



**A dieta e a perda de controlo na  
alimentação**

Beatriz Carvalho

UMinho | 2019



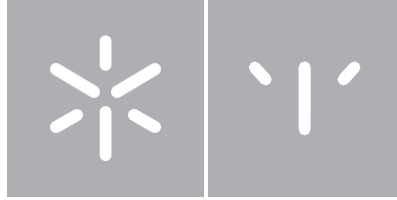
**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Beatriz Gomes Carvalho

**A dieta e a perda de controlo na  
alimentação**

junho de 2019





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Beatriz Gomes Carvalho

**A dieta e a perda de controlo na  
alimentação**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob orientação da

**Doutora Ana Rita Vaz** e da

**Doutora Eva Conceição**

## **Direitos de Autor e Condições de Utilização do Trabalho por Terceiros**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



**Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual**  
**CC BY-NC-SA**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, aos meus pais e aos meus irmãos, por estarem sempre presentes e apoiarem em todas as etapas da minha vida. E a toda a minha família!

À Doutora Ana Rita Vaz, pela orientação e minuciosidade nas suas apreciações e aprendizagens, que me levaram a exigir a máxima competência para elaborar a minha Dissertação de Mestrado.

Aos meus participantes, porque sem eles, este estudo seria impossível!

Ao meu dinâmico e coeso Grupo de Investigação em Perturbações Alimentares pelas partilhas constantes e momentos de aprendizagem. Um enorme agradecimento a Doutora Ana Pinto Bastos e a Doutora Marta Lourdes pela partilha de conhecimento e o que me ensinaram foi crucial.

Ao Tiago Sousa, pelo companheirismo, pela partilha científica, pelo amor, suporte, paciência e por ser um exemplo na minha vida.

As minhas melhores amigas, Dalila Pereira, Juliana Lucas e Diana Silva, que apesar da distância, serem uma presença continua na minha vida e quero agradecer pela paciência e apoio que sempre me deram.

Aos meus amigos de Braga, Bruna Simaens, Hugo Manso e Ana Mota, por todo o tempo disponibilizado em ouvir os meus desabafos e por conseguirem, mesmo nos momentos mais difíceis estar sempre por perto.

As minhas amigas Cristina Bernardo e Débora Lucas pelo apoio, companheirismo e ideias compartilhadas.

A todos os meus restantes amigos, pela amizade e sucessivas aprendizagens.

A todas as pessoas aleatórias que surgiram no meu caminho e que, de uma forma ou de outra, foram bastante significativas.

Obrigado a todas estas pessoas, de coração!



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 04 de Braga de 2019

Nome Completo: Ana Beatriz Gomes Carvalho

Assinatura:

*Ana Beatriz Gomes Carvalho*

## A Dieta e perda de controlo na alimentação

### **Resumo**

As perturbações do comportamento alimentar são dificuldades psicopatológicas complexas e caracterizadas pela preocupação excessiva com o peso corporal e a forma corporal.

O principal objetivo desta investigação é compreender a associação entre as dietas e a perda de controlo na alimentação e consequentemente, com as características associadas à psicopatologia alimentar. Para o corrente estudo transversal, foram avaliados 423 indivíduos, sendo que 229 realizaram dietas e 194 nunca realizaram, através de questionários de autorrelato: questionário sociodemográfico, *Depression, Anxiety and Stress Scale* (EADS-21), *Eating Disorder – 15* (ED-15), *Loss of Control over Eating Scale* (LOCES), *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale* (FSCRS) e *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (EDRE).

Sendo assim, podemos concluir que indivíduos que realizaram dieta apresentam mais sentimentos de autocrítica (e.g., fracasso e raiva), mais dificuldades no controlo dos impulsos, mais perda de controlo na alimentação e ainda mais preocupação com o peso, forma corporal e alimentação, do que aqueles que não realizaram dieta. Também foi concluído que indivíduos que não praticam exercício físico, apresentam mais compulsão alimentar. A supressão de peso apresenta um efeito mediado na relação entre o número de dietas e a perda de controlo, no entanto, o seu efeito pode ser moderado pela prática de exercício físico, tendo assim, um efeito protetor nesta relação.

Palavras-chave: alimentação, dieta, exercício físico, perda de controlo, supressão de peso

## Diet and the loss of control in eating

### **Abstract**

Disorders of eating behavior are complex psychopathological difficulties and characterized by excessive preoccupation with body weight and body shape.

The main objective of this research is to understand the association between diets and the loss of control in eating with the characteristics associated with food psychopathology. For the current cross-sectional study, 423 subjects were evaluated, of which 229 performed diets and 194 never performed, through self-report questionnaires: sociodemographic questionnaire, Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21), Eating Disorder - 15 ), Loss of Control over Eating Scale (LOCES), Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale (FSCRS) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (EDRE).

Thus, research concludes that dietary individuals have more feelings of self-criticism (eg, failure and anger), more difficulties in controlling impulses, more loss of control in eating, and even more concern about weight, body appearance and nutrition than those who did not diet. Weight suppression has a mediated effect on the relationship between the number of diets and the loss of control; however, its effect can be moderated by the practice of physical exercise, thus having a protective effect in this relation.

*Keywords: diet, eating, exercise, loss of control, weight suppression*



## Índice

A dieta e a perda de controlo na alimentação .....	8
Metodologia.....	14
Amostra .....	14
Instrumentos .....	14
Procedimento .....	15
Análise Estatística.....	16
Resultados .....	16
Discussão.....	23
Referências .....	28

## Índice das Tabelas

Tabela 1. <i>Caraterização dos Participantes relativamente ao historial clínico de dietas (n = 423).....</i>	17
Tabela 2. <i>Caraterização dos Participantes relativamente à pratica de exercício físico e peso (n = 423)....</i> .....	18
Tabela 3. <i>Diferença entre os grupos que realizam dieta e os que não realizam dieta em relação às</i> <i>variáveis clínicas e demográficas.....</i>	19
Tabela 4. <i>Diferença de Participantes nos grupos que realizam e não realizam dieta em relação às</i> <i>atitudes alimentares, comportamentos alimentares disfuncionais e sintomas associados.....</i>	21
Tabela 5. <i>Correlações entre variáveis.....</i>	22

## Índice das Figuras

<i>Figura 1. Associação entre número de dietas, supressão de peso, pratica de exercício físico e</i> <i>LOCES.....</i>	23
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## Índice de Anexos

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética.....	36
--------------------------------------------	----

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

### A dieta e a perda de controlo na alimentação

As perturbações do comportamento alimentar são dificuldades psicopatológicas complexas e caracterizadas pela preocupação excessiva do peso corporal e do aspeto físico (APA, 2013).

No que se refere à Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC), esta tem sido definida como a ingestão de uma grande quantidade de alimentos (Critério A) maior do que a maioria das pessoas consumiria, sendo acompanhada por uma sensação de perda de controlo sobre os alimentos (Critério C), pois o sujeito sente que não consegue parar de comer ou controlar o que está a ingerir. Estes episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana durante três meses (Critério D), e estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspetos: comer mais rapidamente do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo e sentir-se triste consigo mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (Critério B). A mesma não está relacionada a comportamentos compensatórios inapropriados conduzidos à perda de peso (Critério E), o que estabelece uma característica distinta da Bulimia Nervosa (BN) (APA, 2013). A ingestão alimentar compulsiva é também acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, abrangendo sentimentos como, vergonha, nojo e/ou culpa. Devido aos sentimentos vivenciados de vergonha e culpa pelo comportamento, os indivíduos experienciam estes comportamentos quando principalmente quando estão sozinhos (Barey, Grilo & Masheb, 2002).

