

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

ANA CLÁUDIA PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DE DIETAS
VEICULADAS NA *INTERNET* E EM REVISTAS POPULARES**

Cuité/PB

2015

ANA CLÁUDIA PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DE DIETAS VEICULADAS NA
INTERNET E EM REVISTAS POPULARES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para a obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586a Silva, Ana Cláudia Pereira da.

Análise da composição nutricional de dietas veiculadas na internet e em revista populares. / Ana Cláudia Pereira da Silva. – Cuité: CES, 2015.

51 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Janaina Almeida Dantas Esmero.

1. Dieta. 2. Emagrecimento. 3. Recomendações nutricionais. 4. Nutrientes. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.24

ANA CLÁUDIA PEREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DE DIETAS VEICULADAS NA
INTERNET E EM REVISTAS POPULARES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para a obtenção de título de Bacharel
em Nutrição, com linha específica em Nutrição
Clínica.

Orientadora: Prof. Msc. Janaina Almeida Dantas
Esmero

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Janaina Almeida Dantas Esmero
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Profa. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Profa. Msc. Ana Paula de Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Cuité/PB

2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e sua divina misericórdia, por ter me dado forças para caminhar e enfrentar cada dificuldade que se pós a minha frente e por jamais deixar-me descreer de que o melhor está por vir, mantendo-me sempre com minha fé inabalável.

Aos meus pais, pelo amor infinito e puro, por terem batalhado junto comigo e estarem ao meu lado a cada dificuldade e conquista, sempre me incentivando, e por nunca, em momento algum terem deixado de acreditar no meu potencial, pois foi por eles que cheguei até aqui.

Aos meus irmãos, que sempre foram meu refúgio nos momentos difíceis e que me presentearam com as coisas mais lindas da minha vida, meus sobrinhos que, são hoje o motivo de minha maior alegria, onde me senti acolhida nos momentos de “estresse” ao longo da produção deste trabalho.

Aos meus mestres, pela dedicação em passar-me todo o conhecimento, em especial a professora Janaína Almeida Dantas Esmero minha orientadora, por toda sua paciência, apoio e doação de tempo que me foi prestado não só agora, mas ao longo de todo o curso.

Aos meus avós, pelo carinho que sempre me foi dado e por terem me servido de exemplo de dignidade e garra.

Aos meus amigos, que sempre estiveram me apoiando, não me deixando desanimar nos momentos ruins e vibrando comigo a cada vitória, em especial aqueles que foram de tão grande importância nessa reta final do curso doando um pouco do seu tempo a me ajudarem na construção desse trabalho e que não me deixaram desistir quando minhas forças já não conspiravam ao meu favor.

Aos meus tios, tias, primos e primas, que em momento algum deixaram de acreditar na minha capacidade, que estiveram sempre a me dar uma palavra de apoio para a realização desse sonho.

A todos, que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse onde estou.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Média e desvio padrão (DP) do Valor Energético Total e da composição em macronutrientes das dietas, com base em três cardápios da semana | 28 |
| Tabela 2 - Média dos teores de micronutrientes (vitaminas A e C, cálcio e ferro) e fibras das dietas com base em três cardápios da semana e suas respectivas recomendações nutricionais..... | 31 |
| Tabela 3 - Média de consumo de porções por grupo de alimentos com base em três cardápios da semana e suas respectivas recomendações..... | 33 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 12 |
| 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 12 |
| 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO | 13 |
| 3.1 OBESIDADE | 13 |
| 3.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES | 15 |
| 3.3 A MÍDIA COMO VEÍCULO DE INFLUÊNCIA NO PADRÃO ALIMENTAR | 16 |
| 3.4 DIETAS X RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 23 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 37 |
| REFERÊNCIAS | 38 |
| ANEXOS | 47 |

RESUMO

SILVA, A. C. P. **Análise da Composição Nutricional de Dietas Veiculadas na Internet e em Revistas Populares**. 2015 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

O padrão estético e a obesidade têm despertado o interesse da mídia. Esta por sua vez, vem exercendo influência direta sobre os hábitos alimentares da vida moderna. Cada vez mais é possível encontrarmos mensagens que incitam as pessoas a seguirem dietas com o objetivo de perder peso; porém, não sabemos se essas dietas são adequadas do ponto de vista nutricional. Logo, o objetivo desse trabalho é analisar a composição nutricional de dietas veiculadas na *internet* e em revistas populares. Trata-se de um estudo de transversal de caráter qualiquantitativo onde foram selecionadas cinco dietas, sendo três publicadas em revistas populares e duas na *internet*. Para cada dieta foram analisados três cardápios. Foi feita a análise da composição nutricional a partir do *software* AVANUTRI® versão online. Para a análise dos macronutrientes, utilizou-se como referência os intervalos de distribuição do Institute of Medicine (IOM). Para avaliação da adequação dos micronutrientes e fibras foi utilizado a *Dietary Reference Intakes* (DRIs). A frequência qualitativa das porções por grupo de alimentos foi comparada com a proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira (2008). A análise estatística foi realizada no SPSS 13.0. Todas as dietas mostraram-se hipocalóricas (1306,88 Kcal/dia \pm 220,57). Em relação aos macronutrientes, a dieta Dukan apresentou excesso de proteínas e insuficiência de carboidratos; a dieta do Microbioma apontou deficiência de carboidratos; a dieta da Tapioca mostrou insuficiência em lipídios; a Detox, excesso de carboidrato e insuficiência em lipídios, e a dieta da Sopa excesso de carboidratos. Em relação aos micronutrientes, todas as dietas apontaram inadequação aparente de cálcio. A dieta do Microbioma mostrou provável deficiência de vitaminas C e ferro, e, a dieta da Sopa, provável inadequação em vitamina A e ferro. Todas as dietas apresentaram valores insuficientes de fibras. Em relação ao número de porções por grupo de alimentos, foi observado que para o grupo dos cereias/raízes/tubérculos três dietas apresentaram um número aquém da recomendação e uma delas o valor foi superior. Para as frutas, duas dietas apontaram uma média de porção baixa e uma acima. Em relação aos legumes/verduras, duas estavam abaixo e as demais acima. No tocante as leguminosas, uma dieta mostrou valor médio abaixo do recomendado e 2 acima.

Quanto ao leite/derivados, duas dietas referenciaram valores inferiores e uma acima do valor proposto pelo Guia. Para as carnes/ovos foi observada uma dieta com porções abaixo da recomendação e as demais acima. Em relação as gorduras, todas estavam adequadas. Para os açúcares, todas abaixo da recomendação. As dietas mostraram-se inadequadas do ponto de vista qualitativo e quantitativo, deixando claro que não levam em consideração as necessidades individuais, podendo desencadear riscos à saúde do consumidor.

Palavras Chave: dieta, emagrecimento, recomendações nutricionais, nutrientes, *internet*.

ABSTRACT

SILVA, ACP. Analysis Breakdown **Nutritional Diet circulated on the Internet and in popular magazines**. 2015 51f. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

The aesthetic standard and obesity have aroused the interest of the media. This, in turn, has direct influence on the eating habits adopted in modern life. Increasingly, it is possible to find messages urging people to follow diets aimed at weight loss. But we do not know to what extent the diets recommended by these media outlets are appropriate from a nutritional point of view. Therefore, the aim of this work is to analyze the nutritional composition of diets circulated on the Internet and in popular magazines. This is a character qualiquantitativo cross-study, where five diets were selected, three published in popular magazines and two on the internet. For each diet, we analyzed three menus. It was done the analysis of the nutritional composition from AVANUTRI® software online version. For the analysis of macronutrients, was used as a reference distribution intervals of the Institute of Medicine (IOM). To assess the adequacy of micronutrients and fiber was used to Dietary Reference Intakes (DRIs). Qualitative frequency of servings for each food group was compared with the proposal of the Food Guide for the Brazilian Population (2008). Statistical analysis was performed using SPSS 13.0. All diets were shown to be low calorie (Kcal 1306.88 / day 220.57 ±). Regarding macronutrients, the Dukan diet showed excess protein and carbohydrate failure; the Microbiome diet pointed carbohydrate deficiency; Tapioca dietary lipids showed insufficiency; Detox, excess carbohydrate and lipid in failure, and the diet soup excess carbohydrates. In terms of micronutrients, all diets showed inadequate apparent calcium. Furthermore, Microbiome diet C showed vitamin likely deficiency and iron, and the soup diet, likely inadequate vitamin A and iron. As the fibers, all diets showed insufficient values. As the number of servings for each food group, it was observed that three of the diets a number below the recommendation for cereals / roots / tubers and 1 diet up to 2 fruit diets indicated below and one above the recommended for vegetables / vegetables 2 presented below and the other above to legumes 1 is presented below and above the recommended 2 to milk / dairy 2 below the reference and above, the meat group / eggs made 1 below and the other above to the group all fats showed to be appropriate, since for all sugars below the recommendation. All diets were shown to

be inadequate in qualitative and quantitative terms, making it clear that do not take into account individual needs and may trigger, long-term, serious risks to consumer health.

Keywords: diet, weight loss, nutritional recommendations, nutrients, internet.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde, apontou que 50,8% da população brasileira encontra-se acima do peso ideal, e a obesidade atinge 17,5% da população (BRASIL, 2014). Segundo o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2008-2009), observou-se que quase metade da população brasileira de ambos os gêneros, acima de 20 anos de idade, apresentam excesso de peso (BRASIL, 2010).

A obesidade é definida como acúmulo anormal de gordura corporal, resultante do desequilíbrio energético prolongado, podendo trazer sérias implicações para a saúde das pessoas (SOUZA et al, 2006). Trata-se de uma doença multifatorial envolvendo fatores genéticos e ambientais. Os fatores genéticos apresentam uma menor influência no desenvolvimento da obesidade quando comparados aos fatores ambientais, para os quais se destacam a ingestão alimentar em excesso e o sedentarismo (NAVES; COSTA, 2006).

Em contrapartida, a preocupação excessiva com o peso e forma corporal, e a auto avaliação excessivamente dependente destas dimensões, podem levar a transtornos de comportamento alimentar como a anorexia e bulimia (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

A incidência de transtornos alimentares na população tem aumentado cada vez mais nos últimos anos e, embora existam diferenças entre os instrumentos, metodologia e critérios diagnósticos, estima-se que a prevalência de tais transtornos na população brasileira é de 0,5% a 5,0%, atingindo principalmente as mulheres na faixa etária de 19 a 30 anos (SMINK; HOEKEN; HOEK, 2012).

