



- Diana de Araujo Eymael¹
 Lúcia Rota Borges²
 Ana Maria Pandolfo Feoli³
 Antonio Orlando Farias Martins Filho¹
 Débora Kilpp⁴
 Caroline Santos Leal²
 Anne y Castro Marques²
 Renata Torres Abib Bertacco²

¹ Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Nutrição, Programa de Pós-graduação em Nutrição e alimentos. Pelotas, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Nutrição, Departamento de Nutrição. Pelotas, RS, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Hospital Escola UFPEL/EBSERH. Pelotas, RS, Brasil.

O presente artigo é oriundo de Dissertação de Mestrado, intitulado "Comportamento alimentar em pacientes ambulatoriais com diabetes tipo 2 e/ou hipertensão: um estudo transversal", autoria de Diana de Araujo Eymael, sob orientação de Renata Torres Abib Bertacco, defendido em 02 de agosto de 2021, no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, da Universidade Federal de Pelotas.

Correspondência

Diana de Araujo Eymael
diana-eymael@hotmail.com

Comportamento alimentar em pacientes ambulatoriais com diabetes mellitus tipo 2 e/ou hipertensão arterial sistêmica

Eating behavior in outpatients with type 2 diabetes mellitus and/or systemic arterial hypertension: a cross-sectional study

Resumo

Objetivo: Avaliar o comportamento alimentar de pacientes com diabetes e/ou hipertensão assistidos em um ambulatório de nutrição, e associar este comportamento a fatores sociodemográficos, clínicos e nutricionais. **Métodos:** Este é um estudo transversal retrospectivo, que utilizou dados de indivíduos com diabetes tipo 2 e/ou hipertensão, adultos e idosos, de ambos os sexos, em primeira consulta ambulatorial com a Nutrição. Para a obtenção de dados sobre o comportamento alimentar, foram utilizados o Three Factor Eating Questionnaire, versão reduzida em 21 itens, e anamnese nutricional para obtenção das variáveis independentes, tais como sociodemográficas, clínicas e nutricionais. Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica. **Resultados:** Foram avaliados 55 pacientes, sendo a maioria mulheres e idosos com excesso de peso, com o diagnóstico de diabetes e hipertensão concomitantemente. O comportamento alimentar referente à restrição cognitiva apresentou maior mediana dentre os domínios avaliados. A alimentação emocional apresentou associação significativa com o gênero feminino ($p=0,0079$); já o descontrole alimentar apresentou associação com o uso de medicamentos antidepressivos ($p=0,0403$). **Conclusão:** Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que explorem o comportamento alimentar a longo prazo.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Doenças não transmissíveis. Adulto. Idoso.

Abstract

Objective: Evaluate the eating behavior of patients with diabetes and/or hypertension assisted in a nutrition clinic, and to associate this behavior with sociodemographic, clinical and nutritional factors. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study that used data from individuals with type 2 diabetes and/or hypertension, adults and elderly, of both genders, in their first outpatient consultation with Nutrition. To obtain data on eating behavior, the Three Factor Eating Questionnaire was used, reduced to 21 items, and nutritional anamnesis to obtain independent variables, such as sociodemographic, clinical and nutritional. Data were analyzed descriptively and analytically. **Results:** Fifty five patients were evaluated, most of them overweight women and elderly, diagnosed with concomitant diabetes and hypertension. The eating behavior related to cognitive restriction had the highest median among the evaluated domains. Emotional eating was significantly associated with female gender ($p=0.0079$); however, lack of dietary control was associated with the use of antidepressant medications ($p=0.0403$). **Conclusion:** It is suggested that future research be carried out to explore long-term eating behavior.

Keywords: Eating behavior. Noncommunicable diseases. Adult. Aged

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública e ocasionam perda de qualidade de vida e elevado número de mortes, sendo responsáveis por aproximadamente 63% dos óbitos no mundo anualmente. Dentre as principais DCNT, encontram-se o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS).¹ De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, a estimativa é que 463 milhões de adultos viviam com a doença em 2019, e que o número total de pessoas com DM aumente para 578 milhões em 2030 e para 700 milhões em 2045.² O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa a maioria dos casos, sendo habitualmente acompanhado de HAS, uma vez que 4 em cada 10 pacientes apresentam medidas elevadas de pressão arterial já no diagnóstico do diabetes.³ Dados de 2018 evidenciam que 32,5% dos indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos apresentavam HAS no Brasil.⁴

