

 Juliana Ribeiro Fontoura¹

 Bárbara Birck Martins¹

 Helen Freitas D'avila²

 Fernanda Michielin Busnello³

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre , Curso de Graduação em Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade de Santa Cruz do Sul , Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre , Departamento de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência
Fernanda Michielin Busnello
fernandab@ufcspa.edu.br

Editores

 Renata Brum Martucci

Análise do comportamento alimentar e aspectos biopsicossociais de homens trabalhadores

Analysis of eating behavior and biopsychosocial aspects in working men

Resumo

Introdução: Os indivíduos passam a maior parte do seu dia na atividade laboral. Pressão e estresse são comuns no ambiente de trabalho, e esses fatores podem impactar a saúde e o comportamento alimentar. **Objetivo:** Analisar o comportamento alimentar de homens trabalhadores e sua possível associação com o estresse, estado nutricional, estrato socioeconômico e nível de atividade física. **Método:** Estudo transversal realizado com 104 homens trabalhadores, que responderam a questionários com dados sociodemográficos, comportamento alimentar - Three-Factor Eating Questionnaire-21 (TFEQ-21), escala de estresse percebido (PSS-4) e questionário internacional de atividade física (IPAQ). **Resultados:** A mediana de idade dos participantes foi de 31 anos (IQR 27,0-40,8) e 51 (49%) apresentaram sobrepeso. A maioria foi considerada ativa de acordo com o IPAQ. Na escala do PSS-4, a mediana foi de 6,0 (IQR 4,0-9,0), sugerindo baixo nível de estresse. No TFEQ-21, observou-se uma mediana 38,9 (27,8-55,6), maior na dimensão da restrição cognitiva em comparação com as outras dimensões. O comer emocional teve correlação significativa positiva com o descontrole alimentar ($r=0,60$, $p=0,000$) e com a escala de estresse percebido ($r=0,365$, $p=0,000$). Em análises adicionais, observou-se diferença significativa entre grupos que haviam realizado dieta ($p=0,000$) ou acompanhamento nutricional ($p=0,005$) e a dimensão de restrição alimentar. Também houve diferença significativa entre grupos mais ativos ($p=0,000$) em relação à restrição alimentar. **Conclusões:** Homens trabalhadores que relataram comer emocional apresentaram níveis mais altos de estresse e descontrole alimentar. Além disso, aqueles que fizeram dieta ou acompanhamento nutricional tiveram pontuações mais elevadas na dimensão de restrição cognitiva.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Vigilância em saúde do trabalhador. Saúde mental. Alimentação emocional. Homens.

Abstract

Introduction: Individuals spend a large portion of their day engaged in work activities. Pressure and stress are common in the workplace, and these factors may impact health and eating behavior. **Objective:** To analyze the eating

behavior of working men and its possible association with stress, nutritional status, socioeconomic status, and physical activity level. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 104 working men who completed questionnaires on sociodemographic characteristics, eating behavior using the Three-Factor Eating Questionnaire-21 (TFEQ-21), perceived stress using the Perceived Stress Scale (PSS-4), and physical activity using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Results:** The median age of participants was 31 years (IQR 27.0–40.8), and 51 (49%) were classified as overweight. Most participants were considered physically active according to the IPAQ. The median PSS-4 score was 6.0 (IQR 4.0–9.0), suggesting low levels of perceived stress. In the TFEQ-21, the median score was 38.9 (27.8–55.6), with higher values observed in the cognitive restraint dimension compared with the other dimensions. Emotional eating showed a significant positive correlation with uncontrolled eating ($r = 0.60$, $p < 0.001$) and perceived stress ($r = 0.365$, $p < 0.001$). Additional analyses revealed significant differences between groups who had followed a diet ($p < 0.001$) or received nutritional counseling ($p = 0.005$) and the cognitive restraint dimension. A significant difference was also observed between more physically active groups ($p < 0.001$) regarding cognitive restraint. **Conclusions:** Working men who reported emotional eating presented higher levels of stress and uncontrolled eating. Furthermore, those who had followed a diet or received nutritional counseling showed higher scores in the cognitive restraint dimension.

Keywords: Eating Behavior. Occupational Health Surveillance. Mental Health. Emotional Eating. Men.

INTRODUÇÃO

Os indivíduos passam a maior parte do seu dia na atividade laboral, a qual demanda um ambiente satisfatório e harmonioso, pois isso se reflete no comportamento e desenvolvimento dos trabalhadores.^{1,2} Nesse cenário, compreender os fatores sociais, culturais e morais que influenciam a saúde física e mental do homem trabalhador torna-se fundamental para promover qualidade de vida e desempenho no trabalho. Essa estratégia é essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde mais eficazes e que atendam às necessidades específicas dos homens.^{1,3,4}

A pressão e o estresse são problemas frequentes no ambiente de trabalho e, quando persistentes, podem comprometer a saúde física e emocional dos trabalhadores.^{4,5} Destaca-se que os homens, em comparação às mulheres, costumam apresentar maior resistência em buscar atendimento médico ou apoio profissional relacionado à própria saúde.⁶

