

Capítulo 2

PESO IDEAL: ALCANCE-O DE FORMA NATURAL

O CENÁRIO

A bebê Brenda não tinha a intenção de ser um incômodo. Sua mãe achava que ela queria ter filhos, mas sua carreira também era muito importante para ela. Seu tempo com Brenda era doce, mas curto. Depois, exausta após um longo dia, ela buscava paz e tranquilidade sozinha. Embora Brenda chorasse de vez em quando, uma mamadeira sempre parecia suficiente para conter as lágrimas. Agora, quando Brenda se sente incomodada, a comida sempre parece suficiente para aliviar a dor. É quase como se a mãe estivesse por perto.

A obesidade está em alta em bebês que são aquietados com a comida. Os bebês costumam ser alimentados para ficarem quietos, quando sua necessidade real pode não ser a fome. Isso pode se tornar um hábito para toda a vida, geralmente associado à alimentação emocional.¹

As meninas com excesso de peso correm um risco maior de puberdade precoce. Desde 1963, o número de meninas de 6 a 19 anos com excesso de peso aumentou 275%.² Oitenta por cento das crianças obesas de 10 a 14 anos de idade, de famílias obesas, acabam se tornando adultos obesos.³ Consequentemente, o diabetes infantil,⁴ osteoartrite⁵ e puberdade precoce⁶ estão em um nível mais alto do que nunca.

A obesidade ocorre em famílias. Até o cachorro da família é gordo.⁷ Dizem que a maçã nunca cai longe da árvore - você pode ser geneticamente "programado" para a obesidade. Entretanto, são suas escolhas que determinam seu peso.⁸ Já foi dito que a genética carrega a arma - o estilo de vida puxa o gatilho.⁹

ESTATÍSTICAS: QUEM ESTÁ EM RISCO NAS ÚLTIMAS PESQUISAS?

Todos os dias, nos Estados Unidos, 67% dos adultos estão acima do peso ou são obesos, e 19% dos adultos fumam. Todos os dias, nos Estados Unidos, o tabagismo é a causa número 1 de mortes evitáveis, enquanto a obesidade é a número 2 e está aumentando.¹⁰ Os fatores mais importantes que contribuíram para a mortalidade nos Estados Unidos em 1990 foram o tabaco (cerca de 400.000 mortes), padrões de dieta e atividade (300.000), álcool (100.000), agentes microbianos (90.000), agentes tóxicos (60.000), armas de fogo (35.000), comportamento sexual (30.000), veículos motorizados (25.000) e uso ilícito de drogas (20.000).¹¹

A obesidade está agora em um nível altíssimo. Nos EUA, 67% dos homens e 57% das mulheres estão acima do peso ou são obesos. Por quê? Por causa de um estilo de vida sedentário, escolhas alimentares ruins, obsessão por dietas, falta de tempo etc.¹²

A pobreza drena a nutrição da dieta familiar. O custo de alimentos com baixo teor energético aumentou 20% em dois anos (2004-2006). Os preços dos alimentos com alto teor energético caíram 2%.¹³ É relativamente barato ficar obeso.

Observando os mapas anuais dos Estados Unidos do CDC (Centers for Disease Control, Centros de Controle de Doenças) com os estados codificados por cores de acordo com os níveis de obesidade, fica muito claro que temos uma epidemia de obesidade em pleno andamento. Por exemplo, o Mississippi, em 1990, relatou que 10% a 14% de sua população era obesa; em 1995, esse número havia aumentado para 15% a 19%; e em 2005, mais de 30%.

As dietas estão aumentando, mas a perda de peso está diminuindo. A qualquer momento, mais de dois terços dos adultos dos EUA estão tentando perder peso ou estão evitando o ganho de peso.¹⁴ A maioria deles recupera o peso em cinco anos.¹⁵

Os custos da obesidade aumentaram para US\$ 150 bilhões. Os custos de saúde relacionados à obesidade em 2000 foram de US\$ 117 bilhões.¹⁶ O setor de dietas dos EUA fatura US\$ 33 bilhões por ano com livros de dieta, alimentos de dieta, programas de dieta e artifícios para perda de peso.¹⁷

Será que nós, em nossas tendências à obesidade, nos tornamos um sinal do fim do mundo? O que a Bíblia diz? "Pois assim como foi nos dias de Noé, também será a vinda do Filho do Homem. Porquanto, assim como nos dias anteriores ao dilúvio comiam e bebiam, casavam e davam-se em casamento, até ao dia em que Noé entrou na arca, e não o perceberam, senão quando veio o dilúvio e os levou a todos, assim será também a vinda do Filho do Homem."¹⁸

OBESIDADE: O QUE É?

A obesidade é baseada no Índice de Massa Corporal (IMC). A fórmula do IMC é peso (kg)/(altura em cm)² ou 703 x libras/polegadas.² Um IMC de 18,5 ou menos é considerado abaixo do peso; 18,5 < IMC < 25 é considerado peso ideal; 25 < IMC < 30 é considerado sobrepeso; 30 < IMC < 35 é considerado obeso (leve); 35 < IMC < 40 é considerado obeso (moderado); e 40 < IMC é considerado obeso (grave). Há gráficos disponíveis que facilitam a determinação de seu IMC. Outra forma útil de acessar a obesidade é a circunferência da cintura. Para os homens, uma circunferência da cintura maior que 102 cm e, para as mulheres, uma circunferência da cintura maior que 90 cm indica obesidade.¹⁹ Uma circunferência de cintura grande é mais perigosa do que um IMC alto para muitas das doenças que discutiremos.

VALE MESMO A PENA?

Por que perder peso? Você pode estar se perguntando: "Se todo mundo está ganhando peso, por que lutar contra a corrente?" Há vários bons motivos para optar pela perda de peso: Uma mente mais clara, uma imagem corporal mais saudável, evitar a dor e a depressão, reduzir o ônus financeiro (custos de saúde), estar por perto para seus filhos e netos e evitar a incapacidade e a necessidade de ser cuidado por outras pessoas, só para citar alguns. A expectativa de vida dos obesos mórbidos é reduzida em 8 anos para as mulheres e em 20 anos para os homens.²⁰ Perder alguns quilos pode reduzir a ameaça.

Os homens que participam de programas bem-sucedidos de perda de peso podem reduzir o risco de morte em 41%.²¹ Ao perder de 5 a 10 quilos, os diabéticos podem reduzir o risco de morte em 33%.²² Seria bom fazer da perda de peso um estilo de vida.

A perda contínua de peso, aproximando-se do peso corporal ideal, pode reduzir o risco de diabetes em 30 a 50%.²³ Se sua saúde estiver debilitada, a perda de peso pode ser a chave para a recuperação. Uma perda de peso de 5% em indivíduos obesos pode resultar em melhor controle do açúcar no sangue, da pressão arterial, do colesterol e dos triglicerídeos.²⁴

AS MÁS NOTÍCIAS

Esses persistentes quilos extras podem ser uma fonte de doença pouco reconhecida. Onze por cento do câncer, 14% da osteoartrite, 17% das doenças cardíacas e da hipertensão, 30% das doenças da vesícula biliar e 57% do diabetes podem ser atribuídos à obesidade.²⁵

Em outras palavras, o custo oculto da gordura abundante pode ser calculado pelo aumento do risco de outras doenças. O risco de diabetes aumenta de 244% a 600%,²⁶ cálculos biliares em 400% a 500%,²⁷ depressão em 400%,²⁸ o risco de apneia do sono aumenta em 77%.²⁹ O risco de asma aumenta em 190%,³⁰ O refluxo aumenta 94%,³¹ A trombose venosa profunda (coágulos sanguíneos) aumenta 140%,³² doença cardíaca coronariana aumenta 81%,³³ A gota aumenta 200%,³⁴ a infertilidade feminina aumenta 200%,³⁵ a infertilidade masculina devido à baixa contagem de espermatozoides aumenta 300%,³⁶ o risco de síndrome pré-menstrual (TPM) aumenta em 180%.³⁷

Ser muito obeso pode AUMENTAR O RISCO DE MORRER EM 140%³⁸, RISCO DE DERRAME EM 70%.³⁹ O risco de incontinência de fezes e urina aumenta 45% e 150%, respectivamente;⁴⁰ e o risco de cirrose do fígado gorduroso devido à obesidade aumenta em 120%.⁴¹

O aumento do peso corporal é um forte fator de risco para o diabetes. Oitenta por cento dos pacientes com diabetes tipo 2 estão acima do peso ou são obesos.⁴² Para examinar mais detalhadamente o risco de diabetes, é importante perceber que, para cada 2 kg de peso ganho, o risco de diabetes aumenta em 10%.⁴³ O risco de contrair diabetes em algum momento da vida é de 7% para pessoas abaixo do peso, 15% para pessoas com peso normal, 26% para pessoas com sobrepeso, 44% para pessoas obesas e 57% para pessoas muito obesas.⁴⁴

O aumento do peso corporal é um forte fator de risco para o diabetes. Oitenta por cento dos pacientes com diabetes tipo 2 estão acima do peso ou são obesos.

A gordura mais implicada no diabetes e em suas complicações é a chamada gordura central, visceral ou de órgãos.⁴⁵ Essa é a gordura que fica dentro do corpo ao redor dos órgãos abdominais. Essa gordura é sempre mantida na temperatura central mais alta do corpo. Essa gordura é a fonte de radicais livres oxidados de gordura e colesterol.⁴⁶ Os diabéticos tendem a ter mais desse tipo de gordura.⁴⁷ A obesidade visceral também leva à elevação dos triglicerídeos e à redução dos níveis de HDL, aumentando substancialmente o risco de doença coronariana.⁴⁸

A ligação entre o aumento da gordura corporal e o risco de câncer também está relacionada ao envolvimento das células de gordura na produção de hormônios. Não é comum ter câncer de mama na ausência de estrogênio. O excesso de produção de estrogênio em mulheres obesas dá a elas um prognóstico pior para o câncer de mama.⁴⁹ A obesidade também aumenta o risco de outros tipos de câncer:

câncer de ovário 14%, linfoma não Hodgkin 17%, câncer de pâncreas 24%, mieloma múltiplo 31%, câncer de mama em mulheres na pós-menopausa 40%, leucemia 50%, câncer de rim 53%, câncer colorretal 61%, adenocarcinoma de esôfago 138% e câncer de endométrio 189%.⁵⁰

A pressão arterial também aumenta com o aumento da obesidade. Um ganho de peso de 6 kg aumenta o risco de hipertensão em 36%, 10 kg em 64%, 16 kg em 132%, 20 kg em 191% e 25 kg ou mais em 265%. Por outro lado, a perda de peso pode diminuir o risco. Uma perda de peso de 6 kg pode reduzir o risco em 24% e uma perda de peso de 10 kg ou mais pode reduzir o risco em 53%.⁵¹

O ganho de peso aumenta o risco de dor nas costas e artrite. A dor nas costas aumenta significativamente com o ganho de peso.⁵² A pressão do excesso de peso achata os discos intervertebrais, fazendo com que eles se deteriorem e resistam ao rejuvenescimento.⁵³ Uma cintura excessiva, com o aumento da gordura visceral, pode

umentar o risco de artrite mais do que o IMC absoluto.⁵⁴ Pessoas com peso normal têm um risco de artrite de apenas 17%; para os muito obesos, o risco sobe para 44%.⁵⁵

Roupas extragrandes acompanham problemas de pele extragrandes.⁵⁶ Se você se vê comprando roupas de tamanhos muito grandes, pode ter certeza de que também tem muito mais pele do que quando nasceu. As doenças de pele aumentam nos obesos devido à alteração do fluxo sanguíneo e da fisiologia da pele.⁵⁷

