

POPULAR DIETS* - CARACTERIZAÇÃO NUTRICIONAL**

Matias D^I, Dias I^{II}

* Dietas habitualmente publicadas na imprensa escrita, que por não existir tradução em português, se manteve a designação original.

**Trabalho de Investigação realizado no âmbito da tese de licenciatura, respeitante ao 5º Ano do Curso de Ciências da Nutrição da FCNAUP, e defendido em Outubro de 2004.

I Aluna do 5º Ano da FCNAUP; Nutricionista estagiária da Unidade de Nutrição do CHVNGaia (dinabelo@hotmail.com).

II Assistente de Nutrição – Unidade de Nutrição do CHVNGaia.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor Pedro Graça pelo incentivo à publicação deste trabalho.

Resumo

Objectivos:

- Avaliar a composição nutricional das dietas destinadas à perda de peso corporal, apresentadas nas diferentes revistas, em termos de macro e micronutrientes, bem como a estruturação do dia alimentar (número de refeições e variedade de alimentos).
- Analisar a informação complementar nutricional veiculada e a concordância dessa informação com a aplicabilidade nas dietas apresentadas.
- Avaliar se a distribuição dos nutrientes nas diferentes dietas está de acordo com as DRI's preconizadas para a população feminina, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos.

Material e Métodos:

- Foram analisadas catorze dietas publicadas nas revistas, tendo sido avaliadas um total de 695 refeições (respeitantes ao total das refeições recomendadas nos diferentes planos alimentares).
- A conversão dos alimentos em nutrientes foi feita através do programa informático Microdiet Plus for Window, Version 1.1 2000.
- A média do consumo apresentada para cada dieta foi calculada através das aplicações informáticas de estatística do programa Excel 2000.

Resultados:

Dos parâmetros avaliados, Valor Energético Total, Proteínas, Hidratos de Carbono, Gorduras, Fibras, Vitaminas e Minerais, constatou-se que:

- 64,3% das dietas eram hipocalóricas e duas delas de muito baixo valor calórico (<800kcal / dia);
- todas se revelaram desequilibradas em relação ao aporte de Prot., Gord., H.C. e fibras;
- nenhuma cumpria as DRI's para o Folato, Biotina, vit. E e Ferro;
- 85% não cumpriam a DRI para o Cálcio;
- apenas três dietas asseguravam a DRI para o Zinco;
- apenas uma dieta não cumpria as recomendações para a vit. C.

Conclusão:

Todas as dietas analisadas eram nutricionalmente desequilibradas e carenciadas, em termos de macro e micronutrientes. Além do mais, em nenhum dos planos apresentados se tentou mudar ou corrigir hábitos alimentares incorrectos, que é definitivamente, a melhor forma de perder peso, associada ao aumento da actividade física.

Palavras chave:

Popular diets, dietas cetogénicas, dietas hipocalóricas, macro e micronutrientes, obesidade.

Abstract

Objective:

- To evaluate the nutritional composition of diets with the purpose of losing weight published in different magazines, regarding macro and micronutrients composition, as well as the number of meals/day and types of food.
- Analyse the nutritional information of the articles and the agreeability between the composition of the different diets.

- Compare the nutritional profile of the diet composition and the DRI's used for a female, 18-50 years old.

Study selection:

- We analysed the menus of fourteen diets published in magazines, in a total of 695 meals (complementary meals, reward meals).
- We used the Microdiet Plus for Window, Version 1.1 2000, to convert food in nutrients.
- The average consumption of each diet, was calculated using the Microsoft Excel 2000.

Results:

Diets were characterized, using the variables: kcal/day, total proteins, total CHO, total fat, dietary fibre, vitamins and minerals, and the results were:

- 64,3% of diets were low-calorie diets and two of them, very low calorie (< 800 Kcal/day);
- none had a balanced composition regarding macronutrients (proteins, fat, CHO) and dietary fibres;
- all provided lower than recommended intakes of folic acid, vitamin E, biotin and iron;
- 85% provided lower than recommended intakes of calcium;
- only three diets provided the adequate intake of zinc;
- only one diet didn't provide the adequate intake of vitamin C.

Conclusions:

All of diets analyzed were nutritionally inadequate and provided inadequate levels of macro and micro-nutrients. Nevertheless, none of the diets tried to induce lifestyle modifications, which is the best way to lose weight alongside the increase of physical activity.

INTRODUÇÃO

A procura da imagem ideal, associada à perda de peso, é insistentemente abordada na comunicação social, onde os conceitos de gordo e magro, têm conotações mais relacionadas com a moda do que com verdadeiros riscos para a saúde das pessoas⁽¹⁾. A modulação da imagem da mulher, através da chamada imprensa feminina, remonta a finais do séc. XVII, com a publicação da primeira revista deste género, em 1963, intitulada "Lady's Mercure", em Inglaterra⁽²⁾.

A abordagem deste tema manteve-se ao longo de décadas, com diferentes apelos consoante o ditado pela moda. Actualmente as revistas continuam a cumprir o seu papel modulador de atitudes, indo ao encontro dos anseios do mercado. Periodicamente publicam rúbricas com dietas da moda, transformando este tema na galinha dos ovos de ouro para os editores⁽³⁾.

É fácil encontrar regularmente, em qualquer quiosque ao virar da esquina ou estrategicamente colocados nos expositores, junto às caixas dos supermercados, uma panóplia de revistas que atribuem à imagem corporal honras de primeira página. Os títulos que fazem manchete nas capas das revistas, apresentam-se a **bold**, destacados no tamanho, com cores fortes, num suporte gráfico em que as figuras femininas esbeltas, com a praia em pano de fundo, ganham especial destaque. No seu interior, o desenvolvimento do tema, segue, normalmente, as seguintes regras:

- Uma primeira parte com normas gerais de alimentação racional, fazendo uma abordagem à problemática da obesidade. Acontece frequentemente, que esta introdução é feita por pessoas de mérito reconhecido na área da nutrição;
- Uma segunda parte, onde são apresentadas as "virtudes" inerentes ao regime prescrito, bem como os menus semanais para as dietas;
- Uma parte final com receitas culinárias;
- Ao longo de toda a publicação, publicidade a cremes, pílulas e *spas*.