Logo, a preocupação de um lado com a obesidade e doenças associadas, e do outro com o padrão estético, têm se tornado assuntos de grande relevância, abordado em vários meios de comunicação, que por sua vez, pode incitar o consumidor a buscar dietas restritivas em calorias, com o objetivo de redução de peso em pouco tempo e sem esforço. A mídia muitas vezes não se limita a ser imparcial e apenas informar, mas também se posiciona para o que parece ser conveniente e lucrativo (GUARESCHI, 1999 apud ABREU et al, 2013).

Existem evidências que fundamentam que a mídia pode contribuir para a promoção de distúrbios da imagem corporal. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados a serem magros e reportam terem aprendido técnicas não saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) por meio de veículos de informação (STICE, 2002).

A *internet* e revistas populares de saúde são cada vez mais utilizados como fontes de informações sobre dieta e saúde, sendo difundidos na sociedade moderna. Contudo, não se sabe até que ponto as dietas e/ou cardápios preconizados por esses veículos de comunicação, que prometem perda de peso milagrosa, são adequadas do ponto de vista nutricional. Embora sejam importantes ferramentas de pesquisa e informação, a falta de fiscalização tem feito com que sejam veiculadas cada vez mais dietas inadequadas que prometem emagrecimento rápido e não priorizam a saúde dos indivíduos.

Observa-se que nos últimos anos há uma vasta oferta de dietas que prometem perda de peso rápida e em curto prazo; porém, a avaliação da qualidade nutricional destas dietas não é bem esclarecida (MA et al, 2007).

São inúmeras as dietas encontradas na internet e em revistas populares e dentre elas podemos citar: a “dieta de Dr. *Dukan*”, a “dieta do Microbioma”, a “dieta da Sopa”, a “dieta da Tapioca”, a “dieta Detox”, dentre outras.

Para um plano alimentar saudável é importante considerar o suprimento das necessidades de cada nutriente de acordo com as Dietary Reference Intakes (DRIs) (BRASIL, 2014). Estas podem ser usadas para planejar dietas e programas de orientação nutricional, além de auxiliar na definição de rotulagem (SILVA; MURA, 2013).

Considerando o exposto, essa pesquisa tem por finalidade analisar a composição nutricional de dietas veiculadas na *internet* e em revistas populares e, dessa forma, contribuir para que os indivíduos tenham uma visão mais crítica dos possíveis riscos que tais dietas podem oferecer, despertando o interesse por estudos ainda mais aprofundados acerca dessa temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a composição nutricional de dietas veiculadas na *internet* e em revistas populares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as dietas quanto ao aspecto qualitativo, considerando as diretrizes propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) em relação ao número de porções sugeridas para consumo, de acordo com grupos de alimentos;
- Confrontar os dados da avaliação da composição nutricional das dietas analisadas com as recomendações propostas pelas *Dietary Reference Intakes* (IOM, 2005).
- Contribuir para demonstrar os potenciais riscos à saúde que essas dietas podem oferecer ao serem utilizadas como meio para emagrecimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 OBESIDADE

A obesidade consiste no acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo que pode levar ao comprometimento da saúde (BARBIERE; MELLO, 2012). Tal doença, resultante de vários fatores que atuam na maioria das vezes de forma combinada, é decorrente de um desequilíbrio energético prolongado, caracterizado por um aumento nos depósitos de gordura corporal em razão do consumo de energia exceder o gasto energético (GIBNEY; MACDONALD; ROCHE, 2006).

A obesidade emergiu como uma epidemia em países desenvolvidos durante as últimas décadas do século XX. Atualmente, atinge todos os níveis socioeconômicos e vem aumentando sua incidência também nos países em desenvolvimento. Não está limitada a uma região, país ou grupo racial/étnico, é um fenômeno mundial que afeta ricos e pobres e é resultante da ação de fatores ambientais (hábitos alimentares, atividade física e condições psicológicas) sobre indivíduos geneticamente predispostos a apresentar excesso de tecido adiposo (POPKIN et al, 1998 apud BERNARDI et al, 2005).

De acordo com os dados publicados pelo Ministério da Saúde, segundo a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) , a frequência de excesso de peso na população brasileira acima de 18 anos de idade é de 50,8%, sendo maior nos homens (54,7%) quando comparados às mulheres (47,4%), mostrando um preocupante crescimento do excesso de peso nos últimos 8 anos, uma vez que, em 2006 a frequência era de 43% (BRASIL, 2014).

Segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), o excesso de peso no Brasil foi observado em cerca de metade dos homens (50,1%) e em 48% das mulheres. A frequência de obesidade foi de 12,5% para os homens e 16,9% para as mulheres. Constatou-se que tanto o excesso de peso como a obesidade aumentou com a idade, até a faixa etária de 45 a 54 anos, em homens, e

de 55 a 64 anos, em mulheres, declinando nas idades subsequentes (BRASIL, 2010).

Devido à sua etiologia multifatorial é difícil mensurar a força de cada uma das variáveis envolvidas no processo do ganho excessivo de peso. (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005). No entanto, a literatura aponta que a obesidade está fortemente relacionada ao “estilo de vida” do indivíduo, mais especificamente, ao que se refere à alimentação e a prática de atividade física. Nesse sentido, pode-se dizer que quanto mais ativo for o indivíduo, menor será a probabilidade do mesmo vir a desenvolver obesidade. E, quanto mais rica for a sua alimentação em açúcares, lipídios e produtos industrializados, maior será a probabilidade de desenvolvimento dessa doença (BARBIERE; MELLO, 2012). O aumento da obesidade está fortemente associado à fartura de alimentos, às mudanças na composição dietética da população ocidental e ao acesso às farinhas e gorduras. Com isso, a ingestão de produtos inadequados à saúde tem se tornado cada vez mais frequente (CAVALCANTI; DIAS; COSTA, 2005).

Segundo Naves e Costa (2006), os fatores genéticos apresentam uma menor influência no desenvolvimento da obesidade quando comparados aos fatores ambientais. No entanto, alguns autores dão grande ênfase aos fatores genéticos como causadores da doença. Segundo Coutinho e Dualib (2007), a influência genética mais comumente manifestada na obesidade é a poligênica, o que confere a certos indivíduos a susceptibilidade resultante de fatores genéticos que se inter-relacionam de forma complexa, tornando difícil a individualização desses genes em estudos populacionais. Pressupõe-se que a correlação entre o sobrepeso dos pais e de filhos é grande e decorre do compartilhamento da hereditariedade e dos fatores ambientais (DELCASTAGNÉ et al., 2008).

A obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar sérias repercussões orgânicas e psicossociais, especialmente nas formas mais graves. O indivíduo obeso apresenta sofrimento psicológico decorrente dos problemas relacionados ao preconceito social e à discriminação contra a obesidade. A depreciação da própria imagem física leva à preocupação opressiva, tornando-o inseguro devido à sua inabilidade de manter a perda de peso (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

De maneira geral, a obesidade relaciona-se com uma pior qualidade de vida, menor interação social, baixa autoestima e menos bem estar físico e psicológico.

Tem causado problemas como frustrações, infelicidade e uma gama de doenças lesivas (VASCONCELOS, et al., 2011).

Embora a tentativa da perda de peso seja vista como uma preocupação, não tem sido comum a redução ponderal com a adoção da estratégia de redução calórica a partir uma dieta equilibrada, associado ao aumento do gasto energético por meio da prática regular de atividade física (SERDULA et al, 1999 apud PERINAZZO, 2010).

A insatisfação com o peso e imagem corporal é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos no comportamento alimentar. A obesidade afeta a relação do indivíduo com o corpo, autoestima e satisfação com a aparência, o que o torna mais susceptível ao desenvolvimento de perturbações comportamentais em relação à alimentação (LOFRANO-PRADO et al., 2011).

3.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TAs) caracterizam-se por alterações de comportamento alimentar e com etiopatogenia multifatorial, incluindo os fatores predisponentes: biológicos, psicológicos, culturais, familiares e genéticos, que interagem entre si de modo complexo; fatores mantenedores: alterações neuroendócrinas e neurais, distorção da imagem e corporal e alterações psicológicas; além dos fatores precipitantes: dietas restritivas, sentimentos de insegurança e insatisfação (MORGAN et al., 2002; CORDÁS et al., 2010).

Os TAs estão se tornando uma preocupação frequente para a saúde pública, pois tem-se observado maior número de casos identificados e com altos índices de morbidades e mortalidades, principalmente em indivíduos do sexo feminino (ANDRADE et al., 2006).

Estudos apontam que a prevalência dos TAs em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, varia de 0,5 a 1% (DUNKER, 2009). Já no Brasil, a prevalência de transtornos alimentares varia de 0,5 a 5,0%, atingindo em sua maioria pessoas do sexo feminino com idade entre 18 e 35 anos (SMINK; H; HOEKEN; HOEK, 2012).

Nas últimas décadas, o aumento pelo interesse e importância epidemiológica dos transtornos alimentares levou a uma rápida evolução na discussão dos critérios diagnósticos. A bulimia nervosa (BN) e anorexia nervosa (AN) são os principais

transtornos de comportamento alimentar. A BN é uma síndrome caracterizada pela ingestão alimentar descontrolada, que afeta principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino (SCATOLIN; CARVALHO; SILVA, 2010). Já a anorexia é evidenciada pela recusa do indivíduo em manter um peso corporal na faixa normal mínima, de acordo com sua idade e altura. Esse último envolve temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou do tamanho do corpo (LEONIDAS; SANTOS, 2013).

Dentre os fatores predisponentes, destacam-se a história de transtorno alimentar e/ou transtorno do humor na família, os padrões de interação presentes no ambiente familiar, o contexto sociocultural, caracterizado pela extrema valorização do corpo magro, disfunções no metabolismo das monoaminas centrais e traços de personalidade (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

O tratamento dos TAs envolve uma equipe multiprofissional, formada por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, nutrólogos e terapeutas ocupacionais, a fim de se obter sucesso na resolução e alívio dos sintomas (CATALAN-MATAMOROS, et al., 2010). O tratamento farmacológico é acompanhado de terapias individuais e familiares, aconselhamento nutricional individualizado e terapia ocupacional. De modo geral, não existe um profissional que cuide especificamente do distúrbio da percepção corporal. Uma das prioridades no tratamento dos TAs é mudar a maneira como os pacientes vivenciam seu próprio corpo (PROBST et al., 1997 apud THURM, 2012).