Você se lembra do mal de Alzheimer? O diabetes e a obesidade quadruplicam o risco de desenvolver Alzheimer.⁵⁸

A perda agressiva de peso pode aliviar o hipotireoidismo. Cerca de 10% dos indivíduos obesos têm hipotireoidismo. O ganho de peso tem sido associado ao hipotireoidismo, enquanto a perda de peso o normaliza.⁵⁹

A depressão persegue os obesos. A depressão dobra o risco de obesidade. Pessoas obesas e deprimidas consomem cerca de 20% mais calorias do que as pessoas não obesas.⁶⁰ E isso funciona nos dois sentidos. A obesidade quadruplica o risco de depressão.⁶¹

O isolamento social aumenta com a obesidade. A obesidade em mulheres está associada a rendimentos individuais mais baixos, poucos amigos fora do círculo familiar e desemprego de longo prazo.⁶² O absenteísmo no trabalho relacionado a doenças aumenta entre os obesos. Os funcionários obesos têm 80% mais chances de faltar ao trabalho e ficam ausentes 3,7 dias a mais por ano do que os não obesos.⁶³

A população obesa pode estar vivendo mais tempo com fatores de risco mais bem controlados, mas está,

paradoxalmente, sofrendo mais incapacidades. A obesidade aumenta o risco de incapacidade grave em 175%. Indivíduos obesos têm o dobro do risco de serem incapazes de realizar as atividades da vida diária.⁶⁴

VENCENDO A OBESIDADE DE FORMA NATURAL

Você escolhe! Você é um reflexo de suas escolhas. Seus hábitos de vida e de saúde são apenas seus. Seja o melhor que você pode ser. A escolha é sua.

Saúde: peso saudável, não o menor peso. A meta final é a saúde e o peso saudável para toda a vida. Com o foco certo, você terá mais energia, melhor autoestima, mais controle pessoal e uma atitude positiva. Coma para o longo prazo; escolha um plano para toda a vida.

Você está pronto para mudar? A motivação interna é melhor do que a externa. O que você escolhe fazer por si mesmo é mais duradouro e satisfatório do que o que outra pessoa o pressiona a fazer.

Somente uma pessoa insensata precisa aprender tudo por experiência própria. Seja realista - faça pequenas mudanças ao longo do tempo. Seja aventureiro - amplie seus gostos, experimente novos pratos. Seja flexível - equilibre sua alimentação e suas atividades ao longo de vários dias. Seja sensato - aprecie os alimentos com moderação. Seja ativo - passeie com o cachorro, ande de bicicleta, empurre um carrinho de bebê.

O EXERCÍCIO PODE SER MUITO DIVERTIDO

A atividade física prevê o sucesso. Escolha algo de que você goste, de preferência ao ar livre, sob a luz do sol. Faça pelo menos sessenta minutos, combinados no total, na maioria dos dias, e você desfrutará dos benefícios: peso saudável, coração saudável, ossos fortes, sono excelente, alívio do estresse, aumento da energia e uma perspectiva positiva e confiante!

Por que fazer exercícios? O peso será reduzido apenas com a dieta, mas a massa muscular e a densidade óssea também desaparecerão. O exercício mantém a massa muscular⁶⁵ e densidade óssea⁶⁶ enquanto a gordura é perdida. Ele também aumenta a capacidade aeróbica para melhorar o condicionamento cardiovascular.⁶⁷

Como já mencionado, o estilo de vida sedentário acelera o risco de obesidade. De fato, um trabalho sedentário de 8 horas aumenta o risco de obesidade em 20% e de diabetes em 28%.⁶⁸

Tenha seu descanso de beleza. Crianças que dormem menos de 9 horas têm maior risco de obesidade.⁶⁹ Ter um horário regular para dormir antes das 22h reduz o risco de obesidade em 38%.⁷⁰ Você pode desequilibrar a balança na batalha contra a obesidade. A obesidade resulta de um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia. Fatores ambientais, como a maior disponibilidade de alimentos altamente calóricos ou a menor necessidade de atividade física, contribuem para o seu desenvolvimento.⁷¹ Existe um equilíbrio delicado no corpo humano. O peso depende do equilíbrio entre a entrada de energia da dieta e o gasto de energia por meio de exercícios. O equilíbrio também é afetado pela taxa metabólica basal. Quando a entrada total de energia excede o gasto, ocorre o ganho de peso. Muitas pessoas comem como se fossem fazer um trabalho físico pesado, quando, na verdade, não vão. Isso cria um ambiente propício à obesidade. Você terá sucesso quando sua alimentação corresponder às suas necessidades de energia e perda de peso.⁷²

O ganho de peso geralmente é o resultado de incompatibilidades biológicas e culturais com o ambiente moderno, onde há sinais fortes para comer, sinais fracos para parar de

comer, maior disponibilidade de alimentos com alto teor calórico, comer é recompensado, às vezes não há alternativas viáveis e comer demais é considerado de alto status.

Por outro lado, a atividade está associada a sinais fracos para continuar e sinais fortes para parar, disponibilidade reduzida, a inatividade é aplaudida ou se torna uma alternativa viável e recebe um status social elevado. Isso se relaciona ao conceito de comer para viver, em vez de viver para comer. Muitas pessoas comem como se estivessem se preparando para um longo dia de trabalho físico pesado quando, na realidade, suas vidas são bastante sedentárias. Se comermos para viver, adequamos nossa ingestão de energia ao gasto energético esperado, o que ajuda a manter o peso estável. Se vivemos para comer, nossa ingestão de energia excede nossas necessidades energéticas, o que leva à obesidade. O sábio comentou sobre esse princípio da seguinte forma: "Ditosa, tu, ó terra cujo rei é filho de nobres e cujos príncipes se sentam à mesa a seu tempo para refazerem as forças e não para bebedice."⁷³

Faça algo que você goste e aprecie. Os exercícios que se mostraram benéficos incluem caminhada, corrida e aeróbica (tanto na água quanto na academia),⁷⁴ e exercícios intermitentes, especialmente em equipamentos domésticos acessíveis.⁷⁵

Quanto eu preciso me exercitar? Você pode ter limitações que precisarão ser superadas, mas sugerimos pelo menos sessenta minutos diários. Os melhores horários são antes do café da manhã,⁷⁶ e após as refeições. Exercitar-se após as refeições resulta em maior gasto de energia,⁷⁷ enquanto diminui os níveis de açúcar no sangue e de insulina em diabéticos.⁷⁸ Exercícios moderados são tão benéficos quanto os intensos, e sessões curtas são tão eficazes quanto as longas (o que significa que você não precisa fazer todos os sessenta minutos de uma só vez).⁷⁹

A caminhada é um estímulo à saúde pouco apreciado. Cada hora de caminhada rápida por dia reduz o risco de obesidade em 24% e de diabetes em 34%.⁸⁰

Foi realizado um estudo de dez anos sobre exercícios que revelou que um estilo de vida ativo evita o ganho de peso e um estilo de vida sedentário com pouca atividade recreativa aumenta o risco de ganho de peso em 200% para homens e 300% para mulheres.⁸¹

A DOR NO JOELHO PREJUDICA A PERDA DE PESO: DE ACORDO COM NOVOS ESTUDOS, NÃO É BEM ASSIM

"Mas não posso me exercitar; tenho um joelho com artrite e dói para andar", você pode estar dizendo, como muitos outros.

Em um estudo com pessoas com artrite no joelho, seis meses de perda de peso e exercícios realmente melhoraram a dor e a incapacidade no joelho,⁸² marcha e o desempenho de um teste de distância de caminhada de seis minutos e um teste de subida de escada cronometrado.⁸³ As amostras de fluido do joelho mostraram marcadores inflamatórios reduzidos.⁸⁴ Você "enferruja" antes de se desgastar. A maioria das dores da artrite melhora com exercícios. A perda de peso também ajuda; uma redução de 10% no peso melhora a função do joelho em 28% em pacientes com osteoartrite.⁸⁵

A dor nas articulações pode ser um sinal de que você está enferrujando, não se desgastando. Foi demonstrado que o exercício é benéfico, reduzindo a dor e a obesidade.

O PESO DOS BENEFÍCIOS

O exercício gera grandes dividendos na perda de peso. O exercício aumenta a força e o volume muscular, a densidade mineral óssea e a sensibilidade à insulina,⁸⁶ o sistema imunológico,⁸⁷ autocontrole em relação à comida,^{88,89} Colesterol "bom" HDL,⁹⁰ e mantém a perda de peso a longo prazo.⁹¹ O exercício diminui a gordura visceral ou central^{92,93} e relação cintura-quadril,⁹⁴ a resposta fisiológica do corpo ao estresse,⁹⁵ pressão arterial elevada,⁹⁶ colesterol e triglicérides,⁹⁷ fatores de risco cardíaco,⁹⁸ estresse oxidativo,⁹⁹ e o risco de cálculos biliares.¹⁰⁰ De particular importância é a forma como a aptidão aeróbica reduz as mortes cardíacas. A aptidão cardiovascular pode reduzir o risco de mortalidade por obesidade em 75%.¹⁰¹

Precisa de câmera lenta? Faça uma dieta ocidental. A dieta ocidental desacelera as pessoas fisicamente e as torna sedentárias, reduzindo o gasto de energia e aumentando o ganho de peso.¹⁰²

TRAGA O GARFO: VAMOS FALAR DE DIETA AGORA!

As melhores dietas se baseiam em alimentos vegetais integrais.¹⁰³ As pessoas que adotam uma dieta de alimentos vegetais integrais podem perder quase três vezes mais peso em um ano do que aquelas que optam por outros métodos de dieta. E as pessoas que optam por uma dieta de alimentos vegetais integrais como forma de perder peso têm quatro vezes mais chances de manter a dieta escolhida.¹⁰⁴

A propósito, uma palavra de cautela: Quando você adota uma dieta de alimentos vegetais integrais e seus problemas de saúde começam a se resolver, pode ser necessário ajustar seus medicamentos. Isso é especialmente verdadeiro no caso de medicamentos para diabéticos e para pressão arterial.

EVITE DIETAS DESGASTANTES

Não se trata apenas de uma dieta; é uma mudança de estilo de vida! Fique atento às dietas da moda. Evite essas alegações: perda de peso rápida e fácil; milagre revolucionário, banir a gordura, fórmula secreta, nova descoberta, cura, equilíbrio de hormônios, processos enzimáticos. O autor é confiável? Seja cauteloso com dietas que defendem alimentos mágicos ou milagrosos, perda de peso rápida ou soluções rápidas, sem exercícios, cardápios rígidos, combinações específicas de alimentos, recomendações baseadas em um único estudo ou em estudos publicados sem revisão por pares e promessas que parecem boas demais para ser verdade.

Novas pesquisas mostram que o uso de alimentos e bebidas adoçados artificialmente para controlar o peso pode ser um tiro pela culatra. Os adoçantes artificiais confundem a capacidade da mente de avaliar o conteúdo calórico, fazendo com que as pessoas que usam bebidas ou alimentos diet desejem mais calorias.¹⁰⁵ Foi demonstrado que as pessoas que consomem bebidas dietéticas ingerem mais calorias, especialmente carboidratos.¹⁰⁶

Algumas dietas da moda são especialmente preocupantes. O risco de câncer colorretal aumentou quatro vezes com o consumo de dietas ricas em gordura, proteínas e carboidratos.¹⁰⁷ Em contrapartida, as dietas com baixo teor de gordura e alto teor de carboidratos de alimentos vegetais integrais aumentam a ingestão de fibras, cálcio biodisponível, vitaminas, minerais, antioxidantes que previnem o câncer e fitoquímicos que reduzem o risco de doenças cardíacas, câncer, osteoporose, diabetes e pressão alta.