A etiologia e as formas para controle dessas doenças estão associadas ao comportamento alimentar, ao estilo de vida e demais fatores.⁵ O equilíbrio entre as escolhas alimentares, a ingestão alimentar e o gasto energético, em conjunto com a adequada distribuição dos nutrientes, é fundamental.⁶ As intervenções dietéticas para redução da pressão arterial modificam os hábitos alimentares,⁷ assim como comportamentos e atitudes importantes relacionados ao controle do diabetes promovem modificação na ingestão de alimentos, podendo ocasionar padrões alimentares alterados ou desordenados.⁸

O comportamento alimentar pode ser entendido como a relação do indivíduo com os alimentos, que engloba desde os sentimentos e escolhas, até a ingestão, além de todos os aspectos relacionados ao ato de alimentar-se,⁹ e podem ser constituídos ao longo da vida, de acordo com a forma como o indivíduo viveu e como isso o afetou.¹⁰

O comportamento alimentar pode ser compreendido em três dimensões psicológicas: alimentação emocional (AE), restrição cognitiva (RC) e descontrole alimentar (DA).¹¹⁻¹³ A RC caracteriza-se por uma restrição intencional do consumo alimentar para manter ou reduzir o peso; AE refere-se ao consumo alimentar desencadeado por humor, sentimentos, emoções ou tensões; e a DA é definida pela perda do próprio padrão em relação à alimentação, ou seja, perda do autocontrole e elevado consumo de alimentos, independentemente de estar ou não com fome.¹⁴ É relevante destacar que o comportamento alimentar pode ainda sofrer influência de diversos fatores, tais como condições sociais, econômicas e outras.¹⁵

Embora seja de fundamental importância o conhecimento do comportamento alimentar de indivíduos com DM2 e/ou HAS para que a abordagem terapêutica cognitiva eficaz, ainda não está claro na literatura o perfil comportamental desses pacientes. Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo descrever o comportamento alimentar e fatores associados em pacientes com DM2 e/ou HAS assistidos em um ambulatório de Nutrição especializado.

MÉTODO

Este estudo é um corte transversal de uma pesquisa maior, intitulada "Comportamento alimentar de pacientes com excesso de peso atendidos em ambulatório de diabetes e hipertensão", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (protocolo número 4.145.604). Para este estudo, foram incluídos os dados da primeira consulta de adultos (idade entre 18 e 59 anos) e idosos (idade igual ou superior a 60 anos¹⁶) com diagnóstico de DM2 e/ou HAS. Os pacientes, de ambos os sexos, foram atendidos entre fevereiro de 2019 e março de 2020, período em que a pesquisa principal foi realizada no ambulatório de Nutrição do Centro de Diabetes e Hipertensão da Universidade Federal de Pelotas. Eles concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados excluídos consistiam em dados de pacientes com DM1; dados TFEQ incompletos ou inexistentes; e dados coletados antes do período escolhido para esta pesquisa.

As variáveis coletadas da anamnese padrão do ambulatório foram: sexo (feminino/masculino); idade, posteriormente categorizada por faixa etária (adultos/idosos); escolaridade (analfabeto/ensino fundamental incompleto;

ensino fundamental completo/ensino médio incompleto; ensino médio completo/ensino superior incompleto; ensino superior completo); situação conjugal (solteiro/casado/divorciado/viúvo); patologias de base, como HAS (sim/não) e DM2 (sim/não) confirmadas por prontuário; duração do sono (<6h, 6-8h, >8h); uso de medicamentos, obtido de forma aberta e categorizado em ansiolíticos (sim/não) e antidepressivos (sim/não); acompanhamento nutricional prévio (sim/não); peso e estatura para classificação do estado nutricional com base no IMC, sendo adotadas diferentes classificações para adultos (baixo peso $\leq 18,5$ kg/m²; eutrófico 18,5 – 24,9 kg/m²; sobrepeso 25 – 29,9 kg/m²; obesidade grau I 30 – 34,9 kg /m²; obesidade grau II 35 – 39,9 kg/m²; obesidade grau III $\geq 40,0$ kg/m²), segundo a OMS,¹⁷ e idosos (baixo peso ≤ 22 kg/m²; adequados ou eutróficos >22 - <27 kg/m²; excesso de peso ≥ 27 kg/m²), segundo Lipschitz;¹⁸ e os domínios do comportamento alimentar: descontrole alimentar (0-100 pontos), restrição cognitiva (0-100 pontos) e alimentação emocional (0-100 pontos). Os domínios AE, RC e DA foram considerados variáveis de desfecho, enquanto os demais foram considerados variáveis de exposição. Os instrumentos utilizados para coletar cada variável serão descritos a seguir. A anamnese nutricional foi aplicada por equipe treinada e utilizada para obtenção das variáveis independentes, como fatores sociodemográficos, clínicos e nutricionais.

