

Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar

VICTOR VIANA (*)

1. INTRODUÇÃO

A ideia de que a saúde é primeiro que tudo um bem cuja manutenção depende, antes de mais, do comportamento e empenho de cada um, está cada vez mais disseminada. A compreensão deste princípio não é, no entanto, condição suficiente para que o indivíduo comum assuma a sua cota parte de responsabilidade na defesa da sua saúde e da dos seus. Hábitos que uma vez adquiridos só dificilmente se alterarão estão associados a um número crescente de doenças cujo tratamento implica a adopção de novos comportamentos no que se refere ao adulto e, especialmente, à criança (Viana & Almeida, 1998).

Entre hábitos e comportamentos promotores da saúde e, portanto, preventivos da doença contam-se, com especial impacto, os hábitos alimentares. Uma alimentação racional, que tenha em conta as necessidades do organismo e tome em consideração as propriedades preventivas de alguns nutrientes, é hoje, um aspecto determinante de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários e, em muitos casos, um cuidado imprescindível em

grupos com patologia crónica ou aguda, como sucede na diabetes.

Escolher uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A selecção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros factores psicológicos e sociais. É necessário, portanto, compreender o processo de ingestão do ponto de vista psicológico e sociocultural e conhecer as atitudes, crenças e outros factores psicossociais que influenciam este processo de decisão com o objectivo de se tornarem mais eficazes as medidas de educação para a saúde e de se melhorarem os hábitos e os comportamentos.

A análise das mudanças alimentares, recentemente verificadas nas dietas dos diversos países do mundo, revela um aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares. Mesmo nos países e regiões mais pobres o maior acesso a estes produtos, e por causa dos baixos preços praticados, tem levado ao crescimento exagerado do seu consumo. Assiste-se actualmente a um processo de globalização das dietas: nos países em desenvolvimento reproduzem-se os modelos e hábitos alimentares ocidentais. Assim, a uma certa variedade na confecção dos alimentos, ainda relacionada com as tradições, sobrepõe-se uma crescente uniformidade na percentagem

(*) Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U. P. (FCNAUP). Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (ISCS-N). Departamento de Pediatria do H.S.J.- Porto.

relativa dos macronutrientes e dos produtos mais frequentemente consumidos.

Verifica-se um paradoxo que consiste no seguinte: enquanto nos países ricos e industrializados se procura convencer, por razões de saúde, os cidadãos a consumirem mais cereais e fibras vegetais e menos gorduras, nos países em desenvolvimento a melhoria do rendimento per capita traduz-se no aumento do consumo de gorduras e açúcares. Mesmo dentro de um mesmo país verificam-se um fenómeno idêntico. Nas zonas mais desenvolvidas a população mais culta tem vindo a diminuir a ingestão destes produtos enquanto que nas regiões mais pobres, onde a população dispõe de menos informação, assiste-se a um incremento no consumo de açúcares e gorduras.

Por volta dos anos sessenta um grande consumo de açúcares, proteínas e gorduras vegetais e animais traduzia um elevado produto interno bruto per capita. Quanto maior o rendimento económico mais elevado era o consumo de gorduras. Se bem que o consumo de gorduras e de outros produtos de origem animal ainda se relacione com o rendimento per capita, a ingestão de gorduras de origem vegetal é agora relativamente independente do factor económico. As variáveis demográficas e sociais têm tido um papel determinante nesta evolução. O aumento explosivo da população das cidades e sua mobilidade, assim como a redução das comunidades rurais é, provavelmente, o principal factor responsável por esta mudança, sendo o consumo de gorduras e o sedentarismo considerados atributos da vida urbana (Drewnosky & Popkin, 1997). As implicações destas alterações para a saúde das populações em geral e para a saúde infantil, em particular, são enormes e têm provocado um grande aumento na taxa de obesidade infantil e de doenças relacionadas com o modo de vida (Fern, 2000; WHO, 1997).

2. NUTRIÇÃO E SAÚDE

No domínio da Psicologia a atenção prestada à alimentação e nutrição desenvolveu-se tradicionalmente em torno de temas como as consequências da mal-nutrição e dos défices específicos (e.g. défice em ferro, cálcio, etc.) no desenvolvimento intelectual da criança e implicações

em idades posteriores (Lozoff, 1988; 1989), perturbações do comportamento alimentar (Viana, 1992; Drotar, 1985) e factores psicossociais e interactivos associados (Viana et al., 1998; Lopes dos Santos, 1990) e também Anorexia Nervosa e Bulimia (Bruch, 1982) e Obesidade (Brownell & Wadden, 1991). A perspectiva em que se enquadrou o estudo da nutrição começou por ser a da prevenção secundária. Importava tratar, impedir ou reduzir os efeitos negativos das deficiências nutricionais, e tratar as perturbações do comportamento alimentar (Perri et al., 1993) atribuídas a características psicopatológicas do sujeito (Ganley, 1986).

Apesar da relevância actual do ponto de vista curativo, a nutrição e o comportamento alimentar têm vindo a ser, cada vez mais, considerados na perspectiva da prevenção primária (Kretzmer, 1994) e, por isso, investigados no indivíduo e grupos saudáveis e do ponto de vista do comportamento. Características da dieta, desequilíbrio nos nutrientes que a compõe, excessos ou défice relativo de alguns elementos, têm consequências negativas nos índices de saúde imediatos e a longo prazo dos indivíduos. A alimentação actual, nos países ocidentais e industrializados, por exemplo, caracteriza-se por conter proteínas, gorduras e açúcar em excesso, em detrimento de fibras vegetais (Peres, 1994).

A alimentação está ligada a algumas das doenças mais frequentes nos países ocidentais e às consideradas como mais importantes causas de mortalidade. A Academia Americana de Ciências associa os hábitos alimentares, a par do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, a seis das dez maiores causas de morte nos EUA e que são a arteriosclerose, a tensão arterial elevada, o cancro, o acidente vascular cerebral (trombose), a diabetes, e a cirrose do fígado (Bidlack, 1996; Califano, 1987). Passamos a descrever a associação entre a alimentação e algumas destas patologias.

2.1. Doenças cardiovasculares

A aterosclerose e a hipertensão arterial são os principais factores de risco de doenças cardiovasculares (doença coronária e cerebro-vascular) responsáveis por cerca de 29% das mortes no mundo, logo a seguir às doenças infecciosas e parasitárias (WHO, 1998).

Em Portugal, as doenças isquémicas do coração, enfarte agudo do miocárdio e, particularmente, as doenças vasculares-cerebrais foram as responsáveis pelo maior número de óbitos, no ano de 1999, tendo as últimas maior incidência. As manifestações clínicas destas doenças apenas se verificam na idade adulta, sendo, no entanto, indiscutivelmente aceite que a sua origem se estende à idade pediátrica (Guerra et al., 1997). A prevenção destas patologias passa necessariamente, entre outras medidas, pela implementação de um estilo de vida saudável tão cedo quanto possível, o que implica a existência de hábitos alimentares adequados e a prática regular de exercício físico (Craig et al., 1996).

