

A associação entre dependência alimentar, comportamentos alimentares desordenados e ingestão alimentar

*A associação entre dependência alimentar, distúrbios do comportamento alimentar e dependência alimentar*

Gulhan SENGOR<sup>1</sup>  0000-0002-1297-0456

Ceren GEZER<sup>1</sup>  0000-0002-5647-0103

## ABSTRATO

### Objetivo

Este estudo foi realizado com 370 estudantes de graduação para investigar a relação entre ingestão alimentar, dependência alimentar e comportamento alimentar desordenado.

### Métodos

A Yale Food Addiction Scale, o Eating Attitude Test-26 e o Food Frequency Questionnaire foram utilizados para avaliar a dependência alimentar, o comportamento alimentar desordenado e a ingestão alimentar.

### Resultados

Uma correlação positiva fraca foi encontrada entre a Yale Food Addiction Scale e a ingestão diária de energia, carboidratos e gorduras ( $r=0,228, p<0,001$ ;  $r=0,222, p<0,001$ ;  $r=0,225, p<0,001$ , respectivamente), enquanto uma correlação fraca negativa foi encontrada entre o Eating Attitude Test-26 e a ingestão diária de energia e carboidratos ( $r=-0,105, p=0,044$ ;  $r=-0,116, p=0,025$  respectivamente).

### Conclusão

A ingestão de alimentos está associada à dependência alimentar e ao comportamento alimentar desordenado. Mais pesquisas devem ser realizadas com uma população maior também examinando a composição corporal, exercícios e situação financeira dos indivíduos, pois todos esses fatores influenciam o estado nutricional e também o comportamento alimentar.

**Palavras-chave:** Distúrbios alimentares e alimentares. Vício em comida. Consumo de comida.

<sup>1</sup>Eastern Mediterranean University, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição e Dietética. 99628, Famagusta, Chipre do Norte via Mersin 10 Turquia. Correspondência para: C GEZER. E-mail: <ceren.gezer@emu.edu.tr>.

Artigo baseado na dissertação de G SENGOR, intitulada "Avaliação da dependência alimentar, transtorno alimentar e estado nutricional de estudantes universitários do Mediterrâneo Oriental". Universidade do Mediterrâneo Oriental; 2018.

Como citar este artigo

Sengor G, Gezer C. A associação entre dependência alimentar, comportamentos alimentares desordenados e ingestão alimentar. Rev Nutr. 2020;33:e190039. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-9865202033e190039>

## RESUMO

### **Objetivo**

*Participaram neste estudo 370 estudantes universitários. O objetivo era investigar entre consumo alimentar, dependência e relação alimentar de comportamento alimentar.*

### **Métodos**

*A Escala de Dependência Alimentar de Yale, o Teste de Atitudes Alimentares-26 e o Questionário de Frequência Alimentar foram utilizados para avaliar a dependência alimentar, os distúrbios do comportamento alimentar e o consumo alimentar.*

### **Resultados**

*Verificaram-se fontes de carboidratos, 228,  $p<0,22$ , 228,  $p<0,22$ ,  $r=0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ; e uma verificação de calorias e negativas respectivamente6 entre o Teste de Atitudes Alimentares e carboidratos ( $r=-0,105$ ,  $p=0,044$ ;  $r=-0,116$ ;  $r=-0,025$ ).*

### **Conclusão**

*O consumo alimentar está associado à dependência alimentar e aos distúrbios do comportamento alimentar. Nenhuma composição, deve ser realizada em pesquisas anteriores e deve ser realizada uma avaliação, hábitos também fazem os hábitos físicos dos dois, pois esses futuros condições corporais difíceis querem a sua situação nutricional, quer seus comportamentos alimentares.*

**Palavras-chave:** *Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. Dependência de alimentos. Consumo de Alimentos.*

## INTRODUÇÃO

O termo dependência alimentar envolve a ideia de que certos alimentos possuem propriedades viciantes, especialmente alimentos altamente processados e densos em energia, e o excesso de tais alimentos resulta em um comportamento viciante [1]. A dependência alimentar tem semelhanças com a dependência de substâncias, como persistência para usar/comer, usar/comer mais do que o planejado etc. Assim, a escala diagnóstica de dependência alimentar baseou-se nos critérios diagnósticos para dependência de substâncias [2,3]. Além disso, os comportamentos alimentares desordenados e a dependência de substâncias têm características comuns. Por exemplo, tanto o transtorno de compulsão alimentar quanto o diagnóstico de dependência de substâncias incluem perda de controle entre a ingestão de alimentos e a incapacidade de interromper o consumo de alimentos, apesar do desejo de fazê-lo [4,5]. Isso sugere uma interconexão entre dependência de substâncias, dependência alimentar e alimentação desordenada. Além disso, foi sugerido que a compulsão alimentar como um comportamento alimentar desordenado pode ser um comportamento viciante devido às propriedades viciantes dos alimentos específicos [6].

A forte motivação por trás do comer compulsivo tanto para o vício em alimentos quanto para os comportamentos alimentares desordenados depende de alimentos doces, salgados e gordurosos [7,8]. É por isso que o consumo alimentar dos indivíduos pode estar associado à dependência alimentar e compreender os princípios da dependência alimentar é importante para a prevenção dos transtornos alimentares. Restrição alimentar, vômitos e uso de laxantes são alguns dos comportamentos não saudáveis mais observados entre estudantes universitários e esses são os fatores que podem desencadear comportamentos alimentares desordenados [9,10].

Em estudo realizado com estudantes universitários de pós-graduação, 4,3% dos estudantes receberam diagnóstico de dependência alimentar [11]. Os transtornos alimentares são mais prevalentes em estudantes com idade entre 18-25 anos, sendo esses indivíduos também mais expostos aos alimentos palatáveis no ambiente universitário [12].