Para obter dados sobre o comportamento alimentar, foi utilizado o “Three-Factor Eating Questionnaire – R21” (TFEQ-R21). Originalmente desenvolvido por Stunkard e Messick¹³ em 1985, o TFEQ-R21 teve sua versão reduzida para 21 itens por Tholin et al.¹⁹ em 2005. Foi traduzido e validado por Natacci & Ferreira Júnior²⁰ em 2011, e é considerado uma ferramenta para categorizar o padrão de comportamento alimentar em três domínios: restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar.

O TFEQ-R21 possui 6 itens que abordam a restrição cognitiva, identificando o controle alimentar que visa influenciar o peso. A escala de alimentação emocional, também com 6 itens, indica o quanto os estados emocionais negativos podem influenciar o comer em excesso. Há, ainda, 9 itens sobre descontrole alimentar, que avaliam a tendência do paciente em perder o controle alimentar quando está com fome ou ao receber estímulos externos, totalizando 21 itens. Esse instrumento gera uma escala de 0 a 100 pontos e, quanto mais próximo de 100, maior a dimensão do aspecto comportamental.^{19,21}

Para análise dos dados, inicialmente foi criado um banco de dados no programa de *software* Microsoft Excel® 2016, exportado em seguida para o programa estatístico Stata 13.0, no qual foram realizadas as análises. Realizou-se análise descritiva dos dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais para caracterização da amostra. Para a descrição das variáveis categóricas, foram utilizados o número absoluto e a frequência relativa, e para as variáveis contínuas, a mediana e o intervalo interquartil, de acordo com a distribuição das variáveis.

Para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. O teste T ou teste de Mann-Whitney foi usado para variáveis de exposição dicotômicas, enquanto para exposições politômicas nominais foi usado o teste de ANOVA ou o teste de Kruskal-Wallis, dependendo da natureza da variável. Para todas as associações estatísticas, adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

No período avaliado, foram atendidos 123 pacientes de primeira consulta no Ambulatório de Nutrição, dos quais foram excluídos 68, pois não apresentavam dados completos para este estudo ou apresentavam algum dos critérios de exclusão. Desta forma, a amostra foi constituída por 55 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino, idosa, com diagnóstico de DM2 e HAS concomitantemente, autorrelatados analfabetos ou com ensino fundamental incompleto, e cuja situação conjugal era “casado”. A maioria relatou pelo menos 6 horas diárias de sono, não utilizar medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos e já ter realizado acompanhamento nutricional prévio em outro local. O excesso de peso, entendido como a soma dos indivíduos adultos com sobrepeso e com obesidade, foi encontrado na maioria da amostra, tanto em adultos

quanto em idosos (Tabela 1). Quanto ao comportamento alimentar, o domínio “restrição cognitiva” foi o que apresentou maior mediana (39, 28 – 67), quando comparado aos demais domínios ($p < 0,0001$).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de pacientes atendidos em um ambulatório de Nutrição de um Centro de Diabetes e Hipertensão (n=55). 2020.

Variável	n (%)
<i>Características sociodemográficas</i>	
<i>Sexo</i>	
Feminino	31 (56,36)
Masculino	24 (43,64)
<i>Grupo etário</i>	
Adulto	18 (32,73)
Idoso	37 (67,27)
<i>Escolaridade</i>	
Analfabeto/Fundamental incompleto	29 (52,72)
Fundamental completo/Médio incompleto	11 (20,00)
Médio completo/Superior incompleto	13 (23,64)
Superior completo	2 (3,64)
<i>Situação conjugal*</i>	
Solteiro	9 (16,98)
Casado	22 (41,51)
Divorciado	9 (16,98)
Viúvo	13 (24,53)
<i>Características clínicas - Patologia de base</i>	
Diabetes Mellitus tipo 2	9 (16,36)
Hipertensão Arterial Sistêmica	10 (18,18)
Ambos	36 (65,46)
<i>Características clínicas - Duração do sono*</i>	
Menos de seis horas	1 (1,88)
Entre seis e oito horas	26 (49,06)
Mais de oito horas	26 (49,06)
Uso de medicamento ansiolítico	6 (10,91)
Uso de medicamento antidepressivo	11 (20,0)
<i>Características nutricionais</i>	
Acompanhamento nutricional prévio	30 (54,55)
<i>Estado nutricional de adultos (IMC)^a</i>	
Eutrofia	4 (22,22)
Sobrepeso	3 (16,67)
Obesidade	11 (61,11)
<i>Estado nutricional de idosos (IMC)^b</i>	
Magreza	1 (2,70)
Eutrofia	6 (16,22)
Excesso de peso	30 (81,08)
<i>Domínios do comportamento alimentar</i>	
Alimentação Emocional (AE)	Mediana (P25-P75) 6 (0 – 28)
Descontrole Alimentar (DA)	19 (7 – 33)
Restrição Cognitiva (RC)	39 (28 – 67)

