

## **Influência dos Hábitos Alimentares na saúde do coração**

*Glória Heloise Perez  
Adriana Lúcia van-Erven Ávila*

In: Elias Knobel; Ana Lúcia Martins da Silva; Paola Bruno de Araujo Andreoli. (Org.). *Coração...é emoção. A influência das emoções sobre o coração*. São Paulo: Atheneu, 2010, v. , p. 163-173.

### *Alimentação e saúde do coração*

As transformações urbanas, advindas da industrialização e da globalização, e as mudanças econômicas trouxeram modificações no estilo de vida que levaram à elevação da incidência das doenças cardiovasculares, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos (Lotufo, 1998). O tabagismo, o sedentarismo e a alimentação pouco saudável estão entre essas modificações (Scherr e Ribeiro, 2009).

O estudo INTERHEART, realizado em 52 países dos cinco continentes, inclusive o Brasil, comparou 15.152 pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio com 14.820 indivíduos que não o apresentaram. Foram encontrados nove fatores de risco que se associaram significativamente à ocorrência do infarto, a saber: tabagismo, dislipidemia (aumento dos níveis de colesterol: “gordura” fabricada pelo nosso próprio fígado, consumida pela alimentação ou formada a partir da gordura saturada que se consome, e/ou dos triglicérides: gordura originada principalmente pela ingestão de açúcares, doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas), pressão arterial elevada, diabetes, obesidade abdominal, estresse, ingestão de bebida alcoólica, falta de consumo diário de hortaliças e de frutas e sedentarismo. A prevenção desses fatores de risco pode evitar 90% dos casos de infarto. Por outro lado, o consumo diário de hortaliças e de frutas seria um fator protetor para a saúde cardiovascular (Yusuf e cols, 2003).

Outro estudo, também bastante consistente em termos científicos, denominado AFIRMAR, avaliou durante três anos os fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio, em aproximadamente 3.550 indivíduos de 104 hospitais de 51 cidades brasileiras. Foram encontrados resultados similares aos do INTERHEART. O tabagismo aumentou em 4,4 vezes o risco do infarto do miocárdio e a obesidade abdominal em 3,3 vezes, sendo estes os fatores de risco mais importantes encontrados neste estudo. Além destes, diabetes, hipertensão arterial e alterações de colesterol e/ou triglicérides também estiveram significativamente relacionadas com o risco para o desenvolvimento do infarto (Piegas e cols, 2003).

Há que se chamar a atenção de que a obesidade é o ponto central de toda essa problemática descrita, por estar associada com a hipertensão arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia e por fim à doença arterial coronária (Kruger e cols, 2009).

A prevalência de obesidade no Brasil varia de 5% a 14% nas mulheres e de 5% a 18% nos homens, sendo que no gênero feminino foi encontrada correlação entre o consumo de açúcar, refrigerante, refeições prontas e a ocorrência da obesidade (Lobato e cols, 2009). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007 revelaram que 5,9 % da população brasileira tem diabetes. Portanto, grandes e importantes esforços deverão ocorrer para prevenir e tratar a obesidade em nosso país. Entretanto deve-se

alertar que a pré-obesidade também é preocupante, pois se não prevenida ou tratada, evoluirá para obesidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, identifica-se a obesidade com a avaliação do peso corporal, pelo índice de massa corpórea (IMC), dado pela seguinte fórmula:  $\text{peso (kg)} \div \text{altura}^2(\text{m})$ .

No quadro abaixo está a classificação do IMC:

<b>Faixa do IMC</b>	<b>Classificação</b>
18.5 a 24.9	Eutrofia (normal)
25.0 a 29.9	Pré-obesidade
30.0 a 34.9	Obesidade grau I
35.0 a 39.9	Obesidade grau II
$\geq 40.0$	Obesidade grau III

Portanto, estes importantes estudos apontam que vários fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio estão ligados a hábitos alimentares: obesidade, dislipidemia, ingestão de bebida alcoólica, falta de consumo diário de hortaliças e diabetes.

Hábito é um comportamento aprendido para agir de determinada maneira, que se mantém pela repetição (Ferreira, 2004). O termo hábito alimentar define os costumes e o modo de se comer de uma pessoa ou comunidade na qual está inserida. Um hábito alimentar desequilibrado pode comprometer o metabolismo, gerando obesidade e níveis alterados de colesterol, triglicérides e de glicose.

O padrão da dieta ocidental caracteriza-se por um hábito alimentar desequilibrado, pois é rica em carboidratos refinados (açúcares para adoçar cafés, chás e sucos, doces, chocolates, balas, refrigerantes, entre outros), em frituras e em gordura saturada (Gohlke, 2002; Lutsey e cols, 2008; McNaughton e cols, 2009), e pobre em fibras alimentares (Santos e cols, 2006).