Os estudos que enfocam a ingestão alimentar, a dependência alimentar e os transtornos alimentares são limitados. Eles se concentram principalmente na dependência alimentar e na ingestão de alimentos ou na alimentação desordenada e na ingestão de alimentos. Em nosso estudo, agrupamos esses estudos. Acredita-se que essa estratégia tornará a pesquisa mais confiável, pois os três fatores estão interligados e se afetam. Além disso, este estudo é importante para avaliar a relação entre ingestão alimentar, dependência alimentar e comportamentos alimentares desordenados de estudantes universitários. Assim, conhecer o estado e a relação entre ingestão alimentar, dependência alimentar e comportamentos alimentares desordenados de jovens pode ajudar a melhorar os programas e atividades não só para a prevenção de transtornos alimentares e dependência alimentar, mas também para melhorar os comportamentos alimentares saudáveis.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado na Eastern Mediterranean University, envolvendo 370 estudantes de graduação. Os critérios de inclusão do estudo envolvem estudantes universitários nativos de língua turca com faixa etária entre 18 e 25 anos. Por outro lado, gravidez e/ou quadros psiquiátricos graves foram critérios de exclusão. O tamanho da amostra foi calculado por meio de um método de amostragem aleatória simples com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A taxa de frequência (taxa de ter uma pontuação no Eating Attitudes Test-26 [EAT-26] acima do limite crítico de 20) foi aceita como 0,5 para calcular a maior alternativa entre todas as possibilidades de tamanho amostral mínimo necessário. Os participantes foram selecionados aleatoriamente com base no tamanho da amostra calculado proporcionalmente ao número de docentes matriculados. Subseqüentemente, um questionário foi usado para coletar dados em entrevistas face a face por pesquisadores no campus. O estudo foi aprovado pelo Ethical Board of Scientific Research and Publication da Eastern Mediterranean University com o número 2017/50-36. Todos os participantes foram convidados a assinar um termo de consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsinque.

O questionário inclui a Yale Food Addiction Scale (YFAS) para avaliar a dependência alimentar, o EAT-26 para avaliar os comportamentos alimentares desordenados e o Food Frequency Questionnaire (QFA) para avaliar o consumo alimentar.

Yale Food Addiction Scale: foi desenvolvida e validada por Gearhardt *et al.* [13]. Essa escala foi então aprimorada de acordo com o DSM-V (Diagnóstico e Estatística Manual de Transtornos Mentais, 5ª edição) e foi nomeado YFAS 2.0 [14]. Testes de validade e confiabilidade na versão turca foram feitos por Bayraktar *et al.* e o coeficiente de confiança foi analisado como alfa de Cronbach=0,93 [15]. Neste estudo, o alfa de Chronbach foi calculado em 0,86. O YFAS inclui 25 itens e pelo menos 3 pontos em 7 e os critérios diagnósticos de uso "causa comprometimento clínico" devem ser atendidos para o diagnóstico de dependência alimentar. O aumento nas pontuações YFAS indica um risco aumentado de dependência alimentar [14].

Eating Attitude Test-26: foi desenvolvido e melhorado por Garner *et al.* [16]. A validade e confiabilidade deste teste em turco foram realizadas por Savaşır e Erol e o coeficiente de confiança foi analisado como alfa de Cronbach=0,70 [17]. Neste estudo, o alfa de Chronbach foi calculado em 0,87. O EAT-26 inclui 26 itens na forma de Escala Likert e o ponto de corte do EAT-26 é de 20 pontos (de 78). O aumento nos escores do EAT-26 reflete o aumento do comportamento alimentar desordenado [18].

Questionário de Frequência Alimentar: envolve quantidades e frequência de consumo de 54 itens alimentares durante o último mês. Neste estudo o QFA é adaptado para a população turca. Consumo

as quantidades de cada alimento foram avaliadas uma vez e, em seguida, o valor resultante foi multiplicado pelo coeficiente de frequência de consumo (cada refeição: 3,0, todos os dias: 1,0, 1-2 vezes na semana: 0,215, 3-4 vezes na semana: 0,5, 5-6 vezes por semana: 0,785, uma vez em 15 dias: 0,067, uma vez por mês: 0,033, nunca: 0). A fim de avaliar as quantidades de consumo diário [19]. O Nutrition Information Package System (BeBiS 7.2; Ebispro for Windows, Stuttgart, Alemanha; Versão turca, 2016). foi usado para determinar a ingestão diária de alimentos.

Análises Estatísticas: foram encontradas as frequências, médias e desvios padrão para os dados nominais e ordinais, respectivamente. Além disso, de acordo com os resultados da análise de distribuição normal, o teste U de Mann-Whitney ou o teste t foram usados para determinar a significância estatística e a Análise de Correlação de Pearson ou Spearman foi usada para analisar as correlações entre YFAS, EAT-26 e macronutrientes. O nível de significância foi aceito como 0,05. A análise dos dados coletados foi realizada usando o SPSS®Estatísticas 24 (IBM®Corp., Nova York, 2016).

## RESULTADOS

Na Tabela 1, a ingestão diária de energia e nutrientes foi registrada de acordo com YFAS e sexo. Fêmeas viciadas em comida exibem maior ingestão de energia, gordura e carboidratos do que fêmeas não viciadas em comida

**tabela 1.** Quantidades diárias de consumo de energia e nutrientes dos indivíduos de acordo com YFAS e sexo. Famagusta, Chipre, 2018.