Vivemos, assim, numa sociedade paradoxal. Por um lado, a pressão social faz o elogio do corpo magro e estigmatiza a gordura. Por outro lado, assiste-se a uma enorme prevalência da obesidade⁽⁴⁾. À imagem do que acontece noutros países, em Portugal, o excesso de peso e a obesidade são também um problema.

A obesidade é uma doença crónica, que pode ter etiologias diversas e multifactoriais: factores genéticos, hormonais, metabólicos e alimentares, entre os quais se incluem o comportamento alimentar e o sedentarismo⁽⁵⁾. As complicações que lhe estão associadas, afectam a qualidade e a esperança de vida, quer seja através da mortalidade ou morbilidade, quer nos inúmeros efeitos que desencadeia a nível psicológico e psicossó-

cial⁽⁶⁾. A baixa aceitação social presente nas pessoas com excesso de peso ou obesidade, nomeadamente durante a adolescência tem consequências económicas e psicossociais muito importantes, independentemente do estrato social⁽⁷⁾.

No entanto, não são apenas os indivíduos com excesso de peso que pretendem emagrecer. Indivíduos normoponderais ou com défice de peso também o desejam⁽⁴⁾, criando mesmo expectativas não realistas em relação ao peso que pretendem atingir⁽²⁹⁾.

A perda de peso é uma das preocupações da população dos Estados Unidos da América (aprox. 45 % das mulheres e 30 % dos homens estão a tentá-lo). Todavia, o método usado para a conseguir, não segue as recomendações preconizadas (diminuição da ingestão alimentar, associada ao aumento da actividade física)⁽⁸⁾. Em Portugal, a dieta por iniciativa própria com vista à redução do peso corporal é um dos métodos mais utilizados, quer pelos indivíduos normoponderais, quer pelos que têm excesso de peso^(10,11). As dietas publicadas nas revistas podem ser uma das fontes de informação necessária para a concretização deste objectivo, desconhecendo-se o número ou o tipo de pessoas que as segue. A verdade é que a quantidade de publicações subordinadas a este tema não pára de aumentar. A procura de dietas milagrosas, com vista à realização do sonho do corpo ideal, transforma-as num mito. A busca incessante de sucessos rápidos dá lugar à descoberta de uma nova dieta, supostamente mais eficaz, sempre que a anterior falhe. A oferta é praticamente inesgotável. Esta atitude vai certamente introduzir alterações no comportamento alimentar dos indivíduos (obesos ou não), devido ao aumento da frequência dos períodos de restrição alimentar.

Assim, com vista à caracterização do ponto de vista nutricional de algumas dietas destinadas à redução do peso corporal, publicadas na imprensa portuguesa, foram definidos os seguintes objectivos:

- Avaliar a composição nutricional das dietas apresentadas nas diferentes revistas, em termos de macro e micronutrientes, bem como a estruturação do dia alimentar (número de refeições e variedade de alimentos).
- Analisar a informação complementar nutricional veiculada e a concordância dessa informação com a aplicabilidade nas dietas apresentadas.
- Avaliar se a distribuição dos nutrientes nas diferentes dietas está de acordo com as DRI's preconizadas para a população feminina, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliadas, aleatoriamente, 14 dietas publicadas em revistas destinadas ao público feminino. As designações das dietas mantiveram-se de acordo com as designações originais.

A Tabela 1 apresenta as diferentes dietas analisadas, o tipo de revista onde surgiram publicadas e a data de lançamento.

Dado que cada dieta apresentava um plano alimentar diário com a composição discriminada das refeições e o período previsto de execução, foram avaliadas, no total, 695 refeições.

A conversão dos alimentos em nutrientes foi feita através do programa informático *Microdiet Plus for Windows, Version 1.1 2000*, respeitando as porções recomendadas nos menus apresentados.

No caso de pesos de alimentos omissos, foram utilizados os valores relativos a pesos e porções de alimentos, apresentados por Teresa Amaral e al (1993). A média em termos de nutrientes apresentada por cada plano alimentar foi calculada através das aplicações informáticas do programa de estatística do programa *Excel 2000*.

Os resultados são apresentados sob a forma de média + desvio padrão.

Tabela 1 - Dietas avaliadas: designação e local de publicação.

Designação alfabética ¹	Designação Comercial	Publicação
Dieta A	Dieta Hiperproteica	Revista - Maio 2004
Dieta B	Adeus Gorduras, olá músculos!	Suplemento revista - Maio 2004
Dieta C	Dieta para Combater os Excessos do Fim do Ano	Revista - Janeiro 2004
Dieta D	Dieta Hipocalórica	Revista - Maio 2004
Dieta E	Dieta dos Naturistas	Revista - Maio 2004
Dieta F	Dieta Dissociada	Revista - Maio 2004
Dieta G	Dieta da Colher	Revista - Novembro 2002
Dieta H	Dieta do Ananás	Revista - Novembro 2002
Dieta I	Dieta Localizada – Geral e Abdómen	Edição especial - Maio 2002
Dieta J	Dieta do Iogurte	Revista - Novembro 2002
Dieta L	Na 1a Pessoa - Como Emagreceu JC	Edição especial revista - Maio 2002
Dieta M	Dieta do Bom Humor	Suplemento revista - Maio 2000
Dieta N	Dieta Grazing	Edição especial revista - Maio 2004
Dieta O	Dieta para Ajudar a Eliminar a Barriguinha	Edição especial revista - Junho 2002

¹ Para melhor organização e método, foi incluída a coluna “ Designação alfabética” para identificar as diferentes dietas.