Um hábito alimentar desequilibrado associado à presença de hipertensão arterial, alterações de colesterol e/ou triglicérides e da glicose, excesso de peso, sedentarismo e tabagismo, têm sido responsabilizados por uma série de doenças, especialmente as cardiovasculares (Stone e Schmeltz, 2007; Alexander CM e cols, 2008; Lutsey e cols, 2008). Soma-se a isso o estresse agudo, a competição desenfreada e o excesso de trabalho do mundo moderno. Explica-se dessa maneira a doença cardiovascular ser a maior causa de morbidade e mortalidade do mundo ocidental

*Subjetividade, hábito alimentar e sociedade de consumo. As relações entre a cultura, os hábitos alimentares e o adoecer na contemporaneidade.*

A alimentação é uma necessidade vital para a manutenção da vida, no entanto o comportamento alimentar é extremamente complexo e transcende a ingestão de alimentos. É um ato biopsicossocial, envolvendo aspectos de ordem biológica, psicológica e sociocultural.

O ser humano tem uma necessidade fisiológica de alimentar-se, comportamento que é desencadeado pela fome, buscando a regulação do balanço energético. Mas seu funcionamento psíquico, bem como o contexto sociocultural onde vive, irão também modular este comportamento. O seu funcionamento psíquico determinará o apetite (que busca o prazer, a satisfação libidinoso), a relação que ele terá com o alimento, suas preferências, sua memória alimentar, como organiza a rotina das suas refeições, etc. Por outro lado, o contexto sociocultural contribuirá com os usos e costumes, o tipo de alimento e as tradições no preparo, as restrições dietéticas ditadas pela religião e pelas crenças culturais, mediará a oferta e a disponibilidade dos alimentos, o comportamento à mesa, etc...

Analisemos a interferência da cultura contemporânea da sociedade de consumo na alimentação. Nesta cultura permeada pelas relações de consumo, criam-se necessidades para gerar uma demanda de consumo. A ordem cultural da sociedade do consumo é a promessa da satisfação absoluta e rápida com a oferta excessiva, antecipada e persistente de objetos. Antecipa-se aos desejos do consumidor, oferecendo cada vez mais e mais rápido. Promete-se um mundo sem frustrações, de prazer contínuo. É a cultura do conforto e do excesso.

Neste ambiente cultural, o alimento também foi transformado em produto de consumo. E, à medida que a ordem é consumir, a oferta de alimento organiza-se pouco vinculada às necessidades biológicas, mas implicada com este objetivo. Para tanto, a indústria criou um alimento artificial, excessivamente rico em gorduras, sal e açúcares, substâncias que ativam circuitos neuronais de recompensa e que podem criar dependência da mesma maneira que o cigarro e o álcool, conforme começam a elucidar estudos bastante recentes (Ifland e cols., 2009). Inúmeros artifícios são usados para induzir o consumo de porções maiores atendendo, única e exclusivamente, às necessidades de vender mais. A gastronomia vira moda. A propaganda promove as delícias dos produtos alimentícios, prometendo prazeres fáceis. Esses são subprodutos comprometidos em manter a oferta excessiva de alimento e o grande incentivo para o seu consumo. Assim, desvirtua-se o comportamento da ingestão alimentar, para além da satisfação de uma necessidade biológica, em um ato social da ordem do econômico. A sociedade de consumo urbana e cosmopolita impõe um estilo de vida que afetou também os rituais ligados à alimentação. A vida cotidiana não é mais regulada pelo ritmo das refeições diárias. As refeições feitas em família, em casa, com horário determinado e um cardápio planejado são cada vez mais incompatíveis com o ritmo acelerado das várias atividades em que as pessoas estão envolvidas. Como analisa Maria

Helena Fernandes (2006) “o ato de comer passou a ser com frequência um ato solitário, realizado às pressas e podendo acontecer a qualquer momento do dia.”. Surge o *fastfood*, um dos ícones do fenômeno da globalização, que transforma a refeição em algo prático e rápido. Os rituais da alimentação se individualizaram e se desestruturaram, modificando a relação com o alimento e o sentido da própria alimentação.

Um outro elemento da cultura contemporânea, que interferiu na conduta alimentar, é o ideal de magreza, o culto ao corpo num padrão de beleza estereotipado. Ter um corpo magro está associado a poder, autonomia, sucesso, autocontrole, competência e sensualidade. Na era do culto ao corpo manter a boa forma é uma virtude. Corpo que assume um papel importante como referente da construção da identidade, à medida que as instituições usualmente provedoras de identidade tais como a família, o trabalho e a religião, estão enfraquecidas na cultura pós-moderna do individualismo.

