



Óleo de Coco – Milagre para Emagrecer ou Mais um Modismo?

Alessandra Rodrigues – Nutricionista, Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP).

Uso do óleo de coco para tratamento da obesidade tem recebido grande destaque na mídia, fato que refletiu uma corrida dos consumidores às lojas buscando uma solução milagrosa para perda de peso. De acordo com os defensores do óleo de coco, este ajuda a prevenir e tratar uma série de condições médicas. Entretanto, é preciso ter cautela, afinal o óleo de coco é uma gordura e, como qualquer outra, quando consumida em excesso, engorda. Adeptos da *Coconut diet* indicam que o indivíduo deve consumir 3 colheres de sopa do óleo de coco por dia. Em uma colher de sopa há 117 Kcal e 13,6g de gordura, ou seja, mais calorias que uma colher de manteiga ou azeite.

Conhecendo um Pouco Mais Sobre o Óleo de Coco

O Coco (*C. nucifera*) pertence à família *Arecaceae* (*Palmae*) e à subfamília *Coccoideae*. O óleo é, em geral, extraído a frio a partir da massa do coco.

O óleo de coco é classificado como gordura saturada. Sabe-se que o nível de saturação determina a consistência da gordura em temperatura ambiente. Quanto maior o grau de saturação, mais dura a gordura será. No entanto, o óleo de coco é uma exceção, pois apesar de ser altamente saturado, é líquido, devido à predominância de ácidos graxos de cadeia média (AGCM), que correspondem a 70-80% de sua composição, conforme indicado na figura 1^{1,2}.

Na figura 2, podemos verificar a descrição da combinação de triglicérides do óleo de coco, onde é possível observar o predomínio do ácido láurico, que parece ter menos efeitos deletérios no perfil lipídico do que o ácido palmítico, presente em gorduras saturadas de origem animal, por exemplo.^{1,2,3}

O fato do óleo de coco possuir maior quantidade de AGCM, diferentemente de outras gorduras saturadas, faz com que tenha um comportamento metabólico distinto em virtude de suas características estruturais.

FIGURA 1 – Composição dos ácidos graxos do óleo de coco (adaptado de DebMandal M, Mandal S., 2011)

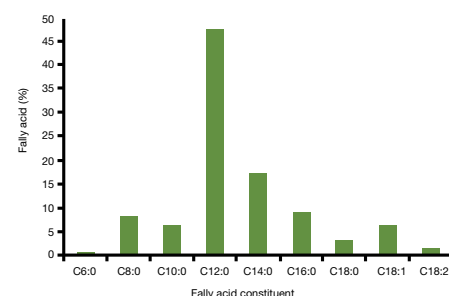
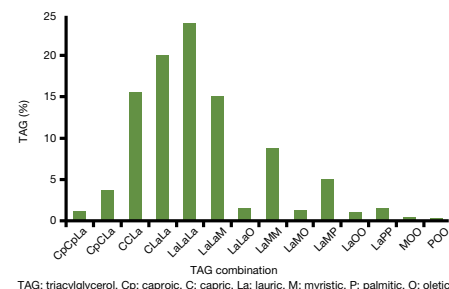


FIGURA 2 – Composição de triglicérides do óleo de coco (adaptado de DebMandal M, Mandal S., 2011)



Os AGCM são rapidamente absorvidos no intestino, mesmo sem sofrer ação da enzima lipase pancreática. Os ácidos graxos de cadeia longa (AGCL), por outro lado, necessitam da lipase pancreática para a absorção e são transportados pela linfa para a circulação sistêmica na forma de quilomícrons, para depois atingir o fígado, onde eles passam por beta-oxidação, biossíntese de colesterol, ou são resintetizados como triglicérides. Já os AGCM são transportados pela veia porta para o fígado, onde são rapidamente oxidados, gerando energia. Ao contrário dos AGCL, os AGCM não participam do ciclo de colesterol e não são estocados em depósitos de gorduras⁴.

Tais características fazem com que óleos tropicais, como o óleo de coco, sejam indicados para tratamento da hiperquilomicronemia em substituição a outros óleos vegetais.

Formas de Utilização do Óleo de Coco

O óleo de coco pode ser utilizado em substituição a outros tipos de gordura no preparo dos alimentos. Com as descobertas dos malefícios da gordura trans, a indústria alimentícia vem buscando alternativas para o preparo de alimentos. Uma das alternativas tem sido o uso de óleos tropicais, como o óleo de coco. Obviamente, a retirada da gordura trans traz benefícios no perfil lipídico e no risco cardiovascular. No entanto, não se sabe se a substituição da gordura trans por gordura saturada, principal fonte de gordura do óleo de coco, poderá ser benéfica. Sabemos que gordura saturada está associada à elevação do colesterol total.