Assim as recomendações dietéticas para a prevenção da aterosclerose implicam: - Limitar o consumo de gordura animal visível (ex. a manteiga e a gordura visível em algumas carnes), de carnes gordas, ovos, queijo, fritos, etc.; - Encorajar o consumo de hortícolas, fruta, cereais, aves, peixe, leite meio-gordo, azeite e óleos de sementes (girassol, milho, soja) (ESPGAN, 1994). É também fortemente recomendado evitar bebidas alcoólicas e o tabagismo. O Comité de Nutrição da Academia Americana de Pediatria recomenda uma dieta, para crianças e jovens dos dois até aos dezoito anos, em que as gorduras saturadas constituam menos de 10% do total de energia, e em que o suprimento em colesterol seja inferior a 300 mg por dia (AAP, 1998).

No que se refere à hipertensão, as recomendações que visam reduzir o risco associado à doença implicam: o consumo de leite, a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de bebidas ricas em cafeína, diminuição do consumo de sal (a dose diária sugerida pela OMS é de 6 g., enquanto que a população portuguesa consome em média pessoa/dia cerca de 15 a 18 g., CNAN, 1997), a redução da obesidade, e o combate ao «stress» nomeadamente através da prática desportiva (Pickering et al., 1995).

2.2. Cancro

A incidência do cancro, uma das mais temíveis doenças crónicas, tem vindo a crescer ao longo dos tempos enquanto que a idade de início tem vindo a baixar. Uma maior taxa de prevalência está indiscutivelmente associada à industrialização e à urbanização das sociedades, justi-

ficando o conceito de doença da civilização atribuído pelo explorador Levingston no Séc. XIX. (World Cancer Research Fund, 1997).

Verifica-se alguma variação nos padrões de morbilidade dos diversos tipos de cancro no mundo. Alguns são mais frequentes nos países ocidentais e industrializados, outros surgem com maior prevalência nas regiões mais pobres. A diminuição da taxa de incidência, verificada em algumas zonas dos países mais desenvolvidos após implementação de medidas de prevenção, reflecte alterações positivas no ambiente e no estilo de vida das populações, sugerindo que a doença reage rápida e favoravelmente a essas mudanças (World Cancer Research Fund, 1997).

O crescente consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar, o excesso de proteína animal, o excesso de «sal de cozinha», o excesso de bebidas alcoólicas, a diminuição de consumo de produtos hortícolas e frutos, a obesidade, o tabagismo e o sedentarismo, são factores de risco de diversos cancros (CNAN, 1997; Willett, 1997; Giovannucci & Goldin, 1997). A alimentação que fazemos no dia a dia assim como outros comportamentos de risco estão indissociavelmente ligados a diversas formas de cancro e tem de ser considerada em termos de prevenção (Amaral, 1998; Steinmetz & Potter, 1996).

2.3. Obesidade

A obesidade define-se como um excesso de gordura na composição corporal, que se traduz, quantitativamente, na relação desequilibrada entre a estatura e o peso, de acordo com os padrões de referência, e na presença de valores de pregas cutâneas superiores ao esperado para a idade. Valores do Índice de Massa Corporal (índice de Quetelet: $IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$; Garrow & Webster, 1985) tendo como referência o percentil 50, compreendidos entre 110 e 120 sugerem peso em excesso enquanto superiores a 120 sugerem obesidade (Frisancho, 1993).

A taxa de prevalência desta patologia nos países desenvolvidos tem vindo a crescer vertiginosamente. Nos EUA estima-se a existência de 33% de adultos obesos. Entre as crianças e jovens dos EUA e demais países desenvolvidos, Portugal incluído, estima-se que cerca de 20% a 27% sejam obesos (Schonfeld-Warden & Warden, 1997).

Uma grande parte das crianças obesas serão adultos obesos. Analisando a bibliografia publicada entre 1970 e 1992, Serdula et al. (1993) concluíram que entre as crianças consideradas obesas na idade pré-escolar, cerca de 1/3 continuavam obesas na idade adulta e, entre as que eram consideradas obesas na idade escolar, cerca de metade continuavam obesas na idade adulta. Assim, se uma criança é obesa, apresenta um risco de vir a ser um adulto obeso que é o dobro do risco de uma criança com peso adequado vir a ser igualmente um adulto obeso. Segundo Klish (1998), uma criança obesa aos 6 anos tem 25% de probabilidades de ser um adulto obeso, mas se for obeso aos 12 anos a probabilidade de continuar obeso na idade adulta sobe para 75%.

A obesidade resulta, para além de factores genéticos, de um balanço positivo entre a ingestão e o dispêndio energético. Esta situação poderá dever-se a uma vida sedentária e não tanto a excessos alimentares (Troiano & Flegal, 1998; Willett, 1998), embora os obesos tendam a apresentar um padrão alimentar em que os lípidos e doces têm um lugar preferencial (Drewnowsky, 1996).

Agras et al. (1990) verificaram que a adiposidade dos bebés no 1.º ano e 2.º ano de vida e o índice de massa corporal (IMC) aos 6 anos de idade estavam associados à adiposidade ao nascer e ao regime alimentar durante o 1.º mês de vida. Enquanto que o efeito destes factores ia diminuindo do 1.º para o 6.º ano, o efeito da aprendizagem social era cada vez mais intensificado. Estas conclusões sugerem que alguns factores, relacionados com a selecção e a ingestão susceptíveis de se traduzirem em excesso de peso, podem ser aprendidos no ambiente familiar (e.g. Fisher & Birch, 1995).

A importância da obesidade do ponto de vista da saúde resulta das suas implicações como factor de risco psicossocial e de risco de diversas patologias graves. A obesidade enquanto factor de risco tem sido muito estudada e surge associada a patologias diversas como: aterosclerose, artrite, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão e algumas formas de cancro (Galvão-Teles et al., 1996; Gonzalez, 1996; Must et al., 1992).

O excesso de peso é, depois do tabaco, a principal causa de morbidade e mortalidade nos EUA, estimando-se que cerca 300 000 mortes

por ano lhe são atribuíveis. No sexo feminino, o peso em excesso será responsável por 90% dos casos de diabetes não dependente da insulina, 20% dos casos de hipertensão, 37% dos casos de doenças coronárias em não-fumadoras e 32% de cancro (Albu et al., 1997). É previsível que durante este século a obesidade venha a substituir o tabagismo enquanto principal causa de morte nos EUA, sendo por isso classificada já como a «epidemia do séc. XXI» (Grundy, 1998; WHO, 1997).

Têm sido estudadas as relações entre a obesidade na infância e na adolescência e factores de risco de doenças cardiovasculares entre outras, em diversas populações (e.g. Raitakari et al., 1994; Zwiauer et al., 1992). Os indicadores de risco de doença cardiovascular associados à obesidade nos jovens são mais significativos nos rapazes e actuam nas fases mais precoces da adolescência (Chu et al., 1998).

As crianças obesas tendem a tornar-se jovens e adultos obesos e, especialmente nos casos extremos de excesso de peso, o risco de aparecimento futuro de doenças cardiovasculares é superior ao da população em geral (Dietz, 1998; Dwyer et al., 1998; Srinivasan et al., 1996).