Nos dias atuais, é possível observar a associação do corpo à ideia de consumo. Em muitos momentos o corpo é objeto de valorização exagerada, dando oportunidade para crescimento do “mercado do músculo” e ao consumo de bens e serviços destinado à “manutenção deste corpo”. “O corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento, alta frustração” (FERNANDES, 2003).

Existem evidências que dão suporte de que a mídia promove distúrbios na imagem corporal e alimentar. Indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados a serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) através dos veículos de informação (STICE, 2002).

3.3 A MÍDIA COMO VEÍCULO DE INFLUÊNCIA NO PADRÃO ESTÉTICO

Os meios de comunicação em massa como jornais, revistas e televisão permitem que a divulgação científica torne-se acessível à população em geral (PECHULA, 2007). Porém, é inegável a influência da mídia sobre os comportamentos adotados pela sociedade na vida moderna. Acredita-se que seja uma ferramenta de condução de informação à população, capaz de influenciar tanto positivamente quanto negativamente no estilo de vida das pessoas. Com isso, surgem discussões sobre o impacto dos meios de comunicação sobre a saúde da população (AKIRA; MARQUES, 2009).

A crescente preocupação com o padrão estético, assim como a obesidade, tornou-se um assunto de grande interesse em vários meios de comunicação em massa, consultado pela população leiga. As principais formas pelas quais os meios de comunicação abordam esse tema são o estímulo à venda de produtos para emagrecimento e recomendações de dietas hipocalóricas. Podemos encontrar mensagens que incitam o consumidor a seguir dietas restritivas em calorias ou outras práticas, com o objetivo de redução de peso em pouco tempo e sem esforço. (ABREU et al, 2013).

A *internet* apresenta-se como um meio de comunicação cada vez mais utilizado. Contudo, devido ao princípio de liberdade que norteia a rede mundial de computadores, é impossível controlar o conteúdo das informações sobre saúde veiculadas neste meio de comunicação. Embora seja uma poderosa ferramenta de pesquisa e informação, a falta de fiscalização tem possibilitado a veiculação de inúmeras dietas e regimes alimentares inadequados (SANTANA, MAYER, CAMARGO, 2003).

Segundo Gomes (2007), a mídia veicula um padrão de beleza possível apenas para uma parcela da população mundial, visto que para conseguir estes padrões há um envolvimento de custos. As propagandas existentes, mesmo que de uma forma indireta, enfatizam a aparência física como responsável pela felicidade e sucesso, enquadrando as pessoas num padrão de beleza pré-estabelecida (WITT; SCHNEIDER, 2011).

A mídia não se limita a ser imparcial e apenas informar, mas também se posiciona para o que parece ser conveniente e lucrativo (GUARESCHI, 1999 apud ABREU et al., 2013). Paradoxalmente, influencia o consumo de alimentos gordurosos e hipercalóricos, ao mesmo tempo em que incita o culto aos padrões de beleza pré-estabelecidos, persuadindo cada vez mais, adolescentes e adultos à

insatisfação da imagem corporal. Este cenário, por sua vez, favorece a adesão às dietas restritivas e à prática excessiva de exercícios físicos, com o objetivo de atingir um peso corporal ideal (ANDRADE et al., 2003).

3.4 DIETAS X RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

Para um programa de perda de massa corporal com algum grau de sucesso é importante integrar mudanças alimentares e exercício físico, além de modificação de comportamento, educação nutricional e apoio psicológico. A dieta com restrição de energia é o método mais utilizado para promover a redução da massa corporal, no entanto, deve ser nutricionalmente equilibrada, exceto para energia, onde são reduzidas para um ponto no qual as reservas de gordura devem ser mobilizadas para atender as necessidades diárias (SILVA; MURA, 2013).

Segundo Cardoso (2004), “[...] o termo dieta corresponde à alimentação seguida por um indivíduo ou grupo de indivíduos”.

Uma dieta nutricionalmente balanceada para perda de peso deve fornecer um déficit diário de 500 Kcal a 1000 Kcal, o que permite uma perda de 0,45Kg a 1Kg por semana, respectivamente. Essa velocidade de perda deve continuar por cerca de 6 meses. A quantidade de calorias na dieta deve variar de indivíduo para indivíduo, mas não deve ser menor que 800 Kcal/dia. Deve contemplar carboidratos (45% a 60% das calorias totais), proteínas (10% a 35% das calorias totais) e os lipídios (20% a 35% das calorias totais) (DRIs, 2005). Logo, uma alimentação saudável deve contemplar todos os grupos de alimentos: carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas e minerais, além de água (BRASIL, 2014).

Os planos alimentares para redução ou manutenção de peso corporal que exigem redução calórica, devem atender ao padrão alimentar e nutricional considerado adequado. Além disso, podem ser utilizadas como um instrumento de aprendizado e exercício da reeducação alimentar, contemplando os quesitos da adequação em quantidade e qualidade, prazer e saciedade. (BRASIL, 2008)

Segundo Scott-Stump (2007), a pirâmide alimentar propõe um programa de estilo de vida saudável, incluindo nutrição e atividade física. Abrange todos os grupos dos alimentos: cereais, frutas, vegetais, laticínios, carnes, gorduras e doces.

Se as propostas da pirâmide forem seguidas, a probabilidade de deficiências nutricionais e implicações negativas para a saúde são pequenas.

Para ABESO (2009), as dietas balanceadas baseiam-se em princípios científicos e são tidas como as mais estudadas com o objetivo de redução de peso.

Contudo, com a tentativa de reduzir o peso e controlar a obesidade, tem surgido nos últimos anos uma vasta oferta de dietas que prometem perda ponderal rápida. Apesar de muitas das propostas resultarem em perda de peso em curto prazo, a avaliação da qualidade nutricional dessas dietas não é bem esclarecida (MA et al., 2007).

Segundo Longo e Navarro (2002), as dietas da moda podem ser definidas como padrões de comportamento alimentar não usuais, adotados entusiasticamente por seus seguidores. Podem ser chamadas dessa forma porque são práticas alimentares populares e temporárias que promovem resultados rápidos e atraentes, mas carecem de fundamentação científica.

São dietas que geralmente restringem um ou mais grupos de alimentos, além de pré-determinar um consumo calórico muitas vezes incompatível com uma boa saúde. Tais dietas, em sua grande maioria, causam efeitos negativos para a saúde e não atingem os requisitos exigidos para uma alimentação saudável e manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

São inúmeras as propostas encontradas na internet e em revistas populares que preconizam a perda de peso rápida, dentre elas podemos citar a “dieta Dukan”, que é uma dieta dividida em quatro fases, a saber: ataque (fase 1), cruzeiro (fase 2), consolidação (fase 3) e fase de estabilização permanente (fase 4) caracterizada como uma dieta habitual no entanto recomenda-se repetir ao menos uma vez na semana a fase 1. É uma dieta rica em proteínas e com um moderado fornecimento de lipídios. Consiste basicamente em reduzir drasticamente a ingestão de carboidratos da alimentação, com duração média de sete dias (DUKAN, 2014). A “dieta Detox” que se baseia no consumo de frutas, hortaliças, água, sucos e chás. Tem duração de geralmente sete dias (OLIVEIRA, 2014). A “dieta da sopa”, firmada no consumo de sopa duas vezes ao dia, trata-se de uma dieta hipocalórica, que promete uma grande redução de peso em sete dias (OLIVEIRA, 2013). A “dieta do Macrobioma” fundamentada no consumo de bactérias “do bem” presentes em produtos lácteos fermentados, com o pressuposto de que tal ingestão auxilia na redução do peso. O tempo de adesão a dieta para obtenção do resultado prometido

é de um mês (MENEZES, 2014). A “dieta da Tapioca” parte do princípio da restrição do glúten da dieta, pressupondo que essa proteína deixa o organismo inflamado e mais propenso a acumular gorduras, objetivando assim a perda de peso com a substituição de pães por tapioca. A dieta tem duração média de sete dias (MARUL, 2014).

Estudos objetivando avaliar as dietas divulgadas na mídia para promover perda de peso rápida, apontaram que essas propostas são nutricionalmente inadequadas, tendo em vista que tratam-se de dietas altamente restritivas e não oferecem um aporte de nutrientes necessário para a manutenção da saúde.

Betoni et al. (2010), em um estudo sobre a avaliação da utilização de dietas da moda, mostrou que dietas muito restritas em calorias podem levar ao aumento nas cetonas urinárias, interferindo na liberação renal do ácido úrico. Como consequência da elevação dos níveis séricos desse ácido, pode haver o aparecimento de gota úrica. Além disso, o colesterol sanguíneo pode aumentar em razão da maior mobilização da gordura corporal, levando ao risco de desenvolvimento de cálculo biliar e doenças cardiovasculares. Observou-se ainda que as reduções de peso decorrente de dietas muito restritivas em calorias resultam em uma perda de 9 a 26 Kg em quatro a vinte semanas, no entanto, o tempo de permanência com o peso reduzido é breve.

Santana (2003) avaliou a adequação nutricional de quatro dietas veiculadas na internet e mostrou que todas elas encontravam-se inadequadas quanto ao valor calórico e de macronutrientes, mostrando-se abaixo do recomendado. Sem exceção, todas as dietas analisadas cumpriram com seu papel de proporcionar perda de peso rápida. No entanto, podem interferir no estado nutricional do paciente, prejudicando sua saúde.

Pacheco et al. (2009) analisou a composição nutricional de dietas publicadas em revistas não científicas e encontrou que das 30 dietas estudadas, 14 estavam abaixo do valor calórico recomendado para atender as necessidades nutricionais mínimas, principalmente, em relação aos micronutrientes. Embora a maioria das dietas apresentassem quantidades adequadas de carboidratos; um número considerável mostrou quantidade insuficiente desse macronutriente. Já no caso das proteínas, a maioria sugeriu excesso do nutriente e, quanto ao teor de lipídios foram entradas inadequações, onde o excesso foi apontado em metade das dietas. Um

dado que chamou atenção foi o fato de apenas 1(uma) das dietas conter o teor de fibras adequado.