A literatura sugere que a perda de controlo na alimentação constitui uma perturbação clinicamente significativa e negativa, relativamente à quantidade de alimentos ingeridos na compulsão alimentar e é considerada um marcador de ganho de peso e obesidade que afeta até 5% da população (APA, 2013). A PIAC pode ocorrer em indivíduos com peso normativo ou excesso de peso, a sua prevalência, é igual entre mulheres e homens que procuram tratamento para perder peso (30%) do que na população em geral (3%) (; APA, 2013; Azevedo et al., 2004; Isnard et al., 2003; Goldschmidt, 2017; Kessler et al., 2013; Rosenbaum e White, 2013). No entanto, a prevalência de ocorrer PIAC é maior nas mulheres (Brunette, 2017; Brunette, 2018).

A sensação de perda de controlo e a ingestão excessiva de alimentos são apontados como características da obesidade e das perturbações do comportamento alimentar, sendo descritos como uma sensação de perda de controlo sobre a alimentação que se encontra relacionada à diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, desvalorização da imagem corporal e preocupação com o seu peso, enquanto o excesso de comida poderá estar relacionada com um risco de ganho de peso e obesidade (Goldschmidt, 2017; Pollert et al., 2013).

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

A aquisição de alimentos com grande densidade energética e de qualidade nutricional reduzida, um estilo de vida sedentário, uma insatisfação na vida pessoal e social, apresenta assim, níveis elevados de psicopatologia, como depressão, ansiedade sendo os fatores que mais atuam o aumento de peso e da obesidade. Assim, para entender melhor a sensação de perda de controlo e a ingestão de grandes quantidades de alimentos, Fairburn & Cooper (1993) descreveram os episódios bulímicos subjetivos como a ingestão de uma pequena quantidade de alimentos em uma pequena janela temporal e por uma perda de controlo na alimentação. Por outro lado, e segundo os mesmos autores os episódios bulímicos objetivos caracteriza-se pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos durante pouco tempo, onde os indivíduos sentem uma perda de controlo (Azevedo et al., 2004; Goldschmidt et al., 2016; Napolitano, 2001; Pollert et al., 2013; Smoller, 1987; Stunkard, 2003).

Estudos associam a compulsão alimentar e a sensação de perda de controlo. Alguns relacionam tais comportamentos a um construto psicopatológico exclusivamente associado ao sofrimento, a perturbações no comportamento alimentar e a fatores relacionados com o peso, independentemente da grandeza do episódio e do peso do indivíduo. No entanto, outras pesquisas mencionaram a importância da avaliação do tamanho do episódio na validade da sensação de perda de controlo (Goldschmidt, 2017). A sensação de perda de controlo é caracterizada pela ingestão de uma quantidade objetivamente grande de alimentos (Bocchieri et al., 2002; Meany, Conceição & Mitchell, 2014).

De acordo com um estudo, encontraram a presença de uma grande frequência de sensação de perda de controlo em indivíduos com PIAC, posteriormente a um episódio de compulsão alimentar. Os resultados supramencionados podem estar relacionados com o estado efetivo dos indivíduos que é um grande influenciador da sensação de perda de controlo, uma vez que estes mesmos indivíduos poderão perceber negativamente em que consistem as perdas de controlo. Os indivíduos que apresentam estes episódios tendem a manifestar maiores perturbações de humor e de ansiedade, bem como altos níveis de neuroticismo (Goldschmidt, 2017).

Fairburn e colaboradores (2003) afirmam que as perturbações do comportamento alimentar se iniciam habitualmente por aquilo que se pode assemelhar a uma dieta normal. No entanto, é frequente que indivíduos que queiram diminuir o seu peso corporal recorram a estratégias nutricionais (dieta) para alcançar o seu objetivo. No entanto esta decisão tende a aumentar a probabilidade da ocorrência de episódios de perda de controlo. Mulheres que foram sujeitas a vários períodos de restrição alimentar estão sujeitas a este tipo de alteração comportamental, no que diz respeito à comida. Há evidências de

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

que indivíduos com PIAC ingerem muito mais alimentos do que indivíduos obesos sem PIAC. A IAC pode ocorrer em indivíduos com peso normal e obesos, visto que a maioria dos indivíduos apresenta um historial repetitivo de sucessivas dietas e acabam por sentir-se desencorajados em relação à sua capacidade em controlar a ingestão de alimentos. (APA, 2013; Branco, 2004; Goldfein, 1993; Herman & Polivy, 1980; Pollert et al., 2013).

Estudos correntes provaram a existência de uma relação entre o stress e o aumento da prevalência da obesidade, sendo o stress um influenciador do comportamento alimentar através do aumento ou da diminuição da ingestão alimentar compulsiva (IAC). O stress está relacionado com a ingestão de alimentos com muitas calorias (densidade energética), muito ricos em gordura e açúcar, acabando por dar mais importância a obtenção do prazer dos alimentos muito calóricos. A composição nutricional dos alimentos influencia a atividade psicológica, sendo que alguns estudos relatam que as dietas com a mesma grandeza calórico mas com nutrientes diferentes, ou seja, dietas ricas em proteína ou ricas em hidratos de carbono preponderam as respostas psicológicas (Branco, 2004; Yau & Potenza, 2013). Por outra forma, estudos demonstram que uma dieta excessiva em proteína e hidratos de carbono leva a uma maior produção de cortisol (hormona do stress), estimulando a ingestão de alimentos e aumento do peso (Branco, 2004).

Assim, podemos concluir que independentemente da dieta, a ingestão excessiva de alimentos está associada a um aumento da produção de cortisol, sendo assim, devido aos grandes níveis de ansiedade (aumentando o cortisol), o indivíduo acaba por ingerir muita comida, sentindo uma sensação de inchaço repentina. (Branco, 2004; Gluck, 2001).

A fim de avaliar possíveis causas e consequências das dietas, os autores, Herman e Polivy (1980) desenvolveram a teoria da restrição, demonstrando que indivíduos que implementam uma dieta apresentam uma IAC exagerada. A restrição alimentar é considerada uma consequência das tentativas contínuas e rígidas de excluir os alimentos ingeridos, sendo assim, uma das características mais preeminentes das perturbações do comportamento alimentar. A restrição alimentar por definição abrange dieta, limitação por alguns alimentos, envolve também o gerir das doses e do que pode ingerir diariamente (Herman & Polivy, 1980). A dieta pode facilitar o desenvolvimento de sintomatologia alimentar, ou seja, o indivíduo que reduz nas calorias para perda de peso, a concentração de grelina (hormona produzida no estômago que quando está elevada produz fome e quando está baixa, diminui a fome) aumenta e acaba por ter mais apetite, o que causa frustração, sentimentos de culpa, devido a restrição alimentar (Branco, 2004). Alguns estudos comprovaram que em situações de stress ocorre uma maior produção de grelina, que por sua vez, aumenta a fome, mesmo que tenha sido ingeridas

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

muitas calorias, levando assim, a uma maior ingestão alimentar, que proporcionará um aumento de peso (Branco, 2004). Existe também outras hormonas que regulam a saciedade: leptina, insulina e serotonina que influenciam nas PIAC. A leptina (hormona produzida no tecido gordo corporal que tem como função, promover a saciedade e é fundamental na regulação do equilíbrio energético no nosso organismo, ou seja, esta hormona ajuda a sentir fome ou ausência da mesma (Branco, 2004).

A teoria cognitiva comportamental propõe que a compulsão alimentar resulta da forma como os indivíduos tentam restringir a sua alimentação, ou seja, através de uma dieta, havendo ou não um défice calórico, e que culmina na adoção de regras alimentares extremas (Fairbun et al., 2003). No entanto, estes indivíduos tendem a quebrar as regras estabelecidas, até mesmo através de pequenos deslizes, o que acaba por ser interpretado como uma sensação de perda de controlo, levando ao abandono dos seus esforços para continuar na dieta. Contudo, na teoria cognitiva comportamental também foi confirmado que os estados de humor adversos podem ser um desencadear da compulsão alimentar, sugerindo que o efeito principal era a desistência da dieta (Fairbun et al., 2003).