Um estudo dinamarquês comparou dietas ricas em AGCM e AGCL

sobre o perfil lipídico e os resultados mostraram que houve maior aumento do colesterol plasmático total, do LDL-colesterol (lipoproteína de baixa densidade), mas também do HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidade) quando preferida a dieta rica em AGCM⁵.

Outro modo de utilização do óleo de coco é na forma de suplementos. Neste caso, as evidências são insuficientes e, além de benefícios desconhecidos, não sabemos os riscos que podem estar envolvidos.

Suplementos de Óleo de Coco X Dislipidemias

O consumo de óleo de coco e de outros suplementos foi avaliado em ratos e mostrou que, apesar do alto teor de gordura saturada, o óleo de coco parece ter efeitos benéficos para a saúde cardiovascular, desde que consumido em doses moderadas. Entretanto, os autores concluem que ainda são necessários mais estudos para indicação efetiva deste suplemento⁶.

São poucos os estudos que avaliaram a suplementação do óleo de coco e resultados no perfil lipídico em humanos. Um estudo duplo cego e randomizado selecionou 17 homens saudáveis, com atividade física de leve a moderada, sem histórico de hipertensão ou aterosclerose e sem nenhum tratamento medicamentoso. Os participantes receberam 70g de AGCM proveniente de óleos vegetais. Os resultados mostraram que a dieta com AGCM elevou o colesterol plasmático total, o LDL, a razão LDL e HDL⁷. Portanto, o uso do suplemento teve um efeito desfavorável no perfil lipídico.

Por outro lado, os resultados de estudo realizado em uma população da Indonésia (região com alto con-

sumo do óleo de coco) mostrou que o consumo do óleo de coco parece não ter relação com aumento do risco de doenças cardiovasculares. Entretanto, os próprios autores discutem sobre como tal relação é difícil de ser estabelecida em estudos observacionais. Os motivos são a falta de acurácia dos métodos de investigação nutricional, além da grande variação intraindividual da ingestão alimentar, variação genética, variação entre sexos, entre outras⁸.

Suplementos de Óleo de Coco X Perda de Peso

Em relação à perda de peso, os estudos com suplementos a base de óleo de coco são extremamente escassos e de baixo grau de evidência.

Os defensores do óleo de coco se baseiam na teoria de que os AGCM são facilmente oxidados a lipídeos e não armazenados no tecido adiposo, quando comparados aos AGCL. Por esta inferência, e pelo fato do óleo de coco ser rico em AGCM e pobre em AGCL, seu uso poderia ter efeito no tratamento da obesidade.

Um estudo conduzido em humanos concluiu que o uso do óleo de coco virgem, por ter alto teor de AGCM, parece ser benéfico para redução de gordura abdominal, em especial em homens, sem alteração significativa do perfil lipídico, mas vale ressaltar que este estudo foi realizado em apenas 20 indivíduos, não foi duplo cego e o acompanhamento foi feito por apenas quatro semanas⁴.

Outro estudo conduzido por um grupo de Alagoas estudou 40 mulheres entre 20 e 40 anos, que foram randomizadas em dois grupos - um que recebeu óleo de coco e, outro, recebeu óleo de soja - de forma duplo-cega por 12 semanas, além de orientação dietética, com nutri-

cionista, com dieta hipocalórica e orientação para prática de atividade física. Como resultado, a suplementação de óleo de coco não alterou o perfil lipídico e a perda de peso foi idêntica nos dois grupos. No entanto, os autores verificaram redução de circunferência abdominal no grupo com óleo de coco em relação ao óleo de soja. (-1,4cm vs 0,6cm). Os pesquisadores concluíram que é necessário acompanhamento por um período prolongado para estender tal recomendação a outras populações e que mais estudos devem ser conduzidos. Além disso, esse mesmo estudo mostrou que a suplementação do óleo de coco teve uma tendência a elevar os níveis de insulina circulante⁹.

Em uma população chinesa, a su-

plementação de um óleo que misturou AGCL e AGCM por oito semanas pareceu ser positiva para redução de peso e melhora do perfil lipídico de homens com hipertrigliceridemia¹⁰.