Partindo do princípio de que uma alimentação saudável deve ser entendida como aquela que promove saúde e que deve ser planejada com alimentos de todos os grupos alimentares; a quantidade de energia e nutrientes que atendem as necessidades da maioria dos indivíduos de uma população e promovem saúde devem ser fundamentadas nas recomendações nutricionais (PHILIPPI, 2008).

As *Dietary Reference Intakes* são estimativas quantitativas para o planejamento e avaliação de dietas de populações saudáveis, desenvolvidas inicialmente para americanos e canadenses. Incluem as RDA (*Recommended Dietary Allowance*) como metas de consumo para os indivíduos, e mais três valores adicionais: EAR (*Estimated Average Requirement*), que representa o valor de ingestão diária média do nutriente estimado, para atender as necessidades nutricionais de 50% dos indivíduos saudáveis, em um estágio particular da vida e gênero; a AI (*Adequate Intake*), proposta quando não há dados suficientes para determinar a RDA, e a UL (*Tolerable Upper Intake Level*) que representa o valor máximo de ingestão diária crônica de um nutriente que pode ser ingerido sem provavelmente causar riscos adversos à saúde de quase todos os indivíduos de um determinado grupo em um determinado estágio de vida e gênero. À medida que a ingestão aumenta para níveis acima do UL, os riscos de efeitos adversos também aumentam (IOM, 2003).

Estes valores de referência objetivam melhorar a saúde, diminuir o risco de doenças e o consumo excessivo de algum nutriente, por indivíduos e grupos. As DRIs foram desenvolvidas para indivíduos saudáveis e, portanto, não devem ser utilizadas como referências para indivíduos com doenças agudas ou crônicas, nem tampouco para indivíduos com alguma deficiência nutricional prévia (IOM, 2003).

Considerando a prevenção de deficiências nutricionais como também a diminuição do risco de doenças crônicas não transmissíveis e, por levar em consideração limites superiores para a ingestão de nutrientes de forma a prevenir riscos de efeitos adversos pela ingestão excessiva; ao confrontar a composição nutricional de dietas veiculadas na mídia com os valores de referências propostos pelas DRIs é possível apontar possíveis inadequações nutricionais.

Além das DRIs, uma grande ferramenta que tomamos como base para orientar quanto ao consumo nutricionalmente adequado é o Guia Alimentar para a

População Brasileira que apresenta um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos que objetivam promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades. As informações contidas neste guia são de suma importância; além objetivar o declínio da desnutrição, também tende a interromper ou mesmo reverter à trajetória ascendente da obesidade e de outras doenças crônicas relacionadas à alimentação (BRASIL, 2014).

4 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se por uma abordagem metodológica transversal de caráter quanti-qualitativo para análise de dietas destinadas a emagrecimento e veiculadas em sites e revistas não científicas, no período de Agosto a Novembro de 2014.

Foram selecionadas 3 revistas impressas publicaram dietas e/ou cardápios para emagrecimento, focada no público feminino, onde selecionou-se 3 (três) dietas a saber: dieta Dukan, dieta do Microbioma e dieta da Tapioca, sendo uma de cada revista. As revistas foram adquiridas em bancas de revista, no estado da Paraíba. Foram incluídos os exemplares que possuíam preço de até R\$ 10,00. A escolha das revistas foi feita de forma aleatória, sem pré-definição de editoras. Foram excluídas as reportagens cujos cardápios propostos não tinham especificações sobre os tipos de alimentos e determinação do quantitativo a ser consumido e não possuíam mais de uma opção de cardápios para a mesma dieta.

Na escolha das dietas veiculadas a *internet*, a ferramenta escolhida para a pesquisa foi o *Google*, considerada atualmente a mais eficiente e eficaz na busca e recuperação da informação (SANTANA; MAYER; CAMARGO, 2003). Por meio desta, pesquisou-se os sites nos quais aparecem as dietas para emagrecimento. Foram selecionadas 2 (duas) dietas a partir dos indexadores: “dieta da moda,” e “dieta milagrosa”; a saber: dieta Dukan e dieta da Sopa.

Para cada dieta selecionada, seja aquelas veiculadas às revistas não científicas ou a *internet*, foram avaliados três cardápios, a fim de se obter uma média de valores de ingestão individual, sendo que na dieta Dukan foi selecionado um cardápio para cada uma das três primeiras fases, a saber: fase de ataque (fase 1), fase de cruzeiro (fase 2) e fase de consolidação (fase 3), a quarta fase da dieta não apresenta proposta de cardápio; por tanto, não houve análise de cardápio.

A composição nutricional das dietas foi avaliada a partir da listagem dos alimentos propostos em cada refeição do dia. Foram incluídos na análise os cardápios contendo pelo menos três refeições diárias. Para a análise da composição nutricional foram contemplados os seguintes nutrientes: energia, carboidratos, proteínas, lipídeos, fibras, cálcio, ferro, vitamina A e vitamina C.

Os cardápios foram analisados por meio do *software* AVANUTRI® – Sistema de Avaliação Nutricional, versão online (2012). Foram incluídas informações nutricionais ao banco de dados do programa, considerando os rótulos de alguns alimentos.

Para os cardápios que não referiram as quantidades em g/ml do alimento ou preparação sugerida, foi estimado o quantitativo da medida caseira proposta, a partir da utilização de tabelas de medidas caseiras: Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar de Medidas Caseiras (PINHEIRO, 2004) e Medidas e Porções de Alimentos (ALTENBURG; DIAS, 2009). Para todos os alimentos que não continham o tamanho exato da unidade, fatia ou porção, foi utilizado como padrão o tamanho médio. Para aqueles que não especificavam se as colheres eram cheia, rasa ou nivelada, foi utilizado como padrão a colher cheia. Considerou-se sal, açúcar ou edulcorantes nas preparações, somente quando indicado.

Para avaliar a adequação nutricional dos cardápios, em relação aos macronutrientes, utilizamos como referência os intervalos de distribuição aceitáveis (*Acceptable Macronutrient Distribution Range* – AMDR), expressos em percentual de energia total (Kcal), associados ao menor risco de doenças crônicas não transmissíveis, bem como à ingestão adequada de nutriente: 45%-65% de carboidratos, 10%-35% de proteínas e 20%-35% proveniente dos lipídeos (IOM, 2005).

Quadro 1 - *Intervalos de Distribuição Aceitável de Macronutrientes (AMDR).*

| MACRONUTRIENTES | ADEQUADO | INSUFICIENTE | EXCESSIVO |
|------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Carboidratos | 45 – 60% | < 45% | > 60% |
| Proteínas | 10 – 35% | < 10% | > 35% |
| Lipídeos | 20 – 35% | < 20% | > 35% |

Fonte: Institute of Medicine (IOM, 2005).

Para efetuar a análise das dietas foi necessário estabelecer um padrão, pois as recomendações nutricionais são feitas a partir do sexo, idade e atividade física, sendo que as pessoas mais afetadas pela mídia, considerando os padrões de beleza, são as mulheres entre 20 e 55 anos (FREITAS; LIMA; LUCENA, 2010). Para este estudo, foi adotado como padrão médio a mulher brasileira com idade entre 20 e 54 anos, com 1,60m de estatura e 61,8Kg de peso corporal, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2020). O padrão utilizado para comparação em relação à energia das dietas para esse perfil foi calculado em

108,78kJ/kg/dia (26kcal/kg/dia), resultando em 6723kJ/dia (1607kcal/dia) (SILVA, MURA, 2013).

Para avaliar a adequação aparente da ingestão dos micronutrientes, foi utilizado a *Estimated Average Requirement* (EAR), definida como a mediana da necessidade de um nutriente para um determinado estágio de vida e gênero e aplicada para avaliar a dieta tanto de indivíduos quanto de grupos. (MARCHIONI; SLATER; FISBERG, 2004).

Para a fibra alimentar (FA), foi utilizada como referência, uma média de 25 gramas/dia, dados esses estabelecidos a partir da Adequate Intakes (AI), considerando a média entre faixas de idade de 19 a 50 anos (IOM, 2005).

A frequência qualitativa dos principais alimentos/grupos de alimentos sugeridos nessas dietas/cardápios foi comparada com o número de porções, por grupos de alimentos (cereais/tubérculos/raízes, frutas, legumes/verduras, feijões/ outros alimentos vegetais ricos em proteínas, leite/derivados, carnes/ovos, gorduras e açúcares) propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008), a fim de se obter uma análise quantitativa das porções.

Quadro 2 – Recomendações em números de porções preconizados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, 2008.

| Grupo de alimentos | Porções diárias |
|------------------------------|------------------------|
| Cereais, raízes e tubérculos | 6 |
| Frutas | 3 |
| Legumes e verduras | 3 |
| Leguminosas | 1 |
| Leite e derivados | 3 |
| Carnes e ovos | 1 |
| Gorduras | No máximo 1 |
| Açúcares | 1 |

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde (2008).

Por questões éticas, os nomes das revistas analisadas e suas respectivas editoras foram ocultadas.

A análise de dados foi realizada de forma descritiva por meio de frequência, média, desvio padrão e valores mínimos e máximos, utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 para Windows.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionadas três dietas publicadas em revistas não científicas e duas veiculadas na *internet*; no período de agosto a novembro de 2014.

De acordo com os cardápios propostos por cada uma das dietas analisadas (Anexos: A, B, C, D e E), foi estimado o consumo diário de porções por grupo de alimentos e determinada a média em calorias, macronutrientes, fibras e alguns micronutrientes; com a finalidade de se fazer uma análise qualitativa e quantitativa da dieta.

A dieta Dukan (Anexo A) apresentou uma proposta de cardápio contendo seis refeições diárias que ofertam um grande aporte proteico, principalmente de origem animal. Tal proposta pode contribuir para o desenvolvimento de aterosclerose, doenças cardiovasculares e hipertensão; pois alimentos ricos em proteínas de origem animal, por muitas vezes é também fonte de gorduras, principalmente saturada (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2010). A dieta foi proposta em fases (ataque, cruzeiro e consolidação), as quais possuem objetivos específicos com a inserção de novos alimentos feita de forma gradativa e com pouca variabilidade.