ALIMENTOS VEGETAIS INTEGRAIS

Você pode comer tudo o que quiser e ainda assim perder peso - se escolher apenas alimentos vegetais integrais. Em um estudo, a ingestão de quantidades ilimitadas de frutas e legumes levou a uma perda de peso de 6 kg em seis meses e de 8 kg em 25 meses.¹⁰⁸

O trigo integral tem oito vezes mais cromo do que a farinha branca. Portanto, adivinhe só, será necessário oito vezes mais de um prato de farinha branca para satisfazer a fome de nutrientes de seu corpo do que um prato de grãos integrais.¹⁰⁹ Não é de se admirar que tenhamos pessoas acima do peso, totalmente empanturradas de alimentos ricos em calorias e ainda sentindo fome?

Frutas e legumes são a base do sucesso da perda de peso. Em um estudo de dois anos, indivíduos que seguiram uma dieta vegana perderam 3,5 vezes mais peso do que aqueles que seguiram apenas uma dieta com baixo teor de gordura.¹¹⁰ O consumo de mais frutas, legumes e grãos integrais melhora a perda de peso e a manutenção da perda de peso, do colesterol e dos triglicerídeos e da pressão arterial.¹¹¹

Alimentos com baixa densidade energética ajudam na perda de peso. A perda de peso é três vezes maior para as pessoas que consomem alimentos de baixa densidade energética do que para aquelas que escolhem apenas alimentos com "baixo teor de gordura".¹¹² A densidade calórica, ou energética, é a chave para satisfazer os desejos e perder peso.

DENSIDADE CALÓRICA

É uma medida do número de calorias por grama em uma porção de alimento. Estudos mostram que pessoas com peso normal comem alimentos com menor densidade energética do que pessoas obesas. Pessoas com uma dieta rica em frutas e vegetais têm os menores valores de densidade energética e a menor quantidade de obesidade.¹¹³

A densidade energética é fundamental para entender por que o consumo de frutas e legumes pode ajudar em um programa de controle de peso. A densidade energética é o número de calorias que um alimento tem em relação ao seu peso. Os alimentos com alto teor de calorias em relação ao peso, como óleos e gorduras, são alimentos com alta densidade energética. Eles geralmente têm entre 4 e 9 calorias por grama. Isso inclui salgadinhos, queijos, manteigas, carnes e molhos. Os alimentos de densidade energética média têm menos calorias por grama de peso, geralmente entre 1,5 e 4 calorias por grama. Esses alimentos incluem bagels, pães integrais, humus, frutas secas e ravióli vegetariano. Os alimentos com baixa densidade energética geralmente têm um teor calórico de 0 a 1,5 calorias por grama e incluem frutas e vegetais frescos, feijões e grãos integrais. Em um estudo, pessoas que receberam uma dieta de baixa densidade calórica e não refinada ingeriram 50% menos calorias. Além disso, elas levaram 33% mais tempo para comer, aumentando a saciedade (satisfação).¹¹⁴

Tome uma decisão que aumentará seu índice de saúde. Reduza o número de calorias diárias consumidas substituindo alimentos de alta densidade energética por frutas, verduras, legumes, grãos integrais e leguminosas de baixa densidade energética.¹¹⁵

Coma frutas e legumes. O teor de gordura aumenta a densidade energética dos alimentos.

*A água e as fibras dos alimentos aumentam o volume e reduzem a densidade energética. Em seu estado natural, as frutas e os legumes têm alto teor de água e fibras e são pobres em gordura e densidade energética.*¹¹⁶

Sinta-se satisfeito com menos calorias. As pessoas tendem a comer o mesmo volume, independentemente do conteúdo calórico.^{117,118} É o volume, mais do que as calorias, que faz com que as pessoas se sintam saciadas.¹¹⁹ O consumo de frutas e legumes com baixo teor energético e alto teor de nutrientes proporciona satisfação sem as calorias.

Os substitutos energéticos podem reduzir o ganho de peso. Para diminuir a densidade energética dos alimentos, como sopas, sanduíches e caçarolas, substitua frutas e legumes por alguns dos ingredientes que têm maior densidade energética, como carnes com alto teor de gordura, queijos e massas.¹²⁰

Uma fonte de calorias com alta densidade energética é o suco. Os consumidores de suco consumiram calorias onze vezes mais rápido do que os consumidores de frutas inteiras. A fruta inteira contém fibras, enquanto o suco não tem nenhuma. Os consumidores de cremes consumiam calorias três vezes mais rápido do que os consumidores de frutas inteiras.¹²¹ O apetite é melhor satisfeito com frutas inteiras.¹²²

Os alimentos enlatados são um substituto ruim. Frutas e legumes congelados ou enlatados são boas opções quando não há disponibilidade de produtos frescos. Escolha itens sem adição de açúcar, xarope, molhos cremosos ou sal. O sal pode fazer com que você coma mais e opte por bebidas com muitas calorias.¹²³

Os legumes dominam a classe de baixa caloria. Os vegetais tendem a ter menos calorias do que as frutas. Substituir alimentos de maior densidade energética por mais vegetais do que frutas pode ser útil em um plano de controle de peso.

Não se deixe levar pelas calorias ocultas. Algumas sobremesas que incluem frutas também podem ter alto teor de calorias, gordura e açúcar. Empanar e fritar vegetais ou adicionar molhos e temperos com alto teor de gordura aumentam muito o teor de calorias e gordura do prato.¹²⁴ Você pode fazer variações sobre o tema da sobremesa. As sobremesas tendem a ser muito ricas em energia.¹²⁵ Na verdade, o estômago aumenta de volume quando alimentos doces e carregados de açúcar são consumidos no final de uma refeição.¹²⁶ A fruta fresca é um bom substituto, sensível ao peso, para a sobremesa. Em um estudo, as pessoas com sobrepeso tinham maior probabilidade de pedir a sobremesa se a garçonete fizesse uma descrição apetitosa e as incentivasse a pedi-la.¹²⁷

Você pode estar se perguntando: "Devo evitar as nozes?" devido ao seu alto teor calórico. E embora eu recomende moderação, em um estudo, os participantes que comeram nozes duas ou mais vezes

por semana tiveram um risco 30% menor de ganho de peso. Descobriu-se que as nozes são protetoras do sistema cardiovascular¹²⁸ e reduzem o risco de diabetes.¹²⁹

FIBRA: UMA AMIGA DA DIETA

A fibra não contém calorias, não é um nutriente, mas é vital para a boa saúde. Um aumento de 14 gramas na ingestão diária de fibras reduz o consumo de calorias em 10% e promove a perda de peso.¹³⁰ O aumento do consumo de fibras de grãos integrais reduz pela metade o risco de ganho de peso. Os produtos de grãos refinados têm o efeito

oposto.¹³¹ Outros benefícios das fibras são o melhor controle do açúcar no sangue e a redução dos níveis de insulina,¹³² redução do colesterol,¹³³ redução da assimilação de calorias pelo corpo,¹³⁴ e redução da fome.¹³⁵

A torrada reduz os níveis de açúcar no sangue. Torrar o pão reduz a resposta de glicose no sangue em 25%, o que é bom.¹³⁶

MASTIGUE ISSO

O apetite é reduzido pelo feedback nervoso ao cérebro estimulado pela mastigação.¹³⁷ Quanto mais você mastiga, menos alimento é necessário para satisfazê-lo.¹³⁸ A escolha de alimentos que exigem mais mastigação pode ajudar a reduzir a ingestão de calorias.

ADITIVOS ALIMENTARES:

UMA VIDA MELHOR POR MEIO DA QUÍMICA?

A ingestão de glutamato monossódico (MSG) dobra o risco de obesidade.^{139,140} O MSG é usado em animais de laboratório para induzir obesidade e diabetes.¹⁴¹ A frutose é outra culpada.¹⁴² A ingestão de frutose aumenta a obesidade, especialmente a obesidade abdominal.¹⁴³ Ele também aumenta os triglicerídeos e o colesterol,¹⁴⁴ o estresse oxidativo,¹⁴⁵ diabetes e complicações diabéticas, como a retinopatia.¹⁴⁶

LÍQUIDOS E REFEIÇÕES LÍQUIDAS

Abandone o refrigerante se estiver tentando perder peso. Os refrigerantes diminuem a sensação de satisfação e aumentam a ingestão excessiva de alimentos.¹⁴⁷ Um refrigerante adicional por dia aumenta o risco de obesidade em 60%.¹⁴⁸ As calorias de dois refrigerantes consumidos todos os dias podem aumentar 13 kg em um ano.

A desidratação e a sobrecarga de sal estão associadas ao aumento da obesidade.¹⁴⁹ Pessoas sedentas tendem a beber refrigerante e comer, quando o que elas realmente precisam é de água.¹⁵⁰ A desidratação aumenta o câncer, o diabetes, as doenças cardiovasculares e a hipertensão.¹⁵¹

*A água ainda é a melhor bebida. Historicamente, a água é o único líquido que o homem consome depois de ser desmamado. O homem moderno consome uma variedade de líquidos que exigem digestão. O corpo não lida com líquidos que exigem digestão tão bem quanto os alimentos sólidos.*¹⁵² Nossa recomendação é que -apenas água seja consumida entre as refeições. A digestão é melhor se a refeição não tiver sido diluída com nenhum líquido. Foi demonstrado que a ingestão de água 30 minutos antes das refeições reduz significativamente a ingestão de calorias.¹⁵³

Fazer lanches entre as refeições aumenta drasticamente o número de calorias diárias consumidas. Indivíduos obesos consomem significativamente mais lanches doces e gordurosos.

LANCHES: SÃO OS CULPADOS EM SUA DIETA?

Fazer lanches entre as refeições aumenta drasticamente o número de calorias diárias consumidas. Indivíduos obesos consomem significativamente mais lanches doces e gordurosos.¹⁵⁴ Mulheres que fazem lanches têm um risco 38% maior de obesidade e homens que fazem lanches têm um risco 88% maior de obesidade.¹⁵⁵

ALIMENTOS QUE DESENCADEIAM UM APETITE FURIOSO

O sabor da gordura aumenta a quantidade de alimentos que as pessoas consomem.¹⁵⁶ O açúcar e a gordura atuam enfraquecendo os sinais de satisfação alimentar para o cérebro e ativando os sinais de fome.^{157 158} A ingestão de gordura na dieta afeta a obesidade.¹⁵⁹ As taxas de obesidade dos países podem ser previstas pela quantidade de gordura ingerida por sua população. Em um estudo, a redução da ingestão de gordura em 10% (de 37% para 27%) levou a uma perda de um quarto de quilo por semana.¹⁶⁰ Uma fonte de alimentos com alto teor de gordura e baixo teor de fibras é o fast food. Assistir à televisão três horas por semana e comer fast food duas vezes por semana aumenta o risco de obesidade e diabetes em 160%.¹⁶¹ Outra fonte de alimentos com alto teor de gordura e baixo teor de fibras é a carne. É por isso que os carnívoros têm mais peso. Foi demonstrado que as pessoas que comem carne pesam significativamente mais do que os vegetarianos.¹⁶² A ingestão de cereais ricos em fibras, frutas e fibras em geral está associada a um menor IMC. Hambúrguer, carne bovina, frango frito, ovos, bacon ou salsicha e cachorro-quente estão associados a um maior IMC.^{163,164}

Alimentos "pega-pega" que não deixam você ir embora. Você precisa estar ciente de alguns alimentos que têm propriedades viciantes. Os alimentos viciantes incluem chocolate, laticínios (especialmente queijo) e carboidratos refinados.