CARACTERIZAÇÃO DAS DIETAS

As dietas e as práticas por elas recomendadas foram avaliadas através das seguintes guidelines^{*(28)}:

1. A dieta propõe soluções rápidas para perda de peso.
2. A dieta exclui algum dos grupos da roda dos alimentos ou alimentos dentro de cada grupo.
3. A dieta propõe o uso de suplementos, pílulas ou outros medicamentos para substituição de alimentos ou como complemento da dieta.
4. A dieta sugere que sejam evitados certos alimentos por dificultarem o sucesso do regime.
5. A dieta sugere a inclusão de determinados alimentos por serem “protectores” ou “curadores” de certas patologias.
6. A dieta realça métodos de utilização de certos alimentos em detrimento de outros (sumo de fruta versus fruta, cozido versus cru, etc).
7. A dieta faz afirmações radicais em relação ao tema proposto.
8. A dieta é balanceada quanto à distribuição diária das refeições.
9. A dieta propõe alterações no estilo de vida (prática de actividade física, p.ex.).

RESULTADOS

Da aplicação das *guidelines* às dietas analisadas constatou-se que:

- Todas as dietas apresentam soluções rápidas para a perda de peso corporal.
- À excepção da dieta do Bom Humor, todas as dietas excluem alimentos dentro de cada grupo da roda dos alimentos ou mesmo grupos da roda.
- O uso de suplementos vitamínicos é proposto em seis dietas (42,9 %).
- Onze das dietas (78,6 %) apresentadas sugerem a exclusão de alguns alimentos para facilitarem a obtenção de resultados positivos.
- Treze das dietas avaliadas (92,9 %) atribuem características especiais a determinados alimentos e sobrealimentam-nos por apresentarem propriedades específicas.
- Sendo todas as dietas destinadas ao emagrecimento, todas elas apresentam testemunhos e/ou afirmações com vista à sua credibilização.

* Ada

- A prática de actividade física é recomendada na totalidade das dietas, excepto na da Colher. 85,7% das dietas aconselham em média 4 a 5 refeições/dia.

Os V.E.T. médios, apresentados pelas dietas avaliadas, estavam compreendidos entre 1425 ± 225 Kcal na dieta para Eliminar a Barriguinha e 710 ± 115 Kcal na dieta da Colher, correspondendo respectivamente ao valor máximo e mínimo.

Nove das catorze dietas analisadas (64,3%) apresentam valores energéticos médios inferiores a 1200 Kcal/dia e duas destas apresentam valores inferiores 800 Kcal/dia.

Quanto à distribuição da ração energética, as proteínas contribuem com $45,4 \pm 3,0\%$, valor médio diário, na dieta Localizada – Geral e Abdómen, correspondente ao valor mais elevado de todas as dietas analisadas. A dieta dos Naturistas é a que apresenta os valores percentuais mais baixos de todas, com $16,4 \pm 3,4\%$.

Os **Hidratos de Carbono** contribuem com $20,3 \pm 4,6\%$, valor médio, na dieta Adeus Gorduras, Olá Músculos!, sendo a dieta mais rica em Hidratos de Carbono a dieta dos Naturistas com $61,7\% \pm 12,6\%$. Das dietas analisadas, quatro poderão ser consideradas cetogénicas ($< 100\text{g H.C./dia}$):

- dieta Hiperproteica - $61,7 \pm 7,5$ g H.C./dia;
- dieta Adeus Gorduras, Olá Músculos! – $62,06 \pm 1,7$ g H.C./dia;
- dieta da Colher – $84,7 \pm 1,1$ g H.C./dia;
- dieta Localizada – Geral e Abdómen – $56,02 \pm 0,8$ g H.C./dia.

Quanto às **Gorduras**, a dieta que apresenta a percentagem máxima é representada pela dieta Adeus Gordura, Olá Músculos!, com $42,3 \pm 7,5\%$ e a que apresenta a percentagem mais baixa é representada pela dieta do Bom Humor com $18,2 \pm 5,9\%$.

Relativamente ao teor em fibras, apenas uma dieta das que foi avaliada, a dieta Grazing, assegura o valor de ingestão adequado.

O Quadro 1 apresenta os valores médios para V.E.T., Proteínas, H.C., Gorduras e Fibras relativos a cada uma das dietas.

Quadro 1 - Composição média das dietas, quanto ao valor energético total, distribuição percentual de macronutrientes e fibras.

	V.E.T. (Kcal)	Proteínas (%)	H.C. (%)	Gorduras (%)	Fibras (g)
Dieta A	911 ± 258	41,4 ± 11,1	27,1 ± 11,6	29,5 ± 11,3	7,9 ± 3,8
Dieta B	1223 ± 151	37,3 ± 6,1	20,3 ± 4,6	42,3 ± 7,5	10,7 ± 4,4
Dieta C	1002 ± 109	32,1 ± 3,3	48,1 ± 7,5	19,4 ± 4,9	9,6 ± 3,4
Dieta D	1001 ± 191	32,1 ± 5,7	43,1 ± 6,6	24,8 ± 7,6	20,2 ± 4,9
Dieta E	1245 ± 325	16,4 ± 3,4	61,7 ± 12,6	21,9 ± 10,8	21,4 ± 5,7
Dieta F	1220 ± 421	27,9 ± 19,5	38,8 ± 29,7	33,3 ± 16,9	8,9 ± 7,5
Dieta G	710 ± 115	21,6 ± 3,9	47,7 ± 9,5	29,3 ± 10,5	11,1 ± 1,9
Dieta H	731 ± 134	19,8 ± 9,9	56,4 ± 24,9	23,7 ± 15,1	10,5 ± 3,0
Dieta I	900 ± 79	45,4 ± 3,0	24,9 ± 4,0	29,6 ± 4,5	1,6 ± 0,7
Dieta J	907 ± 230	26,3 ± 5,8	51,6 ± 10,5	22,0 ± 12,2	12,0 ± 2,3
Dieta L	1034 ± 91	32,3 ± 8,5	39,2 ± 10,2	28,5 ± 9,9	14,0 ± 5,3
Dieta M	1417 ± 177	24,2 ± 5,0	57,5 ± 7,3	18,2 ± 5,9	20,3 ± 4,3
Dieta N	1176 ± 174	20,1 ± 3,4	55,6 ± 7,3	24,3 ± 4,8	25,2 ± 11,2
Dieta O	1425 ± 225	18,3 ± 6,2	58,7 ± 7,9	22,9 ± 3,8	21,3 ± 8,6
DRI's* RDA's	2000 - 2200	15 -20	55-60	30	25**

* calculadas para mulheres com idades compreendidas entre os 18 - 50 anos de idade;

** valores para AI.

Nota: assinalado a bold, os valores considerados inferiores aos recomendados pelas DRI's

Quanto ao **aporte vitamínico**, conforme se pode ver no Quadro 2, nenhuma das dietas cumpre as recomendações preconizadas relativamente ao Folato, à Biotina e à vit. E; as percentagens mais baixas são as representadas pela dieta correspondente a, Na primeira pessoa – como emagreceu J.C., que fornece apenas 37% da RDA para o Folato; a dieta do Ananás, fornece 29,3% da RDA para a Biotina, enquanto a dieta Localizada – Geral e Abdómen contribui com 7,3% da RDA para a vit. E.

