

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica onde se busca avaliar as dietas da moda, suas implicações e resultados, dados obtidos através de artigos relacionados ao tema. Foram analisados 32 estudos acessados nas bases de dados Scielo, Pub Med e Google Acadêmico, avaliando as dietas low carb, Dukan, jejum intermitente e dieta do mediterrâneo. Com base na revisão bibliográfica realizada pode-se observar que estas dietas têm influencia benéfica tanto na redução de peso, quando na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, porém devem ser realizadas com acompanhamento nutricional, já que as mesmas são realizadas por curto período de tempos e após deve ser trabalhado a reeducação alimentar. Concluindo, portanto que as dietas tem pontos benéficos se acompanhadas por um profissional qualificado.

Palavras chave: Dietas, Benefícios, Saúde.

INTRODUÇÃO

De acordo com a mídia a palavra dieta ganhou popularidade como sinônimo de restrição alimentar visando à perda de peso (FOXCROFT LA,2011).

VALLE; EUCLYDES, 2007 citam que uma alimentação saudável equilibrada deve ser variada e composta por todos os grupos de alimentos, como carboidratos proteínas e lipídios, pois assim garante que o organismo receba todos os nutrientes necessários ao seu adequado funcionamento e desenvolvimento. Os hábitos alimentares inadequados estão diretamente relacionados com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a obesidade e diabetes, que têm aumentado cada vez mais os seus índices pois o simples ato de se alimentar contribui para a promoção do convívio interação social e familiar (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006). De acordo com SANTANNA, HMM; 2003, é imprescindível que uma boa dieta ofereça todos os nutrientes necessários para a manutenção da saúde física e mental do indivíduo.

A sociedade atual com as diversas publicidades relacionadas a produtos dietas, e até mesmo o aumento do número de academias, são utilizados como justificativas na perda peso e no padrão corporal considerado ideal, e de acordo com especialistas a população encontra-se com esse padrão inadequado (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

Os meios de comunicação tem desempenhado forte influência no modo em que os indivíduos principalmente do sexo feminino enxergam seu corpo, perante o padrão exercido pela sociedade, pois constantemente divulgam estratégias para a perda de peso por meio de textos convincentes e modelos magras, incentivando então a um comportamento alimentar restritivo, o resultado disso é o efeito sanfona e a desnutrição em consequência dessa substituição de uma alimentação saudável por um hábito alimentar restrito em curto período de tempo. (OLIVEIRA PV;2010). Sendo assim é importante que sejam evitadas dietas drásticas e muito restritivas, com redução significativa de calorias para que não ocorra fadiga, perda de musculatura, queda no desempenho, dificuldades de recuperação após o exercício, além de prejuízos sobre a saúde (VIEBIG R;2006).

Sendo assim o objetivo deste estudo foi avaliar o uso das dietas da moda pelos indivíduos e seus respectivos efeitos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica com 32 estudos acessados nas bases de dados Scielo, Pub Med e Google Acadêmico feitos com humanos.

Priorizou-se os estudos pertinentes ao assunto em questão, os dados foram coletados a partir de leitura seletiva com registro das informações extraídas dos estudos pertinentes, verificando o ano, autor, revista, métodos, resultados e conclusões. Posteriormente realizou-se uma leitura analítica para encontrar as respostas do problema em questão. E por fim foi estabelecida uma discussão e uma análise diante dos resultados encontrados nos artigos.

DIETA LOW CARB

O princípio da utilização da dieta pobre em carboidrato baseia-se na restrição de carboidratos, resultando em Cetose, onde há uma oxidação lipídica, promovendo um efeito de saciedade e um aumento do gasto energético, fatores que devem promover um balanço energético negativo e consequente promover perda de peso. A quantidade de carboidratos nessa dieta varia de 4 a 40% (MOURA, 2015).

Um estudo sobre as dietas low carb e de baixo teor de gordura apresentou resultados eficazes na redução do peso corporal e da circunferência da cintura. Ambas as dietas reduziram as pressões sanguíneas dos participantes, o total para proporções de colesterol HDL e colesterol total, colesterol LDL, triglicerídeos, glicemia e níveis séricos de insulina e aumento do colesterol HDL. O autor sugere que as dietas com baixo teor de carboidratos podem ser recomendadas para pessoas obesas com fatores de risco metabólicos anormais com a finalidade de perda de peso (HU, *et al.* 2015).