O chocolate é tão viciante quanto as drogas. Para aumentar a dependência, o chocolate estimula os mesmos receptores opioides no cérebro que a morfina.¹⁶⁵ Outra desvantagem é a quantidade de açúcar e gordura necessária para tornar o chocolate saboroso.

A natureza viciante do açúcar gera níveis fenomenalmente altos de obesidade.¹⁶⁶ Assim como a cocaína, o açúcar eleva o hormônio da dependência, a dopamina, no cérebro.¹⁶⁷

O corpo pode ficar preso em um ciclo vicioso de consumo de açúcar. Os carboidratos refinados, como o açúcar, mas não apenas o açúcar, elevam a insulina. A insulina aumenta a obesidade abdominal e o desejo por carboidratos. A obesidade abdominal aumenta a resistência à insulina, exigindo que o corpo produza ainda mais insulina. Níveis mais altos de insulina estimulam o desejo por mais carboidratos. E a saga continua com o acúmulo de peso e o surgimento do diabetes.¹⁶⁸

O mundo viciante dos produtos de origem animal é uma fonte real de obesidade. As substâncias semelhantes à morfina (beta-casomorfina) presentes nos produtos lácteos, especialmente nos queijos, fazem com que seja muito difícil abandoná-los.¹⁶⁹

BARRIGA DE CERVEJA

Todos devem conhecer os fatos sobre o álcool e a obesidade.¹⁷⁰ A ingestão de álcool está associada à obesidade abdominal e ao risco elevado de diabetes.¹⁷¹

FARINHA DO MESMO SACO

Comer com outras pessoas pode ser uma fonte de consumo descontrolado de calorias. Se for comer com outras pessoas, escolha companheiros de refeição que compartilhem seus valores de controle de peso.¹⁷²

Para as mulheres que gostam de ficar atentas, a compulsão no meio do ciclo pode ser uma fonte de consumo descontrolado de calorias. A fase de ovulação do ciclo menstrual está associada a uma ingestão significativamente maior de alimentos.¹⁷³

INFLAÇÃO NO TAMANHO DAS PORÇÕES

A comida pode surpreender você? O tamanho das porções, com certeza, sim. A inflação do tamanho das porções definitivamente ocorreu entre 1977 e 1996; o tamanho da porção de batata frita aumentou 16% ou 70 kcal; o tamanho dos hambúrgueres aumentou 25% ou 100 kcal; o tamanho dos refrigerantes aumentou 50% ou 50 kcal; o total de calorias consumidas pelos americanos aumentou 11%; e o número de calorias ingeridas fora de casa aumentou 53%.¹⁷⁴

O tamanho é importante. Aqui estão algumas dicas sobre o gerenciamento do tamanho das porções: Coloque todos os alimentos a serem consumidos em uma refeição no prato no início da refeição. Reduza propositalmente o tamanho habitual das porções, substitua alimentos com alta densidade energética por alimentos com baixa densidade energética e mastigue as porções menores pelo mesmo tempo normalmente gasto para comer porções maiores.¹⁷⁵

UM DE CADA VARIEDADE ESTIMULA A GULA (LÁ SE VÃO OS JUNTA-PANELAS!)

A maior variedade está associada ao maior consumo de alimentos e ao maior peso corporal.^{176,177} Não coma uma variedade muito grande em uma refeição; três ou quatro alimentos são suficientes.

RESTRIÇÃO CALÓRICA

A redução do número de calorias ingeridas em um dia é chamada de restrição calórica. A restrição calórica, ou de energia, pode restaurar um sistema imunológico prejudicado pela obesidade. A obesidade prejudica o sistema imunológico. Foi demonstrado que a restrição calórica ajuda a restaurar o sistema imunológico.¹⁷⁸ A experiência de Okinawa nos ensinou muito sobre restrição calórica. Os okinawanos consomem 40% menos calorias do que os americanos, têm 80% menos cânceres de mama e de próstata e 50% menos cânceres de ovário e de cólon.¹⁷⁹ Há alguns cuidados com a restrição calórica SEVERA. Algumas pessoas simplesmente comem menos de sua dieta desnutrida - a mesma dieta com deficiências de nutrientes que as deixa com desejo de comer, embora estejam ficando mais pesadas o tempo todo. Os efeitos colaterais das dietas com restrição calórica severa incluem: hipotensão ortostática (tontura ao ficar em pé), fadiga, intolerância ao frio, pele seca, queda de cabelo, irregularidades menstruais, colelitíase (cálculos biliares), colecistite (inflamação da vesícula biliar) e pancreatite (inflamação do pâncreas).¹⁸⁰

HORÁRIOS DAS REFEIÇÕES

Traje noturno: usualmente o que você come à noite vai afetar a sua figura.¹⁸¹ As pessoas que comem à noite ganham mais peso.^{182 183}

Precedente do desjejum: comece com o pé direito. As pessoas que tomam desjejum com alta densidade energética almoçam com alta densidade energética, enquanto as pessoas que tomam desjejum com baixa densidade energética almoçam com baixa densidade energética.¹⁸⁴ Pular o desjejum aumenta a resistência à insulina e eleva os níveis de colesterol em jejum.¹⁸⁵ Pular o desjejum aumenta em 120% a obesidade dos alunos.¹⁸⁶

A pontualidade compensa nos padrões e na frequência das refeições. A regularidade das refeições reduz significativamente o risco de obesidade na adolescência.¹⁸⁷

A maior variedade está associada ao maior consumo de alimentos e ao maior peso corporal. Lá se vão os junta-panels e os bufês livres!

As pessoas que fazem suas refeições no mesmo horário todos os dias consomem menos calorias, têm melhor sensibilidade à insulina, níveis mais baixos de colesterol e mantêm um metabolismo de queima de gordura mais elevado.¹⁸⁸ Recomendamos duas (preferencialmente) ou três refeições por dia, feitas exatamente no mesmo horário todos os dias. Um plano de duas refeições por dia reduz o risco de câncer. Em comparação com o programa de duas refeições por dia, o risco de câncer de cólon aumenta em 70% com três refeições por dia e em 90% com quatro refeições.^{189,190} O risco de câncer de cólon aumenta com o consumo de lanches. Para cada vez que se faz um lanche durante o dia, o risco de câncer de cólon aumenta em 60%.¹⁹¹

"Mas estou com fome, não quero esperar até a hora da refeição". Não se preocupe com a fome persistente. A fome, exceto na hora das refeições, pode ser saciada com um copo de água gelada. Se sentir que precisa comer à noite, beba um copo de água gelada e, pela manhã, você se sentirá muito melhor por não ter comido.¹⁹²

EMOÇÕES E O CORPO

Feliz, triste, entediado, solitário? Traga a comida! Algumas pessoas são comedoras emocionais, o que significa que comem mais quando estão sentindo certas emoções. Quando essas pessoas estão estressadas ou emotivas, elas comem mais alimentos doces e com alto teor de gordura e consomem refeições com maior densidade energética.¹⁹³ Essas emoções geralmente têm sua base nas experiências da infância. Um estudo de dez anos com crianças de 9 a 10 anos mostrou que: negligência dos pais: aumentou o risco de obesidade adulta em sete vezes (700%). Crianças caracterizadas como "sujas e negligenciadas" tinham 10 vezes mais risco de obesidade adulta.¹⁹⁴ A obesidade pode ser desencadeada pelo estresse na infância.¹⁹⁵ Os obesos têm maior probabilidade de estar deprimidos, de relatar histórias de abuso na infância, de sentir-se inseguros e de comer em resposta à raiva, tristeza, solidão, preocupação e aborrecimento.¹⁹⁶ O abuso aumenta o risco de obesidade em 23% para o abuso verbal, 27% para o abuso físico e 34% para o abuso sexual.¹⁹⁷ Em alguns casos, a obesidade é a maneira de o indivíduo lidar com o medo da intimidade. É uma forma de manter os outros à distância.

Obesidade - festa ou fome? A insegurança com relação à disponibilidade de alimentos está associada a um aumento de 30% na obesidade.¹⁹⁸ Muitos de nós fomos programados, possivelmente como resultado da grande depressão de 1929, para economizar para o futuro. O medo da carência ou da perda orienta muitas de nossas decisões. A Bíblia aborda essa propensão a confiar no que o homem pode fazer da seguinte forma: "E livrasse todos que, pelo pavor da morte, estavam sujeitos à escravidão por toda a vida."¹⁹⁹ Jesus Cristo veio para afastar esses medos e nos dar paz e descanso.

Não enlouqueça: a perda de peso reduz os sintomas psicológicos. Um estudo revelou que a perda de peso foi associada a melhorias em traços psicóticos, ideação paranoide, irritabilidade, sensibilidade interpessoal, estabilidade emocional, nervosismo e sociabilidade.²⁰⁰

Lidar com a obesidade pode envolver lidar com o estresse para muitas pessoas.²⁰¹ O controle do estresse é mais bem-sucedido se for acompanhado de melhorias na saúde espiritual.²⁰² Talvez isso se deva à promessa de Jesus: "Vinde a mim, todos os que estais cansados e sobrecarregados, e eu vos aliviarei".²⁰³ Participar de um grupo com um líder e atividades organizadas reduz o estresse e melhora a perda de peso.²⁰⁴ Foi demonstrado que o gerenciamento bem-sucedido do estresse melhora o colesterol, os triglicerídeos, a hemoglobina a1c (em diabéticos), os índices de hostilidade e a redução de peso.²⁰⁵

MAIOR SUCESSO A LONGO PRAZO

Estudos de pessoas com sucesso na perda de peso a longo prazo mostram que elas se exercitam regularmente de 30 a 60 minutos por dia, inclusive com levantamento de peso; planejam suas refeições, mantendo um padrão alimentar consistente durante a semana e os fins de semana; monitoram calorias, gorduras e tamanhos de porções; comem alimentos de baixa caloria e gordura; tomam café da manhã regularmente e monitoram o peso por conta própria. Estudos de pessoas com sucesso na perda de peso a longo prazo mostram que elas não dão desculpas por não se exercitarem, como: falta de tempo, cansado demais para se exercitar, ninguém com quem se exercitar ou dificuldade demais para manter a rotina de exercícios. As pessoas com perda de peso a longo prazo não dão desculpas para não fazer dieta, como comer fora de casa com muita frequência ou os alimentos dietéticos e saudáveis custam muito caro. Estudos de pessoas com sucesso na perda de peso a longo prazo também mostram que elas não usam produtos de venda livre para perda de peso.^{206,207} Um dos melhores indicadores de sucesso na perda de peso é o monitoramento dos alimentos e das atividades. Quem mantém um diário tem um bom resultado.