Para além das consequências na saúde propriamente dita, interessa considerar ainda as implicações sociais e psicológicas do excesso de peso (Brownell, 1982). As crianças obesas tendem a ser isoladas pelo grupo, tendem a desenvolver menor auto-estima e tendem a ser menos convidadas para participar em jogos desportivos. Os obesos são considerados, de forma estereotipada, como lentos, preguiçosos e caprichosos etc. Muitas vezes o obeso é socialmente discriminado na escola, no lazer e no trabalho, desenvolvendo alguma aversão pelo seu corpo com prejuízo da sua adaptação psicossocial. O obeso é vítima de grande pressão cultura para emagrecer e algumas tentativas de reduzir o peso recorrendo a dietas drásticas constituem risco (Dietz, 1998; Brownell & Waden, 1991). O desagrado com o próprio corpo e o estigma da obesidade já se observam em crianças de idade pré-escolar e influenciam as práticas alimentares nestas idades (Nakao, Aoyama & Suzuki, 1990). Perder peso através de dietas tem benefícios mas também custos e provavelmente nem todos os obesos terão só vantagens em perder peso (Brownell & Rodin, 1994). Algumas pessoas que se envol-

vem em dietas apresentam sinais de depressão e atravessam fases cíclicas de perda e ganho de peso, o chamado efeito «yo-yo», em qualquer dos casos existe risco para a saúde (Jeffrey et al., 1992).

As recomendações, com o objectivo de combater a obesidade nos jovens, implicam basicamente melhorar a dieta, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, e aumentar a actividade física (Christoffel & Ariza, 1998; Green, 1997).

A obesidade é muito resistente a qualquer tratamento; os bons resultados, quando se conseguem, são pouco persistentes. Tal facto levou Brownell (1982) a afirmar que se o critério de cura da obesidade fosse definido como uma redução do peso que se mantivesse durante 5 anos, então seria mais fácil obter a recuperação de alguns cancros do que da obesidade.

2.4. Diabetes

A diabetes é uma doença crónica que resulta do organismo não ser capaz de produzir ou utilizar eficazmente a insulina. Esta hormona é responsável pelo controlo do metabolismo da glicose e, uma vez deficitária, o resultado será excesso de glicose no sangue.

Esta doença, conhecida desde a antiguidade, é uma das mais prevalentes doenças crónicas, responsável por cerca de 160 000 mortes por ano nos EUA. Estima-se que cerca de 5.2% da população americana seja diabética, sendo o número de crianças com esta patologia nos EUA de 120 000 aproximadamente. Ainda neste país o número de doentes aumenta cerca de 6% por ano, o que torna a diabetes num terrível problema de saúde (A D A, 1993). Em Portugal a incidência da doença na população infantil situa-se em torno de 7.6 novos doentes/ano por cada 100 000 habitantes (Rodrigues et al., 1997).

Qualquer que seja o tipo de diabetes, no seu tratamento, para além da medicação, são fundamentais as alterações ao estilo de vida, nomeadamente a dieta, e responsabilização do doente pelos cuidados logo que a sua idade e desenvolvimento psicossocial o permitam (Surwit et al., 1983).

2.5. Cirrose hepática e osteoporose

Muitas outras doenças têm entre as suas cau-

sas mais remotas os hábitos alimentares em fases sensíveis da vida e outros aspectos do estilo de vida (e.g. Young, 1997; Wachs, 1995). Incluem-se neste grupo as doenças causadas por deficiências vitamínicas ou minerais (Booth & Suttie, 1998; Nestlé, 1996). Bem como as doenças hepáticas como a cirrose causada por agentes infecciosos cuja propagação nas regiões mais pobres do mundo se deve a más condições de higiene como, por exemplo, a falta de esgotos ou de água potável. Nos países desenvolvidos esta patologia é, frequentemente, provocada pelo consumo de bebidas alcoólicas e outros comportamentos de risco (Poikolainen, 1995).

A osteoporose, doença típica da terceira idade e particularmente das mulheres, provocada por défice de cálcio, pode ser prevenida através do consumo de laticínios durante a infância e adolescência e através da prática de desporto (Wilhite, 1998).

3. O ESTILO ALIMENTAR

A investigação sobre o estilo alimentar, enquanto factor determinante do padrão de ingestão, adquiriu ultimamente grande relevância. Este conceito remete para a categorização do comportamento alimentar, considerado como o resultado da influência de factores psicológicos e sociais.

Importa fazer a distinção entre comportamento alimentar e padrão de ingestão pois são conceitos frequentemente confundidos. Assim enquanto o primeiro envolve o acto de ingestão e ainda aspectos qualitativos associados à selecção e decisão de quais alimentos consumir, o segundo refere-se aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão, como o valor calórico dos macronutrientes, a energia ingerida (e. g. Moreira, 2001).

A selecção dos alimentos, particularmente em função da composição energética de cada um, a quantidade e a frequência com que são ingeridos interagem com outros factores como o peso e o modo como o corpo próprio é percebido.

Algumas pessoas insatisfeitas com o peso e com o aspecto do seu corpo travam uma luta interna constante no sentido de controlar a ingestão, independentemente da fome que sentem, vi-

sando manter um determinado peso ou diminuir-lo. Estas pessoas mantêm, por isso, uma preocupação permanente com o corpo e com o que comem e resistem a comer aquilo que desejam.

3.1. Restrição Alimentar e obesidade

O comportamento alimentar anteriormente descrito tem sido classificado como restritivo. O conceito de restrição foi inicialmente proposto para explicar como e porquê o comportamento alimentar dos obesos se distinguiu dos padrões dos indivíduos com peso normal (Herman & Mack, 1975).

Historicamente o conceito radica nas concepções da obesidade da década de sessenta. Schachter (1968) propôs uma teoria da obesidade baseada na dicotomia «internalidade – externalidade». Enquanto que no sujeito de peso adequado, o padrão alimentar seria determinado fundamentalmente por indícios fisiológicos internos tais como as contracções gástricas, no sujeito obeso o comportamento alimentar era predominantemente função de estímulos externos como o aspecto, sabor e aroma dos alimentos. Acreditava-se que o obeso era mais responsivo às características observáveis dos alimentos do que os restantes sujeitos.

Nisbett (1972) defendeu um modelo baseado na capacidade do organismo regular o peso como modo de explicar a maior reactividade aos estímulos no obeso. De acordo com o seu modelo, cada indivíduo possuiria um peso fixo ideal («set point») dependente de mecanismos fisiológicos homeostáticos. O peso ideal do obeso seria portanto superior ao peso ideal das restantes pessoas. Pressionados por motivos sociais alguns obesos tentariam reduzir, através da dieta, o peso para níveis situados aquém do peso ideal. A fome provocada pela dieta tornaria, então, o obeso especialmente sensível aos indícios do ambiente relativos à comida.

O conceito de restrição alimentar (Herman & Mack, 1975) surge do pressuposto de que a dieta é um factor determinante na regulação da ingestão. O comportamento restritivo passa a ser compreendido como o resultado da interacção entre factores fisiológicos, na origem do desejo de comida (apetite), e os esforços cognitivos para resistir a este desejo. Está implícito no conceito que os indivíduos que se envolvem em dietas

restritivas se preocupam de modo compulsivo com o que comem e se esforçam em resistir ao apelo da comida. No lado oposto desta caracterização situam-se as pessoas que comem de acordo com o desejo e a fome que sentem.