A restrição alimentar é pontuada por episódios de compulsão alimentar, constatando-se que por sua vez os indivíduos tendem a apresentar uma maior preocupação com a sua capacidade em controlar a alimentação, forma e peso, e conseqüentemente incentivando assim a uma maior restrição alimentar e aumentando o risco de compulsão alimentar, gerando um círculo vicioso que causará sofrimento ao indivíduo e mantém a perturbação. Uma vez que existem evidências de que os indivíduos experienciam episódios de compulsão alimentar, de modo a neutralizar os efeitos de privação calórica a que estão sujeitos e conseqüentemente, pode surgir sentimentos de culpa logo após as refeições, ocorrendo uma sensação de perda de controlo (Stice, 2002).

Os indivíduos com PIAC, geralmente estão acima do peso ou são obesos devido a repetidas refeições ou até mesmo compulsões sem compensação, ocorrendo assim um maior risco para a saúde e aumento do índice de massa corporal (IMC) (Cook et al., 2015; Fairburn et al., 2000; Striengel-Moore et al., 2001).

Homan (2010), investigou que mulheres que possuíam uma grande preocupação e idealização de um corpo magro, alcançaram um nível maior de insatisfação corporal, utilizando dietas e exercício físico. Indivíduos praticam exercício físico relacionado com um sentimento negativo provocado por um episódio de compulsão alimentar (Peñas-Llédó et al., 2002; Young & Anderson, 2010). A insatisfação corporal e o sentimento negativo são grandes preditores da IAC, aumenta o risco de dietas restritas e assim, de IAC. Num estudo de Duarte et al. (2015) foram avaliadas 1008 mulheres portuguesas que apresentavam compulsão alimentar e os resultados obtidos foram a apresentação de níveis elevados

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

de sintomas de depressão, stress e ansiedade, sendo que a vergonha e o autocrítico estão ligados aos sintomas da compulsão (Dakanalis et al., 2016; Fairburn, 1997; Grilo & Mitchell, 2012; Stice, Maxfield & Wells, 2003).

A permanência da ingestão com sensação de perda de controlo encontra-se associada a resultados desfavoráveis à saúde nos jovens, da mesma forma que se verificou que a alimentação após uma cirurgia bariátrica acompanhada com sensação de perda de controlo tem sido associada a resultados baixos em adultos (Meany, Conceição & Mitchell, 2014; Tanifsky-Kraff et al., 2009).

A supressão de peso refere-se à diferença do peso atual e o peso mais alto obtido na sua vida desde que atingiu a vida adulta e esta associada a sensação de perda de controlo sobre a alimentação, pois pode reduzir parte do sofrimento associado a uma perturbação do comportamento alimentar (e.g., melhorar a imagem corporal) mas, por outro lado, poderá impulsionar uma compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, incluindo dietas. Também a supressão de peso, está associada a uma tendência para mais restrição, mais necessidade em controlar a alimentação, ou seja, mais sensação de perda de controlo na alimentação (Butryn, Lowe, Safer, & Agras, 2006; Lowe, 1993). O interesse pela supressão de peso e a ligação que esta apresenta nas perturbações alimentares tem vindo a crescer, devido a que manter um peso baixo irá criar resistência e pressão metabólica e psicológica para retornar a um peso elevado (Gorrell, Reilly, Schaumberg, Anderson & Donahue, 2019). Uma maior supressão de peso está relacionada a múltiplas histórias de restrições calóricas consistentes. Apesar da meta de longo prazo da dieta ser a perda sustentada de peso, a supressão de peso por ter associações adequadas e mal - adaptativas (Klem, Wing, McGuire, Seagle & Hill, 1998).

Indivíduos com altos níveis de supressão de peso relatam um aumento da restrição alimentar e aumento da atividade física. No entanto, a supressão de peso também apresenta resultados prejudiciais na alimentação e peso, incluindo também o ganho de peso em excesso, ou seja, mais sensação de perda de controlo e mais comportamentos de compulsão alimentar (Stice, Durant, Burger & Schoeller, 2011).

Indivíduos com PIAC, normalmente não praticam exercício físico, porque uma das suas características é a não utilização de métodos compensatórios logo após um episódio de sensação de perda de controlo na alimentação, desde modo favorece, o aumento do peso. Estudos sugerem que a prática do exercício físico, pode ser saudável para os indivíduos que apresentam perda de controlo na alimentação, pois querem manter ou diminuir a frequência da prática de exercício físico, em que esta acaba por se relacionar com a incapacidade de alimentar-se compulsivamente (Levine et al., 1996; Cook et al., 2015). Posto isto, em estudos realizados com população com pouco peso e obesas com

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

compulsão alimentar, o exercício pode ter um papel fundamental no tratamento da compulsão alimentar, como a perda de peso e manutenção da perda de peso (Catenacciet et al., 2011; Cook et al., 2015).

A prática regular de exercício físico apresenta múltiplas repercussões positivas para a saúde, desde fisiológicos, psicológicos e sociais como aumento da autoestima, como as pessoas percebem os seus próprios corpos, prevenção de depressão e diminuição da ansiedade e stress, no entanto, o sedentarismo aumenta cada vez mais, sendo que é o segundo fator de risco a nível mundial da mortalidade. Níveis altos de exercício foram caracterizados como um fator associado às perturbações alimentares, sendo a dieta o catalisador na transformação corporal de modo a aumentar o desempenho através da otimização da composição corporal. Neste sentido, e de acordo com as evidências, os homens podem ser mais propensos a praticar exercícios físicos excessivos, contrariando assim, a dieta restritiva como meio de controlar o peso e a auto-imagem. (Kohl et al., 2012; Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Thompson & Sherman 2010).

De acordo com a literatura apresentada, podemos constatar que a análise da sensação de perda de controlo sobre a alimentação tem sido carente, devido as percepções de perda de controlo que podem ser confundidas pelo tamanho do episódio. Na mesma linha, podemos concluir que a perda de controlo sobre a alimentação encontra-se associada a problemas psicopatológicos, tais como, a depressão, perturbações de humor, perturbações do sono, ansiedade e uma baixa autoestima, mais do que a quantidade de comida ingerida (Fairbun et al., 2003; Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Pollert et al., 2013).

É fundamental que os indivíduos que realizam uma dieta desenvolvam consciência do que ingerem e aprendam a interpretar os indicativos de fome aplicando estratégias, de modo a ter mais atenção ao seu comportamento nas variadas dietas. Pois, fazer dieta de modo radical é cada vez mais frequente no aumento do peso e não, na redução (Goldschmidt, 2017).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal, investigar o papel das dietas na perda de controlo sobre a alimentação ao longo da vida dos indivíduos, deste modo, iremos estudar: (i) perceber se variáveis como o nível da ansiedade, depressão, regulação emocional, autocrítico e atitudes alimentares disfuncionais são diferentes em pessoas que realizaram e não realizaram dieta (ii) testar o modelo em que o número de dietas se associa a maiores níveis de perda de controlo com a alimentação e perceber o papel do exercício físico na relação entre a supressão de peso e a sensação de perda de controlo sobre a alimentação.