A restrição de carboidratos na dieta faz com que o organismo a mobilize suas reservas de glicogênio hepático e muscular, que contém 100 e 400g de glicogênio, respectivamente. Cada grama de glicogênio hepático é mobilizada com 2-3g de água, enquanto a degradação de cada grama de glicogênio muscular corresponde a 3-4g de água. Ou seja, quando as reservas de glicogênio diminuem, a perda de água conduz a perda de peso corporal. Porém quando ocorre ingestão de carboidratos novamente, ocorre ganho de peso de forma rápida (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

A dieta de baixo carboidrato tem se demonstrado eficaz em curto prazo para a perda de peso, diminuição dos níveis de triglicerídeos, aumento do HDL, aumento da adiponectina e, em

relação aos pacientes diabéticos também tem sido relacionada a melhorias na resistência a insulina, controle glicêmico, diminuição da HbA1c e redução dos medicamentos hipoglicemiantes, porém quando avaliado a dieta restrita em carboidratos e a diminuição dos níveis de LDL os benefícios nesse parâmetro ainda são poucos, sendo que a maioria dos estudos não encontrou vantagens em restringir a ingestão de carboidratos para diminuir os níveis de LDL, sendo assim um motivo de preocupação para a aderência a dieta, tendo em vista que os níveis elevados de LDL estão relacionados a fatores de risco cardiovasculares (MOURA, 2015).

DIETA DUKAN

A dieta Dukan, apesar de moderna, é, na verdade, uma releitura da também famosa dieta do Dr. Atkins, muito popular nas décadas de 1970 e 1980. Assim como a dieta Atkins, a dieta Dukan é baseada em uma rigorosa restrição a alimentos ricos em carboidratos e um grande consumo de alimentos ricos em proteína animal. (PEDRO P;2017)

De acordo com Mcardle e Katch & Katch (2010), Guerra (2010) a recomendação da ingestão de proteínas varia entre 0,8 – 1,8g/kg de proteínas por dia. Esses valores abrangem a necessidade desde pessoas sedentárias até atletas de alto rendimento. Os resultados encontrados por Gomes *et al.* (2008) em seu estudo cita que que o excesso de proteínas, será simplesmente utilizado como energia ou armazenado na forma de gordura.

Lugarezze *et al* (2009), Gomes *et al.* (2008) e Lillegard *et al.* (2002), observaram que suplementos alimentares com excesso de proteínas podem causar efeitos adversos e indesejáveis, como, aumento de trabalho hepático e renal, desidratação secundária devido à alta excreção de uréia, gota, lesões sistêmicas, perda de cálcio, distensão abdominal e diarreia.

Em um estudo realizado por Jenkins *et al* no ano de (2001) ele comparou os efeitos do consumo de uma dieta com alto teor de proteína vegetal e outra normoproteica, mas ambas com o mesmo valor; nos níveis de lipídios séricos, ácido úrico e na função renal. Os resultados mostraram uma diminuição significativa na concentração de triglicérides, ácido úrico, creatinina e LDL oxidada e um aumento nos níveis de ureia sanguínea e urinária no grupo que consumiu a dieta hiperproteica. Concluiu-se que a alta ingestão de proteína vegetal pode ter um efeito benéfico nos fatores de risco de doenças cardiovasculares por levar a redução de LDL oxidada, triglicérides e ácido úrico. No entanto, o aumento nos níveis de uréia sanguínea e urinária correlaciona possíveis efeitos adversos para a função renal.

Nos estudos que adotaram a restrição energética como forma de tratamento para redução de peso foram observados efeitos favoráveis na composição corporal das dietas com maior proporção de

proteína e menor proporção de carboidrato que adotaram também uma restrição energética obtiveram êxito no tratamento da perda de peso corporal.(LAYMAN *et al*;2005).

Um estudo feito na França com 5000 pessoas que se submeteram à dieta mostrou que cerca de metade delas já havia engordado tudo de novo em menos de 1 ano; e após 4 anos, quase 90% das pessoas tinham o mesmo ou até mais peso que antes da dieta, o que mostra que a dieta Dukan, além de não ser saudável, não ajuda o paciente a perder peso de forma persistente. Diversas sociedades médicas e de nutrição não consideram a dieta Dukan uma opção aceitável para perder peso, pois seu efeito a longo prazo é pobre, haver variações de peso ao longo da dieta (efeito sanfona), devido á graves restrições nutricionais e os efeitos colaterais podem ser graves (PEDRO P;2017)

JEJUM INTERMITENTE

O jejum intermitente ganhou um espaço considerável nos últimos anos, algumas pessoas acham esse tipo de dieta mais fácil de seguir do que as abordagens tradicionais de restrição calórica. O jejum intermitente envolve restringir a ingestão total de energia em 1-3 d / semana e comer livremente nos dias de não restrição. Achados recentes sugerem que jejum intermitente é igualmente eficaz como a restrição calórica, para perda de peso e cardioproteção. No entanto não é de clareza o fato de que jejum intermitente obtém melhorias comparáveis em indicadores de risco de diabetes, quando comparados com a redução calórica (Adrienne R.Barnosky 2014).