3.2. Regulação da ingestão e dieta

O conceito de restrição contém dois aspectos da maior importância para a compreensão do comportamento alimentar (Herman & Polivy, 1980).

Um é que os sujeitos restritivos apresentam, em geral, um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição. Ou seja, os sujeitos conseguem controlar, com esforço da vontade, a fome e o desejo mas de vez em quando deixam-se vencer pelo desejo e comem descontroladamente. Factores de ordem emocional como a ansiedade e a depressão, factores cognitivos como a percepção de já terem ultrapassado o limite auto-imposto, e factores químicos com efeitos sedativos e desinibidores, como o álcool, têm um efeito desinibidor da restrição. Enquanto alguns sujeitos restritivos comem mais quando sob o efeito de factores desinibitórios (e.g. ansiedade ou depressão), os sujeitos não restritivos tendem a comer menos quando estão deprimidos ou ansiosos.

O outro aspecto do conceito de restrição refere-se à existência de diferenças significativas nos níveis de restrição, mais altos em obesos do que nos sujeitos de peso normal, ao contrário do que seria de esperar (Moreira, 2001; Viana, 2000). Assim, por consequência, a maior sensibilidade do obeso aos estímulos do ambiente (orientação externa), seria resultante da restrição alimentar, do desejo potenciado pela carência não satisfeita, não estando portanto associada à obesidade propriamente dita ou à fome.

Fazer ou não dieta pode ser compreendido de acordo com o «modelo dos limites» proposto por Polivy e Herman (1987). O comportamento alimentar deve ser considerado ao longo de um contínuo que inclui num extremo o comportamento adequado e no outro o comportamento alimentar desajustado, típico das perturbações alimentares (anorexia e bulimia). O comportamento alimentar dos indivíduos restritivos situar-se-á neste contínuo, num ponto próximo do

das anorécticas e bulímicas, pois os seus padrões de ingestão assim como os traços psicológicos destes sujeitos são idênticos (Taylor et al., 1998). A regulação do comportamento ao longo deste contínuo depende de dois tipos de limites: um limiar da fome, acima do qual o sujeito sente necessidade de comer; e um limiar da saciedade ou seja o limite até ao qual alguém come e a partir do qual deixa de comer. Ao contrário dos sujeitos não restritivos, as pessoas que fazem dieta desenvolvem uma grande margem entre estes dois limites, necessitam de muita privação até sentirem fome e só após comerem muito se sentem saciados. Estas pessoas regulam a sua ingestão por meio de um terceiro limite entre os dois referidos, o limiar de dieta. Este limite é a essência da dieta, representa a tentativa do sujeito controlar a vontade de comer; uma vez ultrapassado este limiar a pessoa tende a comer até atingir o seu limite da saciedade (Polivy & Herman, 1987).

Os sujeitos restritivos e os sujeitos não restritivos distinguem-se ainda no modo como reagem aos alimentos após uma primeira ingestão. Quando depois de consumirem uma refeição são novamente apresentados alimentos, alguns sujeitos restritivos tendem a comer mais do que da primeira vez. Este efeito foi denominado «contra-regulação». Pelo contrário os sujeitos não restritivos tendem a comer menos após uma primeira ingestão, regulando portanto a segunda ingestão em função da primeira (Wardle & Beales, 1987). A importância dos factores cognitivos é realçada através de uma ligeira modificação de algumas premissas da situação anteriormente apresentada. Quando na primeira ingestão o alimento é classificado apenas como «pouco calórico» ou «muito calórico», os indivíduos não restritivos tendem a ingerir pouco na segunda apresentação, independentemente da classificação do alimento. Pelo contrário os sujeitos restritivos tendem a ingerir mais quando acreditam que ingeriram alimentos muito calóricos no primeiro ensaio. Na verdade a informação disponível sobre o hipotético potencial energético da refeição, mais do que o seu real conteúdo, será o factor responsável pela contra-regulação nos sujeitos restritivos (Pirke & Laessel, 1993).

A explicação para a reacção dos sujeitos restritivos poderá ser que estes acreditam ter já violado os limites da dieta. Aquando da primeira in-

gestão, acreditam ter já perdido o controlo da dieta e desinibem a sua resposta aos alimentos na segunda apresentação (Ruderman, 1986). Apresentam, então, funcionar num registo dicotómico, de «tudo ou nada», com os alimentos divididos em «bons» e «maus» e em que ou há controlo e «boa dieta» ou, se algo vem provocar perda de controlo, sobrevem um padrão compulsivo (Polivy & Herman, 1985).

Os sujeitos restritivos tendem a comer exageradamente em certas situações, sendo esta tendência uma das características da restrição alimentar cognitiva. Assim os restritivos estão sujeitos a perder o controlo do padrão de ingestão e da dieta transformando-se em «desinibidos». Poderíamos ser levados a pensar que a desinibição alimentar constitui o outro extremo no contínuo «restrição / não-restrição», não é o caso. «Não-restritivos» serão os sujeitos que não controlam o desejo de mais comida, nem tão pouco se preocupam exageradamente com o peso, mas antes ingerem aquilo que julgam ser as necessidades em função da fome e saciedade. «Desinibidos» serão, então, aqueles que, perante um estímulo como um alimento saboroso ou o aroma de comida gostosa, são incapazes de se conterem e ingerem quantidades de alimentos para além do necessário (Stunkard & Wadden, 1990).

A restrição encontra-se associada a alguns comportamentos e cognições inadaptadas (Dewberry & Ussher, 1994). As pessoas que apresentam este padrão alimentar tendem a dividir os alimentos em «bons» e «maus» e a sentir culpa após as refeições, particularmente quando consomem os alimentos «maus», geralmente os muito calóricos. Tendem a descontrolar-se e a comer demais em situações de humor disfórico, tendem a avaliar que comeram demais mesmo não sendo o caso, e a sobrestimar o volume do corpo, o que sugere que poderão ter uma imagem corporal distorcida. O sexo feminino tende a manifestar índices de restrição mais elevados e, por consequência, apresenta os traços referidos com maior intensidade, o que, segundo os autores, poderá indiciar estarmos perante um aspecto da identidade feminina típico das sociedades ocidentais.

O conceito descrito mostra-se como sendo da maior importância para a compreensão do comportamento alimentar, não apenas nos casos ou em grupos que apresentam distorções marcadas nos padrões alimentares conducentes a patolo-

gias como anorexia, bulimia ou obesidade, mas também nos grupos definidos como «normais», em que prevalecem atitudes e dietas restritivas (French et al., 1995) e, ainda, nos grupos com patologias crónicas, em que a ingestão tem que obedecer a regras e restrições. Persiste em alguns trabalhos, apesar de tudo, uma certa inconsistência entre as conclusões tendentes a associar a restrição à obesidade (Van Strien, 1996).