	Mulheres					Machos				
	FA (n=52)		NFA (n=158)		p	FA (n=26)		NFA (n=134)		p
	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)		$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	
Energia (kcal)	2173,0	( $\pm$ 879,4)	1883,0	( $\pm$ 666,0)	0,013*	2893,8	( $\pm$ 654,1)	2640,8	( $\pm$ 702,0)	0,913
Proteína (g)	74,4	( $\pm$ 27,7)	78,5	( $\pm$ 33,4)	0,584	108,4	( $\pm$ 27,5)	103,4	( $\pm$ 35,0)	0,279
Gordura (g)	94,0	( $\pm$ 40,5)	84,7	( $\pm$ 29,9)	0,029*	121,3	( $\pm$ 32,4)	112,7	( $\pm$ 34,7)	0,445
Carboidrato (g)	247,0	( $\pm$ 109,0)	194,5	( $\pm$ 86,1)	0,009*	322,4	( $\pm$ 92,3)	288,3	( $\pm$ 87,0)	0,451
Fibra (g)	24,6	( $\pm$ 8,8)	26,8	( $\pm$ 16,2)	0,853	33,9	( $\pm$ 13,3)	31,3	( $\pm$ 13,6)	0,219
Colesterol (mg)	300,6	( $\pm$ 135,5)	322,4	( $\pm$ 139,6)	0,403	401,9	( $\pm$ 149,1)	395,5	( $\pm$ 181,7)	0,390
Vitamina A ( $\mu$ g)	1359,0	( $\pm$ 1078,6)	1.435,0	( $\pm$ 1310,2)	0,801	3045,0	( $\pm$ 2303,0)	2.589,0	( $\pm$ 2265,4)	0,222
Vitamina E (mg)	20,0	( $\pm$ 8,7)	20,4	( $\pm$ 8,9)	0,853	26,1	( $\pm$ 9,6)	24,5	( $\pm$ 10,0)	0,274
Vitamina B12 ( $\mu$ g)	6,4	( $\pm$ 4,5)	6,7	( $\pm$ 5,6)	0,778	13,0	( $\pm$ 9,7)	11,9	( $\pm$ 8,9)	0,672
Vitamina B3 (mg)	14,7	( $\pm$ 6,0)	14,8	( $\pm$ 5,9)	0,994	20,9	( $\pm$ 7,5)	20,3	( $\pm$ 7,4)	0,670
Vitamina B1 (mg)	0,9	( $\pm$ 0,3)	0,8	( $\pm$ 0,3)	0,533	1,2	( $\pm$ 0,3)	1,1	( $\pm$ 0,3)	0,808
Vitamina B2 (mg)	1,4	( $\pm$ 0,5)	1,4	( $\pm$ 0,6)	0,954	2,1	( $\pm$ 0,7)	1,9	( $\pm$ 0,7)	0,228
Vitamina B6 (mg)	1,7	( $\pm$ 0,6)	1,6	( $\pm$ 0,6)	0,640	2,1	( $\pm$ 0,6)	2,1	( $\pm$ 0,7)	0,566
Ácido Fólico ( $\mu$ g)	241,7	( $\pm$ 83,4)	233,8	( $\pm$ 92,3)	0,275	350,2	( $\pm$ 76,4)	312,4	( $\pm$ 88,4)	0,341
Vitamina C (mg)	49,8	( $\pm$ 34,8)	61,3	( $\pm$ 39,7)	0,036*	64,0	( $\pm$ 39,7)	63,8	( $\pm$ 36,8)	0,790
Potássio (mg)	2.532,0	( $\pm$ 988,7)	2560,0	( $\pm$ 1015,1)	0,835	3230,1	( $\pm$ 914,9)	3120,8	( $\pm$ 988,2)	0,897
Cálcio (mg)	619,4	( $\pm$ 252,1)	686,4	( $\pm$ 355,3)	0,360	837,0	( $\pm$ 201,0)	792,4	( $\pm$ 292,4)	0,233
Magnésio (mg)	306,6	( $\pm$ 109,8)	296,2	( $\pm$ 103,8)	0,334	388,2	( $\pm$ 109,9)	366,1	( $\pm$ 114,6)	0,709
Fósforo (mg)	1226,0	( $\pm$ 413,8)	1.232,0	( $\pm$ 435,8)	0,881	1659,6	( $\pm$ 349,3)	1558,3	( $\pm$ 458,4)	0,087
Ferro (mg)	11,9	( $\pm$ 4,1)	11,4	( $\pm$ 4,3)	0,821	16,1	( $\pm$ 3,8)	14,9	( $\pm$ 4,1)	0,723
Zinco (mg)	10,3	( $\pm$ 3,6)	9,9	( $\pm$ 3,4)	0,760	14,6	( $\pm$ 3,3)	13,6	( $\pm$ 3,8)	0,205

Observação: \* $p < 0,05$ ;  $\bar{X}$ : Média; FA: Viciado em Comida; NFA: Não Viciado em Alimentos; SD: Desvio Padrão.

( $p=0,013$ ,  $p=0,029$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,036$  respectivamente). No entanto, no caso da ingestão de vitamina C, observou-se resultado inverso. Na Tabela 2, as mulheres com maiores pontuações no EAT-26 apresentaram menor ingestão diária de energia, proteína, carboidrato, fibra e vitamina C. ( $p<0,05$ ).