O estresse é uma reação fisiológica do corpo a determinados estímulos, desencadeando uma cascata de reações, dentre elas, a liberação de hormônios que atuam sobre no sistema nervoso central, podendo contribuir no desenvolvimento de diversas doenças.^{7,8} Dentre os impactos do estresse, destacam-se os efeitos sobre o comportamento alimentar e o risco de obesidade. Os indicadores de saúde mostram que, embora a obesidade seja mais frequente entre os homens de maior renda, sua incidência vem aumentando em todos os estratos sociais.⁹

Sintomas como ansiedade e depressão, frequentemente associados ao estresse, podem levar ao consumo excessivo de alimentos calóricos, afetando o bem-estar e contribuindo para alterações no comportamento alimentar.¹⁰⁻¹² Esse comportamento é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo moldado pelo ambiente em que o indivíduo está inserido.^{13,14}

O comportamento de um indivíduo está diretamente relacionado ao ambiente em que está inserido, o qual influencia suas escolhas alimentares por meio de fatores intrínsecos e extrínsecos.^{12,13} Decisões como quando e onde comer, o tipo e a quantidade de alimento consumido, assim como o momento de interromper a ingestão, compõem o que se entende por comportamento alimentar.

Fome, saciedade e equilíbrio energético são regulados a partir de um sistema neuroendócrino no hipotálamo, o qual pode ter regulações homeostáticas, que mantêm o equilíbrio energético do nosso corpo, adequando o apetite de acordo com as necessidades, e regulações hedônicas, guiadas por sentidos como cheiro, sabor e aparência, levando em conta o ambiente, as relações sociais e as diversas interações que cercam o ser humano. Portanto, fatores ambientais, cognitivos e biológicos fazem parte do comportamento alimentar do ser humano.¹⁵

Indivíduos com obesidade podem apresentar alterações no comportamento alimentar, muitas vezes influenciadas por fatores como estigma do peso, imagem corporal e questões psicológicas. Mudanças nesse padrão exigem conhecer e compreender as influências e motivos que levam a essas escolhas e definir possíveis modificações de acordo com o contexto individualizado de cada pessoa.^{14,16,17} Contudo, alterações nos hábitos alimentares e no estilo de vida se tornam mais difíceis diante de alguns fatores, como o estresse, podendo trazer consequências negativas para saúde.¹⁸

Um desses comportamentos é chamado de restrição cognitiva, que é caracterizada pela definição de alimentos como proibidos e pela imposição de regras rígidas para manter ou reduzir o peso. No entanto, diante de situações de estresse, da exposição a alimentos considerados proibidos ou de estímulos emocionais negativos, é comum que esses indivíduos apresentem episódios de excessos alimentares.¹⁵

Outro exemplo é o comer emocional, que é uma resposta a emoções sentidas, sejam negativas ou positivas, usando a alimentação como recurso para lidar com elas. Isso, porém, confunde o mecanismo de hormônios que regulam a fome e saciedade, podendo levar a um balanço energético positivo.¹⁸⁻²⁰ O estresse, nesse caso, atua como um gatilho para esse tipo de comportamento.¹⁵

Também pode ocorrer o descontrole alimentar, quando o indivíduo consome exageradamente os alimentos, mesmo na ausência de fome, apenas por estímulo sensorial ou a presença de determinado alimento, o que pode levar a um aumento do peso corporal.¹⁵

Nesse contexto, levanta-se a hipótese de que o estresse esteja associado a alterações no comportamento alimentar de homens com obesidade. Para compreender essas possíveis relações, torna-se fundamental explorar os aspectos psicológicos que envolvem o comportamento alimentar, uma vez que ele é influenciado por fatores cognitivos, afetivos e comportamentais.²¹⁻²³ Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre o comportamento alimentar de homens e fatores como estresse, estado nutricional, nível socioeconômico e nível de atividade física.

MÉTODOS

Delineamento e amostra do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 104 indivíduos adultos, do sexo masculino, com idade de ≥ 18 anos, que exerciam atividade laboral regular e assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, uma vez que a participação foi voluntária e os participantes foram incluídos conforme sua adesão ao convite. A estratégia de recrutamento consistiu na divulgação do estudo em plataformas de mídias sociais (Instagram, WhatsApp, Facebook) e por envio de e-mails institucionais e profissionais, obtidos através de contato prévio com empresas, instituições públicas e privadas, além de redes de contatos acadêmicas e profissionais da área da saúde e educação. Os participantes trabalhavam em diferentes áreas, como serviços administrativos, educação, saúde, logística e comércio, atuando em funções como técnicos, professores, assistentes administrativos, agentes de saúde, entre outros. Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos participantes compreenderam: ser do sexo masculino, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar em atividade laboral regular no momento da coleta de dados, manifestar concordância com os termos da pesquisa por meio da assinatura do RCLE e realizar o preenchimento completo do questionário proposto. Por outro lado, foram excluídos do estudo os indivíduos cujos questionários apresentaram preenchimento incompleto ou dados inconsistentes e/ou com erros substanciais que comprometessem a validade das informações fornecidas.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023, exclusivamente de forma *on-line*, por meio da plataforma RedCap®. Essa plataforma oferece alto padrão de segurança, controle de acesso e sigilo, atendendo aos requisitos de proteção de dados sensíveis. O uso de ambiente virtual seguiu as recomendações da Carta Circular nº 1/2021 da CONEP, que orienta sobre pesquisas com coleta remota de dados. Foram garantidos o anonimato, o sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento, conforme previsto no RCLE eletrônico.