A insatisfação com o próprio corpo é uma questão para boa parte das mulheres e a tendência a buscar o corpo idealizado, seguindo dietas de restrição alimentar, é uma realidade muito frequente. Um estudo brasileiro (Nunes e cols, 2000) aponta que 46% das mulheres de 12 a 29 anos queriam pesar menos, embora apenas 32% apresentasse índice de massa corporal compatível com sobrepeso ou obesidade. Além disso, das 38% que se consideravam gordas, 65% tinham índice de massa corporal normal. Estudo (Pinheiro e Giuglian, 2003) realizado com escolares de 7 a 11 anos revelou insatisfação corporal em 82% das meninas, sendo que 55% desejavam ter peso corporal menor e 28% maior.

O ideal de magreza e a insatisfação com o corpo geram a tendência a submeter-se a dietas restritivas. Estas também serão elementos importantes a desorganizar a relação do sujeito com o alimento, à medida que a restrição alimentar perturba o mecanismo fome/necessidade de nutrientes, o ciclo fome-saciedade, muitas vezes gerando a tendência de compensação dos períodos de extrema privação com a desinibição e descontrole do comportamento alimentar.

Assim, o desvirtuamento do alimento, de objeto de atendimento das necessidades biológicas para um produto de consumo da cultura, interferiu no comportamento alimentar. Observa-se a presença excessiva do alimento na vida do homem pósmoderno, que passa a ocupar um lugar no imaginário social que está para muito além da sua função de regular o balanço energético. Na sociedade de consumo, em tempos de culto ao corpo, a alimentação e o alimento ficam hiperinvestidos. Preocupação com a alimentação e o peso corporal são focos bastante importantes da atenção do homem contemporâneo. O comer e a restrição alimentar são temas frequente das conversas nos mais variados ambientes sociais. A escolha do alimento deixou de ser regida pelo paladar, mas pela pirâmide alimentar, conforme a orientação do discurso da ciência. E, paradoxalmente, o alimento está colocado ao mesmo tempo na condição de veneno, que pode trazer o indesejado e temido aumento de peso, e na de remédio, dada pelo alimento funcional, que pode trazer saúde. A mídia impressa e televisiva também dedica espaço e tempo bastante expressivos na abordagem de temas ligados à alimentação, que vão desde as orientações sobre alimentação saudável à glamurização dos prazeres da mesa. Tudo organiza-se de tal forma que a presença do alimento extrapola em muito a mesa e as refeições. Em consequência, o ato de comer ganhou uma carga de angústia, culpas, temores e conflitos. Parece-nos que a desorganização da relação do sujeito com o alimento, dada pela interferência expressiva e extrema da cultura em algo tão vital como a alimentação, está colocando o hábito alimentar no cerne do mal estar contemporâneo. Os hábitos alimentares estão na base da obesidade que atualmente atinge níveis epidêmicos, na base dos transtornos alimentares cuja prevalência vem aumentando significativamente e na base dos fatores de risco para a doença cardiovascular que mais mata na atualidade.

### *Fome de quê? Os meandros da compulsão alimentar*

Alguns comportamentos alimentares são patológicos e podem ser determinantes de um hábito alimentar desequilibrado. Stunkard (2003) descreveu um padrão distinto de comportamento alimentar observado num subgrupo de obesos que ele denominou “comer compulsivo”. Este comportamento, define-se pela ingestão em um período limitado de tempo (menos de 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares.

A compulsão alimentar é um comportamento alimentar patológico que por implicar numa ingestão calórica excessiva, com importante interferência no metabolismo da glicose, das

gorduras e das proteínas, pode estar associado a quadros clínicos tais como obesidade (Yanovsky, 2003), diabetes, dislipidemias e conseqüentemente a doença arterial coronária.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-R) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), que é uma compilação dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais, classifica os transtornos mentais que se caracterizam por perturbações no comportamento alimentar em transtornos alimentares. A compulsão alimentar pode ser sintoma de alguns transtornos alimentares tais como: bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica, síndrome do comer noturno e outros classificados no DSM-IV-R como transtornos alimentares não especificados de outra maneira.

O transtorno da compulsão alimentar periódica, diagnóstico incluído em 1994 no DSM, e que ainda está tendo sua validade estudada, caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar (pelo menos 2 vezes por semana, durante 6 meses) associados com indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia, ou seja, caracteriza-se pelo descontrole, pela ingestão alimentar desenfreada e descontrolada de uma grande quantidade de alimentos, seguida de sentimentos de arrependimento, culpa, vergonha.

São indicadores de perda de controle:

- comer grandes quantidades de alimento, muito rapidamente, mesmo sem fome;
- o comer sozinho;
- comer escondido dos outros;
- sentir repulsa, culpa ou depressão após a ingestão alimentar excessiva.

Ressalta-se a presença de sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso alimentar, bem como preocupação acerca do efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsão alimentar sobre a forma e o peso corporais. O transtorno de compulsão alimentar periódica diferencia-se da bulimia nervosa por não apresentar comportamentos compensatórios à compulsão alimentar que evitem o temido ganho de peso, tais como o uso de laxantes, exercícios físicos intensivos...

