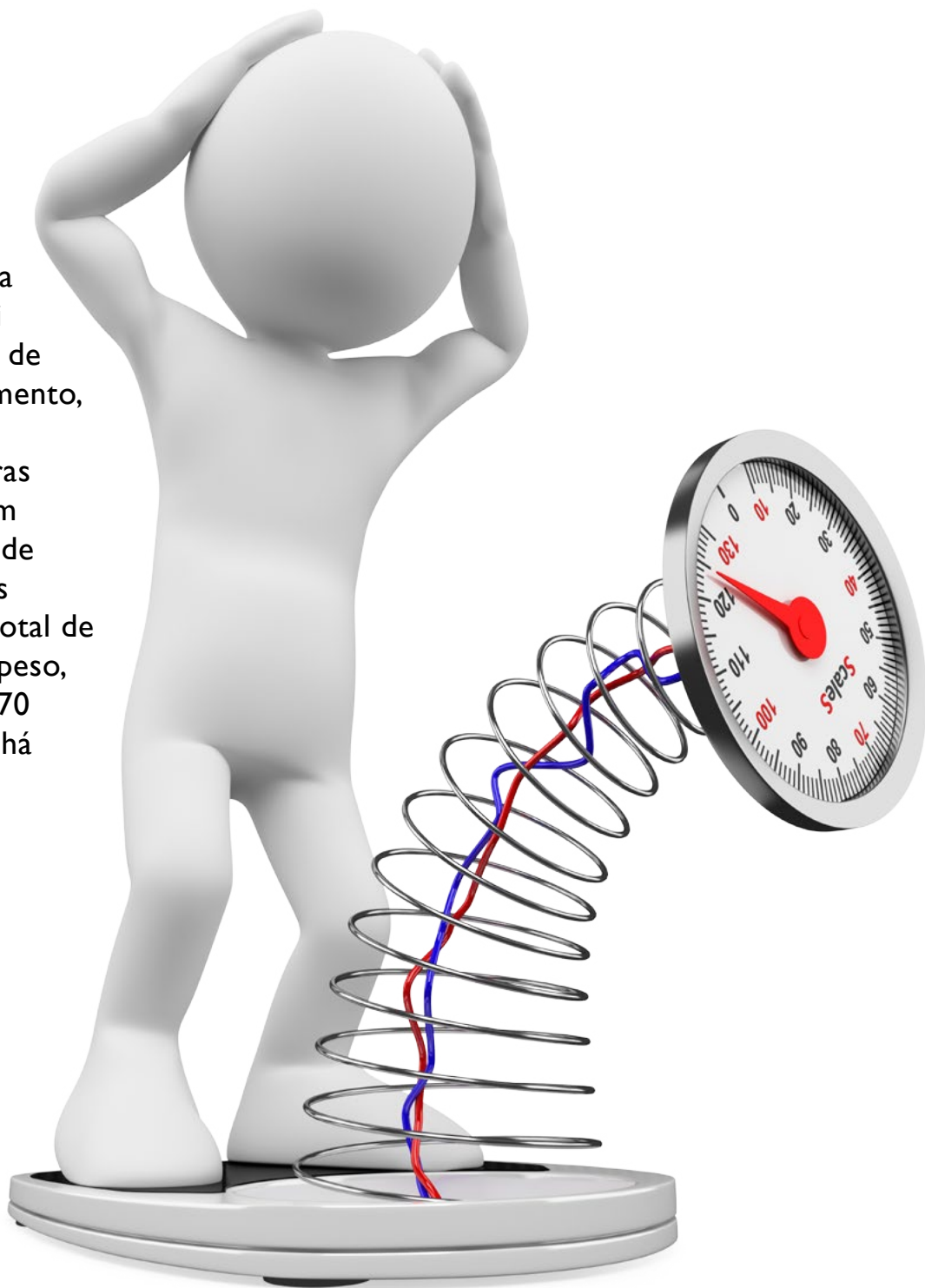


# NUTRIÇÃO X OBESIDADE

A obesidade é uma doença. E mais, é uma doença que constitui um importante fator de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças. O Brasil tem cerca de 18 milhões de pessoas consideradas obesas. Somando o total de indivíduos acima do peso, o montante chega a 70 milhões, o dobro de há três décadas.