## Metodologia

### Amostra

A amostra foi maioritariamente comunitária e universitária (423 indivíduos). Salienta-se o facto de esta ser uma amostra não probabilística por conveniência. Este estudo, de *design* transversal avalia indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades superiores a 18 anos que tenham realizado qualquer dieta ou nenhum tipo de dieta ao longo da vida. A salvaguarda dos aspetos éticos inerentes aos questionários como a confidencialidade e a participação voluntária foi garantida através do consentimento informado. Note-se que não foi possível, em nenhuma das formas de divulgação utilizadas, *email* e redes sociais, precisar o número de indivíduos universitários e comunitários. Foram adotados como critério de exclusão participantes menores de 18 anos e em contrapartida, os critérios de inclusão foram os seguintes: indivíduos que já realizaram ou nunca realizaram dieta, nacionalidade Portuguesa e maiores de 18 anos. As informações sociodemográficas e clínicas da amostra são constituídas por 423 indivíduos, sendo 87 homens (20.6%) e 336 mulheres (79.4%) com idade média de 32.5 anos (DP =10.9, min-máx = 18-65) variando entre 18 a 65 anos e um índice médio de massa corporal (IMC) em linha de base de 24.1 (DP = 5.20, min-máx = 0-44.8).

Na totalidade os participantes eram solteiros (65.5%) e relativamente às habilitações literárias, a maioria expressou ter a licenciatura (n=170; 40.2%), seguindo-se os indivíduos com mestrado (n=104; 11.8%).

### Instrumentos

Para a investigação, foram utilizadas as seguintes versões portuguesas:

Questionário SocioDemográfico – Composto por algumas questões relacionadas com a idade, sexo, estado civil e ainda o questionário II que se refere a parte da saúde e exercício físico que consiste em perguntas como o peso, primeiras dietas, que género de dietas foram e estão a ser realizadas, há quanto tempo realizaram dieta, prática de exercício físico. Este instrumento, foi criado, para facilitar a recolha de informações indispensáveis ao estudo.

*Depression, Anxiety and Stress Scale* (EADS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Horando & Leal, 2004). Constituído por 21 questões divididas em três subescalas para avaliar os estados efetivos: depressão, ansiedade e stress, respondidas tendo em ponderação à última semana. Utilizada uma escala *Likert* de quatro pontos (zero= não se aplicou nada a mim; a três= aplicou-se a mim a maior parte as vezes) assim, uma pontuação mais elevada destaca-se como estados negativos (Pais-Ribeiro, 2004).

*Eating Disorder – 15* (ED-15, Tatham, Turner, Mountford, Trit, Dyas e Waller, 2015; Versão



## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Portuguesa de Machado, 2016). É utilizada para avaliar sintomas das perturbações alimentares e é caracterizada por 15 itens, sendo que dez correspondem a atitudes distribuídas por duas subescalas: preocupação alimentar e preocupação com o peso e forma corporal. Uso de uma escala *Likert* em sete pontos (zero= Nada a Seis=Sempre) e os outros cinco itens avaliam as experiências alimentares (Tatham et al., 2015).

*Loss of Control over Eating Scale* (LOCES; Latner, Mond, Kelly, Haynes & Hay, 2014). Avalia a perda de controlo alimentar, constituído assim por 24 itens ou sete itens, classificados em três aspetos: comportamentais, cognitivos/dissociativos e positivos/eufóricos da ingestão de *Loss of Control*. A pontuação é realizada pelo número total de pontos, sendo que uma grande pontuação indica uma maior perda de controlo sobre a alimentação (Latner, Mond, Kelly, Haynes & Hay, 2014). Para esta investigação será utilizado a escala com 24 itens.

*Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale* (FSCRS, Gilbert et al., 2004; Versão Portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Avalia como os indivíduos se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. É um instrumento de auto-resposta constituído por 22 itens dividido em três subescalas: Eu Inadequado, Eu Tranquilizador e Eu Detestado. Apresentado por uma escala *Likert* de cinco pontos (zero= não sou assim a quatro= sou extremamente assim). Os resultados mais elevados indicam uma maior utilização de autocriticismo. A consistência interna obtida na versão original foram de .90 para a subescala do Eu Inadequado e nas subescalas Eu Tranquilizador e Eu Detestado foi obtido .86 para ambas (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

*Difficulties in Emotion Regulation Scale* (EDRE, Gratz & Roemer, 2004; tradução e adaptação de Pinto Gouveia, Veloso & Dinis, 2007). É uma escala constituída por 36 itens repartido em seis fatores: não-aceitação da resposta emocional, dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objectivos, dificuldades no controlo dos impulsos, falta de consciência das emoções, acesso limitado a estratégias de regulação emocional e falta de clareza emocional. É apresentado por uma escala *Likert* (1=quase nunca a 5= quase sempre) com consistência interna de .93. Esta escala avalia as dificuldades na regulação emocional vivenciada pelos adultos (Pinto Gouveia, Veloso & Dinis, 2007).

### **Procedimento**

A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade do Minho. Considerou-se que a forma de recolha de amostra mais válida para esta pesquisa, seria o método por questionários de autopreenchimento *online*, através do software *Google Forms*, de modo a obter o maior número de participantes para o presente estudo, foi utilizado a divulgação do questionário através das redes sociais (*Facebook e Instagram*) e também foi obtido um contato com os serviços

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

técnicos da Universidade do Minho de modo a enviar um *email* institucional para todos os docentes e não docentes da Universidade do Minho.

### **Análise Estatística**

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS: Versão 22). A análise de dados consistiu, sobretudo, em duas fases: a estatística descritiva e a estatística inferencial. Inicialmente, os dados foram sujeitos a uma análise descritiva, testados os pressupostos necessários para a utilização dos testes paramétricos. Não estando os pressupostos da normalidade dos dados nem da homogeneidade das variâncias cumpridos, foram utilizados testes não-paramétricos. As primeiras corresponderam à média, à moda e à mediana das variáveis, e as medidas de dispersão corresponderam, às frequências e ao desvio-padrão. Seguidamente, a análise inferencial, foi realizada de maneira a diferenciar os grupos que realizaram dieta ou não realizaram dieta, onde foi utilizado o Teste T para Amostras Independentes para os scores totais dos questionários e as medidas. De outra forma, para perceber melhor essas diferenças nas suas subescalas foi realizado *Multivariate Analysis of Variance* (MANOVA) em que todas as análises foram realizadas, incluindo o IMC como co-variável. De seguida foram realizadas correlações de modo a perceber quais seriam as variáveis que poderiam estar relacionadas para incluir no modelo de mediação moderada através do *Software IBM SPSS Statistics 24.0* e do *PROCESS* macro de Andrew F. Hayes.

### **Resultados**

As informações relativamente ao historial de dietas e peso mais relevantes são apresentadas na Tabelas 1 e 2. Grande parte dos participantes já realizaram pelo menos uma dieta ao longo da sua vida (n=229;54.1%), sendo 40 homens e 187 mulheres e na sua maioria realizaram dieta rica em proteína (45.9%) e o seu peso nos últimos seis meses manteve-se igual ou ganharam de peso. Cinco mulheres já realizaram uma cirurgia para perda de peso (9.2%). O peso médio da amostra é de 67.7 (DP=15,2, min-máx=41-150). A maioria dos indivíduos, pratica duas a três vezes por semana exercício físico (n=147), o que corresponde a 52.1% e praticam pelo menos uma hora de tempo (n=172).

Os participantes relataram na maioria que nos últimos seis meses o peso manteve-se igual (n=191;45.2).

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Tabela 2.

