009). Bernardi (2005) em seu estudo demonstrou que há indícios de que é mais comum as pessoas acima do peso apresentarem comportamento de restrição alimentar e compulsão. Essas condutas em quem faz dietas restritas aparentam ter efeito rebote, isto é, a pessoa perde peso rapidamente, porém, devido ao tempo de restrição alimentar ela ganha novamente os quilos perdidos ou chega a pesar muito além do que estava pesando antes de emagrecer (BERNARDI, 2005). Dessa forma, a hipótese que criamos para o fato de haver associação positiva entre a média da sub-escala de restrição e o IMC, é que provavelmente os participantes que apresentavam maior frequência de comportamentos de restrição alimentar também apresentavam episódios de compulsão alimentar, o que justificaria o seu maior IMC.

O presente estudo demonstrou que além do comportamento restritivo, o estilo alimentar emocional também está positivamente associado com o maior IMC. Em um estudo exploratório realizado com mulheres portuguesas com obesidade mórbida, as autoras citaram que o excesso na ingestão de alimentos no indivíduo obeso pode ser devida a uma série de fatores emocionais e psicológicos. Logo, a manifestação da obesidade seria em consequência de um descontrole de sentimentos inconscientes como um mecanismo de defesa do indivíduo (REBELO, LEAL, 2007). Segundo Alvarenga e Figueiredo (2015), os alimentos podem ser utilizados como meios

para reduzir ou cessar emoções negativas e prolongar as positivas. Deste modo, o estado emocional pode exercer influência sobre o desejo de se alimentar de diferentes formas, fazendo com que alguns indivíduos comam mais e outros menos. Ainda conforme estas autoras, um dos motivos que fazem com que haja o exagero alimentar por parte das pessoas seria o fato de utilizar a comida com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade, independentemente do apetite, ao que chamam de comer emocional (ALVARENGA, FIGUEIREDO, 2015). Dessa forma, a partir dos resultados do presente estudo, podemos especular que a associação positiva entre a média da subescala de ingestão emocional e o IMC ocorra, pois, aqueles indivíduos que mais frequentemente apresentam comportamentos de ingestão emocional possam comer para suprir as emoções o que poderia levar a um balanço energético positivo e essa seria a explicação para o fato de apresentarem maior IMC.

O presente estudo apresentou algumas limitações. O desenho transversal não permite a inferência de causa e efeito entre as variáveis. Ou seja, não se pode afirmar que a maior média nas sub-escalas de ingestão restritiva e emocional são as causas do maior IMC, pode-se dizer apenas que houve associação positiva entre elas. Ademais, embora tenha sido realizado ajuste estatístico para duas importantes variáveis de confusão (sexo e idade), outros fatores confundidores não foram avaliados e não puderam ser utilizados nas análises. Finalmente, o número de participantes da amostra foi modesto. Como ponto forte do estudo, ressalta-se que os estilos alimentares foram avaliados por meio de um questionário validado para a língua portuguesa.

Foi possível concluir que houve maior prevalência de predominância dos estilos alimentares restritivo e de ingestão externa na amostra avaliada. Adicionalmente, houve associação positiva entre as médias das sub-escalas de ingestão restritiva e emocional com o IMC, o que indica que os participantes que declararam ter maior frequência de comportamentos de restrição alimentar e ingestão emocional tinham maior IMC.

CONCLUSÕES

Foi observado que houve maior prevalência de predominância dos estilos alimentares restritivo e de ingestão externa na amostra avaliada. Adicionalmente, houve associação positiva entre as médias das subescalas de ingestão restritiva e emocional com o IMC, o que indica que os participantes que declararam ter maior frequência de comportamentos de restrição alimentar e ingestão emocional tinham maior IMC.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle; FIGUEIREDO, Manoela. Comer Intuitivo. In: ALVARENGA, Marle et al. (Org.). **Nutrição Comportamental**. Barueri: Manole, 2015.

BERNARDI, F. et al. **Comportamento de restrição alimentar e obesidade**. Rev. Nutr., Campinas, v.18; n.1; p.85-93., jan./fev., 2005

CARVALHO, M. C. V. S. **Práticas e saberes na alimentação: natural, racional ou social?** In: LUZ, M.T.; BARROS, N.F. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde, estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJABRASCO. p. 425-442, 2012.

FERREIRA, V., & WANDERLEY, E. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.185-194, 2010.

KLOTZ-SILVA, J. et al. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26; n. 4; p.1103-1123., 2016.

LAVAREDA, *et al.* **Caracterização do comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição de uma instituição de ensino superior em Belém-PA**. Anais do VICongresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA), Universidade Federal do Pará – 7 a 10 de novembro de 2017.

LOHMAN, T.G. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesity: presenting and managing the global epidemic**. In: Report of a WHO consultation on obesity. Genebra:OMS; 1998.

REBELO, A; LEAL, I. Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v.3; n. 25; p.467-477, 2007.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v.4, n. 20, p. 611-624, 2002.

VIANA, V.; SINDE, S. Estilo alimentar: adaptação e validação do Questionário Holandês de Comportamento Alimentar. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v.8; n.1, p.59-71, 2003.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES, M.J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças** v. 9, n.2, p.209-231, 2008.