*Situação conjugal e duração do sono: n=53.

^a Índice de Massa Corporal (IMC): baixo peso $\leq 18,5$; eutrófico 18,5 - 24,9; sobrepeso 25 - 29,9; obesidade grau I 30 - 34,9; obesidade grau II 35 - 39,9; obesidade grau III $\geq 40,0$. Analisado segundo OMS¹⁷. n=18.

^b Índice de Massa Corporal (IMC): baixo peso ≤ 22 ; adequado ou eutrófico $>22 - <27$; sobrepeso ≥ 27 . Analisado segundo Lipschitz¹⁸. n=37.

Foram observadas associações estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o domínio de alimentação emocional ($p=0,0079$), e entre o uso de medicamento antidepressivo e o domínio de descontrole alimentar ($p=0,0403$). As variáveis idade, uso de medicamento ansiolítico e acompanhamento nutricional prévio não apresentaram associação aos domínios do comportamento alimentar (Tabela 2). Não houve diferença significativa entre as medianas dos domínios de comportamento alimentar em relação à patologia de base, duração do sono, escolaridade, estado nutricional e situação conjugal (Tabela 3).

Tabela 2. Domínios do comportamento alimentar segundo características sociodemográficas, clínicas e nutricionais (n=55). Ambulatório de Nutrição do Centro de Diabetes e Hipertensão, 2020.

Variável	Alimentação Emocional (AE) Mediana (P25-P75)	Descontrole Alimentar (DA) Mediana (P25-P75)	Restrição Cognitiva (RC) Mediana (P25-P75)
<i>Sexo</i>			
Homens (n=24)	6.0 (0 – 11.0)	22.5 (7.0 – 33.0)	36.0 (28.0 – 67.0)
Mulheres (n=31)	17.0 (6.0 – 50.0)	15.0 (7.0 – 41.0)	44.0 (22.0 – 61.0)
P	0.0079*	0.8848	0.6520
<i>Idade</i>			
Adultos (n=18)	8.5 (0 – 56.0)	31.5 (7.0 – 48.0)	36.0 (28.0 – 50.0)
Idosos (n=37)	6.0 (0 – 17.0)	15.0 (7.0 – 33.0)	44.0 (28.0 – 72.0)
P	0.4744	0.1348	0.4182
<i>Uso de medicamentos ansiolíticos</i>			
Sim (n=6)	11.0 (11.0 – 17.0)	28.0 (15.0 – 44.0)	30.5 (17.0 – 50.0)
Não (n=49)	6.0 (0 – 28.0)	19.0 (7.0 – 33.0)	39.0 (28.0 – 67.0)
P	0.2613	0.2491	0.3862
<i>Uso de medicamentos antidepressivos</i>			
Sim (n=11)	11.0 (6.0 – 56.0)	37.0 (15.0 – 52.0)	44.0 (22.0 – 72.0)
Não (n=44)	6.0 (0 – 22.0)	17.0 (7.0 – 33.0)	39.0 (28.0 – 64.0)
P	0.1967	0.0403*	0.7919
<i>Acompanhamento nutricional prévio</i>			
Sim (n=30)	11.0 (6.0 – 28.0)	22.5 (15.0 – 37.0)	36.0 (28.0 – 61.0)
Não (n=25)	6.0 (0 – 17.0)	15.0 (4.0 – 33.0)	44.0 (28.0 – 72.0)
P	0.2071	0.1489	0.2817

*Significância estatística ($p < 0,05$), teste de Mann-Whitney.