*Caraterização dos Participantes relativamente à pratica de exercício físico e peso (n = 423)* Participantes

	M (DP)	N (%)
Realizaram Dieta		229 (54.1)
Não Realizam Dieta		194 (45.9)
IMC	24.1 (5.20)	
Normal (18.5 < IMC < 24.9)		253 (64.9)
Excesso de Peso (25 < IMC < 29.9)		92 (23.6)
Grau I de Obesidade (30 < IMC < 34.9)		32 (8.2)
Grau II de Obesidade (35 < IMC < 39.9)		10 (2.6)
Grau III de Obesidade (IMC > 40)		3 (0.8)
Têm alguma doença que influencie o peso		
Sim		34 (8.0)
Não		389 (92.0)
Problemas Psicológicos		5 (1.1)
Comorbilidades médicas		29 (6.6)
Realizaram cirurgia para perda de peso		5 (1.2)
Não realizaram cirurgia para perda de peso		418 (98.8)
Tipos de Dieta		
Nenhuma		194 (45.9)
Rica em Proteína		59 (13.9)
Rica em Hidratos de Carbono		4 (0.9)
Pobre em Proteína		2 (0.5)
Pobre em Hidratos de Carbono		75 (17.7)
Não sei qual era o tipo de dieta		60 (14.2)
Outras dietas		29 (6.8)
Número de Dietas Realizadas		
Nenhuma		194 (45.9)
1 Dieta		71 (16.8)
2 Dietas		53 (12.5)
3 Dietas		40 (9.5)
4 Dietas		11 (2.6)
5 Dietas		4 (0.9)
Mais de 5 Dietas		50 (11.8)

Nota. IMC= Índice de Massa Corporal

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Tabela 2

*Caraterização dos Participantes relativamente à pratica de exercício físico e peso (n = 423)*

	M (DP)	Participantes
		N (%)
Realiza Exercício Físico		282 (66.7)
Não realiza Exercício Físico		141 (33.3)
Frequência do EF (dias)		
1 vez por semana		48 (17.0)
2-3 vezes por semana		147 (52.1)
4-5 vezes por semana		61 (21.6)
6-7 vezes por semana		26 (9.2)
Duração do EF (horas/minutos)		
30 Minutos		37 (13.1)
1 Hora		172 (61.0)
1 Hora e 30 Minutos		45 (16.0)
2 Horas		16 (5.7)
Mais de 2 Horas		12 (4.3)
Peso nos últimos 6 meses		
Manteve-se igual		191 (45.2)
Perdeu peso		71 (16.8)
Ganhou peso		113 (26.7)
O Peso tem variado imenso		48 (11.3)
Atualmente esta a realizar dieta para perda de peso		
Sim		70 (17.0)
Não		353 (84.0)
Atualmente esta a realizar dieta para ganho de peso		
Sim		9 (2.1)
Não		414 (98.0)

Nota. EF= Exercício Físico

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

A tabela seguinte apresentada (tabela 3) mostra os resultados relativos às diferenças entre participantes que já realizaram dieta e os que nunca realizaram em relação a variáveis clínicas e demográficas. De referir, que quase todas as variáveis Idade, IMC, peso mais elevado, supressão de peso e peso atual são estatisticamente significativas ( $p=.000.$ ) entre os que referem ter realizado dieta e os que não referem a realização de dieta ao longo da vida.

Tabela 3

*Diferença entre os grupos que realizam dieta e os que não realizam dieta em relação às variáveis clínicas e demográficas.*

	Realizaram Dieta (n=227)	Não realizaram dieta (n=196)	Statistics	p
	Média (DP)	Média (DP)		
Idade	34.35 (10.98)	30.49 (10.68)	t(421) = -3.64	.000
IMC	25.16 (3.92)	22.78 (3.92)	t(420)= - 4.10	.000
Peso mais elevado	78.62 (20.75)	68.52 (14.49)	t(421)= - 5.70	.000
Peso mais baixo	59.65 (12.53)	57.76 (10.83)	t(421)= - 1.65	.100
Supressão de peso	18.97 (13.29)	10.76 (6.90)	t(421)= - 7.76	.000
Peso atual	70.49 (16.31)	64.52 (13.04)	t(421)= - 4.10	.000

Nota. IMC= índice de massa corporal

Na tabela 4 estão presentes diferenças significativas entre os que realizaram dieta e não realizaram, o IMC foi introduzido como co-variável em todas as análises. O que indica que os que realizaram dieta (MP=5.60, DP=4.48) relatam maiores níveis de stress do que os que não realizaram dieta ( $p=.028$ ).

Também há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao “Eu Inadequado” ( $p=.001$ ) e também no “Eu Detestado” ( $p = .015$ ), o que indica que os indivíduos que realizaram dieta referem mais situações de autocrítica do que os que não realizaram dieta.

Quanto à escala de dificuldades de regulação emocional, a subescala que apresentou resultados significativos foi a “dificuldades no controlo dos impulsos” ( $p = .015$ ).

Relativamente as escalas LOCES e ED-15, todas as subescalas, menos os episódios de ingestão compulsiva foram estatisticamente significativas o que indica que indivíduos que realizaram

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

dieta quando comparados a indivíduos que não realizaram dieta, apresentam maiores níveis de perda de controlo na alimentação e preocupação com o peso e alimentação.

Na tabela 5, como forma de estudar a relação entre a dieta e a perda de controlo na alimentação e a sua relação com outras variáveis, nomeadamente IMC, supressão de peso, sexo, prática de exercício físico, número de dietas e LOCES e explorar de que forma deveriam ser incluídas em diferentes modelos de mediação e moderação que permitam explicar a relação das mesmas.

A variável “Pratica exercício físico?” está inversamente correlacionada com o LOCES, pelo que esta variável foi incluída num modelo, de modo a perceber o seu papel moderador.

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Tabela 4

*Diferença de Participantes nos grupos que realizam e não realizam dieta em relação às atitudes alimentares, comportamentos alimentares disfuncionais e sintomas associados.*

	Realizaram Dieta (n=227)	Não realizaram dieta (n=196)	p
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>EADS total</b>			
Escala da Depressão	4.36 (4.36)	3.99 (3.52)	. 533
Escala da Ansiedade	2.39 (3.26)	1.95 (2.69)	. 128
Escala do Stress	5.60 (4.48)	4.62 (4.13)	. 028
<b>FSCRS total</b>			
Eu Inadequado	13.48 (7.78)	10.90 (6.75)	. 001
Eu Tranquilizador	20.02 (6.65)	19.95 (7.32)	. 604
Eu Detestado	2.50 (3.59)	1.61 (2.28)	. 015
<b>EDRE Total</b>			
Estratégias de regulação emocional	14.81 (6.05)	13.99 (5.59)	. 236
Não aceitação das respostas emocionais	11.58 (5.04)	11.06 (4.90)	. 269
Falta de consciência emocional	15.85 (4.76)	15.69 (4.81)	. 725
Dificuldades no controlo dos impulsos	11.30 (4.78)	10.16 (3.93)	. 015
Dificuldade em agir de acordo com os objetivos	11.96 (4.79)	11.46 (4.31)	. 285
Falta de clareza emocional	9.83 (3.61)	9.36 (3.43)	. 234
<b>LOCES total</b>			
Comportamentais	2.15 (0.89)	1.67 (0.64)	. 000*
Cognitivos/dissociativos	1.32 (0.61)	1.10 (0.29)	. 000*
Positivos/eufóricos	1.74 (0.95)	1.37 (0.63)	. 000*
<b>ED-15 total</b>			
Preocupação com o peso	1.32 (1.43)	0.58 (0.83)	. 000
Preocupação com a alimentação	2.00 (1.28)	0.95 (0.94)	. 000
Episódios de Ingestão Alimentar Compulsiva	0.65 (1.39)	0.68 (1.44)	. 952

Tabela 5.