Depressão, ansiedade e sentimentos inespecíficos de tensão são identificados como ativadores da compulsão alimentar. Descreve-se também uma sensação de “torpor” ou de estar aéreo nos episódios de excesso alimentar.

Indivíduos com este padrão alimentar apresentam mais frequentemente ansiedade, depressão, autodesprezo, repulsa à forma corporal, preocupação somática e prejuízo nas suas relações inter-pessoais.(DSM-V-TR,2000)

A síndrome do comer noturno caracteriza-se pela presença de episódios de compulsão alimentar à noite, acompanhados de anorexia matinal e insônia. A ingestão calórica excessiva e concentrada, predominantemente no período da noite, é um dos elementos que caracteriza a síndrome do comer noturno. Esta característica pode ser um importante fator no sentido de gerar quadros de obesidade e distúrbios metabólicos, tais como a hipercolesterolemia, a hipertrigliceridemia, e a diabetes (Colles, 2007).

Os dados sobre Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica ainda são pouco consistentes, pois são pouco numerosos os estudos de base populacional, sendo a maior parte deles realizado com populações que procuram tratamento de obesidade. Além disso, as investigações utilizam-se de amostras pequenas e varia o conceito de compulsão alimentar investigado.

Os estudiosos apontam que a compulsão alimentar tem causas multifatoriais composta de predisposição genética, vulnerabilidade psicológica e fatores socioculturais. Submeter-se

a dietas de forma recorrente é considerado um fator de risco importante, uma vez que a privação alimentar desequilibra o ciclo fome-saciedade. Alguns autores (Fairburn e cols., 1998) identificaram a exposição a fatores de risco para transtornos psiquiátricos (*ex*: baixa auto-estima, depressão parental, experiências infantis adversas incluindo abuso sexual e violência física) associados com a exposição a fatores de risco para obesidade (*ex*: obesidade na infância, comentários críticos da família sobre forma física, peso corporal e alimentação) como outros fatores que podem ser determinantes da compulsão alimentar. Ao contrário do que acontece com os outros transtornos alimentares, a compulsão alimentar é mais prevalente em adultos do que em jovens, com maior prevalência naqueles que tiveram início da obesidade na infância do que entre aqueles que se tornaram obesos em idade adulta (Guerdjikova e cols., 2007). Observa-se que, pelo menos para um grupo de pessoas, sintomas precoces de compulsão alimentar podem resultar em obesidade com início na infância, que mantém-se pela vida adulta com a patologia alimentar transformando-se em bulimia nervosa, provavelmente pelas tentativas de controle do peso e finalmente recaindo na compulsão alimentar mais tarde na vida (Guerdjikova et al., 2007).

A literatura internacional aponta que estudos que avaliam diagnóstico mais amplo de compulsão alimentar apresentam prevalências que variam de 1 a 14% (Freitas e cols., 2008). Um estudo brasileiro (Siqueira e cols., 2004) de rastreamento de sobrepeso e obesidade realizado em shopping centers de 5 cidades detectou, entre pessoas de peso normal, a compulsão alimentar em 1,4 % dos homens e 3,9 % das mulheres. Entre aqueles com sobrepeso ou obesidade detectou-se prevalência maior, sendo de 6,5% em homens e 5,5% em mulheres. Observa-se prevalência maior também em idades mais avançadas, um outro estudo brasileiro (Freitas e cols., 2008) realizado com mulheres acima de 35 anos que detectou 11,5 % de prevalência de 2 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana, confirma essa tendência.

Entre pacientes que procuram tratamento para perda de peso, (Vamado e cols., 1997) a literatura aponta uma prevalência média de 30% de transtorno de compulsão alimentar sendo 1,5 vez mais frequente entre mulheres do que homens. Portanto, os obesos com compulsão alimentar e em especial as mulheres procuram tratamento de obesidade com mais frequência do que os homens e os não compulsivos.

A compulsão alimentar produz impacto negativo na diabetes. O estudo multicêntrico Look AHEAD (Actions for Health in Diabetes) (Allison e cols., 2007), que avaliou uma população de 845 obesos com diabetes tipo 2, detectou prevalência de 1,4 % de transtorno de compulsão alimentar periódica e de 3,8 % de síndrome do comer noturno. Ambos os diagnósticos foram encontrados em 0,3 % dos casos. Os diabéticos com transtornos alimentares eram mais jovens, tinham peso corporal mais elevado e mais hábitos alimentares inadequados do que aqueles sem os transtornos.

A compulsão alimentar pode estar presente em qualquer peso corporal, mas a maioria dos estudos aponta que pacientes com este padrão alimentar tendem a desenvolver obesidade mais grave e mais precocemente do que os não compulsivos e também que apresenta-se uma tendência de ser mais severa quanto maior o índice de massa corporal. Os comedores compulsivos obesos apresentam elevação da pressão arterial, asma e outros problemas respiratórios, artroses, diabetes e problemas cardíacos (Bulk e cols., 2003).