**Duração do sono e situação conjugal: n=53.

Tabela 3. Associação entre os domínios do comportamento alimentar em relação à duração do sono, presença de

Variável	Alimentação Emocional (AE) Mediana (P25-P75)	Descontrole Alimentar (DA) Mediana (P25-P75)	Restrição Cognitiva (RC) Mediana (P25-P75)
<i>Duração do sono**</i>			
Menos de seis horas (n=1)	0 (0 – 0)	4.0 (4.0 – 4.0)	11.0 (11.0 – 11.0)
Entre seis e oito horas (n=26)	6.0 (0 – 17.0)	15.0 (4.0 – 37.0)	39.0 (22.0 – 72.0)
Mais de oito horas (n=26)	11 (6.0 – 33.0)	28.0 (15.0 – 33.0)	41.5 (28.0 – 61.0)
P	0.0719	0.1667	0.3327
<i>Patologia de base</i>			
Diabetes Mellitus 2 (n=9)	0 (0 – 6.0)	7.0 (0 – 26.0)	33.0 (22.0 – 44.0)
Hipertensão Arterial Sistêmica (n=10)	11.5 (6.0 – 56.0)	33.0 (7.0 – 48.0)	36.0 (28.0 – 61.00)
Ambos (n=36)	11.0 (0 – 28.0)	19.0 (9.0 – 33.0)	41.5 (28.0 – 67.0)
P	0.0526	0.1870	0.6096
<i>Escolaridade</i>			
Analfabeto/Fundamental Incompleto (n=29)	6.0 (0 – 11.0)	19.0 (7.0 – 37.0)	39.0 (28.0 – 56.0)
Fundamental Completo/Médio Incompleto (n=11)	17.0 (11.0 – 78.0)	26.0 (15.0 – 48.0)	39.0 (17.0 – 61.0)
Médio Completo/Superior Incompleto (n=13)	0 (0 – 28.0)	7.0 (0 – 33.0)	33.0 (22.0 – 72.0)
Superior completo (n=2)	47.0 (0 – 94.0)	14.5 (7.0 – 22.0)	58.0 (44.0 – 72.0)
P	0.1498	0.2554	0.7523
<i>Estado nutricional de idosos</i>			
Magreza (n=1)	11.0 (11.0 – 11.0)	33.0 (33.0 – 33.0)	33.0 (33.0 – 33.0)
Eutrofia (n=6)	3.0 (0 – 6.0)	7.5 (0 – 33.0)	36.0 (11.0 – 89.0)
Excesso de peso (n=30)	11.0 (0 – 28.0)	17.0 (7.0 – 33.0)	44.0 (28.0 – 72.0)
P	0.2356	0.3682	0.9308
<i>Situação conjugal**</i>			
Solteiro (n=9)	6.0 (0 – 22.0)	11.0 (7.0 – 37.0)	28.0 (22.0 – 50.0)
Casado (n=22)	6.0 (0 – 17.0)	19.0 (7.0 – 33.0)	58.5 (33.0 – 72.0)
Divorciado (n=9)	11.0 (11.0 – 57.0)	33.0 (19.0 – 37.0)	44.0 (33.0 – 50.0)
Viúvo (n=13)	17.0 (0 – 28.0)	15.0 (7.0 – 33.0)	28.0 (22.0 – 44.0)
P	0.5576	0.5065	0.1754

DISCUSSÃO

Este estudo investigou o comportamento alimentar de 55 pacientes com DM2 e/ou HAS e sua associação com possíveis fatores relacionados, sendo a RC o domínio com maior mediana na amostra. O domínio AE esteve associado ao sexo feminino, enquanto o domínio DA apresentou associação ao uso de medicamentos antidepressivos; já a restrição cognitiva não apresentou associações com as variáveis sociodemográficas, clínicas e nutricionais testadas.

O presente estudo teve predominância de participantes do sexo feminino, aspecto esse notado por Rojas-Gomez et al.²² em estudo transversal sobre comportamento alimentar que também incluiu participantes com idade entre 18 e 72 anos (n = 629), dos quais 72,3% eram mulheres. Nota-se que um maior número de mulheres procura o auxílio assistencial e demonstra maior preocupação com a saúde, quando comparado ao sexo masculino.²³