Exames cerebrais esclarecem por que as pessoas comem demais. O autocontrole é uma função da parte frontal do cérebro, os lobos frontais. As pessoas bem-sucedidas na contenção do apetite e na perda de peso demonstraram, em exames cerebrais, ter lobos frontais mais ativos.²⁰⁸ Foi-nos dado o poder de escolha. Com exercício, esse poder pode ajudar no controle de peso. "Escolhei, hoje, a quem sirvais."²⁰⁹

Tempo de inatividade da TV; menos batatas fritas, menos cola, menos cerveja.²¹⁰ Assistir à televisão enquanto come aumenta a ingestão de alimentos em uma média de 228

kcal.²¹¹ Assistir à televisão, duas ou mais horas por dia, aumenta o risco de ganho de peso em 35%.²¹²

PODER PARA TER SUCESSO

As tentações que levam à indulgência do apetite possuem um poder que só pode ser vencido com a ajuda que Deus nos pode dar. Mas com toda tentação temos a promessa de Deus de que haverá um meio de escape. Por que, então, tantos são vencidos pela tentação? É porque eles não depositam sua confiança em Deus. Eles não se valem dos meios providos para sua segurança.²¹³

O padrão é Jesus Cristo. Depois de jejuar por quarenta dias em preparação para o ministério, ele disse: "Não só de pão viverá o homem, mas de toda palavra que procede da boca de Deus".²¹⁴

Um dos princípios que Ele ensinou e viveu foi o de pensar fora de si mesmo. Sua filosofia, conforme expressa e vivida, era: "O Filho do Homem, não veio para ser servido, mas para servir e dar a sua vida em resgate por muitos.". ²¹⁵ Uma maneira de pensar nisso com relação à obesidade é que, neste mundo, devemos ser produtores em vez de apenas consumidores. O mundo será um lugar melhor por termos vivido nele?

Precisamos reconhecer e assumir nossos problemas. Quando nos vemos em contraste com Jesus, sentimos vergonha e nos achegamos a Ele em arrependimento e confissão. Admitimos que fizemos isso a nós mesmos - que nossos hábitos e desejos nos controlaram e que, sem o poder Dele para vencer, estamos condenados à obesidade.

Render-se à vitória: Choose Life (Escolha a vida). Vendo-O como o grande padrão de bondade e temperança, entregamos todo o nosso coração a Ele e escolhemos servi-Lo - torná-Lo Senhor de nossa vida. Ao escolher servir a Deus, ao dar a Ele as escolhas de nossa vontade, toda a nossa natureza fica sob Seu poder.

Viva a vida! Não podemos, por nós mesmos, desculpar o passado que causou a obesidade ou mudar nosso coração; mas, tendo nos entregado a Deus, acreditamos que Ele, por amor a Cristo, faz tudo isso por nós. Pela fé, nos tornamos de Cristo e, pela fé, devemos crescer Nele - dando e recebendo. Damos tudo: nosso coração, nossa vontade, nosso serviço. Nós nos entregamos a Ele para obedecer a todas as Suas exigências - e tomamos tudo de Cristo, a plenitude de todas as bênçãos para habitar em nosso coração, para ser nossa força, nossa justiça, nosso ajudante eterno; para nos dar o poder de obedecer e o poder de vencer os hábitos e desejos que nos deixam obesos.

Morra para si mesmo, para o apetite e para a inatividade. Quando o desejo vier, morra para a tentação e escolha o poder de Deus para resistir. O conselho é: "Sujeitai-vos, portanto, a Deus; mas resisti ao diabo, e ele fugirá de vós". ²¹⁶

Tenha um substituto. Quando surgir a vontade de violar seu bom senso, esteja pronto com uma atividade ou plano alternativo. Peça a Deus que lhe dê forças e, quando tiver vontade de comer, faça uma caminhada. Quando tiver vontade de fazer um lanche, beba água fresca. Quando sentir vontade de comer mais do que é sensato, coma ainda menos. Você precisará encontrar suas próprias alternativas com a ajuda de Deus. "Vindo o inimigo como uma corrente de águas, o Espírito do Senhor arvorará contra ele a sua bandeira." ²¹⁷

Aqui está uma promessa valiosa: "Não vos sobreveio tentação que não fosse humana; mas Deus é fiel e não permitirá que sejais tentados além das vossas forças; pelo contrário, juntamente com a tentação, vos proverá livramento, de sorte que a possais suportar." ²¹⁸

Dessa forma, você encontrará a verdadeira satisfação. Se você não estiver em dia com Deus, "dez mulheres cozerão o vosso pão num só forno e vo-lo entregarão por peso; comereis, porém não vos fartareis". ²¹⁹ Por outro lado, "Os mansos comerão e se fartarão; louvarão ao Senhor os que o buscam; o vosso coração viverá eternamente". ²²⁰

Quando você estiver no caminho para uma saúde ideal - e você ESTARÁ no caminho para uma saúde ideal - encontre outra pessoa para ajudar; isso faz parte do programa. "se abrires a tua alma ao faminto e fartares a alma aflita, então, a tua luz nascerá nas trevas, e a tua escuridão será como o meio-dia. O SENHOR te guiará continuamente, fartará a tua alma até em lugares áridos e fortificará os teus ossos; serás como um jardim regado e como um manancial cujas águas jamais faltam." ²²¹ Somos abençoados ao abençoar os outros. É mais abençoado dar do que receber.

CONCLUSÃO

A obesidade está em um nível altíssimo, principalmente porque as pessoas estão consumindo alimentos altamente calóricos e praticando pouca ou nenhuma atividade física que queime calorias.

O segredo é substituir os alimentos altamente energéticos por alimentos integrais não refinados, substituir todas as bebidas por água e substituir os hábitos sedentários por atividade física.

EM POUCAS PALAVRAS

- Planeje suas refeições; coma porções modestas de alimentos vegetais integrais com baixa densidade energética/alta densidade nutricional. Mantenha o cardápio simples.
- Coloque todos os alimentos que vai comer em seu prato no início da refeição e mantenha registros escritos do que comeu, etc.

- Tome o desjejum todos os dias e mantenha uma programação rigorosa; pule o jantar se precisar pular uma refeição. O jejum um dia por semana pode ser útil.
- Coma apenas alimentos naturais que não alimentem o vício nem dominem a tomada de decisões racionais. Coma para ter "força e não para se embriagar".
 - Mastigue bem os alimentos - escolha alimentos que exijam mastigação.
 - Beba bastante água entre as refeições: 30 minutos antes ou 2 horas depois.
 - Exercite-se regularmente: caminhe ao ar livre e à luz do sol, faça alguns exercícios ou atividades de resistência.
 - Reserve um tempo regular para dormir adequadamente.
 - Estabeleça um plano para seus pontos fracos conhecidos e, com a ajuda de Deus, transforme-os em seus pontos fortes.

Para obter mais ideias sobre como incorporar o que acabou de aprender em sua vida diária, consulte o capítulo intitulado "Como posso aplicar princípios saudáveis em minha vida diária".

¹ Erlanson-Albertsson C, Zetterström R. The global obesity epidemic: snacking and obesity may start with free meals during infant feeding. *Acta Paediatr.* 2005 Nov;94(11):1523-31. ²
<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/06.pdf#073>

³ Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997 Sep 25;337(13):869-73.

⁴ Hannon TS, Rao G, Arslanian SA. Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus. *Pediatrics.* 2005 Aug;116(2):473-80.

⁵ Edmunds L, Waters E, Elliott EJ. Evidence based paediatrics: Evidence based management of childhood obesity. *BMJ.* 2001 Oct 20;323(7318):916-9.

⁶ Lee JM, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Weight status in young girls and the onset of puberty. *Pediatrics.* 2007 Oct;120(4):924-5.

⁷ German AJ. The growing problem of obesity in dogs and cats. *J Nutr.* 2006 Jul;136(7 Suppl):1940S-1946S.

⁸ Hill JO. Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocr Rev.* 2006 Dec;27(7):750-61.

⁹ Bray GA. The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride Hypothesis. *Physiol Behav.* 2004 Aug;82(1):115-21.

- ¹⁰ Kushner RF. Roadmaps for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion—Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Chicago, Ill: American Medical Association; 2003.
- ¹¹ McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993 Nov 10;270(18):2207-12.
- ¹² Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. JAMA. 2002;288:1723–1727.
- ¹³ Monsivais P, Drewnowski A. The rising cost of low-energy-density foods. J Am Diet Assoc. 2007 Dec;107(12):2071-6.
- ¹⁴ Serdula MK, Mokdad AH, Williamson D, Galuska DA, Mendlein JM, Heath GW. Prevalence of attempting to lose weight and strategies for controlling weight. JAMA. 1999;282:1353–1358.
- ¹⁵ Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report. National Institutes of Health. Obes Res. 1998 Sep;6 Suppl 2:51S-209S.
- ¹⁶ Stein CJ, Colditz GA. The epidemic of obesity. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Jun;89(6):2522-5.
- ¹⁷ LAST AR, WILSON SA. Low-Carbohydrate Diets. Am Fam Physician 2006;73:1942-8, 1951.
- ¹⁸ Mateus 24:37-39 Almeida Revista e Atualizada
- ¹⁹ Kushner RF. Roadmaps for Clinical Practice: Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion—Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians. Chicago, Ill: American Medical Association; 2003.
- ²⁰ Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003 Jan 8;289(2):187-93.
- ²¹ Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L. Reasons for intentional weight loss, unintentional weight loss, and mortality in older men. Arch Intern Med. 2005 May 9;165(9):1035-40.
- ²² Williamson DF, Thompson TJ, Thun M, Flanders D, Pamuk E, Byers T. Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes. Diabetes Care. 2000 Oct;23(10):1499-504.
- ²³ Moore LL, Vioni AJ, Wilson PW, D'Agostino RB, Finkle WD, Ellison RC. Can sustained weight loss in overweight individuals reduce the risk of diabetes mellitus? Epidemiology. 2000 May;11(3):269-73.
- ²⁴ Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord. 1992 Jun;16(6):397-415.

- ²⁵ Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res.* 1998 Mar;6(2):97-106.
- ²⁶ Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA.* 2003 Jan 1;289(1):76-9.
- ²⁷ Erlinger S. Gallstones in obesity and weight loss. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000 Dec;12(12):1347-52.
- ²⁸ Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2003 Dec 15;158(12):1139-47.
- ²⁹ Daltro CH, Fontes FH, Santos-Jesus R, Gregorio PB, Araújo LM. Obstructive sleep apnea and hypopnea syndrome (OSAHS): association with obesity, gender and age. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2006 Feb;50(1):74-81.
- ³⁰ Luder E, Ehrlich RI, Lou WY, Melnik TA, Kattan M. Body mass index and the risk of asthma in adults. *Respir Med.* 2004 Jan;98(1):29-37.
- ³¹ Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med.* 2005 Aug 2;143(3):199-211.
- ³² Samama MM. An epidemiologic study of risk factors for deep vein thrombosis in medical outpatients: the Sirius study. *Arch Intern Med.* 2000 Dec 11-25;160(22):3415-20.
- ³³ Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Knekt P, van Dam RM, Hu FB, Visscher TL, Menotti A, Thorpe RJ Jr, Jamrozik K, Calling S, Strand BH, Shipley MJ ; for the BMI-CHD Collaboration Investigators. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med.* 2007 Sep 10;167(16):1720-8.
- ³⁴ Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study. *Arch Intern Med.* 2005 Apr 11;165(7):742-8. ³⁵ Grodstein F, Goldman MB, Cramer DW. Body mass index and ovulatory infertility. *Epidemiology.* 1994 Mar;5(2):247-50.
- ³⁶ Hammoud AO, Wilde N, Gibson M, Parks A, Carrell DT, Meikle AW. Male obesity and alteration in sperm parameters. *Fertil Steril.* Epub Jan 4, 2008.
- ³⁷ Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005 Mar;26(1):33-9.