## OBESIDADE: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

O excesso de peso é uma condição que desperta interesse desde a Antiguidade. Várias modalidades terapêuticas vêm sendo implementadas, porém, pouco se avançou em direção à melhor terapia para a obesidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. É uma doença crônica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz a qualidade de vida e tem elevadas taxas de morbidade e mortalidade.

A obesidade é causada pelo excesso de gordura que resulta de sucessivos balanços calóricos positivos, em que a quantidade de calorias ingerida é superior à quantidade de calorias dispendida. Os fatores que determinam esse desequilíbrio são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental.

Uma dieta hipercalórica, com excesso de gorduras, de carboidratos e de álcool, aliada a uma vida sedentária, leva ao acúmulo de excesso de massa gordurosa.

Existem provas científicas que sugerem haver uma predisposição genética que determina, em certos indivíduos, um maior acúmulo de gordura na zona abdominal, em resposta ao excesso de ingestão de calorias e/ou à diminuição da atividade física.

A obesidade pode ser classificada em dois tipos: andróide, abdominal ou visceral; e gínóide.

A obesidade andróide, abdominal ou visceral, é quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdômen. É típica do homem obeso. A obesidade visceral está associada a complicações metabólicas, como diabetes tipo 2 e a dislipidemia, e a doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral, bem como à síndrome do ovário policístico e à disfunção endotelial (deterioração do revestimento interior dos vasos



sanguíneos). A associação da obesidade a estas doenças depende da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo.

Já a obesidade do tipo gínóide é quando a gordura se distribui, principalmente, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas. É típica da mulher obesa.

A obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, atingindo também países em desenvolvimento. De acordo com as últimas estatísticas, 10% da população dos países pobres e mais de um terço da população norte americana está acima do peso desejável.

A obesidade é menos frequente nos países da África. Na Ásia, a sua prevalência é mais elevada na população urbana. Em regiões economicamente avançadas, os padrões de prevalência podem ser tão altos quanto os de países industrializados. Dados da *World Health Organisation* indicam sua prevalência nas regiões africanas, em contraste com as nações industrializadas, onde o foco principal tem sido a desnutrição e a insegurança alimentar. Nas Américas, estudos demonstram que o padrão de obesidade para ambos os sexos vem aumentando, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento. Na Europa, verificou-se em 10 anos um

aumento entre 10% a 40% de obesidade na maioria dos países, destacando-se a Inglaterra. A Austrália, Japão, Samoa e China também apresentaram aumento da prevalência de obesidade, apesar de China e Japão ainda apresentarem as mais baixas prevalências.

Estudos sobre a Tendência Secular do IMC de adultos são encontrados com alguma frequência nos países desenvolvidos. Dados abrangentes procedem de inquéritos nacionais sobre saúde e nutrição realizados nos Estados Unidos entre 1960 e 1994. Estes inquéritos documentaram um aumento progressivo na prevalência de adultos obesos, sendo que no período de 1976 a 1994 verificou-se o aumento da obesidade entre homens, na proporção de 12,3% para 19,9%, e entre as mulheres, de 16,9% para 24,9%<sup>8</sup>.

Os dados mais expressivos de prevalência de obesidade em nível mundial são provenientes do estudo WHO MONICA (*Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*). Segundo este estudo, os valores de IMC (Índice de Massa Corpórea) entre 25 e 30 são responsáveis pela maior parte do impacto do sobrepeso sobre certas comorbidades associadas à obesidade. Como exemplo, pode-se citar que cerca de 64% dos homens e 77% das mulheres com diabetes Mellitus não insulino dependente poderiam, teoricamente, prevenir a doença se tivessem um IMC

menor ou igual a 25. Entre a população de 35 a 64 anos de idade, encontrou-se prevalência de 50% a 75% de sobrepeso e obesidade, com predominância na população feminina.