O Jejum Intermitente- (JI) é um método de minimizar a frequência do consumo alimentar, caracteriza pela permanência em jejum durante o dia (GUMAA *et al.*, 1978; HALLAK; NOMANI, 1988; SALEH *et al.*, 2005), levando se em hipótese de que manter-se em jejum por períodos intermitentes pode trazer a perda de peso e benefícios a saúde.

Deste modo, estudos de JI consistem na análise do efeito de períodos alternados de privação alimentar até a ingestão de um alimento, que geralmente vão de doze a 24 horas. Estudos relacionados à JI apresenta aprimoramento no metabolismo do indivíduo, apresentando melhora da sensibilidade à insulina (HALBERG *et al.*, 2005; CARLSON *et al.*, 2007; CARLSON; SNEAD; CAMPBELL, 1994), aumento relevante no tempo de sobrevivência (GOODRICK *et al.*, 1990), impacto cardioprotetor (VARADY *et al.*, 2009), utilização de lipídios como combustível metabólico (VARADY *et al.*, 2007; HEILBRONN *et al.*, 2005).

Adrienne R.Barnosky (2014), realizou um estudo sobre o efeitos de jejum intermitente e restrição calórica diária com relação ao peso corporal, glicemia em jejum, e sensibilidade à insulina em adultos com sobrepeso e obesos. Obteve se como resultado que nenhuma das

intervenções citadas produziu reduções clinicamente significativas nas concentrações de glicose. Em conjunto, essas descobertas preliminares são promissoras para o uso de jejum intermitente para a perda de peso e redução do risco de diabetes tipo 2 em pessoas com sobrepeso e obesidade.

Em uma pesquisa realizada por Leonie K Heilbronn (2005), que teve como objetivo avaliar se o jejum intermitente é realmente um método viável de restrição dietética em humanos não obesos e se melhora biomarcadores conhecidos de longevidade, teve como resultados que o jejum do dia alternativo foi viável apenas em indivíduos não obesos no qual a oxidação da gordura aumentou. No entanto, em outro ponto de vista a fome nos dias de jejum não diminuiu, podendo indicar a improbabilidade de continuar esta dieta por longos períodos. Deste modo verificasse que nem todo indivíduo é capacitado para se realizar o jejum intermitente.

De acordo com [AZEVEDO](#) (2013), foram realizados poucos estudos que exploram a real eficácia do jejum intermitente como intervenção na regulação do metabolismo. Os estudos tem como amostra pequenas populações e por períodos curtos, o que limita o peso dos resultados obtidos. É de necessidade novos estudos para determinar a frequência e / ou a duração do JI, para exercer um efeito positivo sobre o metabolismo e resultados cardiovasculares.

DIETA MEDITERRÂNEO

A dieta mediterrânica originária de países banhados pelo mar mediterrâneo é baseada em praticas, hábitos e costumes de um povo expressa a vivência milenar de comunidades da área geográfica do Mediterrâneo e de regiões por este culturalmente influenciadas, é um modelo cultural que incorpora valores e práticas sociais. Tem conquistado gente pelo mundo todo pelo atraente colorido e aroma de seus pratos, além dos vários estudos e pesquisas que comprovam sua ligação direta com a boa saúde e longevidade.(REZENDE, 2006).

A região do Mediterrâneo é formada por países de três continentes diferentes - Itália, Espanha, Grécia, Iugoslávia, França, e Albânia (da Europa), Egito, Líbia, Tunísia, Argélia e Marrocos (da África), Turquia, Israel, Síria e Líbano (da Ásia) - e todos são banhados pelo mesmo mar.

O cardápio mediterrâneo se caracteriza pela riqueza do consumo de frutas, hortaliças (verduras e legumes), cereais, leguminosas (grão-de-bico, lentilha), oleaginosas (amêndoas, azeitonas, nozes), peixes, leite e derivados (iogurte, queijos), vinho, azeite de oliva e uma enorme variedade de ervas de cheiro, que dão cor e sabor especiais a esta culinária. Além disso, é caracterizado por um baixo consumo de carnes vermelhas, gorduras de origem animal, produtos industrializados e doces, alimentos ricos em gordura e açúcar.