É preciso ajustar a ingestão às necessidades fisiológicas, libertando-a dos constrangimentos psicológicos e culturais, modificando as atitudes relativas ao corpo e peso (Polivy, 1996). É necessário que o sujeito desenvolva a consciência do que come e aprenda a interpretar e a reagir aos sinais de fome e de saciedade. Algumas estratégias visam levar a pessoa a prestar atenção ao seu comportamento. Contar o número de pastéis ou guardar os papéis dos rebuçados para que possa saber a quantidade que comeu, poderá ajudar a controlar o que se ingere (Nichter et al., 1995). «Permitir» ou sugerir à pessoa que coma pequenas quantidades de alimentos «proibidos», poderá ser uma forma de limitar o desejo por esses produtos e controlar a angústia de ter já violado a dieta, quando ingere uma guloseima (Polivy & Herman, 1992).

Fazer dieta, pelo menos de modo radical como é cada vez mais frequente, está associado ao aumento de peso e não à sua redução. Alguns autores consideram mesmo que, no que se refere à obesidade e às dietas, será mais adequado falar de uma «*psicologia da dieta*» do que de uma «*psicologia do obeso*» (Contento et al., 1995).

3.3. Avaliação do estilo alimentar

O estilo alimentar refere-se a padrões de comportamento face à alimentação classificáveis estes de acordo com tendências ou combinações de tendências relacionadas com os conceitos descritos (i.e. restrição e desinibição). Os instrumentos utilizados na avaliação deste padrão, assim como os conceitos implícitos nestes, também determinam diferentes classificações do estilo alimentar. Os questionários que a seguir se indicam encontram-se entre os mais utilizados na investigação sobre o tema.

Assim, na «*Restraint Scale – RS*» (Herman & Polivy, 1980) o sujeito é classificado ao longo do contínuo «*restrição/não-restrição*».

No «*Three-Factor Eating Questionnaire – TFEQ*» (Stunkard & Messick, 1985) o estilo de um indivíduo será o resultado da combinação da sua classificação no contínuo «*restrição/não-restrição*» com o resultado na escala de «*desinibição*» e na escala de «*susceptibilidade à fome*». Assim as atitudes e o comportamento serão diferentes para um sujeito altamente restritivo e desinibido face a um outro altamente restritivo e não-desinibido (Westenhoefer, 1991). Este questionário tem sido utilizado na investigação em Portugal e aplicado a adolescentes, jovens adultos e mulheres (Viana et al., 2001; Moreira et al., 1997).

No «*Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ*» (Van Strien et al., 1986) o estilo refere-se ao parâmetro com resultado mais elevado e poderá ser restritivo ou não-restritivo (em contínuo), estilo de ingestão externa, estilo de ingestão emocional, implicando cada um diferentes atitudes e comportamentos alimentares apesar de estarem relacionados entre si (Viana & Sinde, 2002; Wardle et al., 1992).

A grande maioria dos estudos sobre restrição e estilo alimentar refere-se a sujeitos jovens e adultos. Em algumas investigações com crianças de idades pré-escolares foi, no entanto, demonstrada a pertinência do conceito, confirmando-se a associação entre as práticas alimentares das mães e o comportamento alimentar dos filhos e consequências no estado nutricional destes (e.g. Johnson & Birch, 1994; Shea et al., 1992). Existem já diversos instrumentos desenhados para investigar o estilo alimentar em crianças baseado nas dimensões considerados na teoria e nos questionários existentes destinados aos adultos. Em regra estes questionários são respondidos pelas mães que classificam o comportamento alimentar dos filhos (e.g. «*Child Eating Behaviour Questionnaire*», Wardle et al., 2001).

A importância do constructo «*estilo alimentar*» reside no seu potencial contributo para a investigação sobre o comportamento alimentar especialmente quando estão implicadas dietas, o que se nos afigura como fundamental na educação e prevenção.

O estilo alimentar pode ser alterado através da terapia comportamental cognitiva. Os sujeitos «*restritivos*» são sensíveis à informação nutricional especialmente a que se refere à composição energética dos alimentos e respondem bem às

técnicas de modificação do comportamento que envolvem o controlo de estímulos. Os «desinibidos» respondem bem às técnicas de reestruturação cognitiva que visam habilitar o sujeito para lidar com os alimentos e procedimentos «proibidos» e com a ansiedade e o «stress». Os indivíduos «susceptíveis à fome» reagem eficazmente a técnicas que ajudem a interpretar e lidar com sensações identificadas com a fome (Stunkard & Messick, 1985).

4. MUDANÇAS DOS HÁBITOS ALIMENTARES

As mudanças no estilo de vida são difíceis de conseguir dada as interações deste com diversos outros aspectos do quotidiano e da vida urbana como seja: falta de tempo, falta de tranquilidade e, portanto, ansiedade, e difícil acesso a padrões de comportamento e de consumo mais satisfatórios do ponto de vista da saúde. As dificuldades em alterar os hábitos de vida são manifestas também no que se refere à alimentação. Apesar de serem conhecidas as implicações para a saúde do consumo exagerado de lípidos e proteínas animais, ou algumas dietas desequilibradas e deficitárias em nutrientes, alterar os hábitos alimentares é tarefa difícil de conseguir. Mais difícil ainda será manter as mudanças entretanto realizadas. Adquirir e manter um novo comportamento requer mais esforço do que continuar com os velhos hábitos arraigados e associados a outros factores de ordem social e cultural.

A história pessoal e familiar e ainda o envolvimento cultural, permitem compreender o porquê do desenvolvimento dos hábitos alimentares. O paladar, o preço, o aspecto, a facilidade em preparar, a publicidade etc., mais do que o conhecimento dos benefícios para a saúde, condicionam as escolhas alimentares que realizamos (Glanz et al., 1998).

Numa investigação realizada recentemente nos países da União Europeia, a propósito das escolhas alimentares, os autores (Lennernas et al., 1997) verificaram que os factores que mais influenciavam os consumidores eram, por ordem decrescente: a «qualidade e frescura», o «preço», o «paladar», o desejo de uma «alimentação mais saudável» e as «preferências familiares».

Estudando as barreiras a uma alimentação saudável, os autores concluíram que a falta de

tempo, o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos, a falta de vontade e o preço, eram os principais obstáculos. Uma alimentação saudável não era vista como uma alternativa fácil, ou atractiva, à dieta praticada (Lappalainen et al., 1997).

A maioria das pessoas selecciona os alimentos tendo em conta critérios que não estão relacionados com a saúde. Antes de mais será o paladar, o custo, a influência dos parceiros e amigos, a publicidade, a embalagem e a disposição nas prateleiras das lojas, que determinará as preferências alimentares (Kayman, 1989).

Diversos factores de ordem psicológica e psicossocial, como falta de motivação, influências sociais, crenças e sentimentos de baixa auto-eficácia, contribuem para dificultar as mudanças no estilo de vida e nomeadamente dos hábitos alimentares (Huon & Strong, 1998).

