

OBESIDADE *chude* A AÇÃO FULMINANTE DA DIETA ZERO CALORIA

Flavio Rotman

A obesidade, alvo permanente de cruéis regimes e duvidosas prestidigitações, começa a entregar os seus segredos. Os nutrólogos ainda não dispõem de uma pílula mágica capaz de permitir que as pessoas comam de tudo sem engordar. Mas as descobertas se tornam

cada vez mais precisas, e velhos dogmas podem estar francamente a caminho da dissolução.

Apenas 10 em cada 100 pessoas obesas devem o excesso de peso exclusivamente à inatividade física e à superabundância de alimentos com alto índice de calorias. Em 90% dos casos, o excesso de peso é uma predestinação marcada a partir da

primeira infância. Certas práticas contemporâneas de alimentação infantil, como a preferência das mães pela mamadeira, levam à superalimentação e à produção de células de gordura em demasia em milhões de crianças. Em vez de a criança decidir com base em disposições internas de fome e saciedade, a mãe é quem resolve, com base no nú-

mero de gramas marcado na parte externa da mamadeira, a quantidade de alimento a ser ingerida.

Mas, atenção: o regime de jejum total (dieta zero caloria) só pode ser aplicado em regime hospitalar, com monitorização médica supervisionada, e destinado aos casos de obesidade onde a rápida perda de peso seja realmente vital.



O corpo obeso desde os primeiros anos de vida apresenta um número anormalmente elevado de células de gordura, que continuam a existir pela vida afora. A perda de alguns quilos durante qualquer regime de emagrecimento apenas diminui o tamanho de cada uma dessas células, nunca o seu número. Os obesos desta categoria tendem a ficar deprimidos física e psicologicamente após o emagrecimento. Qualquer coisa os leva de volta à obesidade. É como se suas células de gordura emitissem sinais ao cérebro pedindo para serem enchidas novamente.

Mas, além das células de gordura, outros fatores parecem favorecer a obesidade marcada desde a infância, entre os quais certa propensão hereditária, a desamamentação prematura e a precoce incorporação de alimentos sólidos ao cardápio infantil. Pessoas com um tipo particular de corpo — os de braços e pernas compridos e estreitos — têm pouquíssimas probabilidades de ficarem gordos. Por outro lado, as obesas tendem, conforme o caso, a possuir uma complexão mais volumosa ou mais flácida.

Certas práticas contemporâneas de alimentação infantil, como a preferência das mães pela mamadeira, levam à superalimentação e à produção de células de gordura em demasia em milhões de crianças. Em vez de a criança decidir com base em disposições internas de fome e saciedade, a mãe é quem resolve, com base no número de gramas marcados na parte externa da mamadeira, a quantidade de alimento a ser ingerida.

Aproximadamente 80% das crianças gordas aos cinco anos estão propensas a serem obesas na idade adulta. E, como profilaxia, aconselha-se que as mães de crianças com excesso de peso simplesmente mudem o comportamento em relação aos filhos. Pois, além de colaborarem para a formação das células de gordura, trabalham como pedreiro na construção dos hábitos especiais que costumam caracterizar o comportamento do adulto obeso.

A obesidade por si só causa fadiga e predispõe a certos tipos de psicose. O obeso sofre fisicamente devido à sua preguiça e cansaço fácil e mentalmente porque lhe falta atratividade. São comuns a osteoartrite da coluna lombar e dos joelhos, e vêm, com isso, as desordens ortopédicas como pé chato e outras. A obesidade predispõe ao diabetes mellitus, à hipertensão arterial e à arteriosclerose precoce. As doenças cardiovasculares e as descompensações cardíacas são mais comuns no obeso. Litíases biliares, artrites degenerativas, hérnias, varicosidades venosas e certos tipos de câncer ocorrem com mais frequência nos obesos.

A obesidade é um dos maiores inimigos da saúde pública. O seu controle é um dos maiores sucessos da medicina preventiva e esse atendimento é essencial no tratamento supletivo de muitas doenças. A redução calórica em suas variadas formas parece ser ainda o mais eficaz método de redução da massa gordu-

A mulher, proporcionalmente, perde menos peso do que o homem

rosa sólida em excesso no organismo. Vários estudos nas alterações da homeostasia da energia durante o jejum calórico total (dieta zero de caloria) demonstraram que o jejum calórico pode ser bem tolerado por pessoas obesas mesmo que seja utilizado por períodos de tempo prolongados até dois meses.

Este tipo de dieta está formalmente contra-indicada nas seguintes situações:

- A) Nos pacientes portadores de gota ou com aumento do ácido úrico ou que tenham história familiar de gota.
- B) Nos pacientes com enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral.
- C) Pacientes diabéticos dependentes de insulina.
- D) Doença renal crônica.
- E) Doenças psiquiátricas.
- F) Adolescência, infância.
- G) Gravidez, lactação.
- H) Velhice.
- I) Doença hepática

A limitação deste método terapêutico é representada pela diminuição dos tecidos nobres proteicos de sustentação com suas implicações nos processos vitais do corpo humano, tendo sido introduzido por Bloom em 1959 e subsequentemente divulgado por Duncan com vários casos publicados na literatura médica.