Em 2010 a Dieta Mediterrânica foi declarada Patrimônio Cultural da Imaterial da Humanidade pela UNESCO. Essa decisão assenta na essencialidade da dieta mediterrânica como um conjunto de praticas tradicionais, conhecimentos e habilidades transmitidas de geração em geração e que proporciona um sentimento de continuidade para comunidades evolutivas. A dieta Mediterrânica é indexada com evidência científica com a capacidade de prevenir as principais doenças crônicas como: DCV e o cancro, aumentando assim a esperança e qualidade de vida das populações onde está presente. (WHO,2010).

A adoção do padrão alimentar da dieta mediterrânea leva em consideração alguns pontos chaves como: Moderação, Confecção, Socialização, Sazonalidade, Atividade física e Descanso adequado,(ou seja, uma noite de sono de no mínimo 8 horas diárias.)(BONITO, 2016).

A dieta mediterrânea trouxe para a comunidade científica interessada em uma qualidade de vida melhor, pesquisas que serviram de apoio a novas pesquisas e reflexões. O interesse sobre dietas como um problema de saúde publica teve inicio em meados dos anos 1950 em Nápoles, onde foi observada baixa incidência de doenças cardiovasculares associada ao que ficou conhecido como Dieta Mediterrânea (KEYS, 1970).

De acordo com diversos estudos o principal beneficio da dieta Mediterrânica é a prevenção primaria das DCV e SM,(Kesse Guyot et al; Babio et al; Salas Salvadó et al; Gouveri et al). A dieta mediterrânea permite uma perda de peso a breve e longo prazo e faz com que o individuo não necessite seguir uma alimentação baseada em cálculos de calorias.(E. ZACHARIAS, 2012).

CONCLUSÃO

Dietas com restrição alimentar apresentam efeitos positivos na perda de peso e no tratamento e prevenção de doenças crônicas transmissíveis, porém devem ser realizadas com acompanhamento nutricional, pois a resposta para cada indivíduo é diferente e só pode ser avaliado o retorno positivo ou negativo para o organismo, através do acompanhamento com o profissional adequado.

Podemos concluir que, dietas da moda só devem ser realizadas com o acompanhamento de um profissional qualificado, o nutricionista, se o mesmo julgar necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrienne R. Barnosky et al. **Intermittent fasting vs daily calorie restriction for type 2 diabetes prevention: a review of human findings.** 2014

AZEVEDO, Fernanda Reis de; IKEOKA, Dimas and CARAMELLI, Bruno. **Efeitos do jejum intermitente no metabolismo humano.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online] .120 vol.59, n.2, pp.167-173. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.09.003>.

BETONI, F.S.; ZANARDO, P.; CENI, G.C. **Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo.** *ConScientiae Saúde* [en linea] 2010.

BABIO N, Bulló M, SALAS. Salvadó J. **Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence.** *Public Health Nutr.* 2009;12(9A):1607.17.

BRESSAN. Josefina, VIDIGAL. Fernanda de Carvalho. **RASBRAN Revista da Associação Brasileira de Nutrição.** São Paulo, SP, Ano 6, n.1, p.55-60, Jan-Jun. 2014. ISSN 2177--□ 7527 (online)

BONITO. Jorge. **A dieta mediterrânica na prevenção da hipertensão arterial, hipercolesterolêmia e doenças cardiovasculares.** *REBES* - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v. 6, n.1, p. 27-35, Jan-Mar, 2016

E. Zacharias, **The Mediterranean Diet: A Clinician's Guide for Patient Care**, DOI 10.1007/978-1-4614-3326-2_1. Springer Science+Business Media, LLC 2012. Livro “The Mediterranean Diet: A Clinician’s Guide for Patient Care” – <http://bit.ly/1euwxmX>

FOXCROFT LA. **A tirania das dietas.** Trad. Luis Carlos Borges, São Paulo: Três Estrelas, 2011.

GOMES, G.S. *et al.* **Caracterização do consumo de suplementos nutricionais em praticantes de atividade física em academias.** *Rev. Medicina*, v. 41, n. 3, p. 327-331, 2008.

GUMAA, K. et al. The effects of fasting in Ramadan. *British journal of nutrition*, [S.l.] , v.40, n.03, p.573 581, 1978.