*Correlações entre variáveis.*

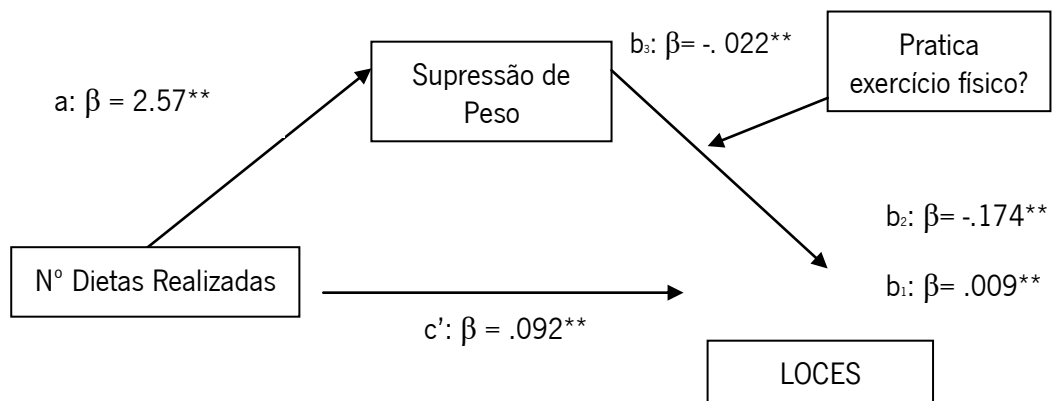
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Realizaram dieta?	1						
2. IMC	. 288**a	1					
3. Sexo	2.94*d	-. 190**a	1				
4. N° Dietas	423.0*d	. 308**c	7.97d	1			
5. Supressão de peso	. 354**a	. 615 **b	-. 138**a	. 447**c	1		
6. Prática EF?	1.51d	-. 080a	10.26*d	6.62d	-. 054a	1	
7. LOCES total	. 312**a	. 272**b	. 110*a	. 349**c	. 295**b	-. 140**b	1

Nota. \*\*p < . 001; \*p < . 05 ;a = Coeficiente de correlação Ponto-Bisserial; b = Coeficiente de Correlação de Pearson; c = Coeficiente de correlação de Spearman; d = Teste do Qui-Quadrado;



## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Modelo de supressão de peso enquanto mediadora da relação entre o número de dietas e a perda de controlo, moderada pela prática de exercício físico.



*Figura 1.* Associação entre o número de dietas realizadas (N<sup>o</sup>Dietas; variável preditora), “pratica de exercício físico?” (variável moderadora), perda de controlo sobre a alimentação (LOCES; variável dependente) e a supressão de peso (variável mediadora). a: relação entre o Número de Dietas realizadas e a supressão de peso; b<sub>1</sub>: relação entre a Supressão de Peso e LOCES; b<sub>2</sub>: relação entre LOCES e “Pratica exercício físico”; b<sub>3</sub>: relação da interação do LOCES e da “Pratica exercício físico?” com a supressão de peso; c’: efeito direto da variável preditora na variável dependente. \*\*p <.05;

Foi realizada uma análise de mediação moderada entre o número de dietas realizadas (N<sup>o</sup> dietas) e o “LOCES” com a variável mediadora “Supressão de Peso” e a variável moderadora “Pratica exercício físico?” a moderar a relação entre a supressão de peso e a perda de controlo (Figura 1). De acordo com os resultados obtidos, a Supressão de Peso encontra-se associada ao “N<sup>o</sup> Dietas” (t(421)=10,18; p < .0000). A supressão de Peso também está associada ao LOCES (b<sub>1</sub>) (t(418)= 3.08, p= .002) e a “Prática de Exercício Físico?” (b<sub>2</sub>) (t(418)= -2.89; p= .004), e é demonstrada a significância do papel moderador dos que não praticam exercício físico (t(418)=5.33, p <.0000), sendo que os que praticam exercício físico o efeito de interação é negativo significativo (p = .734), sugerindo assim um efeito de moderação do exercício físico entre a supressão de peso e o LOCES. Este efeito acontece apenas para os que referem a prática de exercício (o que mostra um efeito protetor desta variável).

O papel mediador da variável supressão de peso na relação entre o n<sup>o</sup> de dietas e LOCES

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

também se mostra significativa ( $F(1,421)=103,62$ ;  $p<.0000$ ). O número de dieta atua na perda de controlo através da supressão de peso, sendo que maior número de dietas está associado a níveis maiores de supressão de peso e que se associa a maiores níveis da perda de controlo sobre a alimentação. À medida que ocorre um aumento da supressão de peso, aumenta a perda de controlo nos indivíduos, principalmente nos indivíduos que não praticam exercício.

### **Discussão**

O presente estudo teve como principal objetivo contribuir para a compreensão dos fatores relacionadas com o comportamento de dieta na sensação de perda de controlo na alimentação. Pretendeu-se assim, analisar as diferenças entre os grupos que realizaram dieta ( $n=229$ ) e os que não realizaram dieta ( $n=194$ ), relativamente a variáveis demográficas, clínicas, assim como, atitudes, comportamentos alimentares, pratica de exercício físico e psicopatologia associada e desta forma, detetar variáveis que possam estar associadas à realizaram de dieta ou não.

Como resultado do estudo, os dados sugerem que quem realiza ou realizou dietas apresenta mais stress, mais sentimentos de autocrítica (e.g., fracasso e raiva), mais dificuldades no controlo dos impulsos, mais perda de controlo na alimentação e ainda mais preocupação com o peso, aspeto corporal e alimentação, do que aqueles que não realizaram dieta, o que confirma a literatura existente. Segundo os autores Fairburn e colaboradores (2003), afirmam que as perturbações do comportamento alimentar ocorrem na sua maioria devido a uma dieta, ocorrendo um grande aumento nos episódios de compulsão alimentar com sensação de perda de controlo.

Indivíduos que realizam dietas estão mais vulneráveis a alimentos não saudáveis, ou seja, a mais perda de controlo na alimentação, do que aqueles que não realizam dieta. Os frequentes lapsos na dieta são devido a um controlo inibitório ineficaz e também a incapacidade de inibir impulsos, o que acaba por ser um fracasso de autorregulação (Nederkoorn, Houben, Hofmann, Roefs, & Jansen, 2010; Stroebe, Papies & Aarts, 2008; Tanofsky-Kraff, Faden, Yanovski, Wilfley, & Yanovski, 2005).

No estudo presente, houve uma grande presença de mais stress nos indivíduos que realizaram ou realizam dietas, sendo assim, estudos atuais, comprovaram que o stress atua no comportamento alimentar através da ingestão alimentar compulsiva, principalmente em dietas excessivas em proteína ou ricas em hidratos de carbono. Ocorre o aumento do cortisol (hormona do stress), estimulando assim, um aumento da ingestão de alimentos e maior perda de controlo na alimentação (Branco, 2004).

Também foi comprovado na investigação que indivíduos que realizam ou realizaram mais dietas apresentam mais autocrítica e preocupação com a imagem corporal e com a alimentação do

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

que aqueles que não realizam dieta. Segundo Stince e colaboradores (2011), a insatisfação com a imagem corporal promove padrões alimentares muito pouco saudáveis, caracterizadas pelo sentimento negativo e pela dieta. No seu estudo os participantes que apresentaram uma baixa insatisfação corporal relataram que realizaram mais dietas para perda de peso (Stince, Marti & Durant, 2011).

Indivíduos que realizam ou realizaram dietas ao longo da vida, apresentam mais dificuldade no controlo dos impulsos, o que corrobora a literatura, pois, a impulsividade está associada à compulsão alimentar e a obesidade. Vários estudos relatam correlações positivas entre a impulsividade e o IMC em adultos (Atalayer, 2018). Indivíduos que apresentam dificuldades em controlar os impulsos são indivíduos que tomam decisões imediatas sobre a escolha dos alimentos, acabando por ingerir alimentos não saudáveis e perdendo o controlo sobre a alimentação (Weygandt et al., 2013).

Também foi verificado na investigação que indivíduos que realizam ou realizaram dietas, apresentam mais sensação de perda de controlo na alimentação, o que corresponde aos resultados apresentados na literatura. Herman e Polivy (1980), relatam que indivíduos que realizam pelo menos uma dieta, apresentam mais ingestão alimentar compulsiva, ou seja, mais sensação de perda de controlo sobre os alimentos que ingere.