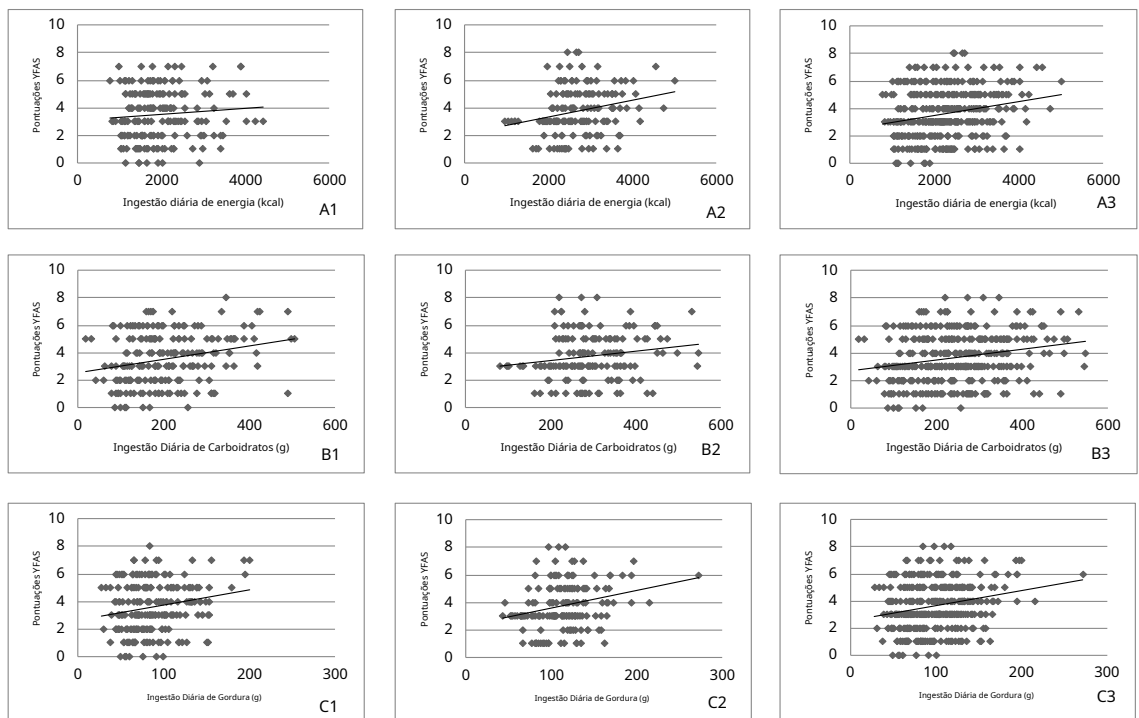
A Figura 1 mostra correlações fracas positivas entre os escores YFAS e a ingestão diária de energia, carboidratos e gordura dos indivíduos para ambos os sexos ( $r=0,228$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,222$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,225$ ,  $p<0,001$  respectivamente). A Figura 2 indica uma correlação fraca negativa entre os escores do EAT-26 e a ingestão diária de energia e carboidratos dos indivíduos ( $r=-0,105$ ,  $p=0,044$ ;  $r=-0,116$ ,  $p=0,025$  respectivamente). Por outro lado, uma correlação positiva fraca foi encontrada entre os escores do EAT-26 e a ingestão diária de gordura no sexo masculino. ( $r=0,185$ ,  $p=0,019$ ).

De acordo com a Tabela 3, o consumo diário de bolos, biscoitos e biscoitos foi maior nas mulheres viciadas em alimentos em comparação às não viciadas ( $27,5\pm 20,1$ g versus  $18,1\pm 18,4$ g), enquanto no sexo masculino foi encontrado resultado oposto ( $20,7\pm 26,3$ g versus  $27,0\pm 21,3$ g) ( $p<0,05$ ). Por outro lado, a quantidade de sementes oleaginosas ( $71,5\pm 50,2$ g versus  $37,8\pm 30,6$ g), o consumo de óleo e gordura ( $40,1\pm 26,2$ g versus  $28,5\pm 16,5$ g) foi maior em machos viciados em comida do que em machos não viciados ( $p<0,05$ ). Além disso, os machos com maior comportamento alimentar desordenado apresentaram maior consumo de carne e ovo do que os machos com menor comportamento alimentar desordenado ( $189,5\pm 132,2$ g versus  $130,9\pm 82,0$ g) ( $p<0,05$ ).

**mesa 2.** Consumo diário de energia e nutrientes de indivíduos segundo risco de transtorno alimentar e sexo. Famagusta, Chipre, 2018.