## A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A prevalência da obesidade está em ascensão e um dos fatores que contribui para isto é a transição nutricional, com aumento do fornecimento de calorias pela dieta e redução da atividade física, o que se pode chamar de estilo de vida ocidental contemporâneo.

A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações. A intervenção nutricional é necessária, pois se sabe que a obesidade causa diversos danos à saúde, além de favorecer o aparecimento de doenças associadas, como dislipidemia e diabetes.

A industrialização e urbanização trouxeram aumento da ingestão de calorias e diminuição da atividade física, estabelecendo o princípio do sobrepeso, ou seja, maior ingestão calórica e menor gasto energético, com acúmulo de gordura. Na população infanto-juvenil, outros fatores agravam o problema, como o desmame precoce e introdução de alimentos altamente calóricos desde o início da vida. Crianças e jovens tem cada vez menos espaços gratuitos para praticar atividades físicas e incorporam formas de lazer sedentárias, como computadores e televisão. As refeições rápidas e fora de casa com refrigerantes, salgadinhos, sanduíches e biscoitos substituíram o arroz, feijão, carne e verdura.

A obesidade é hoje a terceira doença nutricional do Brasil, apenas superada pela anemia e desnutrição. Cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de excesso de peso; compreender e analisar as dietas de diferentes populações pode trazer valiosas contribuições para o entendimento da prevalência de doenças relacionadas com a alimentação, como hipercolesterolemia, diabetes Mellitus e obesidade.

O conceito de transição nutricional corresponde às mudanças dos padrões

nutricionais, modificando a dieta das pessoas e se correlacionando com mudanças sociais, econômicas, demográficas e relacionadas à saúde. Aspectos diferentes de nutrição e economia de um país ou região podem determinar diferenças no processo de transição. Entretanto, a característica básica foi de crescimento da dieta rica em gorduras, açúcares, alimentos refinados e redução em carboidratos complexos e fibras. Normalmente, o aumento da obesidade está associado a esta dieta, conjuntamente com a diminuição da atividade física.

## RELAÇÃO ENTRE ALIMENTAÇÃO E OBESIDADE

Embora hajam poucos estudos experimentais, parece lógico que a inadequação por excesso da ingestão calórica das necessidades reais (gasto calórico) é a base do acúmulo da reserva de triglicérides e, portanto, a gênese da obesidade.

Os resultados obtidos no Registro Nacional de Controle de Peso dos Estados Unidos para a população adulta, criado em 1994 para estudar as estratégias a serem seguidas para perda de peso e para manter o peso corporal em pessoas que conseguem com sucesso a redução do peso corporal, mostram consistentemente que os pacientes que obtiveram êxito na manutenção

do peso corporal mudaram permanentemente tanto o consumo como o gasto energético (89% dos participantes tinham modificado a dieta e realizavam exercícios físicos).

De todos os componentes alimentícios, o aumento da ingestão de gordura é o que oferece maior paralelismo com o aumento da prevalência de obesidade nos países desenvolvidos. Na Espanha, como em todos os países do mundo desenvolvido, o consumo de gordura é superior a 100g/dia, tanto na população adulta como na infantil, sendo o macronutriente cujo maior consumo mudou nas últimas décadas, tendo passado a representar 32% da ingestão calórica total (em 1964), para 40% a 45% do valor calórico total (em 2004), sendo que esse incremento transcorreu paralelamente ao aumento da prevalência de obesidade.

No entanto, o efeito da gordura no peso corporal é controverso ou, no mínimo, não parece tão simples. À medida que há um aprofundamento nesse tema, surge a dúvida se a ingestão de gordura é um fator intermediário entre o verdadeiro agente causal e a obesidade. A controvérsia se baseia em dados epidemiológicos, na regulação do apetite/saciedade, e nos metabólitos.

Quanto aos dados epidemiológicos, alguns estudos demonstraram que muitos dos indivíduos com maior tendência a ganhar peso e a recuperar o peso perdido são os que mostram menor capacidade para oxidar as gorduras.