Apenas uma dieta, a Localizada – Geral e Abdómen, não cumpre as necessidades recomendadas para a vit. C. A dieta Grazing é a que apresenta a média mais alta para esta vitamina. Relativamente à Riboflavina, todas as dietas cumprem as recomendações, excepção feita à dieta do Ananás.

As dietas que apresentam maior défice vitamínico, relativamente às vitaminas analisadas, são a dieta do Ananás e a do Iogurte. A mais equilibrada em termos vitamínicos é a dieta do Bom Humor, que apresenta défice de Folato, vit. E e Biotina.

Quadro 2 - Composição média das dietas em micronutrientes – vitaminas.

	Vit. C (mg)	Vit.B6 (mg)	Tiamina (mg)	Riboflav. (mg)	Niacina (mg)	Vit. B12 (µg)	Folato (µg)	Ac. Pant. (mg)	Biotina (µg)	Vit.D (µg)	Vit.E (mg)
Dieta A	94,2 ± 86,2	1,4 ± 0,5	0,9 ± 0,3	1,4 ± 0,1	23,9 ± 12,6	5,7 ± 5,1	222,9 ± 88,5	3,9 ± 1,6	19,6 ± 11,2	1,6 ± 2,9	3,6 ± 3,9
Dieta B	75,3 ± 18,1	1,9 ± 0,6	0,9 ± 0,3	1,3 ± 0,2	26,5 ± 8,7	5,3 ± 2,1	185,3 ± 43,4	5,1 ± 0,6	22,4 ± 10,4	3,2 ± 4,2	4,1 ± 2,1
Dieta C	177,2 ± 84,4	1,3 ± 0,3	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,4	15,7 ± 3,3	1,9 ± 1,1	249,1 ± 81,8	3,1 ± 0,9	11,4 ± 8,1	0,4 ± 0,6	1,8 ± 0,4
Dieta D	212,5 ± 47,1	1,7 ± 0,7	1,3 ± 0,3	1,6 ± 0,5	20,6 ± 10,7	5,0 ± 4,3	375,9 ± 184,2	4,4 ± 0,9	25,9 ± 12,0	3,2 ± 7,2	4,8 ± 2,2
Dieta E	148,6 ± 41,7	1,1 ± 0,4	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,4	13,4 ± 7,9	2,4 ± 0,4	286,3 ± 58,6	3,8 ± 1,1	23,6 ± 11,8	1,4 ± 2,9	4,9 ± 3,2
Dieta F	90,6 ± 91,0	1,9 ± 0,7	1,0 ± 0,5	1,2 ± 1,1	27,1 ± 22,1	5,5 ± 7,6	186,8 ± 113,3	3,8 ± 2,3	16,0 ± 9,8	4,5 ± 8,5	6,1 ± 8,7
Dieta G	145,5 ± 56,8	0,9 ± 0,2	1,2 ± 0,2	1,6 ± 0,3	14,0 ± 5,6	1,8 ± 1,0	202,3 ± 76,2	2,9 ± 0,4	16,0 ± 6,5	0,6 ± 0,7	6,1 ± 8,7
Dieta H	188,2 ± 103,9	1,4 ± 0,4	1,0 ± 0,3	0,8 ± 0,5	11,9 ± 10,3	5,4 ± 7,7	152,9 ± 39,4	2,5 ± 0,5	8,8 ± 6,1	4,2 ± 6,6	3,4 ± 4,1
Dieta I	73,7 ± 14,9	1,0 ± 0,2	0,7 ± 0,2	1,5 ± 0,1	17,6 ± 5,9	3,6 ± 1,2	150,5 ± 22,0	2,7 ± 0,3	14,8 ± 7,9	0,4 ± 0,6	1,1 ± 1,0
Dieta J	195,4 ± 78,7	1,2 ± 0,6	0,8 ± 0,2	1,9 ± 0,2	11,4 ± 6,5	2,2 ± 3,2	187,2 ± 48,5	2,7 ± 1,0	14,1 ± 9,5	3,2 ± 6,2	2,9 ± 6,5
Dieta L	82,1 ± 58,9	1,6 ± 1,0	1,2 ± 0,9	1,4 ± 0,5	18,9 ± 9,5	2,7 ± 1,5	148,2 ± 63,1	3,6 ± 0,8	19,1 ± 12,8	1,2 ± 0,8	1,5 ± 0,6
Dieta M	143,5 ± 70,2	1,8 ± 0,6	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,3	26,4 ± 7,1	4,4 ± 5,2	274,2 ± 111,3	5,2 ± 2,8	14,5 ± 4,9	5,6 ± 10,7	3,1 ± 2,9
Dieta N	287,8 ± 107,3	1,9 ± 0,6	1,4 ± 0,4	1,7 ± 0,4	13,4 ± 5,1	1,8 ± 0,7	321,9 ± 115,6	4,9 ± 1,7	21,1 ± 11,1	0,7 ± 0,6	3,7 ± 2,5
Dieta O	149,0 ± 106,1	1,9 ± 0,7	1,4 ± 0,3	1,4 ± 0,2	19,2 ± 6,6	3,5 ± 2,2	312,2 ± 70,9	3,7 ± 1,4	24,9 ± 27,2	1,1 ± 1,6	3,9 ± 1,4
DRI's	75	1,3	1,1	1,1	14	2,4	400	5*	30*	5*	15

Nota: assinalado a bold, os valores considerados inferiores aos recomendados pelas DRI's.