Além disso, nota-se também que a compulsão alimentar é um importante fator de manutenção da obesidade, pois embora o tratamento do transtorno alimentar na ausência do tratamento da obesidade não resulte em grande perda de peso, a melhora da compulsão

alimentar de fato, resulta em perda de peso e diminui a frequência de recaída no ganho de peso, posteriormente.

Entre os compulsivos alimentares observa-se alta frequência de transtornos psicopatológicos.(van Hanswijck de Jonge, 2003) tais como: depressão maior, transtorno de ansiedade e transtorno bipolar. O estudo de Yanovski (1993) aponta que 54 % dos obesos com compulsão alimentar apresentavam depressão maior, enquanto entre os obesos sem compulsão alimentar esta frequência era de apenas 14 %.

A associação da compulsão alimentar com o transtorno de ansiedade é explicada pela busca do prazer da ingestão alimentar para escapar do desconforto psíquico da ansiedade. O transtorno bipolar é um transtorno de humor que se caracteriza por alterações de humor que se manifestam como episódios **depressivos**, alternando-se com episódios de **euforia** (também denominados de mania). A compulsão alimentar é um dos sintomas do transtorno bipolar gerados pela falta de controle dos impulsos, pelo humor insistentemente elevado e pela busca de atividades prazerosas com perda do senso crítico, presentes neste transtorno. (Wildes e cols., 2008)

A literatura também aponta alta frequência de associação de dois outros fatores de risco da doença arterial coronária com transtornos alimentares, tendo sido já bastante estudados especialmente na bulimia nervosa: o tabagismo e a hipercolesterolemia. Analisa-se que a compulsão alimentar e o tabagismo cumprem a mesma função, isto é, ambos são utilizados como recurso para o enfrentamento de situações de ansiedade e afetos negativos. Cabe salientar ainda, um outro fator determinante dessa associação que se dá, principalmente entre as mulheres, que é o fato do cigarro ser utilizado como um recurso para controlar o apetite.

Considerando-se a psicodinâmica da compulsão alimentar observa-se que neste caso a ingestão alimentar é buscada não para alívio da fome, mas da tensão psíquica. Isto ocorre porque a tensão psíquica é uma experiência de desconforto, desagradável, enquanto o comer é uma experiência prazerosa, agradável. Assim, come-se buscando prazer e para escapar da experiência desagradável, sendo este o único recurso para tal fim. Esta maneira de lidar com as situações de tensão psíquica instala-se na compulsão alimentar por uma falta de recursos psicológicos determinada por falhas no desenvolvimento psíquico.

O compulsivo alimentar tem um funcionamento parecido com o do bebê que ainda não tem os recursos psíquicos suficientemente desenvolvidos. Assim, o bebê quando sente um desconforto, não sabe decodificá-lo, não sabe se é algo que está acontecendo dentro ou fora do seu corpo, não consegue discriminar se é fome, frio, sede... Sem poder compreender essa vivência, não tem a possibilidade de saber como e quando poderá escapar dela, o que a torna ainda mais desagradável e, chora. Fica querendo ser aliviado rapidamente, pois não tem recursos psíquicos que lhe permitam compreender a situação e buscar ou suportar esperar a solução. O compulsivo alimentar busca o alimento da mesma forma que o bebê recorre à mãe, para aliviá-lo de seu desconforto. E, sem poder discriminar seus sentimentos, confunde emoções com sensação de fome. A compulsão alimentar frequentemente associa-se à obesidade, pois gera uma ingestão alimentar extra, e como está respondendo a uma demanda que é psíquica e não biológica serão escolhidos alimentos mais saborosos, geralmente doces e/ou gordurosos, conseqüentemente mais calóricos.

Assim, entende-se a intolerância à frustração, peculiar ao compulsivo alimentar, pois as falhas no seu desenvolvimento psíquico determinam recursos psicológicos limitados para suportar e encontrar alívio das tensões, determinando que esperar a satisfação seja algo

insuportável e desorganizador. A necessidade de satisfação imediata é o que move à compulsão alimentar.

Considerando as características de funcionamento psíquico do compulsivo alimentar é possível compreender a que se devem suas dificuldades de sucesso nos tratamentos para emagrecimento. A ingestão alimentar, recomendada na dieta de emagrecimento, demanda o controle da alimentação, implicando portanto na obediência de limites, de restrições o que muitas vezes gera frustração da vontade de ingerir um determinado tipo ou quantidade de alimento. Por outro lado, este custoso controle da alimentação não leva ao emagrecimento imediato. Portanto, o tratamento da obesidade exige autocontrole, encarar limites e adiamento da satisfação, mas estas constituem-se nas maiores dificuldades do compulsivo alimentar.

Esta estrutura de funcionamento psíquico deixa o indivíduo mais vulnerável ao estresse e à depressão, pois em função da falta de flexibilidade psicológica e de recursos para a elaboração psíquica, haverá maior predisposição para experienciar uma situação como estressante e menos preparada para lidar com perdas, que inevitavelmente ocorrem, ao longo da vida.