O questionário foi composto por dados de caracterização sociodemográfica (idade, escolaridade, renda, estado em que reside); dados antropométricos de peso e altura foram autorrelatados pelo participante. A partir desses dados, calculou-se o IMC, através da fórmula P/A^2 e classificação de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).²³ Também foram coletados dados referentes às características da atividade laboral (ocupação e carga horária), bem como dados relativos à saúde (diagnóstico de transtorno psiquiátrico, acompanhamento nutricional e dieta).

As dimensões do comportamento alimentar foram avaliadas pelo questionário *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21),¹⁵ versão traduzida, adaptada e validada para brasileiros. O questionário é dividido em três domínios: restrição cognitiva (caracterizada por uma relação de diminuição da alimentação, impondo obrigações e proibições alimentares para perder peso), alimentação emocional (caracterizada pela influência das emoções na escolha e consumo de alimentos) e descontrole alimentar (caracterizado pelo consumo exagerado de alimentos com ou sem a presença de fome). As questões de 1 a 20 possuem respostas de até 4 pontos; e a questão 21, até 8 pontos. A média para cada uma das dimensões foi calculada e transformada em uma escala de 0 a 100 pontos.

A *Perceived Stress Scale* (PSS-4),²⁴ conhecida como Escala de Estresse Percebido, foi empregada com o propósito de mensurar o grau em que os indivíduos percebem as situações cotidianas como estressantes. Embora o questionário original²⁵ compreenda 14 itens, neste estudo utilizou-se a versão reduzida e validada com 4 itens.²⁴ Esses itens foram respondidos por meio de uma escala do tipo Likert, composta por 5 pontos que variam de 0 (nunca) a 4 (sempre), resultando em uma pontuação final entre 0 e 16 pontos. Seguindo a proposta da versão original, os itens foram divididos em aspectos positivos (itens 6 e 7) e negativos (itens 2 e 14). Uma pontuação mais elevada indica maior nível de estresse percebido pelos indivíduos.

Os dados referentes a atividade física e tempo de sedentarismo foram coletados utilizando a versão curta validada para o Brasil do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ).²⁶ Composto por perguntas que abrangem a frequência e a duração das atividades físicas realizadas ao longo da semana, inclui também os fins de semana. Os participantes foram estratificados em cinco categorias: "muito ativo", "ativo", "irregularmente ativo A", "irregularmente ativo B" e "sedentário", de acordo com o tempo dedicado à prática de atividade física. Essa estratificação permite uma análise mais precisa dos níveis de atividade física dos participantes e sua classificação de acordo com os padrões estabelecidos pelo questionário IPAQ.

Análise estatística

A amostra foi calculada para encontrar correlações entre percepção de estresse e o comportamento de comer emocional ($r=0,37$) e comportamento de restrição cognitiva com o peso corporal ($r=0,37$), conforme Penaforte et al.²⁷ Com nível de significância de 5%, poder de 80% e adicionados 20% para análises multivariadas, a amostra estimada foi de 62 sujeitos. Foi utilizado para o cálculo o *software* G*Power® 3.1.9.2.

A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorof-Smirnoff. Tendo em vista que nenhuma das variáveis apresentou distribuição normal, utilizaram-se os testes de Mann-Whitney e teste Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni para as comparações múltiplas. As correlações variáveis quantitativas foram verificadas pelo teste de coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 0,05 ($p<0,05$). As análises foram realizadas no *software* estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as recomendações das diretrizes internacionais de Boas Práticas Clínicas (Good Clinical Practice – GCP), do documento Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas, bem como da versão atualizada da Declaração de Helsinque. Atendeu ainda às normativas brasileiras vigentes, em especial à Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP/UFCSPA), sob o CAAE nº 61966222.1.0000.5345. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo e assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação inicial de 161 homens, mas 57 participantes foram excluídos da amostra devido a respostas incorretas ou incompletas. Portanto, a amostra final do estudo foi composta por 104 participantes.