A prática regular do exercício físico é crucial para a saúde, apresenta múltiplos benefícios fisiológicos (e.g., manter o peso corporal, prevenção de doenças cardiovasculares, controlar níveis de colesterol, entre outras), e também benefícios psicológicos e sociais (e.g., aumento da autoestima, prevenção de depressão e stress) (Teixeira, Costa, Matsudo e Cordás, 2009).

A idade média dos indivíduos que realizam dieta é 34 anos, sendo assim, um fator que contribui para a prevalência de sintomatologia alimentar na idade adulta é o índice de massa corporal, ou seja, o ganho de peso é comum durante esse período e está também associado a insatisfação corporal (Bucchianeri et al., 2013).

O IMC e a supressão de peso é mais elevada nos indivíduos que realizam dieta do que aqueles que não realizam, pois, os indivíduos que realizaram ou realizam dieta apresentam um maior desejo em perder peso do que aqueles que não realizam dieta (Lowe, Piers & Benson, 2018). Apesar da maioria dos estudos de supressão de peso estarem envolvidas apenas amostras clínicas, há evidências da relação da supressão de peso com a compulsão alimentar em amostras comunitárias, sendo encontrado o mesmo efeito (Bodell et al., 2017). Indivíduos sentem mais fome quando restringem os alimentos, acabando por ingerir pouca quantidade de alimentos, ou seja, os indivíduos com elevado nível de supressão quando comem menos, acabam por ter um aumento no peso do que os indivíduos que apresentam menor supressão (Brunette, 2018). Níveis mais elevados de supressão de peso estão

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

associados à diminuição da leptina, o que também pode aumentar a sensação de fome e a perda de controlo na alimentação, ou seja, os indivíduos tentam controlar a sua alimentação e restringi-la, resultando num aumento de impulso para comer (Bodell & Kell, 2015). Isso é consistente com os estudos atuais, já que a supressão de peso está fortemente relacionada a maior restrição alimentar (Burnette, 2018).

Indivíduos com peso mais elevado podem ser reforçados positivamente para perder peso e desenvolver uma preocupação com o corpo que poderá motivar a realização de dieta (Bodell et al., 2017). A restrição alimentar, ou seja, a dieta é acompanhada por uma sobrevalorização da forma ou do peso de um indivíduo e está associada a mais compulsão alimentar (Burnette, Simpson & Mazzeo, 2017).

Indivíduos com IMC mais elevado, apresentam maior pressão para a perda de peso e podem ser reforçados positivamente para perder peso e desenvolver uma preocupação com o corpo que poderá motivar a realização de dieta (Bodell et al., 2017). A restrição alimentar, ou seja, a dieta é acompanhada por uma sobrevalorização da forma ou do peso de um indivíduo e está associada a mais compulsão alimentar (Burnette, 2018).

Apesar deste estudo ter inserido o IMC como variável controle nas análises realizadas, em estudos futuros seria interessante comparar indivíduos com o mesmo IMC em relação às variáveis em estudo.

Também foi constatado na presente investigação que indivíduos que não praticam exercício físico tem mais sensação de perda de controlo na alimentação, do que aqueles que praticam exercício físico com regularidade. O exercício físico tem um papel nas perturbações alimentares e também pode estar correlacionada com a sintomatologia alimentar. Neste estudo, a população é comunitária e como tal é possível que a prática de exercício físico seja um protetor dos sentimentos da perda de controlo na alimentação. O exercício físico está associado ao maior consumo de energia, que por sua vez, contribui para um balanço energético negativo, cooperando assim, para a melhoria do IMC (Hill, Drouglas & Peters, 1993). E foi encontrado no presente estudo, este efeito do exercício físico como protetor porque provavelmente não é uma população clínica, mas sim, uma população comunitária em que o exercício físico faz parte da sua rotina, sendo uma das maiores forças nesta investigação, o que aumenta assim a generalidade dos resultados. O papel regulador do humor em relação à prática de exercício físico pode estar a fazer diminuir os sentimentos de perda de controlo sobre a alimentação, pois está relacionado com a contribuição de um bom humor das pessoas que apresentavam sintomas de

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

depressão, antes de começarem a prática do exercício físico, apesar de sabermos que está relacionada com o humor negativo (Lane & Lovejoy, 2001).

Existem algumas limitações intrínsecas a este estudo que devem ser assinaladas com o intuito de melhorar e fortalecer futuras investigações, nomeadamente: 1) o *design* transversal; 2) instrumentos de autorrelato (como os questionários como os valores de peso e altura); 3) Sendo assim, nas futuras investigações deverão ter um desenho longitudinal, avaliando os indivíduos desde o momento que realizam dieta. Sendo este um estudo transversal não podemos concluir nenhum efeito da dieta, por isso não podemos alegar se existe mais stress ou outra psicopatologia como efeito ou como antecedente de indivíduos que realizaram ou realizam dieta. Em estudos futuros seria importante também perceber que variáveis estão relacionadas com exercício e perceber os seus mecanismos de ação e também considerando o histórico de peso e das dietas de um indivíduo, além do peso atual, poderá ser importante para explicar o início e a gravidade dos sintomas associadas a compulsão alimentar.

Tendo por base estes resultados é possível concluir que os indivíduos que realizaram dieta apresentam mais sensação de perda de controlo na alimentação do que aqueles que nunca realizaram dieta e também mais stress, mais dificuldade no controlo dos impulsos, mais autocrítica e mais preocupações com o peso e a alimentação do que indivíduos que nunca ou não realizam dieta. A supressão de peso tem um efeito mediado na relação entre o número de dietas e a perda de controlo, no entanto, o seu efeito pode ser moderado pela prática de exercício físico tendo o exercício um efeito protetor nesta relação. Os resultados têm influência na prescrição de dietas restritivas para os clínicos e o papel do exercício no tratamento do excesso de peso e obesidade.

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

### Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: APA Press;
- Atalayer, D. (2018). Link between Impulsivity and Overeating: Psychological and Neurobiological Perspectives. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(2), 121-137. doi:10.18863/pgy.358090
- Azevedo, A. P., Santos, C. C., & Fonseca, D.C. (2004) Transtorno de Compulsão Alimentar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31* (4), 170-172. doi: 10.1590/S0101-60832004000400008
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(1), 63-70. doi: 10.1002/eat.1112
- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002). A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of psychosomatic research*, *52*(3), 155-165. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00241-0
- Bodell, L. P., Brown, T. A., & Keel, P. K. (2017). Weight suppression predicts bulimic symptoms at 20-year follow-up: The mediating role of drive for thinness. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(1), 32–37. doi:10.1037/abn0000217
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. R. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, *10*(1), 1–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Exploring gender differences in the link between weight suppression and eating pathology. *Eating behaviors*, *27*, 17-22. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.1
- Burnette, C. B., Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2018). Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eating behaviors*, *30*, 16-21. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.003

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Butryn, M. L., Lowe, M. R., Safer, D. L., & Agras, W. S. (2006). Weight suppression is a robust predictor of outcome in the cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 62-67. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.62
- Branco, T. (2014). Como vencer a fome emocional. Lua de Papel: Alfragide
- Catenacci, V. A., Grunwald, G. K., Ingebrigtsen, J. P., Jakicic, J. M., McDermott, M. D., Phelan, S., ... & Wyatt, H. R. (2011). Physical activity patterns using accelerometry in the National Weight Control Registry. *Obesity, 19*(6), 1163-1170. doi: 10.1038/oby.2010.264
- Cook, B. J., Steffen, K. J., Mitchell, J. E., Otto, M., Crosby, R. D., Cao, L., ... & Powers, P. (2015). A pilot study examining diagnostic differences among exercise and weight suppression in bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review, 23*(3), 241-245. doi: 10.1002/erv.2350
- Dakanalis, A., Clerici, M., Caslini, M., Gaudio, S., Serino, S., Riva, G. e Carrà, G. (2016). Predictors of Initiation and Persistence of Recurrent Binge Eating and Inappropriate Weight Compensatory Behaviors in College Men. *Eating Disorder, 49*, 581-590. doi: 10.1002/eat.22535.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. e Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors, 18*, 41- 47. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-241). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry, 57*(7), 659-665. doi: 10.1001/archpsyc.57.7.659