Assim, o compulsivo alimentar fica preso num círculo vicioso, onde escapa da frustração e da tensão, comendo. No entanto, essa ingestão alimentar também gera tensão como o medo de ficar doente, de engordar, culpa, arrependimento... que por sua vez será contornada com mais “comilança”.

Um outro aspecto que vale a pena salientar é que esta relação conturbada com o alimento pode trazer o comprometimento da percepção da ingestão alimentar. Trata-se do mecanismo de negação, um processo inconsciente de defesa contra a angústia despertada pela incapacidade de seu controle.

Para haver a possibilidade de sair do círculo vicioso da compulsão alimentar é preciso desenvolver recursos psicológicos que permitam uma relação mais adaptativa com a realidade interna e externa, o que pode ser obtido num processo psicoterapêutico. O compulsivo alimentar tende a buscar a saída desse círculo vicioso única e exclusivamente fora de si, no tratamento prescrito por um profissional renomado, na dieta da moda ou no medicamento de última geração, mas na verdade a mudança precisa realizar-se também e principalmente no seu mundo interno, no seu funcionamento psíquico.

### *Alimentação Saudável – Coração Sadio*

A reeducação alimentar e a adoção de hábitos alimentares saudáveis com o controle no consumo de gordura, especialmente as saturadas e trans (Matía e cols., 2007, Skilton e cols., 2008), a ingestão diária de hortaliças, frutas *in natura* e as sementes oleaginosas, leguminosas, cereais integrais, carnes e laticínios magros (Lutsey e cols., 2008, van Meijl e cols., 2008, Mckeown e cols., 2008), a redução da utilização de açúcares e doces (NIH 2000, USD of Agriculture, 2000), da quantidade do sal adicionado aos alimentos em seu preparo, do uso de produtos industrializados ricos em sódio e a não utilização do saleiro à mesa (USD of Agriculture 2000) são práticas que poderão prevenir ou tratar os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em especial a doença arterial coronária. As dietas como a do Mediterrâneo (Pitsavos e cols., 2003, Matía e cols., 2007; Salas-Salvadó e cols., 2008; Babio e cols., 2009) (que retrata não só o hábito alimentar como também o estilo de vida da região do mediterrâneo, em que se utiliza o azeite de oliva, sementes oleaginosas, pescados, hortaliças e frutas, entre outros alimentos) e a DASH (*Dietary Allowances to Stop Hypertension*) (Chobanian e cols., 2003, Lie, 2004;



Matía e cols.,2007) (em que se estimula a ingestão de hortaliças, carnes magras, frutas, óleos vegetais, uso de até 6 gramas de sal ao dia e não utilização de sal e alimentos industrializados ricos em sódio, entre outras orientações) têm sido recomendadas como uma forma saudável de se prevenir e tratar as doenças cardiovasculares, seus fatores associados, e ainda reduzir o risco para a

ocorrência de osteoporose e de alguns tipos de câncer. Nesse aspecto a combinação dessas dietas e a preconizada pela pirâmide dos alimentos, adaptada ao hábito do brasileiro, é uma excelente opção para ser feita uma alimentação completa e saudável (Champagne CM 2006, Parikh A et al 2009).

Assim uma dieta saudável é a que contém diariamente leite desnatado ou derivados magros (iogurte, coalhada ou queijos como o minas, ricota, *cottage*, a linha *light*), carnes magras (aves sem pele, pescados e a bovina sem a gordura aparente), frutas frescas, secas e as sementes oleaginosas (nozes, castanhas, amêndoas,...), verduras, legumes, cereais preferencialmente os integrais (arroz, trigo, centeio, cevada, aveia...), leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico, soja), tubérculos (batatas, mandioca, mandioquinha, inhame, cará); pães, bolachas ou torradas, mix de cereais (granola, musli,...), óleos vegetais (canola, oliva, girassol, milho, soja), creme vegetal/margarina *light* isentos de gordura trans e ricos em ácidos graxos poliinsaturados. Deve-se usar sal e açúcar com moderação. Para realçar o sabor característico dos alimentos recomenda-se o uso de temperos naturais, tais como: alho, cebola, cebolinha, salsa, salsinha, orégano, cominho, tomilho, noz moscada, páprica, manjericão, manjerona, sálvia, coentro, gengibre, louro, hortelã, alecrim, entre outros. Os alimentos poderão ser cozidos, assados, grelhados, ensopados ou refogados. As frituras em imersão, como os empanados e milanesas, deverão ser evitados por absorverem muito óleo e serem, portanto muito calóricos.