Os modelos de cognição social têm contribuído para esclarecer alguns factores associados à mudança e manutenção de novos hábitos (Baldwin & Falciaglia, 1995). Lewis et al. (1989), situando os seus pressupostos neste contexto, afirmam que a selecção de alimentos depende mais de factores psicossociais do que das necessidades fisiológicas. Segundo estes autores, o comportamento alimentar resulta da interacção de factores ambientais com variáveis psicológicas e biológicas. Assim, a intenção ou compromisso em alterar a dieta (deixar de consumir ou passar a preferir um determinado alimento ou grupos de alimentos) poderá ser influenciada por:

- ocorrência de doença ou sintoma inesperado no próprio, num familiar ou amigo;
- informação obtida através de um técnico de saúde, amigos, familiares ou meios de comunicação;
- atitudes face ao alimento;
- reforço social proporcionado pelo novo comportamento.

Os autores atribuem, ainda, grande importância, a propósito da mudança, ao prazer associado ao gosto do alimento e ao compromisso para mudar.

Em geral os modelos que relacionam saúde e comportamento, para além dos aspectos já descritos, atribuem importância às crenças e atitudes enquanto determinantes fundamentais do comportamento e também a outros factores psicoló-

gicos como os sentimentos de auto-eficácia e auto-estima. Assim acontece na aplicação ao contexto nutricional do «modelo dos estádios de mudança» (Greene et al., 1999) ou do «modelo processo-acção para a saúde» (Schwarzer & Fuchs, 1996).

5. CONCLUSÃO

Para o «senso-comum» a Psicologia está ainda fundamentalmente associada à saúde mental. Importa não esquecer que, sendo o comportamento o objecto de análise da Psicologia, esta nos parece ser mais adequadamente associada ao comportamento dos sujeitos em diversos contextos normais de vida, nomeadamente aqueles que dizem respeito à saúde e à doença. O comportamento alimentar é um dos aspectos do estilo de vida que, de forma inegável, maior influência directa apresenta na saúde e na doença. Pelas suas características ele é «intrinsecamente» investigável através dos métodos da Psicologia. Daí a pertinência da aplicação da Psicologia da Saúde a este domínio visando a prevenção.

Educar para a saúde implica ensinar novos hábitos e mudar outros hábitos de vida. Na verdade parece ser mais fácil (e mais barato) ensinar e implementar tão cedo quanto possível hábitos saudáveis do que mudar velhos hábitos já estabelecidos.

Os hábitos não-saudáveis, adquiridos na infância e juventude, podem comprometer directa e irreversivelmente, em alguns casos, as tarefas desenvolvimentais características de cada fase do crescimento (Jessor, 1991) e tendem a tornar-se em hábitos firmemente estabelecidos (i.e. estilo de vida de risco), que só dificilmente ou demasiado tarde serão mudados.

Cada idade ou cada fase do desenvolvimento psicossocial, pelas suas características e pelas tarefas desenvolvimentais que implicam, constitui uma oportunidade para serem ensinadas atitudes e comportamentos saudáveis. O conceito *janela de vulnerabilidade* refere-se aos períodos do desenvolvimento, em que a exposição a comportamentos de risco facilita a sua integração no repertório pessoal (Taylor, 1995). Este é também o momento adequado para serem ensinadas atitudes adequadas.

Na idade pré escolar, por exemplo, a criança

está capaz de compreender a importância de consumir alguns alimentos como as frutas, associadas às vitaminas, ou o leite associado ao cálcio e este relacionado com o esqueleto, etc. Na idade escolar aumenta o consumo de produtos tipicamente associados à infância, como os refrigerantes, hamburgers, produtos de pastelaria doces e salgados etc. Na adolescência a importância atribuída ao corpo está associada às dietas restritivas, desenvolvem-se comportamentos de risco incluindo consumos, condução de motocicletas, etc. Se estas são idades de risco são também as idades adequadas para serem ensinados comportamentos saudáveis face aos mesmos comportamentos de riscos.

No contexto dos hábitos alimentares em particular e do estilo e hábitos de vida em geral, a Psicologia e a Nutrição são disciplinas e domínios complementares. Psicólogos e Nutricionistas podem e devem trabalhar em conjunto e com outros especialistas da Saúde e da Educação no sentido de serem definidos programas de educação para a saúde (Rodrigues et al., 2000).

Na juventude ter saúde é comum e esperado, por isso esta não será sentida como um valor. Neste período são por vezes adquiridos hábitos inadequados que se mantêm ao longo da vida com consequências nefastas. Importa que os educadores levem a interiorizar a saúde como algo de frágil que se tem que defender e preservar. Um objectivo poderá ser conseguir o equilíbrio entre o prazer e a saúde, «contrariando» o aforismo popular onde se afirma «perdoa o mal que faz pelo bem que sabe» substituindo-o por algo do género «se faz bem (saudável) então também é bom (gostoso)».

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, W., Kraemer, H., Berkowitz, R., & Hammer, L. (1990). Influence of early feeding style on adiposity at 6 years of age. *Behavioral Pediatrics*, 116, 805-809.
- Albu, J., Allison, D., Boozer, C., Heymesfield, S., Kissilef, H., Kretser, A., Krumhar, K., Leibel, R., Nonas, C., Pi-Sunyer, X., Van Itallie, T., & Wedral, E. (1997). Obesity solutions: Report of a meeting. *Nutrition Reviews*, 55, 150-156.