	Mulheres (n=210)					Homens (n=160)				
	EAT-26 $\geq$ 20		EAT-26 <20		<i>p</i>	EAT-26 $\geq$ 20		EAT-26 <20		<i>p</i>
	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)		$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	
Energia (kcal)	1887,0	( $\pm 823,5$ )	2003,0	( $\pm 659,8$ )	0,045*	2730,0	( $\pm 659,8$ )	2663,9	( $\pm 714,9$ )	0,299
Proteína (g)	70,9	( $\pm 30,4$ )	82,3	( $\pm 32,5$ )	0,003*	108,8	( $\pm 36,0$ )	102,5	( $\pm 33,0$ )	0,652
Gordura (g)	86,5	( $\pm 37,6$ )	87,4	( $\pm 29,3$ )	0,057	120,6	( $\pm 35,6$ )	111,6	( $\pm 33,7$ )	0,403
Carboidrato (g)	199,0	( $\pm 103,2$ )	213,8	( $\pm 88,1$ )	0,032*	286,6	( $\pm 77,3$ )	296,6	( $\pm 92,5$ )	0,324
Fibra (g)	22,4	( $\pm 13,6$ )	29,0	( $\pm 14,9$ )	<0,001*	31,8	( $\pm 13,6$ )	31,7	( $\pm 13,6$ )	0,894
Colesterol (mg)	297,0	( $\pm 133,6$ )	331,6	( $\pm 140,8$ )	0,066	414,4	( $\pm 189,8$ )	389,7	( $\pm 171,4$ )	0,627
Vitamina A ( $\mu$ g)	1539,0	( $\pm 1588,1$ )	1.327,0	( $\pm 941,8$ )	0,756	2.688,0	( $\pm 2076,1$ )	2.653,7	( $\pm 2348,6$ )	0,760
Vitamina E (mg)	19,0	( $\pm 8,8$ )	21,2	( $\pm 8,7$ )	0,075	26,3	( $\pm 12,3$ )	24,1	( $\pm 8,9$ )	0,729
Vitamina B12 ( $\mu$ g)	7,1	( $\pm 6,7$ )	6,3	( $\pm 4,1$ )	0,619	12,4	( $\pm 8,3$ )	12,0	( $\pm 9,2$ )	0,572
Vitamina B3 (mg)	13,9	( $\pm 6,2$ )	15,5	( $\pm 5,7$ )	0,516	21,2	( $\pm 7,5$ )	20,1	( $\pm 7,3$ )	0,975
Vitamina B1 (mg)	0,8	( $\pm 0,3$ )	0,9	( $\pm 0,3$ )	0,751	1,1	( $\pm 0,3$ )	1,1	( $\pm 0,3$ )	0,156
Vitamina B2 (mg)	1,4	( $\pm 0,6$ )	1,5	( $\pm 0,6$ )	0,195	2,0	( $\pm 0,7$ )	1,9	( $\pm 0,7$ )	0,782
Vitamina B6 (mg)	1,5	( $\pm 0,6$ )	1,7	( $\pm 0,6$ )	0,517	2,1	( $\pm 0,6$ )	2,1	( $\pm 0,7$ )	0,263
Vitamina C (mg)	50,0	( $\pm 39,9$ )	64,6	( $\pm 37$ )	<0,001*	61,0	( $\pm 33,6$ )	64,9	( $\pm 38,5$ )	0,912
Potássio (mg)	103,0	( $\pm 50,0$ )	116,2	( $\pm 47,1$ )	0,981	146,1	( $\pm 49,4$ )	150,5	( $\pm 54,6$ )	0,522
Ácido Fólico ( $\mu$ g)	2381,0	( $\pm 1037,9$ )	2.677,0	( $\pm 968,3$ )	0,639	3180,0	( $\pm 920,1$ )	3123,0	( $\pm 998,1$ )	0,234
Cálcio (mg)	624,0	( $\pm 273,1$ )	703,0	( $\pm 368,4$ )	0,081	820,3	( $\pm 287,9$ )	791,8	( $\pm 277,2$ )	0,731
Magnésio (mg)	278,0	( $\pm 108,4$ )	313,6	( $\pm 100,6$ )	0,588	366,0	( $\pm 104,5$ )	371,1	( $\pm 117,6$ )	0,172
Fósforo (mg)	1152,0	( $\pm 419,8$ )	1.287,0	( $\pm 429,1$ )	0,631	1602,0	( $\pm 449,7$ )	1564,6	( $\pm 442,1$ )	0,725
Ferro (mg)	10,8	( $\pm 4,5$ )	12,0	( $\pm 3,9$ )	0,211	15,4	( $\pm 3,9$ )	15,0	( $\pm 4,1$ )	0,156
Zinco (mg)	9,4	( $\pm 3,5$ )	10,4	( $\pm 3,4$ )	0,311	14,4	( $\pm 3,8$ )	13,5	( $\pm 3,7$ )	0,667

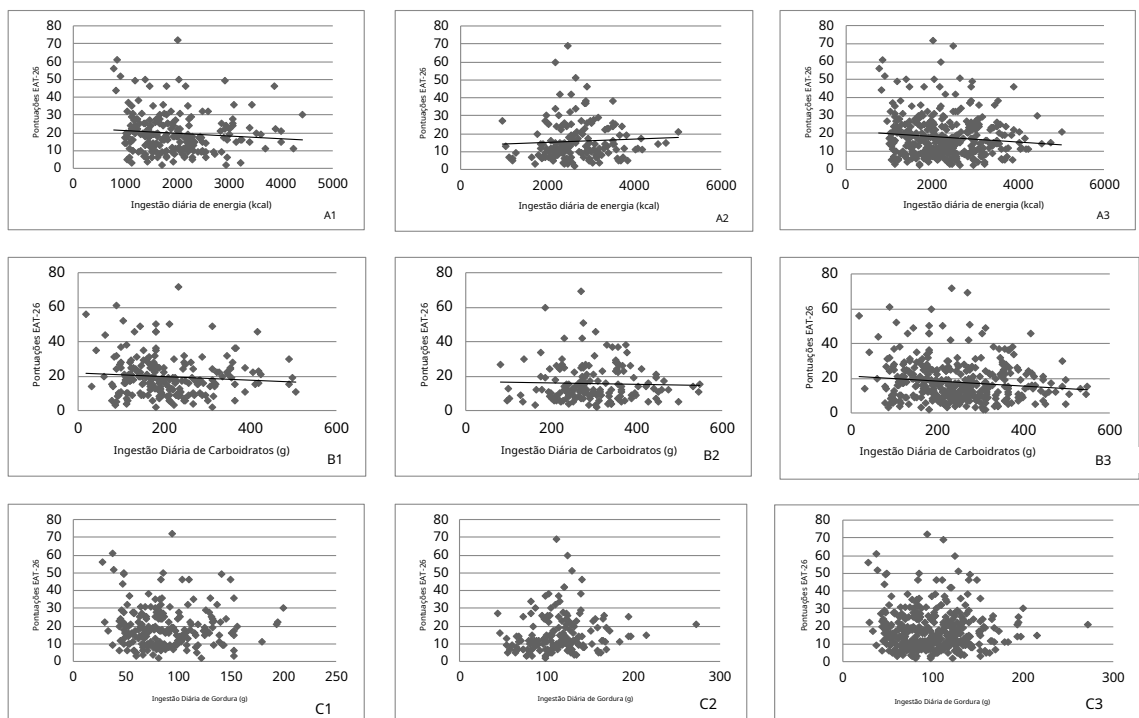
Observação: \* $p<0,05$ ;  $\bar{X}$ : Média; EAT-26: Teste de Atitudes Alimentares-26; SD: Desvio Padrão.



**figura 1.** Relação entre YFAS e ingestão diária individual de energia, carboidratos e gordura. Famagusta, Chipre, 2018.

Nota: Figuras A1-A3: Consumo de Energia; A1: Feminino ( $r=0,214, p=0,002$ ); A2: Masculino ( $r=0,225, p=0,001$ ); A3: Total ( $r=0,228, p<0,001$ ).