Em síntese, recomenda-se a mudança no estilo da alimentação, reduzindo o consumo de alimentos muito doces e extremamente salgados, substituindo refrigerantes e sucos artificiais pelos naturais ou água. Para os casos de excesso de peso corporal indica-se a redução do consumo alimentar, regulando a quantidade de diferentes grupos alimentares, consumidos em uma mesma refeição.

Com essas práticas alimentares forneceremos os nutrientes necessários à saúde que são: carboidratos, proteínas, gorduras, sais minerais, vitaminas, fibras alimentares e a água. A água, por vezes tão esquecida, é necessária ao bom funcionamento intestinal, dos rins e para hidratar o organismo.

*Como colocar tudo isso em prática? Como manter um hábito alimentar saudável ?*

As boas práticas alimentares são aprendidas através da educação nutricional, que compreende a aquisição de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento das questões relativas à alimentação e nutrição (Ferreira e Magalhães, 2007). Nesse sentido, cabe-nos desmistificar a palavra dieta e corrigir o seu sentido. O conceito de dieta não deve ser entendido como privação alimentar, significado popular que a palavra passou a tomar. Dieta vem da palavra grega, *diaíta*, que significa “modo de vida”. Recomenda-se considerar dieta na acepção da palavra grega. Assim, o conjunto de hábitos alimentares compreende um modo de vida, e o conceito de dieta passa a ser considerado dentro deste paradigma e não como restrição e privação alimentar. As intervenções no hábito alimentar que induzem à privação, além de serem pouco eficazes para a manutenção da perda de peso (quando ele ocorre), desorganizam

o comportamento alimentar podendo gerar compulsão, como já foi exposto anteriormente. Para obter-se a modificação do hábito alimentar pensa-se em mudança de modo de vida, em reeducação alimentar.

A reeducação alimentar não é um tratamento temporário, pressupõe a mudança e manutenção de um hábito saudável para toda a vida. Para tanto é necessário que continue havendo prazer na ingestão alimentar. Escolher as alimentos e as preparações saudáveis, buscando agradar o paladar, é a conduta esperada neste processo.

O automonitoramento do consumo alimentar, que pode ser feito por meio do registro de um diário, é uma boa estratégia para identificar as inadequações, a ingestão compulsiva e os seus gatilhos. Nesse diário é importante registrar a cada ingestão alimentar o alimento, a preparação, as quantidades, os horários, os locais de realização das mesmas e o estado psíquico daquele momento.

Remover qualquer estímulo que leve ao consumo de alimentos prejudiciais à sua saúde, tais como elaborar uma lista de compras somente com os alimentos necessários, que façam parte do cardápio e em quantidades adequadas (evitar as “promoções”) para que não se faça estoque, são estratégias eficazes para a adoção e manutenção de um comportamento alimentar saudável.

No entanto, não será possível a mudança de hábito alimentar se não houver motivação para modificação do comportamento. Mudar um hábito é sempre uma tarefa complexa, pois envolve alterar toda uma estrutura de funcionamento na vida. As mudanças devem começar nas compras do supermercado, organizadas de tal forma que a disponibilidade do alimento a ser consumido esteja garantida e adquirindo-se somente os alimentos saudáveis. Passam pelo preparo, evitando-se as preparações ricas em gorduras, sal e açúcares. E, terminam na refeição que deve realizar-se no momento e local exclusivamente reservados para ela. Portanto, a situação exige motivação para mudança de vários comportamentos.

Quando se pensa em motivação para mudança precisamos considerar que é muito comum haver conflitos, nem sempre conscientes, em relação ao desejo de mudança.

Muitas vezes se pensa que “é preciso mudar”, o que representa uma longa distância do “querer mudar”. Esta ambivalência impossibilita de se pagar o tributo de todas as mudanças necessárias para se adotar um hábito alimentar saudável.

Outras vezes, o alimento tem uma função muito importante no equilíbrio psíquico, o que impede também qualquer alteração no comportamento alimentar, pois isso implicaria numa desestabilização psicológica. Para o compulsivo alimentar, que necessita de alívio imediato de suas tensões psíquicas, o comer é uma fonte principal de prazer, para o anoréxico e o bulímico, que necessitam evitar obstinadamente o ganho de peso, é fonte de angústia e para outros o comer cumpre saudavelmente sua função de manutenção do balanço energético, havendo equilíbrio entre seus aspectos biológicos e psicológicos. Identificar o comportamento alimentar patológico e buscar tratamento especializado é condição necessária para manter uma alimentação saudável.

## **Referências Bibliográficas**

Alexander CM, Landsman PB, Grundy SM. The influence of the age and body mass index on the metabolic syndrome and its components. *Diabetes Obes Metab* 2008;10(3):246-50.

Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, Dilillo VG, Wadden TA, Jeffery RW, Van Dorsten B, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity* Date of Publication 2007 May Volume 15 Issue 5 Pages 1287-93

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC American Psychiatry Association; 2000

Babio N, Bulló M, Basora J et al. Adherence to the Mediterranean diet and risk of metabolic syndrome and its components. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009.