Na Dieta do Microbioma, os cardápios eram distribuídos em cinco refeições diárias (Anexo B), apresentou uma oferta moderada de proteínas e lipídios, além da ausência de carboidratos refinados. Seu princípio básico está no consumo de bactérias probióticas, presentes em leites fermentados e iogurtes. Os produtos lácteos fermentados representam um dos mais importantes segmentos dentre os alimentos funcionais, devido à presença de probióticos (COSTA et al, 2013). Segundo Denipote, Trindade e Burini (2010), auxiliam na hidrólise da lactose, na modulação da constipação, possui atividade antimutagênica e anticarcinogênica. Além disso, possui atividade na redução do colesterol sanguíneo e ajuda a melhorar o quadro de pacientes com diabetes tipo 2 e obesidade (AROSSON et al., 2010). No entanto, a dieta apresenta pouca variedade de alimentos/preparações que pode contribuir para o aparecimento de deficiências em micronutrientes.

O plano alimentar proposto pela dieta da Tapioca (Anexo C), apontou um consumo moderado de carboidratos e proteínas e em um baixo aporte de lipídios. Seu princípio básico é o consumo de tapioca uma vez ao dia, com objetivo de reduzir o consumo de glúten, contribuindo para a perda de peso. No entanto,

segundo Conselho Regional dos Nutricionistas (CRN6, 2014) a restrição de glúten só deve acontecer mediante diagnóstico clínico confirmado de doença celíaca, de dermatite herpetiforme, de alergia ao glúten, ou quando eliminada a hipótese de doença celíaca, haja diagnóstico clínico confirmado de sensibilidade ao glúten. Além disso, apresenta poucas fontes importantes de cálcio.

A dieta Detox (Anexo D) apresentou poucos alimentos fontes de cálcio e uma quantidade considerável de fontes de fibras, tanto do tipo insolúveis quanto solúveis. Tem como base do plano alimentar o consumo de chás, frutas e legumes; principalmente, na forma de sucos, pelo menos uma vez ao dia.

Na dieta da Sopa constatou-se que há uma restrição tanto na quantidade quanto na variedade dos alimentos, além de apresentar poucas fontes de vitamina A e ferro. O princípio da dieta é o consumo de sopa duas vezes ao dia, conforme o Anexo E.

Todas as dietas analisadas estão distribuídas em cinco (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar) a seis (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) refeições diárias. O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008) aponta que a distribuição diária das refeições deve ser no mínimo três, com lanches intercalados.

Quanto à variedade dos alimentos e preparações, é possível observar monotonia alimentar, visto que os cardápios apresentam repetições de boa parte dos alimentos. Corroborando com nosso estudo, Santana e Mayer (2003) ao analisar a composição de dietas veiculadas na *internet*, apontou inadequações na variedade de alimentos/preparações que compunham os cardápios analisados.

Os alimentos são à base da alimentação e nenhum sozinho, exceto o leite materno nos seis primeiros meses de vida, não é capaz de fornecer o requerimento ideal de energia e nutrientes para o organismo humano. Portanto, faz-se necessário a combinação adequada de cereais com leguminosas (por exemplo, arroz e feijão), com pequenas quantidades de fontes de origem animal e mesclados com vegetais, a saber: verduras, legumes, frutas e grãos (BRASIL, 2014).

Na Tabela 1 estão expostas as médias do consumo calórico e de macronutrientes das cinco dietas analisadas, bem como seus respectivos desvios padrões (DP).

Tabela 1: Médias do consumo calórico e de macronutrientes das dietas, com base em três cardápios da semana.

| Dieta | VET | Proteínas | | Carboidratos | | Lipídios | |
|---------------------|-------------------|----------------|----|----------------|----|---------------|----|
| | Kcal | (g) | % | (g) | % | (g) | % |
| Dieta Dukan | 1.336,82 ± 273,58 | 131,73 ± 30,78 | 40 | 94,79 ± 47,05 | 28 | 47,86 ± 27,97 | 32 |
| Dieta do Microbioma | 1.341,84 ± 38,63 | 99,25 ± 23,28 | 30 | 147,99 ± 28,20 | 41 | 43,66 ± 8,75 | 29 |
| Dieta da Tapioca | 1.491,77 ± 363,25 | 90,83 ± 10,68 | 25 | 221,25 ± 76,99 | 59 | 27,05 ± 11,61 | 16 |
| Dieta Detox | 1.434,14 ± 39,47 | 73,95 ± 21,18 | 21 | 226,00 ± 25,71 | 63 | 26,04 ± 8,93 | 16 |
| Dieta da Sopa | 929,83 ± 193,96 | 23,63 ± 4,27 | 10 | 155,75 ± 23,15 | 67 | 23,59 ± 10,64 | 23 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores apresentados são Médias (± DP).

Considerando as cinco dietas analisadas (Tabela 1), foi encontrado um valor energético médio de $1306,88 \pm 220,57$ Kcal, com valor mínimo de 929,83 kcal para a dieta da Sopa, e valor máximo de 1491,77Kcal para a dieta da Tapioca. Tomando como base o padrão utilizado para comparação das calorias das dietas (1607Kcal/dia), Observamos uma restrição energética que se estende a todos os planos alimentares analisados. O valor calórico médio por quilogramas de peso fornecido pelas dietas é em média 21,14Kcal/Kg, configurando segundo Silva e Mura (2010), como dietas de moderada restrição, visto que, nessa categoria se enquadram planos dietéticos que fornecem de 20 a 30/kcal/Kg de peso. No entanto, analisando-as de forma individual, observou-se que a dieta da Sopa fornece apenas 15,04Kcal/Kg de peso/dia o que a classifica como uma dieta de grande restrição calórica, onde fornecimento energético varia de 10 a 19Kcal/Kg de peso/dia.

Lima et al. (2010), em um estudo sobre o valor nutricional de dietas veiculadas em revistas não científicas, onde foram avaliadas 3 grupos de revistas, nos anos de 2007 e 2009, observou que as dietas propostas apresentavam um valor calórico restritivo, onde a média calórica encontrada 1.279,88Kcal/dia no ano de 2007 e de 1.224,58Kcal no ano de 2009, o que se assemelha com o resultado encontrado no presente estudo. Ma et al. (2007) ao analisar planos alimentares para

perda de peso nos Estados Unidos, apontou valores calóricos entre 1.025Kcal a 1.946 Kcal. Já no estudo de Santana, Mayer e Camargo (2003) todas as dietas estudadas apresentaram aporte calórico inferior a 1.200Kcal, diferentemente do encontrado no nosso estudo.

A literatura aponta que uma dieta com alta e média restrição calórica traz como vantagem a redução rápida de peso, que ocorre devido à mobilização e utilização da gordura corporal como fonte de energia, pois a quantidade de calorias ingeridas é menor que a necessidade calórica do indivíduo (MAHAN, SCOTT-STUMP, 2010). Foi constatado que todas as dietas analisadas nesse estudo cumprem de fato seu objetivo que é proporcionar a perda de peso em pouco tempo. Contudo, Moreli e Burini (2006) referem que dietas restritivas podem ocasionar a perda não só da massa gorda como também da massa magra, advindo além de desvantagens estéticas distúrbios hidroeletrólíticos, anemia, dislipidemia e anormalidades hepáticas. Portanto, tais dietas podem repercutir em consequências metabólicas cujas gravidades estão relacionadas à composição da dieta e ao tempo de duração.

Em relação à proporção dos macronutrientes das dietas avaliadas, segundo a recomendação proposta pela AMDR, estabelecida pelo *Institute of Medicine* (IOM, 2005); a dieta *Dukan* apontou um excesso de proteínas e deficiência de carboidratos, enquanto que a dieta do Microbioma apresentou uma deficiência de carboidratos. Quanto a dieta da tapioca, é possível observar deficiência de lipídios. Na dieta Detox encontramos um excesso em carboidratos e uma deficiência em lipídios, e a dieta a Sopa apontou excesso de carboidratos. Considerando o exposto 40% das dietas analisadas apresentaram quantidades excessivas de carboidratos (hiperglicídicas), e 40%, quantidades insuficientes desse macronutriente (hipoglicídicas). Os lipídios mostraram-se insuficientes (hipolipídicas) em 40% das dietas, porém, 60% estavam adequadas. No tocante as proteínas, 80% das dietas eram normoprotéicas. Apenas 20% apontou inadequação por excesso (hiperproteica).

Observou-se um desequilíbrio na distribuição dos macronutrientes em boa parte das dietas analisadas. O estudo de Wilhelm et al, (2014) sobre a composição de dietas de emagrecimento divulgadas em revistas não científicas, encontraram que 59,84% das dietas analisadas apresentaram insuficientes em carboidratos e 95,7% com excesso de proteínas. Carvalho e Faicari (2010), em um estudo

analisando 16 dietas publicadas em revistas de circulação nacional, mostraram que 68,75% das dietas apresentaram-se hipoglicídicas, 12,5% normoglicídicas e 18,75% hiperglicídicas. Em relação às proteínas todas as dietas apontaram valores superiores ao recomendado, e em relação aos lipídios mostraram que 18,75% eram hipolipídicas e 25% hiperlipídicas. Os resultados obtidos no estudo de Souza et al. (2006) mostram que a maioria das dietas analisadas (85,72%) tinham teores de carboidratos acima do recomendado, 82,86% eram hiperprotéicas e 58,57% hiperlipídicas.

Segundo Calabrese e Liberali (2012), a baixa ingestão de carboidratos, como observada nas dietas *Dukan* e *Microbioma*, pode levar ao surgimento de fadiga excessiva, hipoglicemia e contribuir para cetose, além de favorecer a perda do efeito protetor das proteínas. Ainda, dietas com elevado teor de proteínas e um baixo teor de carboidratos, como mostrado na dieta *Dukan*, favorecem não só a perda de massa gorda, mas também de tecido muscular. O desequilíbrio na proporção de macronutrientes na dieta acontece de forma intencional, visto que, dietas hipoglicídicas e hiperproteicas promovem a perda de peso mais rápida, pois a troca em termos quantitativos de carboidratos por proteínas causa um maior efeito termogênico (SILVA; KIRSTEN, 2014). A adesão a esse tipo de dieta pode trazer sérios riscos à saúde, pois o consumo excessivo de proteínas pode ter efeito deletério, ocasionando excreção excessiva de cálcio ou diminuição da função renal. Tal dieta em longo prazo pode ocasionar o aparecimento de osteoporose (MONTILLA; ALDRIGHI; MARUCCI, 2004).

A dieta Detox e a da Sopa apontaram excesso de carboidratos em relação à oferta calórica e demais macronutrientes, que segundo Santos et al. (2013), pode favorecer o aparecimento de hipercolesterolemia, hiperglicemia, hiperinsulinemia e hipertrigliceridemia; associado a um risco cardiovascular aumentado.