* valores para AI.

Quanto aos **minerais** analisados nestas dietas, conforme se pode verificar no Quadro 3, todas elas são deficitárias. A dieta do Ananás não cumpre as DRI's para nenhum dos minerais analisados. Nenhuma dieta, à exceção da dieta Grazing, cumpre as recomendações para o Potássio. O Cálcio é igualmente um micronutriente em déficit, onze das catorze dietas avaliadas apresentam valores inferiores às DRI's para este mineral; a dieta Dissociada representa a dieta com o menor fornecimento de Cálcio.

Quadro 3 - Composição média das dietas em micronutrientes – minerais.

Dieta	K (mg)	Ca (mg)	Fe (mg)	Mg (mg)	P (mg)	Zn (mg)
A	2476,3 ± 573,9	538,4 ± 125,7	7,4 ± 1,9	209,0 ± 31,4	1272,0 ± 262,5	7,9 ± 3,0
B	2761,6 ± 536,7	472,6 ± 212,0	8,8 ± 2,6	243,2 ± 49,0	1355,8 ± 200,8	9,0 ± 2,4
C	2762,7 ± 404,4	701,7 ± 458,8	7,2 ± 2,0	224,4 ± 58,8	1156,6 ± 317,2	5,5 ± 2,4
D	3256,8 ± 482,2	654,6 ± 201,7	10,4 ± 2,9	293,3 ± 72,5	1313,7 ± 255,2	7,4 ± 1,7
E	2961,2 ± 665,3	707,9 ± 291,5	9,5 ± 2,2	301,8 ± 79,7	978,5 ± 252,4	6,9 ± 1,5
F	2800,1 ± 721,1	385,0 ± 667,5	6,6 ± 2,5	220,7 ± 55,4	1184,5 ± 873,6	5,9 ± 4,5
G	2429,4 ± 593,3	618,5 ± 101,3	5,0 ± 1,1	164,2 ± 43,9	836,2 ± 179,3	4,4 ± 1,4
H	2682,9 ± 565,2	394,5 ± 245,2	6,1 ± 1,7	200,9 ± 22,0	643,3 ± 353,8	3,7 ± 1,6
I	2285,1 ± 162,5	1285,9 ± 20,6	4,5 ± 0,8	195,2 ± 8,0	1618,3 ± 85,7	7,2 ± 1,5
J	3354,6 ± 329,6	1177,6 ± 201,1	4,9 ± 1,1	211,6 ± 13,5	1250,0 ± 141,3	6,0 ± 0,3
L	2642,3 ± 583,0	562,5 ± 223,3	6,4 ± 1,4	216,9 ± 42,5	1242,4 ± 369,0	5,9 ± 0,9
M	3002,3 ± 773,0	525,2 ± 201,5	10,7 ± 2,9	352,4 ± 74,3	1161,9 ± 333,6	8,6 ± 2,0
N	3916,7 ± 1171,7	924,7 ± 240,8	11,0 ± 3,9	329,9 ± 82,3	1119,6 ± 325,5	6,6 ± 1,9
O	3223,7 ± 712,7	705,1 ± 146,7	10,5 ± 3,1	344,6 ± 114,1	1151,3 ± 411,2	9,1 ± 2,5
DRI's	3500	1000	18	310 320*	700	8

* valores para faixa etária 31-50 Anos.

Nota: assinalado a bold, os valores considerados inferiores aos recomendados pelas DRI's.

O Fósforo é de todos os minerais o menos deficitário nas dietas apresentadas (apenas a dieta do Ananás não cumpre as recomendações). A dieta que apresenta um valor mais representativo para este mineral é a dieta Localizada – Geral e Abdómen com 1618,3 ± 85,7mg.

Analisando no entanto a relação Ca: P, para cada uma das dietas, constata-se que aquela que tem a relação mais próxima da unidade, é a dieta do Iogurte (relação Ca:P=0,94), enquanto a relação mais afastada da unidade está presente na dieta Dissociada, com uma relação igual a 0,33.

Nenhuma das dietas analisadas cumpre as DRI's para o Ferro. A dieta Grazing apresenta o valor máximo para este mineral, enquanto a dieta Localizada – Geral e Abdómen é a que apresenta o valor mais baixo.

Quanto ao Magnésio, o valor máximo é representado pela dieta do Bom Humor. Apenas três dietas cumprem a DRI para este mineral, e a dieta da Colher é a que apresenta o valor mais baixo em relação às dietas deficitárias – 164,2 ± 43,9mg. Apenas três das catorze dietas cumprem as DRI's para o Zinco; a dieta para Ajudar a Eliminar a Barriguinha é a que apresenta o valor mais alto. O valor mais baixo encontra-se na dieta do Ananás, fixando a RDA em 46,3%.

De todas as dietas analisadas, a dieta do Ananás é a que apresenta valores inferiores aos recomendados pelas DRI's relativamente a todos os minerais em estudo. Embora nenhuma das dietas avaliadas cumpra as DRI's para os minerais em análise, a dieta Grazing é, contudo, a que apresenta apenas déficit ao nível do Zinco e do Ferro, ocupando a segunda melhor posição na relação Ca: P (0,82).

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Os sucessos apregoados pelos autores das dietas ou por interpostos seguidores são difíceis de avaliar. No entanto, a confirmação dos dados relativos à composição nutricional e à distribuição em macro e micronutrientes das dietas, não confirma o equilíbrio do ponto de vista nutricional apregoado pelos seus autores.