- ³⁸ Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Männistö S, Jousilahti P. Body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio on the risk of total and type-specific stroke. *Arch Intern Med*. 2007 Jul 9;167(13):1420-7.
- ³⁹ Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Männistö S, Jousilahti P. Body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio on the risk of total and type-specific stroke. *Arch Intern Med*. 2007 Jul 9;167(13):1420-7.
- ⁴⁰ Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Lubner KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes Care*. 2007 Oct;30(10):2536-41. Epub 2007 Jul 9.
- ⁴¹ Ioannou GN, Weiss NS, Boyko EJ, Kowdley KV, Kahn SE, Carithers RL, Tsai EC, Dominitz JA. Is central obesity associated with cirrhosis-related death or hospitalization? A population-based, cohort study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005 Jan;3(1):67-74.
- ⁴² Hensrud DD. Dietary treatment and long-term weight loss and maintenance in type 2 diabetes. *Obes Res*. 2001 Nov;9 Suppl 4:348S-353S.
- ⁴³ Mobley CC. Lifestyle interventions for "diabesity": the state of the science. *Compend Contin Educ Dent*. 2004 Mar;25(3):207-18, 211-2, 214-8.
- ⁴⁴ Narayan KM, Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Williamson DF. Effect of BMI on lifetime risk for diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2007 Jun;30(6):1562-6.
- ⁴⁵ Mori Y, Hoshino K, Yokota K, Itoh Y, Tajima N. Differences in the pathology of the metabolic syndrome with or without visceral fat accumulation: a study in pre-diabetic Japanese middle-aged men. *Endocrine*. 2006 Feb;29(1):149-53.
- ⁴⁶ Björntorp P. -to: Shafir E, Raz I (2003) For debate. *Diabetes: mellitus or lipidus? Diabetologia* 46: 433-440. Comment on: *Diabetologia*. 2003 Mar;46(3):433-40. *Diabetologia*. 2003 Nov;46(11):1586-7; author reply 1587.
- ⁴⁷ Chen J, Tian ZQ, Zhang WG, Chen JH, Yan ZC, Ni YX, Zhong J, Jin J, Zhao ZG, Mu H, Zhu ZM. Relationship between visceral adipose tissue and prevalence of metabolic syndrome MS in patients with MS, and hypertension and/or diabetes. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2006 Aug 15;86(30):2110-3.
- ⁴⁸ Després JP, Pascot A, Lemieux I. Risk factors associated with obesity: a metabolic perspective. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2000 Dec;61 Suppl 6:31-38.
- ⁴⁹ Donegan WL, Johnstone MF, Biedrzycki L. Obesity, estrogen production, and tumor estrogen receptors in women with carcinoma of the breast. *Am J Clin Oncol*. 1983 Feb;6(1):19-24.
- ⁵⁰ Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ* 2007;335;1134-1139.

- ⁵¹ Yang G, Shu XO, Gao YT, Zhang X, Li H, Zheng W. Impacts of weight change on prehypertension in middle-aged and elderly women. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Dec;31(12):1818-25.
- ⁵² Hays NP, Bathalon GP, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. The association of eating behavior with risk for morbidity in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 Feb;57(2):M128-33.
- ⁵³ Rodacki AL, Fowler NE, Provensi CL, Rodacki Cde L, Dezan VH. Body mass as a factor in stature change. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2005 Oct;20(8):799-805.
- ⁵⁴ Ghroubi S, Elleuch H, Guermazi M, Kaffel N, Feki H, Abid M, Baklouti S, Elleuch MH. Abdominal obesity and knee osteoarthritis. *Ann Readapt Med Phys*. 2007 Nov;50(8):661-666.
- ⁵⁵ Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*. 2003 Jan 1;289(1):76-9.
- ⁵⁶ García Hidalgo L. Dermatological complications of obesity. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3(7):497-506.
- ⁵⁷ Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Jun;56(6):901-16.
- ⁵⁸ Pasinetti GM, Zhao Z, Qin W, Ho L, Shrishailam Y, Macgrogan D, Ressmann W, Humala N, Liu X, Romero C, Stetka B, Chen L, Ksiezak-Reding H, Wang J. Caloric intake and Alzheimer's disease. Experimental approaches and therapeutic implications. *Interdiscip Top Gerontol*. 2007;35:159-75.
- ⁵⁹ Chikunguwo S, Brethauer S, Nirujogi V, Pitt T, Udomsawaengsup S, Chand B, Schauer P. Influence of obesity and surgical weight loss on thyroid hormone levels. *Surg Obes Relat Dis*. 2007 Nov-Dec;3(6):631-5. ⁶⁰ Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P, Finch EA, Jeffery RW. Association between obesity and depression in middle-aged women. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;30(1):32-9. ⁶¹ Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 2003 Dec 15;158(12):1139-47.
- ⁶² Sarlio-Lähteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol*. 1999 Jun;28(3):445-9.
- ⁶³ Tsai SP, Ahmed FS, Wendt JK, Bhojani F, Donnelly RP. The impact of obesity on illness absence and productivity in an industrial population of petrochemical workers. *Ann Epidemiol*. 2008 Jan;18(1):8-14.
- ⁶⁴ Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA*. 2007 Nov 7;298(17):2020-7.

- ⁶⁵ Kraemer WJ, Volek JS, Clark KL, Gordon SE, Puhl SM, Koziris LP, McBride JM, Triplett-McBride NT, Putukian M, Newton RU, Häkkinen K, Bush JA, Sebastianelli WJ. Influence of exercise training on physiological and performance changes with weight loss in men. *Med Sci Sports Exerc.* 1999 Sep;31(9):1320-9.
- ⁶⁶ Hinton PS, Rector RS, Thomas TR. Weight-bearing, aerobic exercise increases markers of bone formation during short-term weight loss in overweight and obese men and women. *Metabolism.* 2006 Dec;55(12):1616-8.
- ⁶⁷ Kraemer WJ, Volek JS, Clark KL, Gordon SE, Incledon T, Puhl SM, Triplett-McBride NT, McBride JM, Putukian M, Sebastianelli WJ. Physiological adaptations to a weight-loss dietary regimen and exercise programs in women. *J Appl Physiol.* 1997 Jul;83(1):270-9.
- ⁶⁸ Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA.* 2003 Apr 9;289(14):1785-91.
- ⁶⁹ Nixon GM; Thompson JMD; Han DY; Becroft DM; Clark PM; Robinson E; Waldie KE; Wild CJ; Black PN; Mitchell EA. Short sleep duration in middle childhood: risk factors and consequences. *SLEEP* 2008;31(1):71-78.
- ⁷⁰ Zatońska K, Basiak-Rasała A, Połtyn-Zaradna K, Kinastowski K, Szuba A. Sleep Duration and Bedtime in the PURE Poland Cohort Study and the Link with Noncommunicable Diseases. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Dec 30;19(1):403.
- ⁷¹ Hofbauer KG. Molecular pathways to obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002 Sep;26 Suppl 2:S18-27.
- ⁷² Larsen JJ, Dela F, Kjaer M, Galbo H. The effect of moderate exercise on postprandial glucose homeostasis in NIDDM patients. *Diabetologia.* 1997 Apr;40(4):447-53.
- ⁷³ Ecclesiastes 10:17. Almeida Revista e Atualizada
- ⁷⁴ Gappmaier E, Lake W, Nelson AG, Fisher AG. Aerobic exercise in water versus walking on land: effects on indices of fat reduction and weight loss of obese women. *J Sports Med Phys Fitness.* 2006 Dec;46(4):564-9.
- ⁷⁵ Jakicic JM, Winters C, Lang W, Wing RR. Effects of intermittent exercise and use of home exercise equipment on adherence, weight loss, and fitness in overweight women: a randomized trial. *JAMA.* 1999 Oct 27;282(16):1554-60.
- ⁷⁶ Ruegamer JJ, Squires RW, Marsh HM, Haymond MW, Cryer PE, Rizza RA, Miles JM. Differences between prebreakfast and late afternoon glycemic responses to exercise in IDDM patients. *Diabetes Care.* 1990 Feb;13(2):104-10.
- ⁷⁷ Davis JM, Sargent RG, Brayboy TD, Bartoli WP. Thermogenic effects of pre-prandial and post-prandial exercise in obese females. *Addict Behav.* 1992;17(2):185-90.

- ⁷⁸ Larsen JJ, Dela F, Madsbad S, Galbo H. The effect of intense exercise on postprandial glucose homeostasis in type II diabetic patients. *Diabetologia*. 1999 Nov;42(11):1282-92.
- ⁷⁹ Schmidt WD, Biber CJ, Kalscheuer LK. Effects of long versus short bout exercise on fitness and weight loss in overweight females. *J Am Coll Nutr*. 2001 Oct;20(5):494-501.
- ⁸⁰ Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA*. 2003 Apr 9;289(14):1785-91.
- ⁸¹ Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Kahn HS, Byers T. Recreational physical activity and ten-year weight change in a US national cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1993 May;17(5):279-86.
- ⁸² Martin K, Fontaine KR, Nicklas BJ, Dennis KE, Goldberg AP, Hochberg MC. Weight loss and exercise walking reduce pain and improve physical functioning in overweight postmenopausal women with knee osteoarthritis. *J Clin Rheumatol*. 2001 Aug;7(4):219-23.
- ⁸³ Messier SP, Loeser RF, Miller GD, Morgan TM, Rejeski WJ, Sevick MA, Ettinger WH Jr, Pahor M, Williamson JD. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. *Arthritis Rheum*. 2004 May;50(5):1501-10.
- ⁸⁴ Messier SP, Loeser RF, Mitchell MN, Valle G, Morgan TP, Rejeski WJ, Ettinger WH. Exercise and weight loss in obese older adults with knee osteoarthritis: a preliminary study. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Sep;48(9):1062-72.
- ⁸⁵ Christensen R, Astrup A, Bliddal H. Weight loss: the treatment of choice for knee osteoarthritis? A randomized trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2005 Jan;13(1):20-7.
- ⁸⁶ Ryan AS, Nicklas BJ, Berman DM. Aerobic exercise is necessary to improve glucose utilization with moderate weight loss in women. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 Jun;14(6):1064-72.
- ⁸⁷ Scanga CB, Verde TJ, Paolone AM, Andersen RE, Wadden TA. Effects of weight loss and exercise training on natural killer cell activity in obese women. *Med Sci Sports Exerc*. 1998 Dec;30(12):1666-71.
- ⁸⁸ Kiernan M, King AC, Stefanick ML, Killen JD. Men gain additional psychological benefits by adding exercise to a weight-loss program. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):770-7.
- ⁸⁹ Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord*. 2002 Mar;31(2):172-84.
- ⁹⁰ Sopko G, Leon AS, Jacobs DR Jr, Foster N, Moy J, Kuba K, Anderson JT, Casal D, McNally C, Frantz I. The effects of exercise and weight loss on plasma lipids in young obese men. *Metabolism*. 1985 Mar;34(3):227-36.