Em relação às características dos participantes, a mediana de idade foi de 31 anos (faixa interquartil 27,0-40,8) e a maior parte da amostra, 82,7% (n=86) era proveniente do estado do Rio Grande do Sul. O perfil predominante foi de participantes com ensino superior completo, com horários de trabalho diurnos, carga horária de 40 a 44 horas semanais. Não faziam acompanhamento nutricional no momento da coleta 87,5% (n=91) dos participantes, mas 51% (n=53) já relataram realizar algum tipo de dieta, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos e de saúde em homens trabalhadores (N=104). Brasil, dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Variáveis	Descrição estatística
Idade (anos)	31,0 (27,0-40,8) ^a
Renda <i>per capita</i> (R\$)	5.000 (3.350-10.000) ^a
Escolaridade – n (%)	
Ensino médio completo	6 (5,8%)
Ensino superior incompleto	14 (13,4%)
Ensino superior completo	63 (60,6%)
Mestrado e doutorado	21 (20,2%)
Turno de trabalho – n (%)	
Manhã	3 (2,9%)
Tarde	4 (3,8%)
Noite	3 (2,9%)
Manhã/tarde	86 (82,7%)
Tarde/noite	8 (7,7%)
Carga horária de trabalho semanal – n (%)	
De 20 a 30 horas semanais	13 (12,5%)
De 40 a 44 horas semanais	81 (77,9%)
Mais de 44 horas semanais	10 (9,6%)
Possui mais de um emprego – n (%)	
Não	83 (79,8%)
Sim	21 (20,2%)

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos e de saúde em homens trabalhadores (N=104). Brasil, dezembro de 2022 a fevereiro de 2023. (Cont.)

Variáveis	Descrição estatística
Diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico - n (%)	
Não	86 (82,7%)
Sim	18 (17,3%)
Acompanhamento psicológico - n (%)	
Sim	21 (20,2%)
Não	83 (79,8%)
Acompanhamento nutricional - n (%)	
Sim	13 (12,5%)
Não	91 (87,5%)
Já fez algum tipo de dieta - n (%)	
Sim	53 (51,0%)
Não	51 (49,0%)

Legenda: ^a Dados apresentados em mediana junto ao intervalo de amplitude interquartil; contagens junto à frequência.

A prevalência foi de sobrepeso em 49% (n=51) na amostra estudada e a maioria dos indivíduos, 37,5% (n=39), apresentaram níveis de atividade física, sendo classificados como ativos, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis quantitativas de peso, altura e IMC e das dimensões do comportamento alimentar, percepção do estresse e nível de atividade física de homens trabalhadores (N=104). Brasil, dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

Variáveis	Descrição estatística
Peso (kg)	82,0 (73,3-92,8) ^a
Altura (cm)	177,0 (171,0-180,0) ^a
IMC(kg/m ²) - n (%)	
Eutrófico	33 (31,7%)
Sobrepeso	51 (49%)
Obesidade	20 (19,2%)
Comportamento alimentar (TFEQ-R21)	
Comer Emocional	27,8 (5,6-54,2) ^{ab}
Restrição Cognitiva	38,9 (27,8-55,6) ^{ab}
Descontrole Alimentar	29,60 (18,5-50,9) ^{ab}
Estresse percebido (PSS-4)	6,0 (4,0-9,0) ^{ac}
Nível de atividade física (IPAQ) - n (%)	
Muito ativo	33 (31,7%)
Ativo	39 (37,5%)
Irregularmente ativo A	12 (11,5%)
Irregularmente ativo B	15 (14,4%)
Sedentário	5 (4,8%)

Legenda: ^aDados apresentados em mediana junto ao intervalo de amplitude interquartil; Contagens junto à frequência; ^bTFEQ-R21 = *Three-Factor Eating Questionnaire* com pontuação de 0 a 100 pontos; ^cPSS-4=Perceived Stress Scale com pontuação de 0 a 16 pontos; IMC=Índice de massa corporal; IPAC = *Physical Activity Questionnaire*.

Na análise da PSS-4, constatou-se uma mediana de 6,0 (faixa interquartil de 4,0 a 9,0), sugerindo um baixo nível de estresse, conforme apresentado na Tabela 2. Esse questionário emprega uma escala pontuada de 0 a 16 pontos, na qual pontuações mais próximas de 16 indicam maior nível de estresse.

Em relação ao TFEQ-21 (Questionário de Comportamento Alimentar de Três Fatores com 21 itens), observou-se que os homens apresentaram uma mediana superior na dimensão da restrição cognitiva em comparação com as demais dimensões. Os valores de mediana foram de 38,9 (faixa interquartil de 27,8 a 55,6), em uma escala que varia de 0 a 100 pontos (Tabela 2).

Conforme observado na Tabela 3, o comer emocional teve correlação significativa positiva com o descontrole alimentar ($r=0,60$, $p<0,01$) e com a escala de estresse percebido ($r=0,365$, $p<0,01$), ou seja, quanto maior a pontuação no escore de comer emocional, maior a do descontrole alimentar e do estresse. Houve, ainda, correlação inversa entre renda e estresse ($r=-0,259$, $p<0,01$), isto é, quanto maior a renda, menor a pontuação na escala de estresse.