Cinco das catorze dietas analisadas (35,7%) referem o total energético das ementas apresentadas com valores compreendidos entre 1200 e 1400 Kcal e dizem assegurar o equilíbrio em termos nutricionais. Pela análise dos Quadros 1, 2 e 3, constata-se que o valor energético e a distribuição da ração energética em macro e micronutrientes não é de forma alguma equilibrada, não corroborando portanto com as afirmações dos seus responsáveis. Algumas (64,3%) apresentam um V.E.T. médio, inferior a 1200 Kcal/dia, contendo duas delas V.E.T. inferior a 800 Kcal/dia. Estas dietas de muito baixo valor calórico, devem ser usadas apenas, em situações clínicas muito específicas, por períodos nunca superiores a 8-16 semanas, segundo o grau de obesidade inicial e em apertadas condições de vigilância médica⁽¹⁴⁾. Estas dietas segundo alguns investigadores podem constituir um factor de risco significativo para o desenvolvimento de doenças do comportamento alimentar, nomeadamente a ingestão compulsiva (O'Neil, 1990; Polivy & Herman, 1985).

Para credibilizar estas dietas, são muitas vezes utilizadas reconhecidas clínicas de emagrecimento, e a sua concretização em conhecidas figuras públicas. A presença de ideias e conceitos reconhecidos pelo grande público como benéficos à saúde, é outra das técnicas utilizadas. Neste contexto, os princípios utilizados na Alimentação Mediterrânica serviram de base à elaboração de duas dietas – a Hipocalórica e a dieta na 1ª Pessoa – Como Emagreceu J.C. Comparando as características nutricionais apresentadas no Quadro 4, constata-se facilmente que se em teoria foram baseadas nos princípios da Alimentação Mediterrânica, na prática estão muito afastadas da sua suposta origem.

Quadro 4 - Comparativo Alimentação Mediterrânica / dieta Hipocalórica e na 1ª Pessoa – como emagreceu J.C.

	Gorduras (%)	Hidratos de Carbono / Amido (%)	Proteínas (%)
Alimentação Mediterrânica (19)	20-30	60-70% / 50%	10%
Dieta na 1ª Pessoa – Como Emagreceu J.C.	28,5±9,9	39,2± 10,2 / 19,48	32,3±8,5
Dieta Hipocalórica	24,8±	43,1±6,6 / 8,52	32,1±5,7

Quando analisamos a terminologia de apresentação das dietas, sobressai a ideia de que existe uma adaptada aos diferentes anseios das pessoas. A dieta do Ananás apresenta-se como uma dieta depurativa que faz bem à pele, a do iogurte como a da longevidade, as dietas Localizadas eliminam gorduras em zonas específicas do corpo. Depois, surgem as dietas para datas específicas, fim de ano ou preparação para a praia. E, para que não se pense que fazer dieta é deprimente, há também a dieta do Bom Humor. Os princípios científicos que servem de base a estas afirmações não são explicados nas notas introdutórias das dietas.

É sabido que os alimentos açucarados e os snacks com elevado teor de gordura têm um efeito de reforço positivo no humor⁽²⁰⁾. No entanto, na intitulada dieta do Bom Humor, estes são os alimentos que constam na lista dos alimentos proibidos.

A dieta Localizada Geral e Abdómen e a dieta para Eliminar a Barriguinha, têm, à partida o mesmo objectivo: eliminar a gordura localizada na zona abdominal. Seria de esperar que, do ponto de vista nutricional, apresentassem características semelhantes. No entanto, tal não acontece. Enquanto a dieta Localizada é considerada de baixo valor energético, a dieta para eliminar a barriguinha não o é.

Quanto à distribuição da ração energética, a primeira é claramente hiperproteica e a segunda normoproteica. Os H.C. marcam também uma diferença significativa, sendo a primeira cetogénica e a segunda normoglicídica. As diferenças não são tão significativas em relação às gorduras, no entanto o teor em fibras apresenta uma diferença abismal. Não se encontra assim nenhuma característica nutricional, comum às duas dietas.

A cetose é um dos **parâmetros biológicos** mais discutidos na literatura científica e ocorre em dietas baixas em Hidratos de Carbono (< 100g/dia)⁽¹⁸⁾.

Atkins, um dos defensores desta dieta, advoga que as dietas com alto teor proteico e baixo de Hidratos de Carbono, promovem o metabolismo do tecido adiposo na ausência de hidratos de carbono disponíveis.

No entanto, a American Dietetic Association e a American Heart Association, desaconselham o uso destes regimes. Doentes com doença cardiovascular, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipidemia ou hipertensão, poderão sofrer consequências médicas sérias se usarem estas dietas. Ocorre ainda uma depleção de água e sal com a subsequente hipotensão, fadiga, obstipação e litíase renal. Para além disto, o excessivo consumo de proteína animal pode promover dislipidemia, bem como problemas renais⁽²¹⁾.

Outros estudos avaliaram o efeito destas dietas na perda de peso, comparativamente com a dieta convencional (1200 a 1500 Kcal para as mulheres e 1500 a 1800 Kcal para os homens, com aprox. 60 % de H.C., 25 % de Gorduras e 15 % de proteínas). Demonstraram que há realmente uma maior perda de peso nos primeiros seis meses (diferença absoluta superior a 4%), mas, no final de um ano, a diferença não era significativa⁽²²⁾.

Apesar disto, e uma vez que não existe um número significativo de ensaios controlados randomizados efectuados a estas dietas baixas em H.C. (<100g/dia) e, sendo os existentes em pequeno número e indutores de resultados inconsistentes, não se pode advogar contra ou a favor destes regimes^(18,30,31).

A adequação nutricional destas dietas é deficitária para a maioria das vitaminas e minerais.

Vários estudos demonstram que níveis elevados de homocisteína têm sido associados a doença vascular cardíaca^(9,12,13,15), cerebral^(26, 32-35) e periférica^(36,37). A hiperhomocisteinemia é considerada um factor de risco independente e clinicamente significativo no desenvolvimento da aterosclerose e aterotrombose, contribuindo com um efeito multiplicativo no risco vascular, à semelhança do tabaco e da hipercolesterolemia⁽⁴²⁻⁴⁶⁾. Os factores envolvidos no aumento da homocisteína, são entre outros, as carências nutricionais das vitaminas utilizadas como substratos e/ou cofactores no metabolismo da homocisteína, ou seja, o ácido fólico e as vitaminas B6 e B12⁽³⁸⁻⁴¹⁾. Aliás, alguns autores consideram que a deficiência de ácido fólico é do ponto de vista nutricional a principal causa isolada de hiperhomocisteinemia^(44,47). Ora, nos planos alimentares avaliados, os défices de vitamina de complexo B eram uma constante (nenhuma das dietas cumpria a DRI para o ácido fólico), podendo contribuir para o desenvolvimento destas patologias.