Diversos estudos paralelos de observação não encontraram relação entre a ingestão calórica dos indivíduos e seu peso corporal, mas sim entre este



e a ingestão total de gordura. A maioria dos estudos paralelos e prospectivos demonstra que a obesidade está associada à maior ingestão de gordura, embora não se controle fatores como ingestão de fibras, densidade de alimentação ou a quantidade de açúcar.

Quanto a regulação do apetite/saciedade, a gordura, devido a sua maior densidade calórica (9 kcal/g contra 4 kcal/g de carboidratos e proteínas e 7 kcal/g de álcool) oferece mais energia. Além disso, a maior aceitabilidade das dietas ricas em gordura predispõe a ingestão excessiva. Parece existir um amplo consenso de que o máximo poder de saciedade dos alimentos está nas proteínas e o mínimo nas gorduras.

E, por fim, quanto aos metabólitos, o macronutriente que se converte em gordura com maior facilidade é a própria gordura. A gordura tem pouca capacidade de estimular sua própria oxidação quando ingerida em excesso, e só estimula a termogênese adaptativa. A regulação das reservas de gordura e sua ingestão dependem pouco de si mesmas e são mais influenciadas pelo sistema nervoso simpático. A diminuição da gordura é a única manipulação dietética redutora de calorias

que não induz uma hipersecreção compensatória de grelina. As dietas ricas em carboidratos diminuem a secreção de grelina, sendo mais saciantes.

A dieta com baixo teor de gordura é mais fácil de prescrever e de ser compreendida, sendo que o cumprimento da mesma mantém o poder saciante. Numerosas publicações ilustram a eficácia de uma dieta com baixo teor de gordura, mesmo sem redução das calorias totais. Após uma revisão sistemática e uma meta análise de 28 estudos controlados, pesquisadores concluíram que a diminuição de 10% de energia procedente da gordura produz a diminuição de 16 gramas de peso

por dia. A realização da meta análise incluiu dois estudos controlados, onde a gordura foi reduzida sem restringir a energia, demonstrando que a diminuição da gordura produz modestas perdas de peso, mas clinicamente relevantes associadas com uma ingestão calórica reduzida.

Nos Estados Unidos e no Reino Unido a ingestão de gordura, tanto em proporção ao consumo energético, quanto em termos absolutos, não aumentou nos últimos 30 anos. No entanto, a prevalência da obesidade tem aumentado notavelmente, primeiro nos Estados Unidos e depois no resto da

A densidade calórica pode ser definida como a quantidade de energia metabolicamente útil disponível por unidade de volume de alimentos. Se come com a finalidade de saciar-se, e não para obter uma certa quantidade de calorias, e o peso do alimento consumido é mais constante do que as calorias ingeridas. Alguns estudos sugerem que é a densidade calórica, e não a gordura, que determina uma maior ou menor ingestão.

Os componentes que determinam a densidade calórica são a água e gordura. O conteúdo de água reduz a densidade calórica dos alimentos,



Europa Ocidental, especialmente nos últimos 10 anos. Isto é o que tem sido chamado de “paradoxo americano”. Dados semelhantes foram obtidos através da análise da prevalência de obesidade e sua evolução em crianças, com a ingestão de gordura. Embora os dados não estejam totalmente elucidados, é possível que a posição ocupada pela gordura seja devido ao aumento da ingestão de açúcares solúveis, ou que seja atribuída ao sedentarismo crescente, o que explica o aparente paradoxo ou contradição. Mas é possível que a gordura contribua para um aumento da ingestão e da obesidade, através do aumento da densidade calórica.

porque lhes dá peso, mas não energia. A fibra apresenta um efeito menor, porém muito importante. Uma maior quantidade de água e fibra e menor conteúdo de gordura, resulta em menor densidade calórica e maior volume, maior distensão gástrica e, portanto, maior saciedade.

Os estudos de curto prazo demonstram que os alimentos de baixa densidade produzem aumento da saciedade, diminuem a fome e a ingestão calórica. Os estudos a longo prazo mostram perdas de peso moderadas com dietas de baixa densidade e o aumento da ingestão de fibras, incrementando a perda de peso.