Dietas com quantidade de lipídios insuficientes como observado nas dietas da Tapioca e Detox podem influenciar na absorção das vitaminas lipossolúveis e também na produção de hormônios (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010). Além do que, a diminuição na quantidade de gorduras na dieta pode fazer com que haja um aumento nos níveis de triglicerídeos e uma diminuição nos níveis de HDL (OLIVEIRA; KUKIER; MAGNONI, 2006).

A Tabela 2 aponta os valores médios encontrados dos micronutrientes (Vitamina A, Vitamina C, Cálcio e Ferro) e fibras das dietas, bem como os valores

recomendados pelas DRI's, Estimated Average Requirements (EAR) e Tolerable Upper Intake Levels (UL), para análise da adequação.

Tabela 2 – Média dos teores dos micronutrientes (vitaminas A e C, cálcio e ferro) e fibras das dietas, com base nos três cardápios da semana e suas respectivas recomendações nutricionais.

| | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | EAR | UL | |
|-------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|--------|----------|--|
| Vitamina A | 1.766,89 | 637,4 | 1.229,05 | 2.107,43 | 56,25 | | | |
| (µg) | [66; 4827] | [407; 871] | [310; 2375] | [256; 3061] | [43; 80] | 500* | 3.000* | |
| Vitamina C | 90,36 | 46,38 | 95 | 217,8 | 133,49 | | | |
| (mg) | [0; 222] | [17; 103] | [64; 127] | [201; 233] | [20; 200] | 60 | 2.000*** | |
| Cálcio (mg) | 432,52 | 398,25 | 518,94 | 443,24 | 236,08 | | | |
| | [219; 611] | [249; 478] | [293; 783] | [314; 633] | [140; 319] | 800 | 2.500** | |
| Ferro (mg) | 11,4 | 6,7 | 9,16 | 12,88 | 1,58 | | | |
| | [6; 15] | [7; 9] | [6; 15] | [9; 16] | [1; 3] | 8.1 | 45* | |
| AI | | | | | | | | |
| Fibras (g) | 12,46 | 13,97 | 15,41 | 20,6 | 9,23 | | | |
| | [1; 23] | [8; 25] | [11; 23] | [14; 27] | [2; 19] | 25**** | | |

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores apresentados são Médias (P 25; P 75).

Dietary Reference Intakes* (DRIs, 2001); *Dietary Reference Intakes* (DRIs,2011); ****Dietary Reference Intakes* (DRIs,2000); **** *Dietary Reference Intakes* (DRIs, 2005).

D1 - Dieta Dukan; D2 - Dieta do Microbioma; D3 – Dieta da Tapioca; D4 – Dieta Detox; D5 – Dieta da Sopa.

De acordo com os dados apresentados, observou-se que para a vitamina A, 80% das dietas analisadas mostraram-se adequadas, e apenas 20% (dieta da Sopa), indicou provável inadequação, por apresentar valor médio da vitamina abaixo do recomendado. Corroborando com o estudo de Perinazzo e Almeida (2008), que registraram 17% das dietas insuficientes para vitamina A. Por outro lado, os nossos resultados divergiram com os apontados por Abreu et al. (2013), onde 94,4% das dietas analisadas estavam com insuficiência dessa vitamina.

A vitamina A assim como os outros micronutrientes é de grande importância para uma alimentação saudável, podendo sua deficiência causar implicações a saúde, tais como problemas de visão, anormalidades de reprodução, queratinização das mucosas do trato digestório e urinário, além de doenças de pele, entre outras implicações (SILVA; MURA, 2013).

Em relação à vitamina C, 80% das dietas estavam adequadas, enquanto que 20% (dieta do Microbioma) apontou provável insuficiência. Quanto ao cálcio, o resultado encontrado é bastante preocupante, pois todas as dietas avaliadas indicaram uma deficiência aparente quando comparadas com as recomendações. Já

o ferro, 40% das dietas (dieta do Microbioma e dieta da Sopa) apontaram possíveis inadequações por deficiência.

Alguns micronutrientes exercem um papel fundamental para alimentação saudável de mulheres no período fértil, como é o caso do cálcio, ferro e vitamina C, onde as deficiências desses nutrientes podem ocasionar num impacto negativo na saúde feminina, afetando não só a sua própria saúde, como gerações futuras (ARAÚJO, et al., 2013). Segundo Castro et al. (2011), dietas deficientes em vitaminas e minerais como a vitamina C e ferro podem proporcionar o surgimento de anemia. Lesões no miocárdio devido peroxidação lipídica podem ocorrer com a deficiência dietética de vitamina C (SILVESTE et al, 2009). Segundo Leite, Baratto e Silva (2014), a deficiência de cálcio por longo prazo pode ocasionar o desenvolvimento de osteoporose e também pode estar relacionado a outras implicações como formação de cálculos renais, câncer de cólon, hipertensão arterial e resistência à insulina.

Corroborando com nossos resultados, Silva e Kirsten (2014) encontraram uma inadequação de cálcio e ferro para a maioria das dietas estudadas, com média de consumo de 623mg/dia e 9,7mg/dia, respectivamente. Porém, não foi observado inadequação em relação a vitamina C. Amancio e Chaud (2004), ao analisar dietas publicadas em revistas não científicas, encontraram deficiências de cálcio em 85,7%, enquanto que em relação ao ferro, 97,3% eram insuficientes. Uma associação positiva foi relatada por Perinazzo e Almeida (2008), onde 85,7% dos cardápios estudados apresentaram quantidades insuficientes de cálcio, 97,3% de ferro e 17% de vitamina C.

De acordo com o IOM (2005), a *Adequate Intake* (AI) para as fibras é 25 g/dia para o sexo feminino, considerando uma faixa de idade entre 19 a 50 anos. Os resultados (Tabela 2) apontam que os valores médios de fibras encontrados nas dietas variaram de 9,23 a 20,6g/dia, ou seja, aquém a recomendação proposta, apontando deficiência em relação a esse nutriente.

A insuficiência no aporte de fibras também foi evidenciada no estudo de Pacheco, Oliveira e Stracieri (2009), indicando que 97% das dietas estudadas apresentaram quantidades insuficientes de fibras. Em outro estudo, Abreu et al., (2013) analisaram os parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga, e também demonstrou deficiência no teor de fibras em todas os cardápios analisados (10,9g a 19,9g/dia). Willhelm, Oliveira e Coutinho (2014) apontaram em

seu estudo que mais da metade (69,3%) das dietas analisadas mostraram-se insuficientes em relação ao consumo de fibras.

É importante ressaltar a importância do consumo adequado de fibras na dieta do indivíduo, uma vez que, estão associadas à prevenção de sobrepeso e obesidade, ao aumento da saciedade, contribuindo para uma menor ingestão calórica; também podem auxiliar tanto na prevenção como no tratamento das síndromes metabólicas ocasionando incidência reduzida de diabetes em adultos, e auxiliam na menor absorção enteral do colesterol, prevenindo contra a hipercolesterolemia (MELLO; LAACSONEN, 2009; SBC, 2007).

De modo geral, podemos observar que há uma importante variabilidade dos micronutrientes e fibras em relação às suas médias; inferindo que pode não haver uma uniformização em relação à oferta desses nutrientes ao longo dos cardápios propostos para cada dieta.

A Tabela 3 a seguir, apresenta os valores encontrados em médias e valores mínimos e máximos encontrados nas cinco dietas analisadas do consumo de porções por grupo de alimentos.

Tabela 3 – Média de consumo de porções por grupos de alimentos com base em três cardápios da semana e suas respectivas recomendações.

| | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | *Recomendação |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Cereais/raízes/tubérculos | 2,33 [1; 3] | 4,33 [4; 5] | 6 [5; 7] | 4,33 [4; 6] | 6,33 [6; 7] | 6 |
| Frutas | 0,66 [0; 2] | 1,66 [1; 2] | 1,33 [0; 3] | 5,33 [4; 7] | 3 [3; 3] | 3 |
| Legume/verduras | 2,66 [0; 4] | 4 [2; 6] | 2,33 [2; 3] | 5 [4; 6] | 5 [4; 6] | 3 |
| Leites/derivados | 5,33 [5; 6] | 3 [2; 4] | 3 [2; 4] | 1,33 [0; 4] | 0,66 [0; 1] | 3 |
| Leguminosas | 0,33 [0; 1] | 1 [0; 2] | 1,33 [0; 2] | 1,33 [0; 3] | 1 [0; 2] | 1 |
| Carnes/ovos | 6 [5; 7] | 1,66 [1; 2] | 2,67 [2; 3] | 1,33 [1; 2] | 0,66 [0; 2] | 1 |
| Gorduras | 0,33 [0; 1] | 1 [1; 1] | 0,66 [0; 1] | 0,33 [0; 1] | 0 [0; 0] | No máximo 1 |
| Açúcares | 0,66 [0; 1] | 0,33 [0; 1] | 0 [0; 0] | 0,66 [0; 1] | 1 [1; 1] | 1 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Valores apresentados são Médias (P 25; P 75).

*Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, (2008).

Considerando as porções indicadas no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008), observamos que para o grupo cereais/raízes/tubérculos, as dietas Dukan e Microbioma apontaram um número aquém do recomendado, enquanto que para a dieta da Tapioca o valor encontrado atingiu a proposta do Guia. Em relação às frutas, as três dietas exibiram médias inferiores às recomendações. Já em relação ao grupo legumes/verduras, as dietas Dukan e Tapioca apresentaram uma média de porções baixa, enquanto que a dieta do Microbioma mostrou valor médio acima do preconizado.

Quanto ao grupo leite/derivados, a dieta Dukan apontou um número médio de porções superior à proposta do Guia, e nas dietas do Microbioma e da Tapioca o consumo foi adequado. As três dietas apresentaram consumo acima da recomendação para o grupo de carnes/ovos. No tocante as leguminosas, a dieta Dukan apontou uma média de porções abaixo do indicado pela literatura, enquanto que a dieta da Tapioca apontou valores acima.

A dieta do Microbioma apresentou uma proposta de porções compatíveis com os valores de referência. O valor médio de porções de gorduras estabelecidos pelas dietas veiculadas às revistas não científicas foi compatível com o Guia Alimentar para a População Brasileira. Contudo, em relação aos açúcares, foi observado um indicativo médio de porções inferior.