O efeito potencial destas dietas na saúde óssea merece uma consideração especial. São vários os factores que interferem na biodisponibilidade do Cálcio. De uma forma geral, quanto maior for a necessidade e menor o fornecimento alimentar, mais eficiente será a sua absorção. A absorção do Cálcio é facilitada, entre outros factores, por uma relação Ca/P igual ou superior à unidade⁽²³⁾. Das dietas analisadas, nenhuma apresenta esta característica. Por outro lado, o consumo crónico de uma dieta com baixo teor de cálcio e alto teor de fósforo pode provocar um aumento da concentração de PTH. Esta hormona, consistentemente elevada, poderá contribuir para uma redução da massa e densidade óssea⁽²⁴⁾.

A vit. D é outro factor importante na homeostase do Cálcio e no metabolismo do osso. No caso em análise, 92,8 % das dietas não cumprem as recomendações para esta vitamina, o que poderá levar a uma diminuição da absorção deste mineral. Para além deste défice vitamínico, há ainda a acidificação provocada pelo consumo de uma dieta rica em proteínas, que provoca um aumento da actividade dos osteoclastos e inibe a dos osteoblastos, contribuindo assim para o desenvolvimento da osteoporose⁽¹⁸⁾. Embora seja reconhecida a capacidade de adaptação do osso a dietas pobres em cálcio (<500 mg), a verdade é que as implicações a longo prazo são desconhecidas⁽²⁵⁾.

A baixa ingestão de Magnésio é considerada como um factor de risco potencial para a HTA, em conjunto com ingestões inadequadas de Cálcio, Potássio e outros macronutrientes (Appel e cols, 1997).

Embora 42,9% das dietas proponham o uso de suplementos vitamínicos, o que de certa forma minimizaria os riscos, a verdade é que esta terapêutica polivitáminica não especifica a proporção das diferentes vitaminas nem as doses recomendadas. Por outro lado, o preço acessível desta terapêutica pode contribuir para um consumo de doses excessivas, sem adaptação às necessidades individuais.

Constatando-se assim que a amostra avaliada apresenta resultados semelhantes para todas as dietas – dietas nutricionalmente desequilibradas e carenciadas, a gravidade decorrente da sua utilização, na saúde das pessoas, dependerá certamente da duração e frequência da prática das mesmas. E embora sejam desequilibradas, vários estudos demonstram que qualquer dieta restrita em calorias, independentemente da composição em macronutrientes, provoca perda de peso a curto prazo^(16,17,18). No entanto, a manutenção do peso perdido não é uma realidade duradoura, originando recidivas, onde se perde e recupera peso ciclicamente⁽⁴⁾.

A O.M.S. começa já a preocupar-se com as consequências decorrentes deste tipo de práticas, apesar de se desconhecer o número de seguidores, ou mesmo as adaptações individuais realizadas a estas dietas, já de si restritivas. Inclui estas dietas não saudáveis, em conjunto com o sedentarismo e o tabagismo, como factores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas. Abordando especificamente o tema das dietas populares, diz que uma variedade deste tipo de dietas para a perda de peso, restritivas da variedade alimentar pode resultar na diminuição da ingestão calórica e na perda de peso a curto prazo. Mas, a maior parte não foi

sujeita a ensaios que provem a eficácia a longo prazo, nem a adequação nutricional. Por isso não podem ser recomendados para a população em geral⁽²⁷⁾.