Atualmente, muitos alimentos possuem alta densidade calórica. Este incremento, devido ao aumento da proporção de gordura e açúcar nos alimentos, tem uma importante influência sobre o consumo calórico diário, cujo excesso chega a 20% a 40%. Na população infantil, o fenômeno pode ser ainda mais marcante, e vinculado ao consumo de *fast foods*, refeição com alta densidade calórica e elevado aporte de açúcares e de gordura *trans*.

## DOENÇAS ASSOCIADAS À OBESIDADE

O excesso de gordura corporal está relacionado ao aparecimento de inúmeras disfunções metabólicas e funcionais. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que mais de 115 milhões de pessoas sofram de problemas relacionados com a obesidade nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil. Dentre as várias doenças associadas à obesidade pode-se citar o desenvolvimento de diabetes Mellitus (DM).

Devido a fatores genéticos, o diabetes se desenvolve independente de faixa etária, mas quanto maior o peso de uma pessoa, maior a chance de ele aparecer. Isso acontece porque o aumento do peso e da gordura no corpo ocasiona uma resistência à ação da insulina, o hormônio que auxilia o organismo a regular os níveis de glicose.

A obesidade, principalmente a visceral, é o mais grave fator de risco cardiovascular e de distúrbio na homeostase glicose-insulina, resultando em várias alterações fisiopatológicas, como a menor extração de insulina pelo fígado, com aumento da produção hepática de glicose e diminuição da captação de glicose pelo tecido muscular. Esses eventos podem resultar em diferentes graus de intolerância à glicose e, nos indivíduos com DM tipo 2, irão influenciar o controle glicêmico, refletido por maiores níveis de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Esse fato deve ser analisado no contexto dos recentes estudos, os quais demonstraram que nesses pacientes o controle glicêmico é fundamental para a redução do risco de evolução para complicações microvasculares.

A frequência das complicações crônicas do DM do tipo 2 varia de acordo com as populações estudadas. Os pacientes com DM do tipo 2 têm uma propensão duas a quatro vezes maior de morrer por doença cardíaca em relação a não diabéticos, e quatro vezes mais chance de ter doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC). Entre os fatores envolvidos na etiologia das complicações crônicas do DM do tipo 2, destacam-se a hiperglicemia, a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e o tabagismo.

Esses aumentos na prevalência de diabetes decorram do já estabelecido

aumento na prevalência de obesidade no Brasil. O elevado número de obesos na população, atualmente estudada em ambos os sexos, reforça essa hipótese. Além disso, foram observados maior IMC e maior número de obesos dentre os indivíduos com algum grau de anormalidade da homeostase glicêmica (diabetes ou glicemia de jejum alterada).

O *Diabetes Prevention Program* demonstrou que, após três anos de acompanhamento, os indivíduos alocados no grupo de mudança do estilo de vida (dieta e exercício) tiveram uma diminuição do risco de evoluir para o diabetes de 58%, que foi significativamente superior (58% vs. 31%) aos que utilizaram medicamentos (metformina). A presença de sobrepeso e obesidade exerce uma influência considerável na elevada morbidade e mortalidade da doença, decorrente principalmente da associação com a doença cardiovascular, que é a principal causa de mortalidade em pacientes com DM do tipo 2.

Além da diabetes Mellitus, as disfunções pulmonares, como asma e apneia, também estão associadas à obesidade. Relacionada à presença de uma substância produzida no tecido adiposo, a asma é capaz de provocar o fechamento dos brônquios. Estudos já mostraram que, quanto maior o índice de massa corporal, maior a quantidade dessa substância produzida pelo corpo. A apneia é muito comum entre os obesos. A apneia é a parada respiratória involuntária durante o sono, que atinge mais da metade dos obesos mórbidos. A apneia acontece mais nos obesos porque eles têm excesso de gordura na região do pescoço e a faringe fica mais estreita, facilitando o fechamento involuntário. Na posição horizontal do corpo durante o sono, a expansão do pulmão para a respiração também é mais difícil, ou seja, quem sofre de apneia não tem um sono normal e enfrenta problemas durante o dia, como cansaço, dificuldade de concentração e pressão alta.