Tabela 3. Relação entre as variáveis sociais, de estado nutricional, dimensões do comportamento alimentar e estresse percebido de homens trabalhadores (N=104). Brasil, dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

	Comer Emocional (ρ ; p)	Restrição Cognitiva (ρ ; p)	Descontrole Alimentar (ρ ; p)	PSS-4 (ρ ; p)
Idade	-0,077; 0,440	0,098; 0,323	-0,036; 0,720	-0,052; 0,597
IMC	0,157; 0,111	0,182; 0,065	0,173; 0,078	-0,103; 0,296
Renda <i>per capita</i>	-0,084; 0,398	0,188; 0,056	-0,090; 0,363	-0,259; 0,008^a
Comer emocional	-	0,165; 0,094	0,600; 0,000^a	0,365; 0,000^a
Restrição cognitiva	-	-	-0,013; 0,897	-0,039; 0,695
Descontrole alimentar	-	-	-	0,171; 0,083

Legenda: ^aP-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo pelo Teste de Coeficiente de correlação de Spearman; ρ = coeficiente de correlação de postos de Spearman; IMC=Índice de massa corporal; PSS-4=*Perceived Stress Scale*.

Na Tabela 4 de comparações múltiplas, observa-se diferença significativa entre o grupo que faz acompanhamento nutricional ($p=0,005$) e no que já fez algum tipo de dieta ($p<0,01$) em relação à dimensão da restrição cognitiva. Isso indica que tanto quem estava em acompanhamento nutricional no momento da resposta ao questionário, quanto quem já fez algum tipo de dieta tende a apresentar maior restrição cognitiva. Considerando os níveis de atividade física, observa-se diferença significativa ($p<0,01$) entre o grupo mais ativo em relação à restrição cognitiva, demonstrando que quanto mais ativo o indivíduo, maior a restrição. Assim, também, observa-se diferença significativa ($p=0,033$) entre atividade física e estresse, embora não tenha sido possível determinar em qual classificação de nível de atividade física essa diferença se manifesta.

Tabela 4. Comparações múltiplas entre variáveis de saúde, sociais e nível de atividade física com as dimensões do comportamento alimentar e estresse percebido de homens trabalhadores(N=104). Brasil, dezembro de 2022 a fevereiro de 2023.

		Comer Emocional - Med (IQC)	P- valor	Restrição Cognitiva- Med (IQC)	P- valor	Descontrole Alimentar - Med (IQC)	P- valor	PSS-4 - Med (IQC)	P- valor
IMC	Eutrófico	22,22 (5,56-38,89)	0,332	33,33 (16,67-50,00)	0,199	29,63 (18,52-48,15)	0,106	8 (5,00-10,00)	0,103
	Sobrepeso	27,78 (5,56-55,56)		44,44 (27,78-55,56)		29,63 (18,52-48,15)		6 (4,00-8,00)	
	Obesidade	38,89 (8,33-61,11)		38,89 (33,33-55,56)		43,06 (29,63-55,56)		6,5 (5,00-8,00)	
Transtorno psiquiátrico	Sim	25 (11,11-44,44)	0,704	41,67 (27,78-50,00)	0,512	33,33 (22,22-48,15)	0,976	8 (6,00-9,00)	0,088
	Não	27,78 (5,56-55,56)		38,89 (27,78-55,56)		29,63 (18,52-51,85)		6 (4,00-8,00)	
Acompanhamento psicológico	Sim	38,89 (11,11-61,11)	0,061	44,44 (38,89-55,56)	0,11	29,63 (22,22-40,74)	0,758	7 (4,00-9,00)	0,312
	Não	22,22 (5,56-44,44)		33,33 (27,78-55,56)		29,63 (18,52-51,85)		6 (4,00-9,00)	
Acompanhamento nutricional	Sim	44,44 (27,78-60,00)	0,087	50 (44,44-66,67)	0,005 ^a	40,74 (25,93-44,44)	0,615	6 (4,00-7,00)	0,411
	Não	22,22 (5,56-44,44)		33,33 (27,78-55,56)		29,63 (18,52-51,85)		6 (4,00-9,00)	
Já fez dieta	Sim	33,33 (11,11-61,11)	0,094	50 (33,33-61,11)	0,000 ^a	37,04 (18,52-48,15)	0,472	6 (5,00-8,00)	0,743
	Não	22,22 (5,56-44,44)		33,33 (16,67-44,44)		29,63 (22,22-51,85)		6 (4,00-9,00)	
Nível de atividade física	Muito Ativo	16,67 (5,56-38,89)	0,113	55,56 (44,44-61,11)	0,000 ^a	29,63 (18,52-44,44)	0,324	6 (4,00-8,00)	0,033 ^a
	Ativo	38,89 (11,11-61,11)		44,44 (33,33-55,56)		29,63 (22,22-51,85)		8 (5,00-9,00)	
	Irregularmente Ativo A	33,33 (22,22-66,67)		19,44 (11,11-41,67)		48,15 (27,78-57,41)		7,5 (5,50-10,50)	
	Irregularmente Ativo B	22,22 (5,56-38,89)		33,33 (16,67-38,89)		29,63 (22,22-44,44)		6 (4,00-7,00)	
	Sedentário	5,56 (5,56-38,89)		22,22 (11,11-22,22)		44,44 (18,52-70,37)		6 (4,00-6,00)	