Em contrapartida, outro estudo que avaliou a relação entre o comprimento da cadeia de ácidos graxos, saciedade pós-prandial e ingestão alimentar em homens magros concluiu que não existe evidência de que o comprimento da cadeia de ácidos graxos tenha efeito sobre apetite ou ingestão alimentar¹¹.

Conclusão

Fica claro que, apesar das diversas teorias positivas sobre o óleo de coco, os estudos ainda são escassos e controversos, tanto para o perfil lipídi-

co quanto para o emagrecimento. É importante ter em mente que a gordura saturada do óleo de coco, mesmo que com melhor composição que outras fontes de gordura saturada, deve ter seu consumo restrito. Ainda é válida a recomendação de que uma dieta de alta qualidade para saúde deve limitar a ingestão de gordura saturada (7% do valor calórico total da dieta), substituir gordura saturada por monoinsaturada e poliinsaturada, aumentar o consumo de ômega 3, fibras solúveis, vegetais e frutas^{12,13,14}.

O uso de suplementos a base de óleo de coco está longe de ser um milagre para emagrecer. Certamente seu uso é mais um modismo, sem respaldo científico e que, portanto, deve ser desestimulado. ●

Referências Bibliográficas

1. Mahan K, Escott-Stump S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998:49-50.
2. DebMandal M, Mandal S. Coconut (Cocos nucifera L.: Arecaceae): in health promotion and disease prevention. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine. 2011; 241-247.
3. N. M. de Roos, E. G. Schouten, and M. B. Katan, "Human nutrition and metabolism: consumption of a solid fat rich in lauric acid results in a more favorable serum lipid profile in healthy men and women than consumption of a solid fat rich in trans-fatty acids", Journal of Nutrition. 2001; 131(2): 242-245.
4. Liau KM, Lee YY, Chen CK, Rasool AHG. An open-label pilot study to assess the efficacy and safety of virgin coconut oil in reducing visceral adiposity. ISRN Pharmacology. 2011;2011:949686, 1-7.
5. Tholstrup T, Ehnholm C, Jauhiainen M, et al. Effects of medium-chain fatty acids and oleic acid on blood lipids, lipoproteins, glucose, insulin, and lipid transfer protein activities. Am J Clin Nutr. 2004;79(4):564-9.
6. Naghii MR, Darvishi P, Ebrahimipour Y, Ghanizadeh G, Mofid M, Hedayati M, Asgari AR. Effect of combination therapy of fatty acids, calcium, vitamin D and boron with regular physical activity on cardiovascular risk factors in rat. J Oleo Sci. 2012;61(2):103-11.
7. Ferreira AMD, Barbosa PEB, Ceddia RB. The influence of medium-chain triglycerides supplementation in ultra-endurance exercise performance. Rev Bras Med Esporte. 2003;9(6):413-419.
8. Lipoeto NI, Agus Z, Oenzil F, Wahlqvist ML, Wattanapenpaiboon N. Dietary intake and the risk of coronary heart disease among the coconut-consuming Minangkabau in West Sumatra, Indonesia. Asia Pac J Clin Nutr 2004;13 (4):377-384.
9. Assunção ML, Ferreira HS, Santos EAF, Cabral Jr R, Florêncio MMT. Effects of dietary coconut oil on the biochemical and anthropometric profiles of women presenting abdominal obesity. Lipids. 2009; 44:593-601.
10. Liu Y, Wang J, Zhang R, Zhang Y, Xu Q, Zhang J, Zhang Y, Zheng Z, Yu X, Jing H, Nosaka N, Kasai M, Aoyama T, Wu J, Xue J. A good response to oil with medium- and long-chain fatty acids in body fat and blood lipid profiles of male hypertriglyceridemic subjects. Asia Pac J Clin Nutr 2009;18 (3):351-358.
11. Poppitt S.D., Strik C.M., MacGibbon A.K.H., McArdle B.H., Budgett S.C., McGill A.-T. Fatty acid chain length, postprandial satiety and food intake in lean men. Physiology & Behavior.2010; 101:161-167.
12. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association and dietitians of Canada: dietary fatty acids. J Am Diet Assoc. 2007;107:1599-1611.
13. American Dietetic Association. Nutrition Care Manual. Disorders of lipid metabolism, hypercholesterolemia, overview. nutritioncaremanual.org/content.cfm?ncm_content_id_72856. Acessado em 19 de março de 2012.
14. Dietary Guidelines for Americans, 2010. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/2010.asp>. Acessado em 19 de março de 2012.