Bulk C, Sullivan P, Kendler K. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord* 2003;33: 293-8

Champagne CM. Dietary interventions on blood pressure: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trials. *Nutr Rev* 2006;64:S53-6.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.

Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Nov;31(11):1722-30

Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder. A community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiat* 1998; 55: 425 – 432.

Fernandes MH. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. Ed Casa do Psicólogo, 2006, São Paulo, SP

Ferreira, ABH. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Editora PositivoLivros, 2004, São Paulo, SP

Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública* 2007;23(7):1674-81.

Freitas SR, Appolinario JC, Souza AM, Sichieri R. Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. *International Journal of Eating Disorder* 2008;41:471-478

Gohlke H. The coronary heart disease factors obesity, faulty nutrition, smoking, inactivity. Give your patient the deciding motivation. *MMW Fortschr Med* 2002;144(22):41-4.

Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Stauford K, Keck Jr PE. Psychiatric and metabolic characteristics of childhood versus adult-onset obesity in patients seeking weight management. *Eating Behaviors* 2007;8: 266-276

Ifland JR, Preuss HG, Marcus MT, Rourke KM, Taylor WC, Burau K, Jacobs WS, Kadish W, Manso G. Refined food addiction: a classic substance use disorder. *Medical Hypotheses* 72 ; 2009: 518-526

Kruger J, Ham AS, Prohaska TR. Behavioral risk factors associated with overweight and obesity among older adults: the 2005 National Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis* 2009;6(1): A14.

Lie D. DASH diet improves insulin sensitivity as well as hypertension. *Diabetes Care* 2004;27:340-7.

Lobato JCP, Costa AJL, Sichieri R. Food intake and prevalence of obesity in Brazil; an ecological analysis. *Public Health Nutr* 2009:1-7.

Lotufo PA- Mortalidade Precoce por doenças do coração no Brasil: Comparação com outros países- *Arq Bras Cardiol* 70(5):321-325, 1998

Lutsey PL, Steffen LM, Stevens J. Dietary intake and the development of the metabolic syndrome: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circulation* 2008;117(6):754-61.

Matía MP, Lecumberri Pascual E, Calle Pascual AL. Nutrition and metabolic syndrome. *Rev Esp Salud Publica* 2007;81(5):489-505.

McNaughton SA, Mishra GD, Brunner EJ. Food patterns associated with blood lipids are predictive of coronary heart disease: the Whitehall II Study. *Br J Nutr* 2009;30:1-6.

Mckeown NM, Jacques PF, Zhang XL et al. Dietary magnesium intake is related to metabolic syndrome in older Americans. *Eur J Nutr* 2008;47(4):210-6.

National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute and North American Association for the Study of Obesity. The practical guide-identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. NIH publication n° 004084, 2000.

Nunes MA et al. A influência da percepção do peso corporal e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais em mulheres jovens. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 23 ; 2000: 21-27

Parikh A, Lipsitz SR, Natarajan S. Association between a DASH-like diet and mortality in adults with hypertension: findings from a population-based follow-up study. *Am J Hypertension* 2009;22(4):409-16.

Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J* 2003;146(2):331-8.

Pinheiro AP, Giugliani E. Insatisfação com o corpo e sua relação com auto-estima em escolares de 8 a 11 anos. 2003. Dissertação (Mestrado). Departamento de Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C et al. The adoption of mediterranean diet attenuates the development of acute coronary syndromes in people with the metabolic syndrome. *Nutr J* 2003;2(1):1-7.

Salas-Salvadó J, Fernández-Ballart J, Ros E et al. Effect of a Mediterranean Diet Supplemented With Nuts on Metabolic Syndrome Status. *Arch Intern Med* 2008;168(22):2449-58.

Santos CRB, Portella ES, Ávila SS, Soares EA. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. *Rev Nutr Campinas* 2006;19(3): 389-401.

Scherr C, Ribeiro JP. Colesterol e gorduras em alimentos brasileiros: implicações para a prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2009;92(3):190-5.

Skilton MR, Laville M, Cust AE et al. The association between dietary macronutrient intake and the prevalence of the metabolic syndrome. *Br J Nutr* 2008;100(2):400-7.

Stone NJ, Schmelz LR. Metabolic syndrome management. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(13):2059-75.

Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003; 54:330-7.

U. S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services: Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. 5<sup>th</sup> ed. Home and garden Bulletin n° 232. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, 2000.

Vamado PJ, Williamson DA, Bentz BG, et al. Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eat Weight Disord* 1997; 2:117-24.

van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med* 2003; 33:1311-7.

van Meijl LE, Vrolix R, Mensink RP. Dairy product consumption and the metabolic syndrome. *Nutr Res Rev* 2008.

Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder comorbidity in patients with bipolar disorder *Psychiatry Research* 161; 2008: 51-58

Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl:S117-20.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): casecontrol study. *Lancet* 2004;364:937-52.