Legenda: Dados apresentados em mediana junto ao intervalo de amplitude interquartil; ^aP-valor <0,05 foi considerado estatisticamente significativo pelo Teste Mann-Whitney e teste Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni; IMC = Índice de massa corporal; PSS-4 = *Perceived Stress*.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar o comportamento alimentar de homens trabalhadores, analisando as dimensões do comer emocional, descontrole alimentar e restrição cognitiva, bem como sua possível associação com o estresse, estado nutricional, estrato socioeconômico e nível de atividade física. Os resultados obtidos mostram correlação significativa entre o comer emocional, o descontrole alimentar e a escala de estresse percebido, evidenciando uma relação entre esses fatores no contexto do comportamento alimentar dos homens trabalhadores estudados. Esses achados são consistentes com estudos anteriores que também identificaram essas associações,²⁸⁻³¹ evidenciando que o aumento das pontuações no escore de comer emocional está associado a maior descontrole alimentar e maior percepção de estresse. Dessa forma, os resultados deste estudo agregam informações importantes para a melhor compreensão do comportamento alimentar de homens trabalhadores, contribuindo tanto para o conhecimento na área de comportamento alimentar quanto para a implementação de ações voltadas para esse assunto dentro do ambiente de trabalho. Essas descobertas sugerem a importância de medidas para a promoção de práticas mais saudáveis no contexto laboral, visando à melhoria do bem-estar e da saúde dos trabalhadores.

Essa conexão pode ser explicada pelo fato de que o comer emocional muitas vezes ocorre como uma forma de lidar com o estresse emocional, o que pode levar a escolhas alimentares menos saudáveis e ao descontrole alimentar.³² É importante ressaltar que déficits nas habilidades emocionais têm sido identificados como principais preditores do início e manutenção de comer emocional.³³ O desejo por comida é um tipo de recompensa em busca de prazer e melhora do humor, regulado pelo apetite. Nesse sistema, há motivações para buscar recompensas, e estímulos externos como o estresse podem auxiliar no desencadeamento dessas motivações.³⁴

Os indivíduos utilizam muitas vezes a alimentação emocional para lidar com o estresse, o que resulta em padrões alimentares menos saudáveis e, conseqüentemente, em ganho de peso. Isso ocorre porque pessoas sob estresse tendem a ter menor competência para fazer escolhas alimentares adequadas, o que, por sua vez, prejudica a qualidade da dieta, levando ao consumo excessivo de alimentos.^{32,35,36} Em estudo conduzido por Barçın-Güzeldere³⁷ durante a pandemia de Covid-19, observou-se que o aumento de peso estava relacionado a um comportamento alimentar emocional, embora tal associação não tenha sido identificada neste estudo. Além disso, vale destacar que não se encontrou associação direta entre o peso corporal e o estresse, o que também corrobora os dados observados no estudo.

De acordo com as descobertas de Tan et al.,³⁰ a desregulação alimentar, que se refere à incapacidade de um indivíduo em reconhecer adequadamente os sinais internos de fome e saciedade, pode atuar como mediadora na relação entre o estresse e o comer emocional. Quanto maior o estresse, menor a habilidade do indivíduo em diferenciar entre excitação emocional e sinais de fome. A busca por alimentos específicos como uma forma de regular emoções e encontrar conforto pode se tornar um comportamento alimentar automático ao longo do tempo. Esse padrão pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares e, eventualmente, levar ao ganho de peso e à obesidade.^{23,30,34} Esses dados sugerem a importância de direcionar a atenção para a promoção da saúde e intervenções específicas para homens trabalhadores, com ênfase na saúde mental, como parte integrante de estratégias para promover hábitos alimentares mais saudáveis.

Além disso, no presente estudo, observou-se correlação inversa entre a renda e o estresse percebido. À medida que a renda dos participantes aumenta, observa-se redução nas pontuações na escala de estresse. Essa relação pode ser atribuída a fatores socioeconômicos, como acesso a recursos e condições de trabalho,

que podem influenciar a percepção de estresse. Indivíduos com renda mais elevada frequentemente desfrutam de maior estabilidade financeira, melhores condições laborais e acesso a recursos que facilitam o enfrentamento de situações estressantes de maneira mais eficaz, o que se reflete em pontuações mais baixas na escala de estresse.³⁸⁻⁴⁰ Esses achados sugerem a relevância de considerar os aspectos socioeconômicos ao abordar questões relacionadas ao estresse e destacam a importância de intervenções voltadas para melhorar as condições de vida e trabalho da população em geral.

No que se refere aos níveis de atividade física, observou-se que os indivíduos mais ativos apresentaram maiores escores na dimensão da restrição cognitiva do TFEQ-21, indicando uma tendência de maior restrição em relação à alimentação. Corroborando nossos achados, outros estudos também identificaram uma média maior na dimensão da restrição alimentar, associando-a à prática regular de atividade física, na qual os praticantes de atividade física tiveram maior pontuação no domínio de restrição cognitiva.^{18,35} Em um estudo com indivíduos que faziam uso de aplicativos de automonitoramento relacionado com o peso, focado em atividade física e dieta, foi observada maior propensão para o desenvolvimento de comportamentos desordenados de controle de peso,⁴¹ demonstrando que a restrição cognitiva faz parte desse contexto de controle desordenado de peso. No entanto, na relação entre atividade física e estresse, embora tenha sido identificada uma diferença significativa, não foi possível determinar em qual categoria de atividade física tal diferença ocorreu.