- ⁹¹ Wadden TA, Vogt RA, Foster GD, Anderson DA. Exercise and the maintenance of weight loss: 1-year follow-up of a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 1998 Apr;66(2):429-33.
- ⁹² Mayo MJ, Grantham JR, Balasekaran G. Exercise-induced weight loss preferentially reduces abdominal fat. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Feb;35(2):207-13.
- ⁹³ You T, Murphy KM, Lyles MF, Demons JL, Lenchik L, Nicklas BJ. Addition of aerobic exercise to dietary weight loss preferentially reduces abdominal adipocyte size. *Int J Obes (Lond)*. 2006 Aug;30(8):1211-6.
- ⁹⁴ Blair SN. Evidence for success of exercise in weight loss and control. *Ann Intern Med*. 1993 Oct 1;119(7 Pt 2):702-6.
- ⁹⁵ Georgiades A, Sherwood A, Gullette EC, Babyak MA, Hinderliter A, Waugh R, Tweedy D, Craighead L, Bloomer R, Blumenthal JA. Effects of exercise and weight loss on mental stress-induced cardiovascular responses in individuals with high blood pressure. *Hypertension*. 2000 Aug;36(2):171-6.
- ⁹⁶ Watkins LL, Sherwood A, Feinglos M, Hinderliter A, Babyak M, Gullette E, Waugh R, Blumenthal JA. Effects of exercise and weight loss on cardiac risk factors associated with syndrome X. *Arch Intern Med*. 2003 Sep 8;163(16):1889-95.
- ⁹⁷ Weintraub MS, Rosen Y, Otto R, Eisenberg S, Breslow JL. Physical exercise conditioning in the absence of weight loss reduces fasting and postprandial triglyceride-rich lipoprotein levels. *Circulation*. 1989 May;79(5):1007-14.
- ⁹⁸ Dengel DR, Hagberg JM, Pratley RE, Rogus EM, Goldberg AP. Improvements in blood pressure, glucose metabolism, and lipoprotein lipids after aerobic exercise plus weight loss in obese, hypertensive middle-aged men. *Metabolism*. 1998 Sep;47(9):1075-82.
- ⁹⁹ Rector RS, Warner SO, Liu Y, Hinton PS, Sun GY, Cox RH, Stump CS, Laughlin MH, Dellsperger KC, Thomas TR. Exercise and diet induced weight loss improves measures of oxidative stress and insulin sensitivity in adults with characteristics of the metabolic syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2007 Aug;293(2):E500-6.
- ¹⁰⁰ Wilund KR, Feeney LA, Tomayko EJ, Chung HR, Kim K. Endurance Exercise Training Reduces Gallstone Development in Mice. *J Appl Physiol*. Epub Jan 10, 2008.
- ¹⁰¹ Sui X, LaMonte MJ, Laditka JN, Hardin JW, Chase N, Hooker SP, Blair SN. Cardiorespiratory fitness and adiposity as mortality predictors in older adults. *JAMA*. 2007 Dec 5;298(21):2507-16.
- ¹⁰² Bjursell M, Gerdin AK, Lelliott CJ, Egecioglu E, Elmgren A, Törnell J, Oscarsson J, Bohlooly-Y M. Acutely reduced locomotor activity is a major contributor to Western diet-induced obesity in mice. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2008 Feb;294(2):E251-60.
- ¹⁰³ Newby PK, Tucker KL, Wolk A. Risk of overweight and obesity among semivegetarian, lactovegetarian, and vegan women. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jun;81(6):1267-74.

- 104 Smith CF, Burke LE, Wing RR. Vegetarian and weight-loss diets among young adults. *Obes Res.* 2000 Mar;8(2):123-9.
- 105 Swithers SE, Davidson TL. A Role for Sweet Taste: Calorie Predictive Relations in Energy Regulation by Rats. *Behav Neurosci.* 2008 Feb;122(1):161-73.
- 106 Lavin JH, French SJ, Read NW. The effect of sucrose- and aspartame-sweetened drinks on energy intake, hunger and food choice of female, moderately restrained eaters. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1997 Jan;21(1):37-42.
- 107 Yeung KS, McKeown-Eyssen GE, Li GF, Glazer E, Hay K, Child P, Gurgin V, Zhu SL, Baptista J, Aloe M, Mee D, Jazmaji V, Austin DF, Li CC, Bruce WR. Comparisons of diet and biochemical characteristics of stool and urine between Chinese populations with low and high colorectal cancer rates. *J Natl Cancer Inst.* 1991 Jan 2;83(1):46-50.
- 108 Fitzwater SL, Weinsier RL, Wooldridge NH, Birch R, Liu C, Bartolucci AA. Evaluation of long-term weight changes after a multidisciplinary weight control program. *J Am Diet Assoc.* 1991 Apr;91(4):421-6, 429. 109 Anton SD, Morrison CD, Cefalu WT, Martin CK, Coulon S, Geiselman P, Han H, White CL, Williamson DA. Effects of chromium picolinate on food intake and satiety. *Diabetes Technol Ther.* 2008 Oct;10(5):405- 12.
- 110 Turner-McGrievy GM, Barnard ND, Scialli AR. A two-year randomized weight loss trial comparing a vegan diet to a more moderate low-fat diet. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Sep;15(9):2276-81.
- 111 Stamler J, Dolecek TA. Relation of food and nutrient intakes to body mass in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr.* 1997 Jan;65(1 Suppl):366S-373S.
- 112 Yao M, Roberts SB. Dietary energy density and weight regulation. *Nutr Rev.* 2001 Aug;59(8 Pt 1):247-58.
- 113 Ledikwe JH, Blanck HM, Khan LK, Serdula MK, Seymour J, Tohill BC, Rolls BJ. Dietary energy density is associated with energy intake and weight status in US adults1-4. *Am J Clin Nutr* 2006;83:1362-8.
- 114 Duncan KH, Bacon JA, Weinsier RL. The effects of high and low energy density diets on satiety, energy intake, and eating time of obese and nonobese subjects. *Am J Clin Nutr.* 1983 May;37(5):763-7.
- 115 Linde JA, Utter J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006 Nov 26;3:42.
- 116 Rolls BJ, Ello-Martin JA, Tohill BC. What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management? *Nutr Rev.* 2004 Jan;62(1):1-17.

- 117 Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *Am J Clin Nutr.* 2001 Jun;73(6):1010-8.
- 118 Bell EA, Castellanos VH, Pelkman CL, Thorwart ML, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake in normal-weight women. *Am J Clin Nutr.* 1998 Mar;67(3):412-20.
- 119 Wang GJ, Tomasi D, Backus W, Wang R, Telang F, Geliebter A, Korner J, Bauman A, Fowler JS, Thanos PK, Volkow ND. Gastric distention activates satiety circuitry in the human brain. *Neuroimage.* 2008 Feb 15;39(4):1824-31.
- 120 www.cdc.gov/nccdphp/dnpa
- 121 Haber GB, Heaton KW, Murphy D, Burroughs LF. Depletion and disruption of dietary fibre. Effects on satiety, plasma-glucose, and serum-insulin. *Lancet.* 1977 Oct 1;2(8040):679-82.
- 122 Bolton RP, Heaton KW, Burroughs LF. The role of dietary fiber in satiety, glucose, and insulin: studies with fruit and fruit juice. *Am J Clin Nutr.* 1981 Feb;34(2):211-7.
- 123 He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension.* 2008 Mar;51(3):629-34.
- 124 www.cdc.gov/nccdphp/dnpa
- 125 McCarty CA, McCarty DJ, Wetter AC. Calories from newspaper dessert recipes are associated with community obesity rates. *WMJ.* 2007 Apr;106(2):68-70.
- 126 Ruddock WD, Kolk SJ, Northey AJ. Holiday waistline. Room for dessert: an expanded anatomy of the stomach. *CMAJ.* 2006 Dec 5;175(12):1567-8.
- 127 Herman CP, Olmsted MP, Polivy J. Obesity, externality, and susceptibility to social influence: an integrated analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1983 Oct;45(4):926-34.
- 128 Bes-Rastrollo M, Sabaté J, Gómez-Gracia E, Alonso A, Martínez JA, Martínez-González MA. Nut consumption and weight gain in a Mediterranean cohort: The SUN study. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Jan;15(1):107-16.
- 129 Jiang R, Manson JE, Stampfer MJ, Liu S, Willett WC, Hu FB. Nut and peanut butter consumption and risk of type 2 diabetes in women. *JAMA.* 2002 Nov 27;288(20):2554-60.
- 130 Howarth NC, Saltzman E, Roberts SB. Dietary fiber and weight regulation. *Nutr Rev.* 2001 May;59(5):129-39.
- 131 Liu S, Willett WC, Manson JE, Hu FB, Rosner B, Colditz G. Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. 2: *Am J Clin Nutr.* 2003 Nov;78(5):920-7.
- 132 Ullrich IH, Albrink MJ. The effect of dietary fiber and other factors on insulin response: role in obesity. *J Environ Pathol Toxicol Oncol.* 1985 Jul;5(6):137-55.

- 133 Aller R, de Luis DA, Izaola O, La Calle F, del Olmo L, Fernandez L, Arranz T, Hernandez JM. Effect of soluble fiber intake in lipid and glucose levels in healthy subjects: a randomized clinical trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2004 Jul;65(1):7-11.
- 134 Trallero Casañas R. Fiber in the treatment of obesity and its comorbidities. *Nutr Hosp*. 2002 Feb;17 Suppl 1:17-22.
- 135 Quaade F, Vrist E, Astrup A. Dietary fiber added to a very-low caloric diet reduces hunger and alleviates constipation. *Ugeskr Laeger*. 1990 Jan 8;152(2):95-8.
- 136 Burton P, Lightowler HJ. The impact of freezing and toasting on the glycaemic response of white bread. *Eur J Clin Nutr*. Epub Apr 4 2007.
- 137 Sakata T, Yoshimatsu H, Masaki T, Tsuda K. Anti-Obesity Actions of Mastication Driven by Histamine Neurons in Rats. *Exp Biol Med* 228:1106–1110, 2003.
- 138 Smeets AJ, Westerterp-Plantenga MS. Oral exposure and sensory-specific satiety. *Physiol Behav*. 2006 Sep 30;89(2):281-6.
- 139 Hermanussen M, García AP, Sunder M, Voigt M, Salazar V, Tresguerres JA. Obesity, voracity, and short stature: the impact of glutamate on the regulation of appetite. *Eur J Clin Nutr*. 2006 Jan;60(1):25-31.
- 140 He K, Zhao L, Daviglus ML, Dyer AR, Van Horn L, Garside D, Zhu L, Guo D, Wu Y, Zhou B, Stamler J; INTERMAP Cooperative Research Group. Association of monosodium glutamate intake with overweight in Chinese adults: the INTERMAP Study. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Aug;16(8):1875-80.
- 141 Hirata AE, Andrade IS, Vaskevicius P, Dolnikoff MS. Monosodium glutamate (MSG)-obese rats develop glucose intolerance and insulin resistance to peripheral glucose uptake. *Braz J Med Biol Res*. 1997 May;30(5):671-4.
- 142 Bray GA, Nielsen SJ, Popkin BM. Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *Am J Clin Nutr*. 2004 Apr;79(4):537-43.
- 143 Noguchi T, Tanaka T. Insulin resistance in obesity and its molecular control. *Obes Res*. 1995 Sep;3 Suppl 2:195S-198S.
- 144 Basciano H, Federico L, Adeli K. Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. *Nutr Metab (Lond)*. 2005 Feb 21;2(1):5.
- 145 Rayssiguier Y, Gueux E, Nowacki W, Rock E, Mazur A. High fructose consumption combined with low dietary magnesium intake may increase the incidence of the metabolic syndrome by inducing inflammation. *Magnes Res*. 2006 Dec;19(4):237-43.
- 146 Gaby AR. Adverse effects of dietary fructose. *Altern Med Rev*. 2005 Dec;10(4):294-306.