As doenças cardiovasculares também estão associadas à obesidade. Entre as várias doenças do coração está

a hipertrofia ventricular, o aumento do músculo do coração por excesso de trabalho. A hipertrofia pode evoluir para a insuficiência e gerar arritmia; também aumenta o risco de um acidente vascular cerebral e morte súbita. O coração de uma pessoa acima do peso tem que trabalhar mais. Se o peso ideal de um homem é 70 kg, logo, o coração foi feito para trabalhar num corpo de 70 kg. Todavia, se há um sobrepeso de 30 kg, ele tem que trabalhar para um corpo de 70 kg e mais um de 30 kg, por conseguinte, fica sobrecarregado.

Outro problema comum entre os obesos, é a hipertensão. O motivo é a alta produção de insulina; por isso, muitas vezes o obeso não é diabético, entretanto, sofre com a pressão alta. A insulina age na manutenção do tamanho dos vasos sanguíneos e também favorece a absorção de água e sódio.

Vale lembrar que, uma alimentação não balanceada somada à compressão dos vasos sanguíneos, resulta na pressão alta.

Como o coração do obeso funciona com dificuldade, há um bombeamento irregular de sangue para o corpo inteiro, gerando doenças ligadas ao sistema vascular.

Partindo desse pressuposto, é comum que obesos tenham varizes e enfrentem um risco maior de ter trombose (acúmulo de coágulos de sangue dentro de vasos sanguíneos).

Os obesos têm baixa taxa de HDL, o colesterol bom que diminui o risco de ataque cardíaco e ajuda a remover o colesterol ruim das paredes das artérias. O acúmulo de gordura dentro dos vasos pode causar obstrução e até o infarto. Um estudo da Universidade Estadual de Campinas apontou que o índice de colesterol alto, um problema mais comum em adultos, está atingindo também os de faixa etária inferior. Dos quase 2 mil jovens e crianças entre 2 e 19 anos que foram atendidos no Hospital das Clínicas da Unicamp, 44% apresentaram alteração nos níveis de colesterol, e a principal causa foi o excesso de peso.

Outras doenças associadas à obesidade incluem problemas hepáticos, como a esteatose hepática, que consiste no acúmulo de gordura no fígado,

órgão responsável pelo metabolismo dos lipídeos, que vira glicose e vai para o sangue; problemas psiquiátricos e reprodutivos.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Obesidade e sobrepeso, que na maioria das vezes são utilizados como sinônimos, são conceitos distintos.

Sobrepeso significa um aumento exclusivo de peso, enquanto obesidade representa o aumento da adiposidade corporal, ou seja, obesidade é uma doença crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura com comprometimento da saúde.

A Organização Mundial da Saúde classifica a obesidade de acordo com as faixas de Índice de Massa Corporal (IMC), que é uma forma prática de avaliar a obesidade, calculado pela divisão do peso (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros), mas tem o inconveniente de não informar a distribuição de gordura corporal.

### CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ACORDO COM A OMS

IMC	Classificação
< 18,5	Baixo Peso
18,5 - 24,9	Eutrofia
≥ 25,0	Excesso de Peso
25,0 - 29,9	Pré Obesidade
30,0 - 34,9	Obesidade Classe I
35,0 - 39,9	Obesidade Classe II
≥ 40,0	Obesidade Classe III

A obesidade é considerada uma doença do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto a sua própria denominação, seja como doença não infecciosa, crônica degenerativa ou como crônica não transmissível, sendo esta última a conceituação atualmente mais utilizada. As DCNT podem ser caracterizadas por doenças com história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária

desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte.

No Brasil, a obesidade como problema de saúde pública é um evento recente. Apesar da existência de relatos a partir da Era Paleolítica sobre “homens corpulentos”, a prevalência da obesidade nunca apresentou um grau epidêmico como na atualidade. Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento

claramente epidêmico do problema. Estabelece-se desta forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país.