Quanto ao comportamento alimentar, pode-se observar que a pontuação com maior mediana foi no domínio RC ($p < 0,0001$), achado que difere de um estudo transversal semelhante,²² realizado em uma população de chilenos com idade superior a 18 anos (n=629); o mesmo não observou se havia presença de patologia nos participantes, porém utilizou o TFEQ-21 e encontrou maior prevalência de DA, seguido de RC. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de nossa amostra ser composta por pacientes com diabetes e hipertensão, enquanto o estudo em questão avaliou indivíduos chilenos independentemente de terem DM2 e/ou HAS; assim, é possível que indivíduos com essas patologias de base possuam maior RC devido à própria condição que a(s) doença(s) impõe(m). Corroborando essa hipótese, um ensaio randomizado realizado por Koopman et al.,²⁴ que abordou o comportamento alimentar em uma amostra com pacientes com idade entre 40 e 75 anos, que apresentassem diagnóstico de DM2 (n=120), também observou pontuações maiores de RC, especificamente no sexo feminino.

Sobre a possível relação entre os domínios do comportamento alimentar e as demais variáveis analisadas, encontrou-se associação entre o domínio AE e o sexo feminino, corroborando Hootman et al.,²⁵ que em estudo de coorte prospectivo longitudinal, utilizando o mesmo instrumento para avaliar o comportamento alimentar de participantes com idade superior a 18 anos (n=1001), observaram que os escores de AE e RC foram maiores nas mulheres. Assim, esses dados sugerem que, possivelmente, o fator hormonal do sexo feminino possa ter influência no comportamento alimentar e deva ser levado em consideração ao realizar esse tipo de associação, sendo necessárias pesquisas futuras que abordem tal aspecto.

O domínio DA, por sua vez, apresentou associação com o uso de medicamentos antidepressivos, mas não foram encontrados estudos que relacionassem especificamente a utilização destes fármacos com o descontrole alimentar. No entanto, correlações significativas entre IMC, escores TFEQ-R18, impulsividade e ansiedade ou depressão foram observadas em estudo realizado por Aoun et al.,²⁶ que contou com estudantes universitários com idade ≥ 18 anos, e no qual foi possível verificar que a RC foi menor entre as mulheres com escores de depressão mais elevados, enquanto escores de ansiedade mais elevados foram associados à DA entre os homens. Ainda, é válido ressaltar que usuários de medicamentos antidepressivos possivelmente tenham um diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão, mas no presente estudo não foi coletada esta informação e tampouco se pode sugerir tal associação, embora pesquisas futuras sejam válidas para mais esclarecimentos.

O único artigo encontrado, cujo foco foi relacionar o comportamento alimentar às doenças crônicas DM2 e HAS, foi realizado de forma transversal por González-Cantú et al.²⁷ em uma amostra de pacientes mexicanos (n=578), e indicou que o comportamento alimentar pode estar relacionado às DCNT,

apresentando associação entre AE e pressão arterial sistólica ($p = 0,018$); no entanto, tal associação não foi observada na presente amostra.

Talvez essa diferença tenha ocorrido por diversos fatores ambientais e culturais que podem diferir entre países e que não foram abordados nos estudos, tais como as diferenças na culinária. Além disso, esses pesquisadores observaram associação entre AE e idade ($p = 0,001$).²⁷ Nesse quesito, a variável idade também foi observada em outro estudo transversal sobre comportamento alimentar realizado por Rojas-Gomez²² ($n = 629$), que também utilizou o TFEQ e concluiu que indivíduos com menor IMC e maior idade apresentaram maior probabilidade de ter conduta restritiva. Por sua vez, no presente estudo não foi encontrada associação com a idade especificamente, porém houve semelhança em relação à maior pontuação no domínio de RC.

Nesta pesquisa, o estado nutricional foi avaliado a partir do IMC, e não foram encontradas associações significativas com o comportamento alimentar, no entanto, alguns trabalhos encontraram relação entre os mesmos. Dois estudos longitudinais, realizados por Sung et al.²⁸ e Fahrenkamp et al.²⁹ observaram, respectivamente, que níveis mais altos de IMC foram associados a maiores relatos de alimentação emocional, a partir do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DBEQ);²⁸ e que maior alteração do IMC no longo prazo está relacionado à maior restrição alimentar, avaliado por meio do TFEQ.²⁹ Assim, há possibilidade de não termos obtido tais achados, pois as alterações observadas foram no longo prazo, sendo interessante realizar futuras pesquisas de acompanhamento na população em questão para mais esclarecimentos.