A pontuação na dimensão da restrição cognitiva foi mais alta no grupo de indivíduos que fazem acompanhamento nutricional e que já fizeram algum tipo de dieta. Isso indica que a busca por orientação nutricional e a experiência prévia de realizar dietas podem estar associadas à maior restrição cognitiva no comportamento alimentar. Em relação à restrição cognitiva, sabe-se que dietas restritivas são impostas no intuito de perda de peso, como uma estratégia para o emagrecimento,^{42,43} levando a uma redução na ingestão de energia para controlar o peso ou até mesmo melhorar a percepção de sua imagem, corroborando nossos achados em relação à diferença significativa entre dieta e acompanhamento nutricional com a restrição cognitiva.

No entanto, esse estado de restrição pode levar muitas vezes a perdas de controle com a alimentação e intercalar a restrição com episódios de descontrole alimentar, conectando as três dimensões do comportamento alimentar.³⁵ Isso pode justificar nossos achados, de que apesar de mais da metade da amostra fazer algum tipo de dieta, eles também possuem sobrepeso.

É importante destacar que uma dieta equilibrada, sob orientação de profissional de nutrição capacitado, priorizando uma alimentação saudável, individualizada e levando em consideração os hábitos do paciente, é fundamental para uma perda e manutenção de peso adequado, por facilitar a adesão ao tratamento. Isso é diferente de uma dieta de restrição com promessa de perda de peso rápida, em que não se leva em consideração a individualidade do paciente.¹⁵

Dentre as limitações deste estudo, é importante levar em consideração que se trata de um estudo transversal, o que impede a avaliação de relações de causa e efeito. Além disso, outro ponto a considerar é que os questionários aplicados foram autorrelatados pelos participantes de forma *on-line*. Foram tomadas, contudo, medidas para garantir a segurança e minimizar o viés nos procedimentos metodológicos, como a utilização do STROBE.⁴⁴ Ademais, a escassez de estudos que investigaram especificamente o comportamento alimentar da população masculina sugere a necessidade de pesquisas futuras nesta área.

CONCLUSÃO

Esses achados revelam que homens trabalhadores com níveis mais elevados de estresse apresentam maior propensão ao comer emocional e ao descontrole alimentar. Além disso, foi possível observar que aqueles que já seguiram alguma dieta ou receberam orientação de um nutricionista apresentaram uma pontuação mais alta na dimensão da restrição cognitiva.

Essas descobertas ressaltam a necessidade de direcionar atenção à saúde dos homens trabalhadores, com o objetivo de prevenir possíveis problemas futuros, como transtornos alimentares e obesidade. Intervenções voltadas para práticas alimentares saudáveis e gerenciamento de estresse são importantes, tanto no ambiente de trabalho quanto em contextos mais amplos, para melhorar o bem-estar e a saúde dos trabalhadores e reduzir custos associados a problemas de saúde relacionados à alimentação e ao estresse.

REFERÊNCIAS

1. Severo EA. A influência da qualidade de vida no trabalho sobre o comprometimento organizacional. *Gest Prod*. 2012;19(3). <https://doi.org/10.21714/2178-8030gep.v19.4687>
2. Francisco DJ, Firmino J, Filho M. A qualidade de vida no trabalho: ambiente saudável versus satisfação do trabalhador. *Rev Adm CESMAC*. 2014;3. <https://doi.org/10.3131/race.v3i0.929>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Obesidade e equidade: necessidade de ações intersetoriais. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e119. [Acesso 27 abril 2025]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49562>
4. de Freitas PP, Lopes MS, Assunção AA, Souza Lopes AC. Health and work in Brazil: physical and psychosocial demands. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9):e00129420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129420>
5. Tejero LMS, Seva RR, Fadrilan-Camacho VFF. Factors associated with work-life balance and productivity before and during work from home. *J Occup Environ Med*. 2021;63(12):1065–1071. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002377>
6. Houman JJ, Eleswarapu SV, Mills JN. Current and future trends in men's health clinics. *Transl Androl Urol*. 2020;9(Suppl 2):S116–S122. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.08.33>
7. Faccini AM, Da Silveira BM, Rangel RT, Silva VL. Influência do estresse na imunidade: revisão bibliográfica. *Rev Cient Fac Med Campos*. 2020;15(3):64–71. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.312.vol.15.n3.2020>
8. Cirqueira Fonseca N, Coimbra Gonçalves J, Araujo GS. Influência do estresse sobre o sistema imunológico. *Rev Multidiscip Psic*. 2019;13(47):102–110.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso 15 agosto 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
10. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. São Paulo: ABESO; 2016. [Acesso 15 agosto 2022]. Disponível em: <https://abeso.org.br/diretrizes>
11. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Burnout syndrome and demotivation among health care personnel. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(5):400–406. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.016>
12. Hemiö K, Lindström J, Peltonen M, Härmä M, Viitasalo K, Puttonen S. The association of work stress and night work with nutrient intake. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(5):533–541. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3899>
13. Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: Macmillan; 1953.
14. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade. São Paulo: ABESO; 2022. [Acesso 15 agosto 2022]. Disponível em: <https://abeso.org.br>