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Goldschmidt, A. B., Conceição, E. M., Thomas, J. G., Mitchell, J. E., Raynor, H. A., & Bond, D. S. (2016). Conceptualizing and studying binge and loss of control eating in bariatric surgery patients—Time for a paradigm shift? *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 12(8), 1622–1625. doi:10.1016/j.soard.2016.09.008
- Goldschmidt, A. B. (2017). Are loss of control while eating and overeating valid constructs? A critical review of the literature. *Obesity reviews*, 18(4), 412-449. doi:10.1111/obr.12491
- Gorrell, S., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Anderson, L. M., & Donahue, J. M. (2019). Weight suppression and its relation to eating disorder and weight outcomes: a narrative review. *Eating disorders*, 27(1), 52-81. doi:10.1080/10640266.2018.1499297
- Gluck, M. E., Geliebter, A., & Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity research*, 9(4), 264-267. doi:10.1038/oby.2001.31
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., Devlin, M. J., Lachaussee, J. L., & Kissileff, H. R. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 427-431. doi:10.1002/1098-108X(199312)14:4<427::AID-EAT2260140405>3.0.CO;2-H
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.*;26:41-54. doi:10.1023/b:joba.0000007455.08539.94



## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Grilo, C.M. & Mitchell, J.E. (2012) The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook. 473-486
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Herman, C., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders doi:10.1016/b978-0-12-374387-9.00011-8
- Higgins, D. M., Dorflinger, L., MacGregor, K. L., Heapy, A. A., Goulet, J. L., & Ruser, C. (2013). Binge eating behavior among a national sample of overweight and obese veterans. *Obesity*, 21(5), 900–903. doi:10.1002/oby.20160
- Hill, J. O., Drougas, H., & Peters, J. C. (1993). Obesity treatment: can diet composition play a role?. *Annals of internal medicine*, 119(7\_Part\_2), 694-697. doi:10.7326/0003-4819-119-7\_Part\_2-199310011-00013
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*. doi:7(3):240-5 doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.02.004
- Isnard, P., Michel, G., Frelut, M.L., Vila, G., Falissard, B., Naja, W., Navarro, J. & Mouren-Simeoni, M.C. (2003) Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 34:235–243. doi:10.1002/eat.10178
- Keel, P. K., Bodell, L. P., Haedt-Matt, A. A., Williams, D. L., & Appelbaum, J. (2017). Weight suppression and bulimic syndrome maintenance: Preliminary findings for the mediating role of leptin. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1432-1436. doi:10.1002/eat.22788
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013).The

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Society of Biological Psychiatry*, 73, 904–914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Lane, A. M., & Lovejoy, D. J. (2001). The effects of exercise on mood changes: The moderating effect of depressed mood. *Journal of sports medicine and physical fitness*, 41(4), 539-545.
- Latner, J.D., Mond, J.M., Kelly, M.C., Haynes, S.N. & Hay P.J. (2014).The Loss of Control Over Eating Scale: development and psychometric evaluation. *Int J Eat Disord*. 47(6):647-59. doi:10.1002/eat.22296
- Levine, M. D., Marcus, M. D., Moulton, P., Levine, M. D., Marcus, M. D., & Moulton P. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 19, 171–177. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<171::AID-EAT7>3.0.CO;2-K
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440. doi:10.1002/eat.10103
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, 114(1), 100–121. doi:10.1037/0033-2909.114. 1.100.
- Lowe, M. R., Piers, A. D., & Benson, L. (2018). Weight suppression in eating disorders: a research and conceptual update. *Current psychiatry reports*, 20(10), 80. doi:10.1007/s11920-018-0955-2
- Meany, G., Conceicao, E. & Mitchell, J.E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 22: 87–91. doi:10.1002/erv.2273

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Nederkoorn, C., Houben, K., Hofmann, W., Roefs, A., & Jansen, A. (2010). Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychology, 29*(4), 389. doi:10.1037/a0019921
- Papies, E., Stroebe, W., & Aarts, H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*(5), 810-817. doi:10.1016/j.jesp.2006.08.001
- Penas-Lledo, E., Vaz Leal, F.J., & Waller, G. (2002). Excessive Exercise in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Relation to Eating Characteristics and General Psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 370-375. doi:10.1002/eat.10042
- Pollert, G. A., Engel, S. G., Schreiber-Gregory, D. N., Crosby, R. D., Cao, L., Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (2013). The Role of Eating and Emotion in Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating. *The International Journal of Eating Disorders, 46*(3), 233-238. doi:10.1002/eat.22061
- Rosenbaum, D. L. e White, K. S. (2013). The role of anxiety in binge eating behavior: a critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychology Research, 1*(19), 85-92. doi: 10.4082/hpr.2013.e19.
- Rosenbaum, D. L., & White, K. L. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology, 20*(6), 887-898. doi:10.1177/1359105315580212
- Smoller, J.W., Wadden T.A., Stunkard, A.J. (1987). Dieting and depression: a critical review. *J Psychosom Res.*; 31:429-40. doi:10.1016/0022-3999(87)90001-8
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128* (5), 825-848. doi:10.1037//0033-2909.128.5.825

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

- Stice, E., Maxfield, J. & Wells, T. (2003). Adverse effects of social pressure to be thin on young women: an experimental investigation of the effects of "fat talk". *Int J Eat Disord.* Jul; 34(1): 108–117. doi: 10.1002/eat.10171
- Stice E, Marti C, & Durant S (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.009
- Stunkard, A.J. & Allison, K.C. (2003) Binge eating disorder: Disorder or marker? *International Journal of eating disorders.* doi:10.1002/eat.10210
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 157-165. doi:10.1002/1098-108x(200103)29:2<157::aid-eat1005>3.0.co;2-8
- Tanofsky-Kraff, M., Faden, D., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., & Yanovski, J. A. (2005). The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 112-122. doi: 10.1002/eat.20158
- Teixeira, P. C., da Costa, R. F., Matsudo, S. M., & Cordás, T. A. (2009). A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Archives of Clinical Psychiatry*, 36(4), 145-152. doi: 10.1590/s0101-60832009000400004
- Thompson, R.A. & Sherman, R.T. (2010). *Eating Disorders in Sport*. New York: Routledge, doi:10.4324/9780203879856
- Weygandt, M., Mai, K., Dommès, E., Leupelt, V., Hackmack, K., Kahnt, T., ... & Haynes, J. D. (2013). The role of neural impulse control mechanisms for dietary success in obesity. *Neuroimage*, 83, 669-678. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.07.028
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva endocrinologica*, 38(3), 255.

## A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Young, K.P. & Anderson, D.A.(2010). Prevalence and correlates of exercise motivated by negative effect. *Int J Eat Disord*;43(1):50–8. doi: 10.1002/eat.20656

# A DIETA E A PERDA DE CONTROLO NA ALIMENTAÇÃO

Anexo 1

Parecer da Comissão de ética



Universidade do Minho

Conselho de Ética

## Conselho de Ética - Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CE.CSH 070/2018

Título do projeto: *A dieta e a perda de controlo na alimentação*

Investigador(a) Responsável: Ana Beatriz Gomes Carvalho, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

### PARECER

O Conselho de Ética analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *A dieta e a perda de controlo na alimentação*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, o Conselho de Ética nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

Braga, 29 de novembro de 2018.

A Presidente do CEUMinho

Assinado por : **GRACIETTE TAVARES DIAS**  
Num. de Identificação Civil: BI071230157  
Data: 2018.12.07 10:17:56 GMT Standard Time