A maioria dos indivíduos perde de 650g a 1 mil 350g nas primeiras 24 horas e continua a perder uma média de 900g nos próximos 10 dias e daí em diante a perda diária cai progressivamente para 300g no final do segundo e último mês deste tratamento. A partir daí, as perdas diárias tendem a permanecer constantes.

A composição da perda de peso induzida pelo jejum calórico total é representada por proteínas, gordura, água corporal, sais minerais. A mulher, proporcionalmente, perde menos peso do que o homem. As paradas de perda de peso podem coincidir com a ovulação ou a menstruação. As reservas de carboidrato participam muito pouco nesta perda de peso, já que existem somente 120g de glicogênio muscular, 70g de

glicogênio hepático, 20g de glicose no corpo humano. A perda de água nos primeiros dias através da urina melhora a falta de ar do obeso e do edema das extremidades.

A perda de água é maior no começo do que no final do segundo mês de tratamento. Durante esta fase de grande perda de água, não devem ser usados os diuréticos, pelo perigo de desencadear arritmias cardíacas. A perda de fluidos produz diminuição do volume do plasma e do fluido encontrado fora das células (fluido extracelular), produzindo consequentemente uma queda tripla da pressão arterial, da filtração glomerular renal e da perfusão sanguínea do fígado.

É exatamente a queda da pressão arterial, na posição de pé, a causa mais importante para o paciente suspender o regime de jejum total. A perda de líquidos pode ser reduzida pela administração de bicarbonato de sódio. Os banhos quentes são abolidos, particularmente no período da manhã, quando as modificações de pressão arterial no sentido da hipotensão são mais marcantes.

O jejum leva a uma gradual diminuição das pressões arteriais máxima e mínima; pacientes hipertensos podem tornar-se normotensos. No jejum calórico total, as drogas anti-hipertensivas devem ser suspensas pelos efeitos drásticos na queda da pressão arterial que podem ocasionar.

Teoricamente, os pacientes obesos em regime de dieta zero de caloria poderiam sobreviver somente das suas reservas gordurosas se não

A preferência das mães pela mamadeira leva à superalimentação e à produção de células de gordura em demasia

existissem setores do organismo que dependessem somente de açúcar, como o cérebro, medula renal e hemácias. Com o esgotamento das reservas de carboidratos, os aminoácidos entram para cobrir estas funções, transformando-se em glicose pelo processo metabólico chamado de gliconeogênese.

A perda de proteína durante o jejum está na faixa de 56 a 80gm/dia. Com o prolongamento do jejum as perdas proteicas podem chegar de 18 a 25g/dia. Se adicionarmos carboidratos nesta fase, podemos interromper em 50% a perda de proteínas pelo jejum total. A perda proteica traduz-se pela perda de pelos, unhas, anemia, fadiga e aparecimento de estados depressivos.

Pacientes com diabetes não diagnosticado ou em uso de modestas doses de insulina ou drogas hipogli-

cêmicas tornam-se normoglicêmicos e sem glicose na urina no espaço de uma semana a três meses. Diabéticos em uso de 50 unidades de insulina/dia ou mais melhoram mais lentamente, entretanto, em alguns casos podem requerer até mais insulina. A gordura perdida com o jejum calórico total pode chegar aproximadamente ao nível dos 34% do peso total perdido no período cumulativo de 48 dias, não diferindo, entretanto, da perda total de gordura induzida por uma dieta de 800 calorias/dia.

A excreção de potássio durante o jejum permanece constante numa magnitude de 40-45 meq/dia durante os primeiros cinco dias, depois diminui para 10-15 meq/dia após o 10º dia de jejum. Esta perda reflete unicamente a diminuição da massa celular. A suplementação de sódio nesta fase aumenta a excreção do potássio e a administração do cloreto de potássio aumenta os níveis da pressão arterial.

A excreção de sódio durante as primeiras 24 horas de jejum é alta na ordem de 50 a 250 meq/dia, diminuindo durante oito a 10 dias a um nível de 1 a 15 meq/dia permanecendo assim através do curso de tratamento. Complica o jejum calórico total o aumento do ácido úrico sanguíneo, podendo inclusive desencadear uma crise de gota, ou então uma cólica renal por deposição de sais de ácido úrico no rim ou no ureter.

A acidose que acompanha esta dieta deve-se ao acúmulo no sangue dos corpos cetônicos, resultantes da queima da gordura corporal. A literatura médica apresenta relatos bem definidos de morte em pacientes obesos em regime de jejum calórico total (dieta zero caloria). Por isso mesmo, o método só pode ser aplicado em regime hospitalar, com monitorização médica supervisionada. Em termos de sucesso de tratamento, sabe-se da inutilidade dos períodos de jejum de duas semanas ou menos e dos períodos de jejum realizados de forma intermitente (dois-três dias) seguidos de outro tipo de dieta. E tempo perdido, pois a maioria dos pacientes não adere, nem permanece no programa global.

Os resultados estatísticos a longo termo são desanimadores, levando-se em conta os riscos do tratamento e do custo milionário das internações. Independente de sexo, raça, idade, volume original da obesidade, depois de dois anos somente menos do que 30% do total de pacientes ingressos neste regime permaneceram e alcançaram o peso ideal. Após um período apropriado com o regime de fome, o paciente deve iniciar um programa alimentar convencional. Em suma, o tratamento pelo regime de jejum total deve ser reservado para os casos de obesidade onde a rápida perda de peso seja realmente vital.