Carvalho e Faicari (2014) ao analisar a composição de 16 dietas apontaram que em relação ao grupo de cereais/raízes/tubérculos todos os cardápios apresentavam valores aquém das recomendações. No entanto a maioria estava adequada em relação aos grupos de frutas e de leite/derivados.

Considerando a média de porções encontradas das dietas veiculadas na *internet*, e comparando com a proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008), observamos que a dieta Detox apontou um número inferior para o grupo cereais/raízes/tubérculos. Porém, um valor acima da recomendação para o mesmo grupo foi observado na dieta da Sopa. Em relação ao quantitativo de frutas, a dieta Detox apontou valores acima da recomendação; enquanto que a dieta da Sopa mostrou valores dentro dos parâmetros de referência.

Para os legumes/verduras, as duas dietas mostraram valores acima do estabelecido no Guia. Já em relação ao leite/derivados, as duas dietas apresentaram uma média inferior. O número de porções para as leguminosas foi superior às recomendações para a dieta Detox e adequada para a dieta da Sopa.

Carnes/ovos exibiu uma média de porções acima dos valores de referência para a dieta Detox e abaixo para a dieta da Sopa. Quanto ao grupo das gorduras foi contatado um número adequado de porções nas duas dietas, e o grupo de açúcares apresentou adequação para a dieta da Sopa e abaixo da recomendação para a dieta Detox.

Em todas as dietas foi possível observar prováveis inadequações quanto ao número de porções diárias por grupo de alimentos, corroborando com o estudo de Silva e Kirsten (2014) que identificou inadequação no quantitativo de porções diárias de acordo com os grupos alimentares, em todas as dietas analisadas apontando que um pouco mais da metade precisava apenas de algumas modificações e as demais estavam totalmente inadequadas.

Uma alimentação de qualidade deve contemplar porções adequadas de alimentos, a fim de proporcionar uma maior variedade nutricional. O porcionamento é um importante aliado, na medida em que indica as janelas de oportunidades dentro de um plano alimentar para a introdução de praticamente todos os produtos disponíveis, respeitando a quantidade e a frequência de consumo (ALMEIDA et al, 2011).

Uma das limitações de nossa pesquisa foi à dificuldade em encontrarmos artigos atuais que abordassem a análise das dietas da moda considerando os diferentes tipos de propostas. A maioria apontava a análise calórica e dos nutrientes de forma generalista. Vale ressaltar que uma análise geral inviabiliza apontar deficiências nutricionais específicas para dado nutriente, em relação ao plano alimentar proposto; pois como observado algumas dietas podem apresentar um excesso considerável de determinado nutriente enquanto que outra pode mostrar adequação ou inadequação para o mesmo nutriente. Uma análise geral pode inferir a omissão de excessos ou deficiências nutricionais de um determinado componente da dieta. Além disso, que faz a opção de seguir uma determinada dieta tende em seguir a proposta por um determinado tempo. Considerando isso acreditamos que a análise por tipo de dieta tende a apontar dados mais reais em relação às possíveis inadequações que o plano alimentar seguido pode proporcionar.

Outra limitação foi em relação ao tamanho da amostra, pois como para cada dieta analisada foram avaliados três cardápios, uma amostragem maior poderia minimizar a amplitude do intervalo dos valores encontrados, proporcionando maior confiabilidade da estimativa, e, conseqüentemente, diminuir os possíveis vieses. A

heterogeneidade dos componentes nutricionais nos diferentes cardápios, para cada tipo de dieta proposta, foi visível e, provavelmente, um dos motivos responsáveis por contribuir para essa variabilidade.

As informações sobre os quantitativos dos alimentos em alguns cardápios propostos também foi considerado um entrave na pesquisa, visto que, em algumas dietas, tais informações foram apontadas de forma não muito clara, no entanto a análise foi feita de maneira uniforme e padronizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As possíveis inadequações em calorias, macronutrientes e micronutrientes encontradas em todas as dietas analisadas, tanto das revistas quanto de sites da *internet*, deixam claro que esse tipo de plano alimentar que promete perda de peso rápida, não leva em consideração as necessidades individuais, podendo assim proporcionar riscos a saúde das pessoas que resolvem aderir-las. Foi observado que os cardápios apresentam prováveis inadequações não só quantitativamente, mas também qualitativas, indo de encontro às leis da alimentação e individualidade do paciente.

É importante expor que uma perda de peso saudável não envolve apenas a restrição alimentar, mas também uma seleção proporcional e variada de alimentos/nutrientes, visando a reeducação alimentar associada ao exercício físico. Cada vez mais, ações educativas de alimentação e nutrição devem ser realizadas com a população para expor os riscos que tais planos alimentares podem trazer a saúde, bem como esclarecer que os mesmos não devem ser seguidos sem a orientação de um profissional nutricionista.

Conclui-se que embora os meios de comunicação em massa sejam de grande importância no que diz respeito a informação, faz-se necessário um maior controle quanto ao que é exposto nos mesmos, visto que a divulgação indiscriminada de dietas sem respaldo científico podem causar riscos a saúde da população.

Faz-se necessário, entretanto, o desenvolvimento de novos estudos que respaldem essa temática, pois embora não seja incomum ainda apresenta-se muito deficiente de estudos, principalmente com ênfase da análise de forma individualizada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. S. de; PATERNEZ, A. C. A. C.; CHAUD, D. M. A.; VALVERDE, F., GAZE, J. S. Parâmetros nutricionais de dietas anunciadas na imprensa leiga destinada ao público masculino e feminino. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 206-213, 2013.
- AKIRA F.; MARQUES, A. C. O papel da mídia nos serviços de saúde. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3. p. 246, 2009.
- ALMEIDA, C. A. N.; FERNANDES, G. C. A importância do porcionamento na alimentação balanceada. **International Journal of Nutrology**, v.4, n.3, p.53-59, 2011.
- ALTENBURG, H.; DIAS, K. A. C. **Medidas e Porções de Alimentos**. 1. ed. São Paulo: Editora Komedi, 2009. 114p.
- AMANCIO, O. M. S.; CHAUD, D. M. A. Dieta para perda de peso anunciadas na imprensa leiga. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1219-1222, 2004.
- ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1 p. 117-125, 2003.
- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- ARAÚJO, M. C.; BEZERRA, I. N.; BARBOSA, F. S.; JUNGER, W. L.; YOOKO, E. M.; PEREIRA, R. A.; SICHIERE, R. Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 177-189, 2013.
- ARONSSON, L.; HUANG, Y.; PARINI, P.; KORACH-ANDRÉ, M.; HÅKANSSON, J.; GUSTAFSSON, J.; PETTERSSON, S.; ARULAMPALAM, V.; RAFTER, J. Decreased fat storage by *Lactobacillus paracasei* is associated with increased levels of angiopoietin-like 4 protein (ANGPTL4). **PLoS ONE**, v.5, n. 9, p. e13087, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3 ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. 83p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo: Editora Fernanda Chaves Mazza, 2008. 83p.

BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: Uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **CONEXÕES: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 10, n. 1, p. 133-153, 2012.

BETONI, F.; ZANARDO, V. P. S.; CENI, G. C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3 p. 430-440, 2010.

BERNARD, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2013)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210p.

BRASIL. **Necessidades Nutricionais**. Nutrição. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/nutricao2.swf>>. Acesso em: 25 Março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: Versão para Consulta Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/encaa/pof_20082009_encaa.pdf> Acesso em: 23 de Março de 2014.

CARDOSO, E., ISOSAKI, M. **Manual de dietoterapia e avaliação nutricional do serviço de nutrição e dietética do Instituto do Coração**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 304p.

CARVALHO, T. B. P.; FAICARI, L. M. Análise nutricional das dietas de emagrecimento veiculadas por revistas de circulação nacional. **Revista Brasileira de Obesidade, nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n. 43, p. 4-15, 2014.

CATALAN-MATAMOROS, D.; HELVIK, D. L.; LABAJOS-MANZANARES S. M. T.; MARTINEZ-DE-SALAZAR-ARBOLEAS A.; SANCHEZ-GUERRERO E. A pilot study on the effect of basic body awareness therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v.35, n. 7, p. 617-626, 2011.

CASTRO, T. G.; NUNES, M. S.; CONDE, W. L.; CARDOSO, M. A. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 131-142, 2011.

CALABRESE, J. C.; LIBERALI, R. Dietas de baixo carboidrato para emagrecimento: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 6, n. 34, p. 275-282, 2012.

CAVALCANTI, A. R.; DIAS, M. R.; COSTA, M. J. C. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 121-29, 2005.

CHAUD, D. M. A.; MARCHIONI, D. M. L. Nutrição e Mídia: uma Combinação às vezes Indigesta. **Higiene Alimentar**, v. 8, n.116/117, p. 18-21, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO-CRN6. Notícias Gerais. **Conselheira do CRN-6 é destaque em matéria do jornal Folha de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.crn6.org.br/noticia-detalle.php?idNoticia=4407>>. Acesso em 12 de Fevereiro de 2015.

COSTA, M. P.; BALTHAZAR, C. F.; MOREIRA, R. V. B. P.; CRUZ, A. G.; JÚNIOR, C. A. C. Leite fermentado: potencial alimento funcional. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA**, v. 9, n 16, p. 1387-1408, 2013.

COZZOLINO, S. M. F.; COLLI, C. **Novas Recomendações de Nutrientes, Interpretação e Utilização**. Uso e aplicação das DRIs, São Paulo, p. 4, 2001. Disponível em:<<http://www.sban.com.br/educacao/pesquisa/documents/LIVRO-DRI-ILSI.pdf> >. Acesso em: 29 de Outubro de 2014.

COOPER, Z. **The development and maintenance of eating disorders**. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: The Guilford Press, p. 199-206, 1995.

COUTINHO, Walmir; DUALIB, P. **Etiologia da obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.com.br/pagina/14/artigos.shtml>> Acesso em: 09 de Novembro de 2014.

CORDÁS, T. A.; Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista Psiquiatria Clínica**. v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T. A.; OLIVEIRA, G. K.; FIGUEIREDO, M.; DIDONE, N. Transtornos alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. **Revista Nutrição Profissional**. v. 11, n. 1, p. 12-20, 2007.

DALCASTAGNÉ, G.; RANUCCI, J. M. A.; NASCIMENTO, M. A. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, p. 53-63, 2008.