GOUVERI ET, TZAVARA C, DRAKOPANAGIOTAKIS F, TSAOUSSOGLU M, MARAKOMICHELAKIS GE, TOUNTAS Y, et al. **Mediterranean diet and**

metabolic syndrome in na urban population: the Athens Study. Nutr Clin Pract. 2011;26(5):598--□606

HALLAK, M. H.; NOMANI, M. Body weight loss and changes in blood lipid levels in normal men on hypocaloric diets during Ramadan fasting. The American journal of clinical nutrition, [S.l.] , v.48, n.5, p.1197 1210, 1988.

HU, T. *et al.* Effects of Low-Carbohydrate Diets Versus Low-Fat Diets on Metabolic Risk Factors: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. **America Journal Epidemiology**, 2012.

JENKINS, D.J.A;KENDALL, C.W.C; VIDGEN, E;AUGUSTIN, L.S.A;VAN, E.M;GEELEN, A. *et al.* **High-protein diets in hyperlipidemia: effect of wheat gluten on serum lipids, uric acid and renal function.** American Journal Nutricion. v.74, n. 5, p. 57-63, 2001.

KESSE.Guyot E, AHLUWALIA N,Lassale C,HERCBERG S,FEZEU L,LAIRON D. **Adherence to Mediterranean diet reduces the risk of metabolic syndrome : a 6 year prospective study.**Nutr Metab Cardiovasc Dis.2013;23(7):677-83.

KEYS, A. **Coronary Heart Disease in Seven Contries.** Circulation. Vol 41 (suppl 1), 1970.

LAYMAN DK, EVANS E, BAUM JI, SEYLER J, ERICKSON DJ,BOILEAU RA. **Dietary protein and exercise haveadditive effects on body composition d u r i n g weight loss in adult women.** J Nutr 2005.

Leonie K Heilbronn. *et al.* **Alternate-day fasting in nonobese subjects: effects on body weight, body composition, and energy metabolism.** 2005 American Society for Clinical Nutrition

LILLEGARD, W.A. *et al.* **Manual de Medicina Desportiva:** Uma Abordagem Orientada aos Sintomas. 2ed, São Paulo: Manole, 2002.

LUGAREZZE, A.C. *et al.* **Avaliação nutricional de fisiculturistas de academias da cidade de São Paulo.** Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício, v. 8, n. 1, p. 9-13, 2009

MCARDLE, W.D; KATCH, F.I; KACHT, V.L. **Fisiologia do Exercício: nutrição, energia e desempenho.** 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

Moura, L. R. **Dieta de baixo carboidrato: uma revisão de literatura** –[monografia] João Pessoa: [s.n.] , 2015.

OLIVEIRA PV. **Insatisfação corporal e as influências dos meios de comunicação face à aparência, controle de peso e obesidade.** Lisboa: ULHT; 2010.

QUEIROZ. Jorge; **Dieta Mediterrânica:** um modelo cultural. Rev. Factores de Risco nº31 Jan - Mar 2014 pág. 8-18.

REZENDE, Ana Beatriz Montanni Alves. **Dieta Mediterrânea** - Características e Aspectos Gastronomicos. Centro Universitário de Brasília- Brasília DF - Agosto 2006.

SALAS.Salvadó J, FERNÁNDEZ.Ballart J,ROS E, MARTÍNEZ González MA,FITÓ M, Estruch R, et al. **Effect of a Mediterranean diet supplemented with nuts on metabolic syndrome status:one year results of the PREDIMED randomized trial.** Arch Intern Med.2008;168(22):2449 - 58

SANTANA HMM, MAYER MDB, CAMARGO KG. **Avaliação da adequação nutricional das dietas para emagrecimento veiculadas pela internet.** Conscientia e Saúde. 2003.

SOUTO, Silvana; FERRO-BUCHER, Júlia S. N. **Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares.** Rev. Nutr., v. 19, n. 6, p. 693-704, 2006.

SALEH, S. A. et al. Effects of Ramadan fasting on waist circumference, blood pressure, lipid profile, and blood sugar on a sample of healthy Kuwaiti men and women. Mal J Nutr, [S.l.] , v.11, n.2, p.143 50, 2

VALLE, Janaína M. N.; EUCLYDES, Marilene P. **A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos.** Revista APS, v. 10, n. 1, p. 56-65, jan. /jun. 2007.

VIEBIG RF, NACIF MAL. **Recomendações nutricionais para a atividade física e o esporte.** Rev Bras Ed Física Esporte Lazer Dança. 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Set of recommendations on the marketing of foods and nonalcoholic beverages to children.** Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210_eng.pdf>.