Figuras B1-B3: Ingestão de Carboidratos; B1: Feminino ( $r=0,254, p<0,001$ ), B2: Masculino ( $r=0,171, p=0,031$ ), B3: Total ( $r=0,222, p<0,001$ ). Figuras C1-C3: Ingestão de Gordura; C1: Feminino ( $r=0,197, p=0,004$ ), C2: Masculino ( $r=0,259, p=0,001$ ), C3: Total ( $r=0,225, p<0,001$ ).



**Figura 2.** Relação entre EAT-26 e ingestão diária de energia, carboidratos e gorduras. Famagusta, Chipre, 2018.

Nota: Figuras A1- A3: Consumo de Energia; A1: Feminino ( $r=-0,123, p=0,074$ ), A2: Masculino ( $r=0,113, p=0,155$ ), A3: Total ( $r=-0,105, p=0,044$ ).

Figuras B1-B3: Ingestão de Carboidratos; B1: Feminino ( $r=-0,104, p=0,134$ ), B2: Masculino ( $r=0,030, p=0,709$ ), B3: Total ( $r=-0,116, p=0,025$ ). Figuras C1- C3: Ingestão de Gordura; C1: Feminino ( $r=-0,034, p=0,620$ ), C2: Masculino ( $r=0,185, p=0,019$ ), C3: Total ( $r=-0,190, p=0,715$ ).

## DISCUSSÃO

As mulheres viciadas em alimentos apresentaram maior ingestão de energia, carboidratos e gorduras do que as mulheres não viciadas em alimentos, enquanto a ingestão de vitamina C foi o oposto ( $p<0,05$ ). Além disso, à medida que a ingestão diária de energia, carboidratos e gorduras aumenta, os escores YFAS também aumentam ( $r=0,228$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,222$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,225$ ,  $p<0,001$  respectivamente). Da mesma forma, estudos anteriores encontraram correlações positivas entre dependência alimentar e ingestão diária de energia, carboidratos, gorduras e proteínas [7,20-22]. No entanto, em outro estudo, não foi encontrada relação entre dependência alimentar e ingestão de carboidratos, proteínas e micronutrientes e também foi mencionado que os indivíduos preferiam alimentos densos em energia e pobres em nutrientes [23].

A ideia de alto consumo desses alimentos se deve às suas propriedades viciantes e isso leva ao consumo excessivo que corrobora os resultados de indivíduos viciados em alimentos que ingerem maiores quantidades de alimentos processados e palatáveis do que indivíduos não viciados em alimentos [24]. Em estudos anteriores, indivíduos viciados em alimentos revelaram maior consumo de alimentos prontos, lanches, batatas fritas, açúcar e refrigerantes, com menor consumo de grãos, frutas e vegetais do que indivíduos não viciados em alimentos [23,25]. Da mesma forma, neste estudo, as mulheres viciadas em comida apresentaram maior consumo de bolos, biscoitos e biscoitos diferentes do que as mulheres não viciadas em comida; no entanto, um resultado oposto foi encontrado para o sexo masculino ( $p<0,05$ ). Os resultados para os homens foram inesperados porque os diferentes bolos, biscoitos e bolachas são ricos em açúcar que têm propriedades viciantes e é por isso que se esperava que os homens viciados em comida apresentassem maior consumo desses alimentos do que os homens não viciados em comida. Por outro lado, os machos viciados em alimentos apresentaram maior consumo de óleo, gordura e sementes oleaginosas em comparação aos machos não viciados em alimentos ( $p<0,05$ ). Portanto, de acordo com esses resultados, pode-se supor que os alimentos ricos em gordura são mais atraentes do que os alimentos ricos em açúcar para os homens viciados em alimentos, enquanto os alimentos ricos em açúcar são mais atraentes para as mulheres viciadas em alimentos.

Além disso, à medida que a ingestão diária de gordura masculina aumenta, os escores do EAT-26 também aumentam ( $r=0,185$ ,  $p=0,019$ ). Além disso, os machos com maior comportamento alimentar desordenado exibiram maior consumo de carne e ovo do que os machos com menor comportamento alimentar desordenado ( $189,5\pm132,2$ g versus  $130,9\pm82,0$ g) ( $p<0,05$ ). Assim, pode-se deduzir que o aumento de gordura associado ao aumento da ingestão de carne e ovos ocorre em machos com maior comportamento alimentar desordenado. Além disso, enquanto a ingestão diária de energia e carboidratos dos indivíduos aumenta, os escores do EAT-26 diminuem ( $r=-0,105$ ,  $p=0,044$ ;  $r=-0,116$ ,  $p=0,025$  respectivamente). Além disso, as mulheres com maior comportamento alimentar desordenado ingeriram menos energia diária, proteína, carboidrato, fibra e vitamina C do que as mulheres com menor comportamento alimentar desordenado ( $p<0,05$ ).

Em um estudo realizado com nadadoras, aquelas com alto comportamento alimentar desordenado ingeriram menor energia, carboidratos, gordura, ferro e zinco, e maior ingestão de vitamina C e folato do que as mulheres com baixo comportamento alimentar desordenado [26]. Outro estudo mostrou que no sexo feminino, à medida que o comportamento alimentar desordenado aumenta, a ingestão inadequada de energia e nutrientes também aumenta, enquanto no sexo masculino apenas a ingestão de vitaminas e minerais diminui com o comportamento alimentar desordenado [27]. Assim, o comportamento alimentar não saudável entre as mulheres pode ser devido a fatores hormonais, sociais e psicológicos.

## CONCLUSÃO

A dependência alimentar foi positivamente correlacionada com a ingestão diária de energia, carboidratos e gorduras, enquanto uma correlação negativa foi encontrada entre o comportamento alimentar desordenado e a ingestão diária de energia e carboidratos. Portanto, a ingestão de alimentos está associada tanto à dependência alimentar quanto à

**Tabela 3.** Consumo diário de grupos de alimentos segundo risco de transtorno alimentar, dependência alimentar e sexo (g/dia). Famagusta, Chipre, 2018.