- 147 Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2006 Aug;84(2):274-88.
- 148 Harrington S. The role of sugar-sweetened beverage consumption in adolescent obesity: a review of the literature. *J Sch Nurs.* 2008 Feb;24(1):3-12.
- 149 Stookey JD, Barclay D, Arieff A, Popkin BM. The altered fluid distribution in obesity may reflect plasma hypertonicity. *Eur J Clin Nutr.* 2007 Feb;61(2):190-9.
- 150 He FJ, Marrero NM, MacGregor GA. Salt intake is related to soft drink consumption in children and adolescents: a link to obesity? *Hypertension.* 2008 Mar;51(3):629-34.
- 151 Stookey JD. Another look at: fuel + O₂ --> CO₂ + H₂O. Developing a water-oriented perspective. *Med Hypotheses.* 1999 Apr;52(4):285-90.
- 152 Wolf A, Bray GA, Popkin BM. A short history of beverages and how our body treats them. *Obes Rev.* 2008 Mar;9(2):151-64.
- 153 Van Walleghen EL, Orr JS, Gentile CL, Davy BM. Pre-meal water consumption reduces meal energy intake in older but not younger subjects. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Jan;15(1):93-9.
- 154 Bertéus Forslund H, Torgerson JS, Sjöström L, Lindroos AK. Snacking frequency in relation to energy intake and food choices in obese men and women compared to a reference population. *Int J Obes (Lond).* 2005 Jun;29(6):711-9.
- 155 Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Toledo E, de Irala-Estévez J, Martínez JA. Relative role of physical inactivity and snacking between meals in weight gain. *Med Clin (Barc).* 2002 Jun 15;119(2):46-52.
- 156 Crystal SR, Teff KL. Tasting fat: cephalic phase hormonal responses and food intake in restrained and unrestrained eaters. *Physiol Behav.* 2006 Sep 30;89(2):213-20.
- 157 Erlanson-Albertsson C. How palatable food disrupts appetite regulation. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2005 Aug;97(2):61-73.
- 158 Erlanson-Albertsson C. Appetite regulation and energy balance. *Acta Paediatr Suppl.* 2005 Jun;94(448):40-1.
- 159 Astrup A, Grunwald GK, Melanson EL, Saris WH, Hill JO. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000 Dec;24(12):1545-52.
- 160 Bray GA, Popkin BM. Dietary fat intake does affect obesity! *Am J Clin Nutr.* 1998 Dec;68(6):1157-73.
- 161 Mark A Pereira, Alex I Kartashov, Children's Hospital, Boston, Boston, MA; Linda Van Horn. Reported Breakfast Habits and Incidence of Obesity and the Insulin Resistance Syndrome in Young Black and White Adults: The CARDIA Study Program and Abstracts of the 43rd Annual

Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention: in association with the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism Circulation 2003;107:e7001-e7039. #35.

162 Appleby PN, Thorogood M, Mann JI, Key TJ. Low body mass index in non-meat eaters: the possible roles of animal fat, dietary fibre and alcohol. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998 May;22(5):454-60.

163 Linde JA, Utter J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006 Nov 26;3:42.

164 Nicklas TA, Yang SJ, Baranowski T, Zakeri I, Berenson G. Eating patterns and obesity in children. The Bogalusa Heart Study. *Am J Prev Med*. 2003 Jul;25(1):9-16.

165 Drewnowski A, Krahn DD, Demitrack MA, Nairn K, Gosnell BA. Taste responses and preferences for sweet high-fat foods: evidence for opioid involvement. *Physiol Behav*. 1992 Feb;51(2):371-9.

166 Avena NM. Examining the addictive-like properties of binge eating using an animal model of sugar dependence. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2007 Oct;15(5):481-91.

167 Citation: Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH (2007) Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward. *PLoS ONE* 2(8): e698. doi:10.1371/journal.pone.0000698.

168 Heller RF, Heller RF. Hyperinsulinemic obesity and carbohydrate addiction: the missing link is the carbohydrate frequency factor. *Med Hypotheses*. 1994 May;42(5):307-12.

169 Kamiński S, Cieslińska A, Kostyra E. Polymorphism of bovine beta-casein and its potential effect on human health. *J Appl Genet*. 2007;48(3):189-98.

170 Risérus U, Ingelsson E. Alcohol intake, insulin resistance, and abdominal obesity in elderly men. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 Jul;15(7):1766-73.

171 Sung KC, Kim SH, Reaven GM. Relationship among alcohol, body weight, and cardiovascular risk factors in 27,030 Korean men. *Diabetes Care*. 2007 Oct;30(10):2690-4.

172 Herman CP, Roth DA, Polivy J. Effects of the presence of others on food intake: a normative interpretation. *Psychol Bull*. 2003 Nov;129(6):873-86.

173 Johnson WG, Corrigan SA, Lemmon CR, Bergeron KB, Crusco AH. Energy regulation over the menstrual cycle. *Physiol Behav*. 1994 Sep;56(3):523-7.

174 Nielsen SJ, Popkin BM. Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *JAMA*. 2003 Jan 22-29;289(4):450-3.

175 Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jul;82(1 Suppl):236S-241S.

- 176 Raynor HA, Epstein LH. Dietary variety, energy regulation, and obesity. *Psychol Bull.* 2001 May;127(3):325-41.
- 177 Rolls BJ, Van Duijvenvoorde PM, Rowe EA. Variety in the diet enhances intake in a meal and contributes to the development of obesity in the rat. *Physiol Behav.* 1983 Jul;31(1):21-7.
- 178 Lamas O, Martinez JA, Marti A. Energy restriction restores the impaired immune response in overweight (cafeteria) rats. *J Nutr Biochem.* 2004 Jul;15(7):418-25.
- 179 Kagawa Y. Impact of Westernization on the nutrition of Japanese: changes in physique, cancer, longevity and centenarians. *Prev Med.* 1978 Jun;7(2):205-17.
- 180 Goldman L, and Bennett JC (eds). *Cecil Textbook of Medicine*, 21st Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, PA, 1999, pg. 1161.
- 181 Thompson OM, Ballew C, Resnicow K, Gillespie C, Must A, Bandini LG, Cyr H, Dietz WH. Dietary pattern as a predictor of change in BMI z-score among girls. *Int J Obes (Lond).* 2006 Jan;30(1):176-82.
- 182 Bertéus Forslund H, Lindroos AK, Sjöström L, Lissner L. Meal patterns and obesity in Swedish women—a simple instrument describing usual meal types, frequency and temporal distribution. *Eur J Clin Nutr.* 2002 Aug;56(8):740-7.
- 183 Xiao Q, Garaulet M, Scheer FAJL. Meal timing and obesity: interactions with macronutrient intake and chronotype. *Int J Obes (Lond).* 2019 Sep;43(9):1701-1711.
- 184 Warren JM, Henry CJK, Simonite V. Low Glycemic Index Breakfasts and Reduced Food Intake in Preadolescent Children. *Pediatrics* 2003;112:e414–e419.
- 185 Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA. Deleterious effects of omitting breakfast on insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy lean women. *Am J Clin Nutr.* 2005 Feb;81(2):388-96.
- 186 Croezen S, Visscher TL, Ter Bogt NC, Veling ML, Haveman-Nies A. Skipping breakfast, alcohol consumption and physical inactivity as risk factors for overweight and obesity in adolescents: results of the E- MOVO project. *Eur J Clin Nutr.* Epub Nov 28 2007.
- 187 Oblacinska A, Jodkowska M. Eating patterns of school-aged children and adolescents in Poland - questionnaire investigations. *Med Wieku Rozwoj.* 2000;4(3 Suppl 1):53-64.
- 188 Farshchi HR, Taylor MA, Macdonald IA. Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. *Am J Clin Nutr.* 2005 Jan;81(1):16-24.
- 189 Franceschi S, La Vecchia C, Bidoli E, Negri E, Talamini R. Meal frequency and risk of colorectal cancer. *Cancer Res.* 1992 Jul 1;52(13):3589-92.

- 190 Benito E, Obrador A, Stiggelbout A, Bosch FX, Mulet M, Muñoz N, Kaldor J. A population-based case-control study of colorectal cancer in Majorca. I. Dietary factors. *Int J Cancer*. 1990 Jan 15;45(1):69-76.
- 191 de Verdier MG, Longnecker MP. Eating frequency--a neglected risk factor for colon cancer? *Cancer Causes Control*. 1992 Jan;3(1):77-81.
- 192 Ellen G. White. *Counsels on Diet and Foods* (Washington, D.C.: Review and Herald Pub. Assn., 1946), pg. 177.
- 193 Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med*. 2000 Nov-Dec;62(6):853-65.
- 194 Lissau I, Sørensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*. 1994 Feb 5;343(8893):324-7.
- 195 Gunstad J, Paul RH, Spitznagel MB, Cohen RA, Williams LM, Kohn M, Gordon E. Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Res*. 2006 May 30;142(1):31-7.
- 196 Morse SA, Ciechanowski PS, Katon WJ, Hirsch IB. Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2006 Aug;29(8):1800-4.
- 197 Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Aug;26(8):1075-82.
- 198 Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food insecurity is positively related to overweight in women. *J Nutr*. 2001 Jun;131(6):1738-45.
- 199 Hebreus 2:15. Almeida Revista e Atualizada
- 200 Laederach-Hofmann K, Kupferschmid S, Mussgay L. Links between body mass index, total body fat, cholesterol, high-density lipoprotein, and insulin sensitivity in patients with obesity related to depression, anger, and anxiety. *Int J Eat Disord*. 2002 Jul;32(1):58-71.
- 201 Serlachius A, Hamer M, Wardle J. Stress and weight change in university students in the United Kingdom. *Physiol Behav*. 2007 Nov 23;92(4):548-53.
- 202 Tuck I, Alleyne R, Thinganjana W. Spirituality and stress management in healthy adults. *J Holist Nurs*. 2006 Dec;24(4):245-53; discussion 254-5.
- 203 Mateus 11:28. Almeida Revista e Atualizada.
- 204 Green MW, Elliman NA, Kretsch MJ. Weight loss strategies, stress, and cognitive function: supervised versus unsupervised dieting. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Oct;30(9):908-18.

- 205 Daubenmier JJ, Weidner G, Sumner MD, Mendell N, Merritt-Worden T, Studley J, Ornish D. The contribution of changes in diet, exercise, and stress management to changes in coronary risk in women and men in the multisite cardiac lifestyle intervention program. *Ann Behav Med*. 2007 Feb;33(1):57-68.
- 206 Kruger J, Blanck HM, Gillespie C. Dietary and physical activity behaviors among adults successful at weight loss maintenance. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2006 Jul 19;3:17.
- 207 Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jul;82(1 Suppl):222S-225S.
- 208 DelParigi A, Chen K, Salbe AD, Hill JO, Wing RR, Reiman EM, Tataranni PA. Successful dieters have increased neural activity in cortical areas involved in the control of behavior. *Int J Obes (Lond)*. 2007 Mar;31(3):440-8.
- 209 Josué 24:15. Almeida Revista e Atualizada.
- 210 Francis LA, Lee Y, Birch LL. Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass indexes. *Obes Res*. 2003 Jan;11(1):143-51.
- 211 Bellissimo N, Pencharz PB, Thomas SG, Anderson GH. Effect of television viewing at mealtime on food intake after a glucose preload in boys. *Pediatr Res*. 2007 Jun;61(6):745-9.
- 212 Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007 Sep 25;4:44.
- 213 Ellen G. White. *Counsels on Diet and Foods* (Washington, D.C.: Review and Herald Pub. Assn., 1946), pg. 154.
- 214 Mateus 4:4. Almeida Revista e Atualizada.
- 215 Mateus 20:28. Almeida Revista e Atualizada.
- 216 Tiago 4:7. Almeida Revista e Atualizada.
- 217 Isaías 59:19. Almeida Revista e Corrigida.
- 218 1Coríntios 10:13. Almeida Revista e Atualizada.
- 219 Levítico 26:26. Almeida Revista e Atualizada.
- 220 Salmo 22:26. Almeida Revista e Corrigida.
- 221 Isaías 58:10,11. Almeida Revista e Atualizada.