Desta forma, a imprensa escrita poderia continuar a exercer o seu papel modulador de comportamentos, apostando na divulgação de informações credíveis sobre alimentação e nutrição, cimentada em programas e estratégias gerais definidas para a prevenção da obesidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela G, Núñez C, Moreiras O, Grande CF. Dietas Mágicas. Edición 03/99. Dirección general de Salud Pública (Comunidad de Madrid). Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Fundación Española de la Nutrición. 1999; p. 2-12.
2. Higonet A. Mulheres, imagens e representações In: História das Mulheres no Ocidente: o século XX. Porto: Ed. Afrontamento, 1995. p. 403-420.
3. Proteste. Emagrecer Do mito à realidade. Lisboa: Edideco; 1999. p. 83-86.
4. Galvão TA. Obesidade doença crónica. *Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*. 1999; 2: 97 – 100.
5. Carmo I. Porque e como estudamos as doenças do comportamento alimentar. In: *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa: ISPA; 2001. p. 39-63.
6. Field AE, Barnoya J, Colditz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ, editors. *Handbook of Obesity Treatment*. New York: Guilford Press; 2002. p. 3-18.
7. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescent and young adulthood. *N Engl J Med*. 1993; 329: 1008-1012.
8. Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *JAMA*. 1999; 282: 1353-1358.
9. Boushey CJ, Beresford S, Omenn GS, et al. A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease – probable benefits of increasing folic acid intakes. *JAMA*. 1995; 274 (13): 1049-1057.
10. Graça P, Oliveira B, P Nogueira, Branco MJ, Almeida MD. Autopercepção estatoponderal e estratégias de redução de peso em adultos portugueses. *Rev Alimentação Humana*. 2000, 6: 119-127.
11. Pereira P, Perdigão AL, Vidal PM. Imagem corporal no excesso de peso e na magreza. *Rev Alimentação Humana*. 1999; 5: 14.
12. Brower IA, Van Dusseldorp M, West CE, et al. Dietary folate from vegetables and citrus fruit decreases plasma homocysteine concentrations in humans in a dietary controlled trial. *J Nutr*. 1999; 129:1135-11139.
13. Ardawi MS, Rouzi AA, Qari MH, et al. Influence of age, sex, folate and vitamine B12 status on plasma homocysteine in Saudis. *Saudi Med J*. 2002; 23 (8): 959-968.
14. Estrada AMA. Nuevos transtornos emergentes. Obesidad mórbida. Conceptos e tratamiento médico. In: *Avances en transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Masson, S.A.; 2002. p. 321-328.
15. Miller JW, Ribaya-Mercado JD, Russel RM, et al. Effect of vitamine B6 deficiency on fasting plasma homocysteine concentrations. *Am J Clin Nutr*. 1992; 55: 1154-1160.
16. Golay A, Allaz AF, Morel Y, Tonnac N, Tankova S, Reaven G. Similar weight loss with low- or high- carbohydrate diets. *Am J Clin Nutr*. 1996; 63: 174-178.
17. Kennedy ET, Bowman SA, Spence JT, Freedmon M, Freedman M, King J. Popular diets: Correlation to health, nutrition and obesity. *J Am Diet Assoc*. 2001; 101:411-420.
18. Freedom MR, King J, Kennedy E. Popular diets: a scientific review. *Obes Res*. 2001; 9: Suppl:1S-40S.
19. Peres E. Prodigiosa alimentação mediterrânica. *Rev Alimentação Humana*. 1996; 3: 5-7.
20. Christensen L. The effect of food intake on mood. *Clnu*. 2001; 20 (Suppl 1): 161-166.
21. Bravata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkin I, Gardner CD, Bravata MD. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets. A sistematic review. *JAMA*. 2003; 289: 1837-1850.
22. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed BS, Szapary PO, Rader DJ, Edman JS, Klein S. A randomized trial of a low- carbohydrate diet for obesity. *N Eng J Med*. 2003; 348:2082-90.
23. Freitas P, Reis L. Metabolismo do Cálcio. Revisão breve. *Rev Alimentação Humana*. 1996; 1: 46-49.
24. Anderson JJB. Minerals. In: Mahn LK, Escott-Stump S. *Krause's-Food, Nutrition & Diet Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p 120-128.
25. Willet WC. Cálcio: Nada de emergência. In: *Coma, beba e seja saudável*. Editora Campus Ltda; 2002. p. 153-167.
26. Perry IJ, Refsum H, Moris RW, et al. Prospective study of serum total homocysteine concentrations and risk of stroke in middle-aged British men. *Lancet*. 1995; 346: 1395-1398.
27. World Health Organization. Diet Nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneve, 2003 (Technical Report Series, no 916). p 30-70.
28. Laquatra, I. Nutrition for Weight Management. In: Mahn LK, Escott-Stump S. *Krause's-Food, Nutrition & Diet Therapy*. 11th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 558-593.

29. Foster GD. Principles and practices in the management of obesity. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003, 168: 274-280.
30. Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily DA, McGrory J, Williams T, Williams M, Gracely EJ, Stern L. A low-carbohydrate as compared with a low-fat diet in severe obesity. *N Engl J Med.* 2003; 348: 2074-2081.
31. Brehm BJ, Seely RJ, Daniels SR, D'Alessio DA. A randomized trial comparing a very low carbohydrate diets and a calorie-restricted low fat diet on body weight and cardiovascular risk factor in healthy woman. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003; 88: 1617-1623.
32. Fallon UB, Elwood P, Ben-Shlomo Y, et al. Homocysteine and ischaemic stroke in men: the Caerphilly Study. *J Epidemiol Commun Health.* 2001; 55: 91-96.
33. Giles WH, Croft JB, Greenlund KJ, et al. Total homocysteine concentration and the likelihood of nonfatal stroke. Results from the third national health and nutrition examination survey 1988-1994. *Stroke* 1998; 29: 2473-2477.
34. Hankey GJ. Is homocysteine a causal and treatable risk factor for vascular diseases of the brain (cognitive impairment and stroke)? *Ann Neurol.* 2002; 51(3): 279-281.
35. Brattstrom L, Lindgren A, Israelsson B, et al. Hyperhomocysteinemia in stroke: prevalence, cause and relationships to type of stroke risk factors. *Eur J Clin Invest.* 1992; 22: 214-221.
36. Den Heijer M, Koster T, Blom HJ, et al. Hyperhomocysteinemia as a risk factor for deep-vein thrombosis. *N Engl J Med.* 1996; 334 (12): 759-762.
37. Den Heijer M, Blom HJ, Gerrits WBJ, et al. Is hyperhomocysteinemia a risk factor for recurrent venous thrombosis? *Lancet.* 1995; 345: 882-885.
38. Welch GN, Upchurch G, Loscalzo J. Hyperhomocysteine and atherothrombosis. *Ann N Y Acad Sci.* 1997; 811: 48-58.
39. Hankey GJ, Eikelboom JW. Homocysteine and vascular disease. *Lancet.* 1999; 354: 407-413.
40. Dalery K, Lussier-Cacan S, Selhub J, et al. Homocysteine is and coronary artery disease in French Canadian subjects: relation with vitamins B12, B6, pyridoxal phosphate, and folate. *Am J Cardiol.* 1995; 75: 1107-1111.
41. De Laet C, Wautrecht JC, Brasseur D, et al. Plasma homocysteine concentration in a belgian school - age population. *Am J Clin Nutr.* 1999; 69:968-972.
42. Epstein FH, Welch GN, Loscalzo J. Homocysteine and atherothrombosis. *N Eng J Med.* 1998; 338: 1042- 1050.
43. Berwanger CS, Jeremy JY, Stansby G. Homocysteine and vascular disease. *Br J Surg.* 1995; 82: 726-731.
44. Graham IM, Daly LE, Refsum HM, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease: The European Concerted Action project. *JAMA.* 1997; 277: 1775-1781.
45. Nygard O, Nordreghaug JE, Refsum H, et al. Plasma homocysteinemia levels and mortality in patients with coronary artery disease. *N Eng J Med.* 1997; 337.: 230-236.
46. Boushey C, Beresford S, Omenn G, et al. A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease- probable benefits of increasing folic acid intakes. *JAMA.* 1995; 274: 1049-1057.
47. Selhub J. Homocysteine Metabolism. *Annu Rev Nutr.* 1999; 19: 217-246.