	Mulheres (n=210)					Homens (n=160)				
	FA		NFA		<i>p</i>	FA		NFA		<i>p</i>
	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)		$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	
Leite e Laticínios	270,8	( $\pm$ 169,6)	226,3	( $\pm$ 111,5)	0,122	243,5	( $\pm$ 116,4)	304,6	( $\pm$ 207,0)	0,259
Produtos										
Grupo de Pão e Grãos	306,0	( $\pm$ 128,5)	296,7	( $\pm$ 130,2)	0,924	329,0	( $\pm$ 147,5)	295,1	( $\pm$ 135,2)	0,565
Sementes oleosas	42,8	( $\pm$ 25,0)	42,2	( $\pm$ 32,7)	0,565	71,5	( $\pm$ 50,2)	37,8	( $\pm$ 30,6)	<0,001*
Grupo de Carnes e ovo	125,1	( $\pm$ 58,9)	102,7	( $\pm$ 70,6)	0,002*	154,6	( $\pm$ 89,2)	175,6	( $\pm$ 110,4)	0,508
Salsicha	8,9	( $\pm$ 7,4)	8,2	( $\pm$ 8,2)	0,018*	11,0	( $\pm$ 10,9)	8,8	( $\pm$ 8,9)	0,332
Vegetais	96,5	( $\pm$ 71,1)	87,6	( $\pm$ 92,4)	0,052	115,2	( $\pm$ 110,7)	162,6	( $\pm$ 137,2)	0,919
Batata, Amido e Cogumelo	118,1	( $\pm$ 59,2)	105,0	( $\pm$ 71,1)	0,080	140,0	( $\pm$ 47,9)	127,1	( $\pm$ 68,2)	0,279
Frutas	83,7	( $\pm$ 66,2)	85,1	( $\pm$ 69,6)	0,974	95,5	( $\pm$ 71,2)	134,8	( $\pm$ 129,2)	0,207
Doces	66,3	( $\pm$ 43,0)	42,5	( $\pm$ 37,8)	0,054	53,0	( $\pm$ 46,9)	78,0	( $\pm$ 61,0)	0,066
bolos, biscoitos e Biscoitos	27,5	( $\pm$ 20,1)	18,1	( $\pm$ 18,4)	0,001*	20,7	( $\pm$ 26,3)	27,0	( $\pm$ 21,3)	0,034*
Óleo e gordura	31,1	( $\pm$ 14,0)	30,8	( $\pm$ 16,3)	0,773	40,1	( $\pm$ 26,2)	28,5	( $\pm$ 16,5)	0,041*
	EAT-26 $\geq$ 20		EAT-26 <20		<i>p</i>	EAT-26 $\geq$ 20		EAT-26 <20		<i>p</i>
	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)		$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	$\bar{X}$	( $\pm$ SD)	
Leite e Laticínios	247,3	( $\pm$ 137,8)	230,1	( $\pm$ 122,9)	0,476	272,3	( $\pm$ 150,0)	303,1	( $\pm$ 211,0)	0,412
Produtos										
Grupo de Pão e Grãos	295,6	( $\pm$ 124,9)	301,5	( $\pm$ 133,2)	0,292	275,0	( $\pm$ 121,9)	310,3	( $\pm$ 142,1)	0,196
Sementes oleosas	44,6	( $\pm$ 27,8)	40,8	( $\pm$ 33,1)	0,168	40,5	( $\pm$ 40,3)	44,3	( $\pm$ 35,1)	0,370
Grupo de Carnes e ovo	167,5	( $\pm$ 98,8)	98,5	( $\pm$ 58,7)	<0,001*	189,5	( $\pm$ 132,2)	130,9	( $\pm$ 82,0)	0,003*
Salsicha	8,3	( $\pm$ 7,6)	8,4	( $\pm$ 8,3)	0,083	7,8	( $\pm$ 7,9)	9,7	( $\pm$ 9,7)	0,388
Vegetais	102,1	( $\pm$ 94,1)	80,9	( $\pm$ 81,7)	0,084	135,1	( $\pm$ 108,5)	171,3	( $\pm$ 140,3)	0,124
Frutas	88,0	( $\pm$ 78,0)	82,4	( $\pm$ 61,3)	0,993	123,6	( $\pm$ 126,2)	130,2	( $\pm$ 121,4)	0,443
Doces	50,3	( $\pm$ 42,6)	47,0	( $\pm$ 38,9)	0,199	90,4	( $\pm$ 70,9)	67,7	( $\pm$ 53,6)	0,015*
bolos, biscoitos e Biscoitos	27,0	( $\pm$ 22,4)	20,5	( $\pm$ 19,0)	0,054	26,3	( $\pm$ 18,4)	20,9	( $\pm$ 21,6)	0,289
Óleo e gordura	30,9	( $\pm$ 13,6)	30,9	( $\pm$ 17,1)	0,876	27,8	( $\pm$ 19,7)	31,3	( $\pm$ 18,5)	0,174

Observação: \* $p < 0,05$ ;  $\bar{X}$ : Média; FA: Viciado em Comida; NFA: Não Viciado em Alimentos; SD: Desvio Padrão.

comportamento alimentar, mas está inversamente relacionado. Os resultados deste estudo são importantes porque tanto a dependência alimentar quanto a relação do comportamento alimentar desordenado com a ingestão de alimentos foram demonstradas em uma amostra. No entanto, mais pesquisas devem ser realizadas com uma população maior, examinando também a composição corporal, exercícios e situação financeira dos indivíduos, pois todos esses fatores influenciam no estado nutricional e nos comportamentos alimentares dos indivíduos.

## COLABORADORES

G SENGOR e C GEZER tiveram papéis equivalentes na concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados.