- Amaral, T. (1998). *Risco alimentar na epidemiologia do cancro da mama e colo-rectal*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada ao Curso de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto.
- A A P (1998). Cholesterol in childhood. Committee on Nutrition – American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 101, 141-147.
- A D A (1993). Diabetes 1993 vital statistics. Alexandria, VA. American Diabetes Association.
- Baldwin, T., & Falciglia, G. (1995). Application of cognitive behavioral theories to dietary change. *Journal of the American Dietetic Association*, 95, 1315-1317.
- Bidlack, W. (1996). Interrelationships of food, nutrition, diet and health: The National Association of the State Universities and Land Grant Colleges White Paper. *Journal of American College of Nutrition*, 15, 422-433.
- Booth, S., & Suttie, J. (1998). Dietary intake and adequacy of vitamin K. *Journal of Nutrition*, 128, 785-788.
- Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 820-840.
- Brownell, K., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychologist*, 19, 781-791.
- Brownell, K., Wadden, T. (1991). The heterogeneity of obesity. *Behavior Therapy*, 22, 153-177.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
- Califano, J. (1987). America's health care revolution: health promotion and disease prevention. *Journal of The American Dietetic Association*, 87, 437-440.
- Christoffel, K., & Ariza, A. (1998). The epidemiology of overweight in children: Relevance for clinical care. *Pediatrics*, 101, 103-105.
- Chu, N.-F., Rimm, E., Wang, D.-J., Liou, H.-S., & Shieh, S.-M. (1998). Clustering of cardiovascular disease risk factors among obese schoolchildren: The Taipei Children Heart Study. *American Journal of Nutrition*, 67, 1141-1146.
- CNAN - Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (1997). Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 7, 5-19.
- Contento, I., Michela, J., & Williams, S. (1995). Adolescent food choice criteria: Role of weight and dieting status. *Appetite*, 25, 51-76.
- Craig, S., Bandini, L., Lichenstein, A., Schaefer, E., & Dietz, W. (1996). The impact of physical activity on lipids, lipoproteins, and blood pressure in pre-adolescent girls. *Pediatrics*, 98, 389-395.
- Dewberry, C., & Ussher, J. (1994). Restraint and perception of body weight among british adults. *Journal of Social Psychology*, 134, 609-619.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101(Supplement), 515-525.
- Drewnowsky, A. (1996). The behavioral phenotype in human obesity. In E. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat? The psychology of eating* (pp. 291-308). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Drewnowski, A., & Popkin, B. (1997). The nutrition transition: New trends in the global diet. *Nutrition Reviews*, 55, 31-43.
- Drotar, D. (Ed.) (1985). *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice*. New York: Plenum Press.
- Dwyer, J., Stone, E., Yang, M., Feldman, H., Webber, L., Must, A., Perry, C., Nader, P., & Parcel, G. (1998). Predictors of overweight and overfatness in a multiethnic pediatric population. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67, 602-610.
- ESPGAN (1994). Committee report: Childhood diet and prevention of coronary heart disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 19, 261-269.
- Fern, E. (2000). Nutrition in the 21st Century. *Alimentação Humana*, 6, 215-221.
- Fisher, J., & Birch, L. (1995). 3-5 years-old children's fat preferences and fat consumption are related to parental obesity. *Journal of American Dietetic Association*, 95, 759-764.
- French, S., Perry, C., Leon, G., & Fulkerson, J. (1995). Changes in psychological variables and health behaviors by dieting status over a three-year period in a cohort of adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 16, 438-447.
- Frisancho, A. R. (1993). *Antropometric standards for the assesment of growth and nutritional status*. The University of Michigan Press.
- Galvão-Teles, A., Baptista, F., & Carmo, I. (1996). Obesidade e cancro. *Comportamento Alimentar e Nutrição*, 3, 7-13.
- Ganley, R. (1986). Epistemology, family patterns, and psychosomatics: The case of obesity. *Family Process*, 25, 437-451.
- Garrow, J., & Webster, J. (1985). Quetelet index (W/H²) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 9, 147-153.
- Giovannucci, E., & Goldin, B. (1997). The role of fat, fatty acids, and total energy intake in the aetiology of human colon cancer. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66 (Supplement), 1564 S- 1571 S.
- Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., & Snyder, D. (1998). Why americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 1118-1126.
- Gonzalez, A. (1996). A obesidade e factores de risco. *Comportamento Alimentar e Nutrição*, 3, 15-19.

- Green, S. (1997). Obesity: Prevalence, causes, health risks and treatment. *British Journal of Nursery*, 6, 1181-1185.
- Grenne, G., Rossi, S., Rossi, J., Velicer, W., Fava, J., & Prochaska, J. (1999). Dietary applications of the stages of change model. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 673-678.
- Grundy, S. (1998). Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67 (Supplement), 563 S-572 S.
- Guerra, A. J., Rego, C., Castro, E., Bicho, M., Carvalho Guerra, F., & Teixeira Santos, N. (1997). Estudo prospectivo referente aos principais factores de risco de patologia cardiovascular desde a infância e até à adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 28, 297-306.
- Herman, C., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herman, C., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Huon, G., & Strong, K. (1998). The initiation and maintenance of dieting: Structural models for large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 361-369.
- Jeffrey, R., Wing, R., & French, S. (1992). Weight cycling and cardiovascular risk factors in obese men and women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 641-644.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parents' and children adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, 653-661.
- Kayman, S. (1989). Applying theory from social psychology and cognitive behavioral psychology to dietary behavior change and assessment. *Journal of the American Dietetic Association*, 89, 191-193.
- Klish, W. J. (1998). Childhood obesity. *Pediatrics in Review*, 19, 312-315.
- Kretchmer, N. (1994). Nutrition is the keystone of prevention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 60, 1.
- Lappalainen, R., Saba, A., Holm, L., Mykkanen, H., & Gibney, M. (1997). Difficulties in trying to eat healthier: Descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51 (Suppl. 2), S 36-S 40.
- Lennernas, M., Fjellstrom, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., & de Winter, A. (1997). Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51 (Suppl. 2), S8-S15.
- Lewis, C., Sims, L., & Shannon, B. (1989). Examination of specific nutrition/health behaviors using a social cognitive model. *Journal of the American Dietetic Association*, 89, 194-202.
- Lopes dos Santos, P. (1990). *Papel dos factores de interação mãe-filho no crescimento somático do recém-nascido*. Dissertação de Doutoramento apresentada à FPCE da Universidade do Porto.
- Moreira, P. (2001). *Ingestão nutricional e estratégias de controlo de peso associados ao comportamento alimentar restritivo numa amostra de estudantes da Universidade do Porto*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Moreira, P., Almeida, L., Sampaio, D., & Almeida, M. D. (1997). Escala para avaliação do comportamento alimentar: Adaptação portuguesa em jovens universitários saudáveis. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araujo, et al. (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. V, pp. 641-658). Braga: Apport.
- Must, A., Jacques, P., Dallal, G., Bajema, C., & Dietz, W. (1992). Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents: A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *New England Journal of Medicine*, 327, 1350-1355.
- Nakao, H., Aoyama, H., & Suzuki, T. (1990). Development of eating behavior and its relation to physical growth in normal weight preschool children. *Appetite*, 14, 45-57.
- Nestlé, M. (1996). Fruits and vegetables: protective or just fellow travelers? *Nutrition Review*, 54, 255-257.
- Nichter, M., Ritenbaugh, C., Nichter, M., Vuckovic, N., & Aickin, M. (1995). Dieting and «watching» behaviors among adolescent females: Report of a multimethod study. *Journal of Adolescent Health*, 17, 153-162.
- Nisbett, R. (1972). Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79, 433-453.
- Peres, E. (1994). Alimentação ocidental. *Comportamento Alimentar e Nutrição*, 1, 10-11.
- Perri, M., Sears, S., & Clark, J. (1993). Strategies for improving maintenance of weight loss. *Diabetes Care*, 16, 200-209.
- Pickering, T., Schwartz, J., & James, G. (1995). Ambulatory blood pressure monitoring for evaluating the relationships between lifestyle, hypertension and cardiovascular risk. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 22, 226-231.
- Pirke, K., & Laessle, R. (1993). Restrained eating. In A. Stunkard, & T. Wadden (Eds.), *Obesity: Theory and therapy* (2nd ed., pp. 151-162). New York: Raven Press.
- Poikolainen, K. (1995). Alcohol and mortality: A review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 455-465.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 589-592.