15. Natacci LC, Júnior MF. The three factor eating questionnaire – R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Rev Nutr.* 2011;24(3):383–394. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000300002>
16. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020;26(4):485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
17. Lin YW, Lin CY, Strong C, Liu CH, Hsieh YP, Lin YC, et al. Psychological correlates of eating behavior in overweight/obese adolescents. *Pediatr Neonatol.* 2021;62(1):41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.08.006>
18. De Fátima Xavier M, Paiva JB, Oliveira J, Juan S, Gonsalves M, et al. Avaliação do estresse, estilo alimentar e qualidade de vida. *Rev CPAQV.* 2020;12(3). <https://doi.org/10.36692/v12n3-12>
19. Bongers P, Jansen A. Emotional eating is not what you think it is. *Front Psychol.* 2016;7:1932. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01932>
20. Konttinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukka A. Depression, emotional eating and long-term weight changes. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>
21. Szakály Z, Kovács B, Szakály M, Nagy-Pető DT, Gál T, Soós M. Examination of the eating behavior based on the TFEQ-R21 model. *Nutrients.* 2020;12(11):3514. <https://doi.org/10.3390/nu12113514>
22. French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, Wardle J. Eating behavior dimensions. *Appetite.* 2012;59:541–549. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.07.001>
23. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998. [Acesso 23 maio 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>
24. Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale. *Psicol Reflex Crit.* 2015;28(1):21–30. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
26. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001;6(2):5–18. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
27. Penaforte FR, Matta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar. *Demetra.* 2016;11(1):225–237. <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.18592>
28. Carpio-Arias TV, Solís Manzano AM, Sandoval V, Vinueza-Veloz F, Rodríguez Betancourt A, Betancourt Ortiz SL, et al. Relationship between perceived stress and emotional eating. *Clin Nutr ESPEN.* 2022;47:156–162. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.03.030>
29. Brisotto M, Silva MD, Andretta I. Depressão, ansiedade e estresse e o comportamento alimentar. *Rev Psiquiatr Clin.* 2022;49(3). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20220013>
30. Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating. *Pers Individ Dif.* 2014;66:14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.033>
31. Du C, Adjepong M, Zan MCH, Cho MJ, Fenton JL, Hsiao PY, et al. Gender differences in perceived stress and eating behaviors. *Nutrients.* 2022;14(5):1045. <https://doi.org/10.3390/nu14051045>
32. Romero-Mesa J, Peláez-Fernández MA, Extremera N. Emotional intelligence and eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2021;26(5):1287–1301. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7>
33. Burnatowska E, Surma S, Olszanecka-Glinianowicz M. Mental health and emotional eating during COVID-19. *Nutrients.* 2022;14(19):3989. <https://doi.org/10.3390/nu14193989>
34. Costa ML, Costa MGO, Souza MFC, Silva DG, Vieira DAS, Mendes-Netto RS. Cognitive restraint and emotional eating during COVID-19. *Food Qual Prefer.* 2022;100:104579. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2022.104579>

35. Elmacioğlu F, Emiroğlu E, Ülker MT, Özyılmaz Kırçalı B, Oruç S. Evaluation of nutritional behaviour related to COVID-19. *Public Health Nutr.* 2021;24(3):512–519. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004140>
36. Barclay-Güzeldere HK, Devrim-Lanpir A. Emotional eating and perceived stress during COVID-19. *Public Health Nutr.* 2022;25(1):43–51. <https://doi.org/10.1017/S1368980021002974>
37. Bermanian M, Mæland S, Blomhoff R, Rabben ÅK, Arnesen EK, Skogen JC, et al. Emotional eating during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(1):130. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010130>
38. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status and mental health. *PLoS One.* 2019;14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
39. Sherman GD, Mehta PH. Stress, cortisol, and social hierarchy. *Curr Opin Psychol.* 2020;33:227–232. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.013>
40. Hahn SL, Hazzard VM, Loth KA, Larson N, Klein L, Neumark-Sztainer D. Diet self-monitoring apps and disordered eating. *Prev Med.* 2022;155:106967. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106967>
41. Oliveira J, Colombarolli MS, Figueredo LS, Cordás TA. Cognitive restraint in low-carb diet with binge eating. *Einstein (São Paulo).* 2021;19:eAO5599. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5599
42. Sares-Jäske L, Knekt P, Männistö S, Lindfors O, Heliövaara M. Self-report dieting and long-term BMI changes. *Obes Sci Pract.* 2019;5(4):291–300. <https://doi.org/10.1002/osp4.336>
43. Ball HL. Conducting online surveys. *J Hum Lact.* 2019;35(3):413–417. <https://doi.org/10.1177/0890334419848734>
44. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth.* 2019;13(Suppl 1):S31–S34. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18

Colaboradores

Fontoura JR, Martins BB, D'avila HF e Busnello FM participaram de todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 28 de agosto de 2023

Aceito: 08 de outubro de 2025