A duração do sono foi verificada não somente em nosso estudo, como também em outras pesquisas que utilizaram a ferramenta TFEQ em comum, mas que apresentaram resultados controversos. Um estudo de acompanhamento realizado por Kilkus et al.³⁰ com adultos que apresentavam histórico paternal de DM2 ($n = 53$) não verificou associação significativa entre a quantidade de sono e qualquer um dos fatores de comportamento alimentar, assim como na presente amostra. No entanto, uma associação positiva foi demonstrada em estudo longitudinal ($n = 5.024$) realizado na Finlândia por Konttinen et al.³¹, em que uma menor duração de sono esteve associada a uma maior pontuação de AE, sugerindo maior vulnerabilidade ao ganho de peso. Essas diferenças podem se dar devido às populações abordadas diferirem em relação à DCNT, ou ainda em função do tamanho amostral diferente entre elas.

Ainda, é válido ressaltar que não foram encontradas associações entre comportamento alimentar e acompanhamento nutricional prévio, escolaridade, situação conjugal e uso de medicamento ansiolítico, nem estudos realizando associações entre os mesmos, sendo de suma importância que estes campos do comportamento alimentar sejam abordados em estudos futuros

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se o tamanho da amostra, uma vez que o número de participantes foi pequeno devido à pandemia de COVID-19, o que fez com que a coleta de dados fosse interrompida. Pesquisas futuras devem, portanto, ser conduzidas em uma ampla população de pacientes com DM2 e/ou HAS, para evidenciar modificações e seus efeitos no longo prazo. Em contrapartida, mesmo com o tamanho amostral limitado, pôde-se descrever pela primeira vez o comportamento alimentar dessa população, auxiliando os profissionais a direcionarem sua abordagem terapêutica para melhor intervir; além disso, foi possível comparar e encontrar diferenças significativas de comportamento alimentar entre os subgrupos avaliados.

CONCLUSÃO

O domínio do comportamento alimentar que apresentou maior pontuação entre os pacientes com DM2 e/ou HAS foi o de restrição cognitiva na amostra avaliada. Os achados oferecem suporte para a hipótese

de que a alimentação emocional seja mais propensa em mulheres. Além disso, encontrou-se associação entre o uso de medicamento antidepressivo e o domínio de descontrole alimentar. As demais variáveis sociodemográficas, clínicas e nutricionais avaliadas não apresentaram associação aos domínios de comportamento alimentar. Ademais, foi possível descrever pela primeira vez o comportamento alimentar dessa população; entretanto, sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras com um maior tamanho amostral.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, De Araujo Andrade SSC, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22:E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.
2. International Diabetes Federation. Atlas de diabetes da IDF. 9ª ed. 2019. [acessado 12 Mai 2020]. Disponível em: <<https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>>.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Transtornos alimentares pioram a saúde e a qualidade de vida de adolescentes. 2019. [acessado 21 mar 2020]. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/temas-atuais-sbd/1852-transtornos-alimentares-pioram-a-saude-e-a-qualidade-de-vida-de-adolescentes-com-diabetes>>.
4. Magalhães LBNC, Amorim AM, Rezende EP. Conceito e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2018; 25(1):6-12.
5. Ministério da Saúde. Sobre a vigilância de DCNT. 2019. [acessado 04 Jul 2020]. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>>.
6. World Health Organization. Healthy Diet, 2018. [acessado 21 Fev 2020]. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>>.
7. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT. Decisão e metas terapêuticas. *Rev Bras Hipertens.* 2017; 24(1):33-7.
8. Nip ASY, Reboussin BA, Dabelea D, Bellatorre A, Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, et al. Disordered Eating Behaviors in Youth and Young Adults With Type 1 or Type 2 Diabetes Receiving Insulin Therapy: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes Care.* 2019; 42(5):859-866. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc18-2420>.
9. Souza MPG, Sampaio R, Cavalcante ACM, Arruda SPM, Pinto FJM. Comportamento alimentar e fatores associados em servidores: Contribuições para a saúde coletiva. *Rev Aten Saúde.* 2020; 18(63):99-109. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6162>.
10. Alvarenga M, Antonaccio C, Figueiredo M, Timerman F. *Nutr Comp.* 1ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2015.
11. Souza MAA, Gomes VCS, Garcia e Silva EI, Messias CMBO. Incidência da síndrome do comer noturno e compulsão alimentar em estudantes de nutrição. *Rev Saúde e Pesquisa.* 2017; 10(1):15-23. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n1p15-23>.
12. Vieira TQ, Berleze KJ. Relação entre o estado nutricional e o comportamento alimentar dos funcionários de uma escola estadual de Gravataí. *RBONE.* 2019; 13(79): 457-463.
13. Stunkard AJ, Messick S. The Three Factor Eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985; 29(1):71-83.
14. Bossa R, Evangelista MM, Paula HN, Oliveira MRM. Contribuição da condição ocupacional de indivíduos obesos no comportamento alimentar. *AHS.* 2019; 26(3): 158-162.
15. Dias OS, Brito JAS, Costa AM. Influência da condição socioeconômica no comportamento alimentar de universitários do sexo masculino. *Rev AT.* 2016; 4(4):927-944. DOI: <https://doi.org/10.15210/REAT.V8I4.7368>.

16. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa. 2020. [acessado 12 Mar 2021]. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa#>>.
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva. 2000. [acessado 02 Fev 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>.
18. Lipschitz DA. Screening for Nutritional Status in the Elderly. *Prim Care* 1994; 21(1):55-67.
19. Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behaviour: the Swedish young male twins study. *Am J Clin Nutr*. 2005; 81(1): 564-569. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/81.3.564>.
20. Natacci LC, Ferreira Junior M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev Nutr*. 2011; 24(3):383-394. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>.
21. Natacci LC. The Three Factor Eating Questionnaire – R21 (TFEQ-R21): tradução, aplicabilidade, comparação a um questionário semiquantitativo de frequência de consumo alimentar e a parâmetros antropométricos. *Rev Nutr*. 2011; 24(3):383-394.
22. Rojas-Gomez DM, Giacometto M, González CO, Arias V, Muñoz-Carvajal Y, Pérez-Leighton C, et al. Comportamiento hacia los alimentos y su asociación con el estado nutricional y la actividad física en una población general chilena. *Nutr Hosp*. 2018; 35(6):1316-1323. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.1805>
23. Dalmazo AL, Fetter C, Goldmeier S, Irigoyen MC, Pellanda LC, Barbosa ECD, et al. Estresse e Consumo Alimentar em Pacientes Hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(3):374-380. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190175>.
24. Koopman ADM, Ven M, Beulens JW, Welschen LM, Elders PJ, Nijpels G, et al. The Association between Eating Traits and Weight Change after a Lifestyle Intervention in People with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Diabetes Res*. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/9264204>
25. Hootman KC, Guertin KA, Cassano PA. Stress and psychological constructs related to eating behavior are associated with anthropometry and body composition in young adults. *J Appt*. 2018; 1(125):287-294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.003>
26. Aoun C, Nassar L, Soumi S, El Osta N, Papazian T, Rabbaa Khabbaz L. The Cognitive, Behavioral, and Emotional Aspects of Eating Habits and Association With Impulsivity, Chronotype, Anxiety, and Depression: A Cross-Sectional Study. *Front Behav Neurosci* 2019; 6(13):204. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00204>.
27. González-Cantú A, Mireles-Zavala L, Rodríguez-Romo A, Olavide-Aguilar E, De La Garza-Hernández NE, & Romero-Ibarguengoitia ME. Eating behaviors and emotional distress are predicted by treatment and adverse outcome in patients with type 2 diabetes. *Psych, Health and Med*. 2017; 23(3):325–336. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1363897>
28. Sung J, Le K, Song Yun-Mi. Dietary Restraint Is Non-Genetically Associated with Change in Body Mass Index: The Healthy Twin Study. *Yonsei Med J*. 2014; 55(4):1138-1144. DOI: <https://doi.org/10.3349/ymj.2014.55.4.1138>
29. Fahrenkamp AJ, Darling KE, Ruzicka EB, Sato AF. Food Cravings and Eating: The Role of Experiential Avoidance. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(7):1181. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16071181>.
30. Kilkus JM, Booth JN, Bromley LE, Darukhanavala AP, Imperial JG, Penev PD. Sleep and eating behavior in adults at risk for type 2 diabetes. *Obesity*. 2012; 20(1):112-127. DOI: <https://doi.org/10.1038/oby.2011.319>.
31. Konttinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and longterm weight changes: a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019; 16(28):11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>

Colaboradores

Eymael DA, Marques AC e Bertacco RTA contribuíram para a concepção e desenho; análise e interpretação dos dados; revisão e aprovação da versão final. Borges LR e Feoli AMP contribuíram para análise e interpretação dos dados; revisão e aprovação da versão final. Martins Filho AOF, Kilpp D e Leal CS contribuíram para concepção e desenho.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 12 de agosto de 2022

Aceito: 14 de outubro de 2022