- Polivy, J., & Herman, C. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.
- Polivy, J., & Herman, C. (1992). Undieting: A programme to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 261-268.
- Raitakari, O., Porkka, K., Viikari, J., Ronnema, T., & Akerblom, H. (1994). Clustering of risk factors for coronary heart disease in children and adolescents. The cardiovascular risk in Young Finns Study. *Acta Paediatrica*, 83, 935-940.
- Rodrigues, S., Cardoso, S., & Almeida, D. (2000). Hábitos alimentares: Conceitos e práticas – continuidade e mudança entre gerações. *Alimentação Humana*, 6, 153-164.
- Rodrigues, F., Costa, F., Moura, L., Pinto, B., Gomes, L., Carvalheiro, M., & Ruas, M. (1997). Incidence of childhood type I (insulin dependent) diabetes in Coimbra, Portugal, 1987-94. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 110 (Suppl.), 1-3.
- Ruderman, A. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99, 247-262.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, 161, 751-756.
- Schonfeld-Warden, N., & Warden, C. (1997). Pediatric obesity: Na overview of etiology and treatment. *Pediatric Clinics of North America*, 44, 339-361.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social-cognitive models* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.
- Serdula, M., Ivery, D., Coats, R., Freedman, D., Williamson, D., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine*, 22, 167-177.
- Shea, S., Stein, A., Basch, C., Contento, I., & Zybert, P. (1992). Variability and self-regulation of energy intake in young children in their everyday environment. *Pediatrics*, 90, 542-546.
- Srinivasan, S., Bao, W., Wattigney, W., & Berenson, G. (1996). Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: The Bogalusa Heart Study. *Metabolism*, 45, 235-240.
- Stinmetz, K., & Potter, J. (1996). Vegetables, fruit and cancer prevention: A review. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 1027-1039.
- Stunkard, A., & Messick, S. (1985). The three factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-84.
- Stunkard, A., & Wadden, T. (1990). Restraint eating and human obesity. *Nutrition Reviews*, 48, 78-86.
- Surwit, R., Feinglos, M., & Scovern, A. (1983). Diabetes and behavior: A paradigm for health psychology. *American Psychologist*, 38, 255-262.
- Taylor, C., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L., Gray, N., McKnight, K., Crago, M., Kraemer, H., & Killen, J. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31-42.
- Taylor, S. (1995). *Health psychology*, 3rd Edition. Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Troiano, R., & Flegal, K. (1998). Overweight children and adolescents: Description, epidemiology, and demographics. *Pediatrics*, 101 (Supplement), 497-504.
- Van Strien, T. (1996). On the relationship between dieting and «obese» and bulimic eating patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 83-92.
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., & Defares, P. (1986). Dutch eating behavior questionnaire for assessment of restraint, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Viana, V. (1993). *Desenvolvimento e crescimento: Estudo de algumas variáveis associadas ao aumento de peso nos primeiros meses da criança*. Dissertação de Mestrado apresentada à FPCE da Universidade do Porto.
- Viana, V. (2000). *Psicologia, saúde e nutrição: Estudo do comportamento alimentar, do estado de nutrição e de alguns factores psicossociais associados num grupo de adolescentes*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor, apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1, 29-40.
- Viana, V., Guerra, A., Lopes dos Santos, P., Rego, C., Silva, D., & Sinde, S. (2001). Factores psicossociais associados ao comportamento alimentar e ao estado de nutrição num grupo de adolescentes numa perspectiva da psicologia da saúde. *Saúde Mental*, 3, 7-16.
- Viana, V., Lopes dos Santos, P., & Guerra, A. (1998). Estudo de alguns factores psicológicos associados ao incremento ponderal nos primeiros meses pós-parto. *Acta Paediatrica Portuguesa*, 29, 253-260.
- Viana, V., & Sinde, S. (2002). Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (artigo enviado para publicação na revista Psicologia: Teoria, Investigação e Prática).
- Wachs, T. (1995). Relation of mild-to-moderate malnutrition to human development: Correlational studies. *Journal of Nutrition*, 125, 2245 S-2254 S.
- Wardle, J., & Beales, S. (1987). Restraint and food intake: An experimental study of eating patterns in the laboratory and in normal life. *Behavior Research and Therapy*, 25, 179-185.

- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 963-970.
- Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I., & Ogden, J. (1992). Eating style and eating behavior in adolescents. *Appetite*, 18, 167-183.
- Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: Is restraint a homogeneous construct? *Appetite*, 16, 45-55.
- Willett, W. (1998). Is dietary fat a major determinante of body fat? *American Journal of Clinical Nutrition*, 67 (Supplement), 556 S-562 S.
- Willett, W. (1997). Specific fatty acids and risk of breast and prostate cancer: Dietary intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66 (Supplement), 1557 S-1563 S.
- Willhite, L. (1998). Osteoporosis in women: Prevention and treatment. *Journal of American Pharmacological Association*, 38, 614-623.
- WHO (1998). *The world health report 1998 - Life in 21st Century. A vision for all*. Report of the Director General. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1997). *Preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization consultation on obesity. Geneva, 3-5 June.
- World Cancer Fund - American Institute For Cancer Research (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington, World Cancer Fund - American Institute For Cancer Research.
- Young, N. (1997). Effects of alcohol and other drugs in children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 23-42.
- Zwiazauer, K., Pakosta, R., Mueller, T., & Widham, K. (1992). Cardiovascular risk factors in obese children in relation to weight and body fat distribution. *Journal of the American College of Nutrition*, 11 (suppl.), 41 S - 50 S.

RESUMO

O comportamento alimentar constitui um importante aspecto dos hábitos e estilo de vida que importa abordar do ponto de vista da Psicologia.

Tradicionalmente o processo alimentar tem sido estudado no caso das perturbações do comportamento alimentar. A abordagem que apresentamos é a do comportamento alimentar do sujeito normal no contexto teórico e metodológico da Psicologia da Saúde.

A Nutrição está intrinsecamente associada à saúde e à doença. Algumas das mais assustadoras doenças do nosso tempo são em grande parte atribuíveis a hábitos alimentares não saudáveis adquiridos na infância e na adolescência.

A compreensão do comportamento e do estilo alimentar, incluindo os aspectos psicológicos que lhe estão subjacentes, parece ser determinante na possibilidade de se definirem estratégias visando implementar mudanças de índole terapêutica ou educacional com vista à promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Neste trabalho procuramos demonstrar o papel da Psicologia na investigação no domínio da Nutrição, sobre as relações entre o comportamento alimentar e a saúde. É realçado o contributo da Psicologia para a compreensão do ser saudável e para a adopção de estratégias de prevenção primária e educação para a saúde, nomeadamente no caso dos jovens.

Palavras-chave: Psicologia da saúde, nutrição, comportamento alimentar, estilo de vida, estilo alimentar.

ABSTRACT

Eating behaviour is one of the most important aspects of habits and lifestyle that has to be taken as object of Health Psychology approach.

Eating and nutrition have been studied, in Clinical Psychology, from the point of view of the pathological processes and as eating disorders. Health Psychology approaches eating behaviour in the normal person and in a specific theoretical and methodological context.

Nutrition is obviously related to disease and health. Some of the most frightening diseases of our days are in some degree the result of unhealthy eating habits learned in childhood and adolescence. This is the case of cardiovascular diseases, cancer, diabetes, obesity and others. If unhealthy habits led to this disorders, healthy eating habits can prevent some of them and are in general part of their treatment.

In this paper we present some aspects about the contribution of the Health Psychology in the research of eating behaviour and nutrition. The understanding of behaviour and eating style, which include psychological factors, seems to be fundamental for the development of strategies in order to promote changes regarding healthy lifestyle.

Key words: Health psychology, nutrition, eating behavior, life style, eating style.