## REFERÊNCIAS

1. Özkan EU, Devrim A, Bilgiç P. Avaliação da relação entre dependência alimentar, estado nutricional e depressão em mulheres com sobrepeso e obesidade. *Dieta J Nutr.* 2017;45(3):242-9.
2. Long CG, Blundell JE, Finlayson G. Uma revisão sistemática da aplicação e correlatos da dependência alimentar diagnosticada por YFAS em humanos: os vícios relacionados à alimentação são motivo de preocupação ou conceitos vazios?. *Fatos Obes.* 2015;8(6):386-401.
3. Penzenstadler L, Soares C, Karila L, Khazaal Y. Revisão sistemática da dependência alimentar medida com a Escala de Dependência Alimentar de Yale: implicações para o construto dependência alimentar. *Curr Neurofarmacol.* 2018;16:1-13.
4. Davis C. Um comentário sobre as associações entre dependência alimentar, transtorno de compulsão alimentar e obesidade: condições sobrepostas com características clínicas idiossincráticas. *Apetite.* 2017;115:3-8.
5. Treasure J, Leslie M, Chami R, Fernandez-Aranda F. Os modelos de diagnóstico trans de transtornos alimentares são adequados para o propósito? Uma consideração da evidência para o vício em comida. *Eur Transtornos Alimentares Rev.* 2017;26:83-91.
6. Meule A, Gearhardt AN. A dependência alimentar à luz do DSM-5. *Nutrientes.* 2014;6(9): 3653-71.
7. Dimitrijević E, Popović N, Sabljak V, Škodrić-Trifunović V, Dimitrijević N. Diagnóstico e tratamento da dependência alimentar. *Psiquiatria Danub.* 2015;27(1):101-6.
8. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Quais alimentos podem ser viciantes? Os papéis do processamento, teor de gordura e carga glicêmica. *Plos Um.* 2015;10(2):e0117959. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117959>
9. Yu Z, Tan M. Comportamentos alimentares desordenados e dependência alimentar entre estudantes universitários de nutrição. *Nutrientes.* 2016;8(11):E673. <http://dx.doi.org/10.3390/nu8110673>
10. Pengpid S, Peltzer K, Ahsan GU. Risco de transtornos alimentares entre estudantes universitários em Bangladesh. *Int J Adolesc Med Saúde.* 2015;27(1):93-100.
11. Manzoni GM, Rossi A, Pietrabissa G, Varallo G, Molinari E, Poggiogalle E, *et al.* Validação da Escala Italiana de Dependência Alimentar de Yale em estudantes universitários de pós-graduação. *Coma Distúrbio de Peso.* 2018;23:167-76.
12. Yu Z, Indelicato NA, Fuglestad P, Tan M, Lindsay B, Stice C. Diferenças sexuais em transtornos alimentares e dependência alimentar entre estudantes universitários. *Apetite.* 2018;129:12-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.028>
13. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Validação preliminar da Yale Food Addiction Scale. *Apetite.* 2009;52(2):430-6.
14. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Desenvolvimento da Yale Food Addiction Scale Versão 2.0. *Comportamento do viciado em psicol.* 2016;30(1):113-21.
15. Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. Estudo de adaptação da Yale Food Addiction Scale. *Klin Psikofarmakol B.* 2012;22:38.
16. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. O teste de atitudes alimentares: características psicométricas e correlatos clínicos. *Psicol Med.* 1982;12(4):871-8.
17. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Turk J Psychol.* 1989;7(23):19-25.
18. Rodríguez MA, Salar VN, Carretero MC, Gimeno CE, Collado RE. Transtornos alimentares e manejo da dieta em esportes de contato: o questionário EAT-26 não parece adequado para avaliar transtornos alimentares em esportes. *Nutr Hosp.* 2015;32(4):1708-14.
19. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Em: Baysal A, *e outros.* *Diyet El Kitabı.* Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2016.
20. Lemeshow AR, Rimm EB, Hasin DS, Gearhardt AN, Flint AJ, Field AE, *et al.* Consumo de alimentos e bebidas e dependência alimentar entre mulheres no Nurses' Health Studies. *Apetite.* 2018;121:186-97.
21. Küçükerdönmez Ö, Urhan M, Altın M, Haciraifoğlu O, Yıldız B. Avaliação da relação entre dependência alimentar e estado nutricional em pacientes esquizofrênicos. *Nutr Neurosci.* 2017;1-9.
22. Ayaz A, Nergiz-Unal R, Dedebayraktar D, Akyol A, Pekcan AG, Besler HT, *et al.* Como a dependência alimentar influencia o perfil de ingestão alimentar? *Plos Um.* 2018;13(4):e0195541. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0195541>

23. Pursey KM, Collins CE, Stanwell P, Burrows TL. Alimentos e perfis alimentares associados à dependência alimentar em adultos jovens. *Rep. de Comportamento do Viciado* 2015;5(2):41-8.
24. Carlier N, Marshe VS, Cmorejova J, Davis C, Müller DJ. Semelhanças genéticas entre compulsão alimentar e fenótipos de dependência: um caso para dependência alimentar?. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(12):96.
25. Burrows T, Hides L, Brown R, Dayas CV, Kay-Lambkin F. Diferenças nas preferências alimentares, personalidade e saúde mental em adultos australianos com e sem dependência alimentar. *Nutrientes.* 2017;9(3):285.
26. Costa NF, Schtscherbyna A, Soares EA, Ribeiro BG. Desordem alimentar entre nadadoras adolescentes: fatores dietéticos, bioquímicos e de composição corporal. *Nutrição.* 2013; 29(1):172-7.
27. Aparicio-Llopis E, Canals J, Arija V. Ingestão dietética de acordo com o curso dos sintomas de transtornos alimentares em um estudo de acompanhamento escolar de adolescentes. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(6):412-42.

Recebido: 28 de fevereiro de 2019

Versão final: 19 de novembro de 2019

Aprovado: 3 de dezembro de 2019