Embora dados sobre a Tendência Secular do IMC sejam escassos em países em desenvolvimento, e nem sempre tenham representatividade nacional, admite-se que a obesidade na população adulta desses países esteja aumentando de modo alarmante.

O aumento da prevalência da obesidade no Brasil torna-se ainda mais relevante, ao se verificar que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes extratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda.

Na idade adulta, portanto, a frequência de excesso de peso supera largamente a frequência do seu déficit, em oito vezes

na população feminina e em quinze vezes, na masculina. A prevalência do excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres. A partir de 55 anos, para homens, e de 65 anos, para mulheres, observa-se tendência de declínio na prevalência de excesso de peso.

Dos 20 aos 44 anos de idade, o excesso de peso é mais frequente em homens do que em mulheres, invertendo-se a situação nas faixas etárias posteriores.

Entre homens, a prevalência do excesso de peso é maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste, sendo maior nas áreas rurais do que nas áreas urbanas, exceto na região Nordeste.

## O TRATAMENTO DA OBESIDADE

Os avanços ocorridos nos conhecimentos sobre a obesidade não foram acompanhados de grandes progressos no que se refere ao seu tratamento. Muitas estratégias de emagrecimento têm sido tentadas, mas, via de regra, perder peso e mantê-lo são extremamente difíceis na maioria dos casos. A perda de peso sempre estará na dependência de um balanço calórico



negativo, consequente à menor ingestão alimentar em relação ao gasto calórico. Classicamente, esta situação é alcançada com o binômio redução da ingestão alimentar e aumento da atividade física. Além disso, a obesidade é uma doença multifatorial e o controle dos fatores ambientais se faz necessário para combatê-la.

No tratamento da obesidade deve-se objetivar, não só a perda de peso, mas também a correção dos fatores de risco cardiovascular, dependentes da resistência à insulina. A ideia de se reduzir o peso corporal de indivíduos obesos para valores consideráveis normais, através de dietas com conteúdo calórico muito baixo, vem sendo substituída por condutas que levam a um objetivo menos ambicioso e mais realista, pela impossibilidade de se conseguir, a longo prazo, atingir e manter o peso ideal na maioria dos casos.

O fator que dificulta o sucesso de dietas muito restritas em termos calóricos, que produzem a curto prazo perdas ponderais significativas, é a tendência fisiológica do organismo de se “defender” contra as variações pronunciadas no seu peso corporal. Restrições no seu aporte alimentar levam à ativação de mecanismos compensatórios para minimizar a perda de peso, através da redução na taxa de metabolismo basal. Um tratamento dietético que resulte

em uma perda de peso mais modesta, mas que produza alterações mais estáveis é provavelmente mais favorável. Assim, perdas ponderais entre 5% e 10% do peso inicial podem ser suficientes para produzir alterações benéficas nos níveis de glicemia, no perfil lipídico do plasma e nos níveis da pressão arterial.

O total de calorias a ser consumida deve ser reduzido em 500 a 1.000 kcal por dia, com base no cálculo de energia despendida pelo paciente. A dieta assim planejada é usualmente suficiente para produzir uma perda de peso entre 0,5 a 1,0 kg/semana. Recomendações gerais devem incluir aumento na ingestão de fibras, que produzem maior grau de saciedade, redução no consumo de sacarose, de álcool e de gorduras saturadas. A proporção normal de nutrientes deve ser mantida apesar da limitação calórica. Proteínas devem perfazer 15% a 20% da quantidade total de calorias da dieta, carboidratos devem corresponder a 50% a 55% e as gorduras não devem ultrapassar 30% do conteúdo calórico total. Para melhorar a aderência do paciente à dieta é recomendável que esta se adapte aos seus gostos, fornecendo-lhe variadas opções de cardápio. Ao lado disso, o sucesso da dieta depende fundamentalmente do processo de reeducação alimentar, que faz parte da denominada terapia comportamental.