DUKAN, P. **O método Dukan ilustrado**. 1 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2013. 288p.

DENIPOTE, F. G.; TRINDADE, E. B. S. M.; BURINI, R. C. Probióticos e prebióticos na atenção primária ao câncer de cólon. **Arquivos Gastroenterologia**, v.47, n.1, p. 93-98, 2010.

DUNKER, K. L. L.; FERNANDES, C. P. B.; FILHO, D. C. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 31, n. 3, p. 111-116, 2009.

ESCOTT-STUMP, S. **Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento**. 5 ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 880.

FERNANDES, M. H. **Corpo**: coleção clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 119.

FREITAS, C. M. S. M.; LIMA, R. B.; COSTA, A. S.; LUCENA, A. F. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Revista Brasileira Educação Física Esporte**, v. 24, n. 3, p. 389-404, 2010.

GIBNEY, M. J.; MACDONALD, L. A.; ROCHE H. M. **Nutrição e metabolismo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 351.

GOMES, G. R., CARAMASSHI, S. Valorização de beleza e inteligência por adolescentes de diferentes classes sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 295-303, 2007.

GUARESCHI, P. **Pressupostos psicossociais da exclusão**: competitividade e culpabilização. In: Sawaia B. As artimanhas da exclusão. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 141-165.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes. Applications in dietary planning**. Washington DC: National Academy Press, 2003. p. 237.

_____. **Dietary reference intakes for calcium, vitamin D**. Washington DC: National Academy Press, 2011.

_____. **Dietary reference intakes for vitamin C, vitamin E, selenium, and carotenoids**. Washington DC: National Academy Press, 2000.

_____. **Dietary reference intakes for for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc**. Washington DC: National Academy Press, 2001.

_____. **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids**. Washington DC: National Academy Press, 2005.

KLEIN, J. J.; RAMOS, F. B. **O Perfil Da Mulher Leitora No Brasil: Um Estudo De Revistas Femininas**. p. 114, 2009. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/images/stories/mestrado/letras/dissertacoes/2006/jane_jordan_klein.pdf. Acesso em: 25 de Fevereiro de 2014.

LEITE, S. C.; BARATTO, I.; SILVA, R. Consumo de cálcio e risco de osteoporose em uma população de idosos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 8, n. 48, p. 165-174, 2014.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Instruments for the assessment of body image and food habits in anorexia nervosa: analysis of scientific production. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 868-883, 2013.

LIMA, K. V. G.; BION, F. M.; LIMA, C. R.; NASCIMENTO, E.; ALBUQUERQUE, C. G.; CHAGAS, M. H. C. Valor nutricional de dietas veiculadas em revistas não

científicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde-RBPS**, v. 23, n. 4, p.349-557, 2010.

LOFRANO-PRADO, M. C.; PRADO, W. L.; PIANO, A.; DÂMASO, a. R. Obesidade e transtornos alimentares: a coexistência de comportamentos alimentares extremos em adolescentes. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 3, p. 579-585, 2011.

LONGO, E. N.; NAVARRO, E. T. **Manual dietoterápico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 342p.

MA, Y.; PAGOTO, S. L.; GRIFFITH, J. A.; MERRIAM, P. A.; OCKENE, I. S.; HAFNER, A. R.; OLENDZKI, B. C. A dietary quality comparison of popular weight-loss plans. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 10, p. 1786-1791, 2007.

MAHAN, K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12 ed. São Paulo: Editora Roca; 2010. 1351p.

MARCHIONI, D. L.; SLATER, B.; FISBERG, R. M. Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 599-605, 2004.

MARUL, P. Não resiste a um pãozinho? vá de tapioca. **Revista Ana Maria**, n. 945, p. 18-19, 2014.

MENEZES, R. Alimente as bactérias e emagreça. **Revista Shape**, n. 63, p. 69-70, 2014.

MELLO, V. D.; LAAKSONEN, D. E. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 53, n. 5, p. 509-518, 2009.

MORELLI, M. Y. G.; BURINI, R.C. Consequências metabólicas do uso prolongado do jejum ou de dietas hipocalóricas para redução de peso. **Nutrição em Pauta**, v. 8, n.78, p. 30-6, 2006.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 18-23, 2002.

MONTILLA, R. N. G.; ALDRIGHI, J. N.; MARUCCI, M. F. Relação cálcio /proteína da dieta de mulheres no climatério. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 52-54, 2004.

NAVES, A.; COSTA, L. T. Obesidade. **Nutrição: Saúde e Performance**, v. 7, n. 29, p. 36-43, 2006.

OLIVEIRA, M. **Dieta da sopa**. [2011?]. Disponível em: <<http://www.dieta.blog.br/dietas-e-cardapios/17-dieta-da-sopa-dieta-de-uma-semana-perca-1kg-por-dia-facil>>. Acesso em: 30 de Junho, 2014.

_____. **Dieta detox** : novo cardápio perca 7 kg rápido. 2014. Disponível em: <<http://www.beleza.blog.br/dietas-cardapios/920-dieta-detox-novo-cardapio-perca-7kg-rapido-garantido>>. Acesso em: 20 de Dezembro de 2014.

OLIVEIRA, P. A.; CUKIER, C.; MAGNONI, D. Nutrição no idoso: indicação e discussão de “dietas da moda” em geriatria. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, v. 21, n. 1, p. 48-53, 2006.

PACHECO, C. Q.; OLIVEIRA, M. A. M.; STRACIERI, A. P. M. Análise nutricional de dietas publicadas em revistas não Científicas destinadas ao público feminino. **Nutri Gerais-Revista Digital de Nutrição**, v. 3, n. 4, p. 346-361, 2009.

PECHULA, M. R.. A ciência nos meios de comunicação de massa: divulgação de conhecimento ou reforço do imaginário social? **Ciência & Educação**, v. 13, n. 2, p. 211-222, 2007.

PERINAZZO, C.; ALMEIDA, J. C. Composição Nutricional E Biodisponibilidade De Ferro De Dietas Para Emagrecimento Divulgadas Em Revistas Não Científicas. **Revista HCPA**, v. 30, n. 3, p. 233-240, 2010.

PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. São Paulo: Manole, 2008. 387p.

PINEHEIRO, A. B. V. **Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar de Medidas caseiras**. 5. ed. Atheneu: 2004. p. 81.

POPKIN, B. M.; DOAK, C. M. The obesity epidemic is a worldwide henomenon. **Revista de Nutrição**, v. 56, n. 4, p. 106-14, 1998.

PROBST, M.; VANDEREYCKEN, W.; PIETERS, G. Body experience in eating disorders before and after treatment. **European Psychiatry**, v. 14, n. 6, p. 333–340, 1999.

REIS, J. A.; JÚNIOR, C. R. R. S.; PINHO, L. Fatores associados ao risco de transtornos alimentares entre acadêmicos da área de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 73-8, 2014.

SANTANA, H. M. M.; MAYER, M. D. B.; CAMARGO, K. G. Avaliação da adequação nutricional das dietas para emagrecimento veiculadas pela internet. **ConScientiae Saúde. Rev. Cient**, v. 2, n. 1, p. 99-104, 2003.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1, p. 1-40, 2013.

SERDULA, M. K.; MOKDAD A. H.; WILLIAMSON D. F.; GALUSKA D. A.; MENDLEIN J. M.; HEATH G. W. Prevalence of Attempting Weight Loss and Strategies for Controlling Weight. **Jama**, v. 282, n. 14, p. 1353-1358, 1999.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2013. 1304p.

SILVA, C. S. M.; KIRSTEN, V. R. Avaliação da adequação de dietas publicadas por revistas não científicas. **Disciplinarum Scientia**, v. 15, n. 1, p 101-112, 2014.

SILVESTRE, M. G. P.; VILHENA, R. N.; PAPELIASCOV, I. L. Vitamina c como agente antioxidante em exercício de endurance. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 3, n 16, p. 313-318, 2009.

SOUZA, E. L. D.; PINTO, I. C. D. S.; LIMA, M. D. A.; TARGINO, D. M. G. Parâmetros nutricionais de dietas de emagrecimento, disponíveis em revistas não científicas impressas. **Higiene alimentar**, v. 20, n.139, p. 27-33, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 1-19, 2007.

SCATOLIN, G. H.; CARVALHO, M. C.; SILVA, M. C. Bulimia: sofrimento em silêncio. **Revista OMNIA Saúde**, v. 7, n. 1, p. 33-40, 2013.

STICE, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, v. 128, n. 5, p. 825–848, 2002.

SMINK, F. R. E.; VAN-HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current psychiatry reports**, v. 14, n. 4, p. 406-414, 2012.

TIRICO, P. P.; STEFANO, S. C.; BLAY, S. L. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática Quality of life and eating disorders: a systematic review. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 431-449, 2010.

THURM, B. E. **Perfil da percepção corporal e a insatisfação corporal em mulheres com transtornos alimentares**: uma proposta de intervenção corporal. São Paulo: 2012, p. 43.

THURM, B. E.; SALZANO, M. L.; FILHO, R. C.; CORDÁS, T. A.; GAMA, E. F. Revisão dos métodos empregados na avaliação da dimensão corporal em pacientes com transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 331-6, 2011.

VASCONCELOS, I. E.; GOMES, M.; LIMA, A. B.; TORQUATO, G. L.; MELO, M. C. A.; GERHARD, E. S.; CRUZ, N. L.; CAMPOS, R. B.; SALES, T. M. Obesidade e risco de suicídio em pacientes bipolares. **Cadernos ESP**, v. 5, n. 2, p. Pág. 34-44, 2013.

WITT, J.S.G.Z.; SCHNIDER, A.P. Nutrição estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3909-3916, 2011.

WILLHELM, F. F.; OLIVEIRA, R. B.; COUTINHO, V. F. Composição nutricional de dietas para emagrecimento publicadas em revistas não científicas: comparação com as recomendações dietéticas atuais de macronutrientes. **Nutrire**, v. 39, n. 2, p. 179-186, 2014.

ANEXOS

Anexo A: Cardápios da dieta Dukan.

| Refeição | Cardápio fase 1 | Cardápio fase 2 | Cardápio fase 3 |
|-----------------|---|---|--|
| Desjejum | Omelete - 1 unidade Queijo cottage light - 1 col. sopa Café - 1 xícara | Leite desnatado - 250 ml Cacau em pó - 1 col. Café Peito de peru - 3 fatias Queijo minas - 3 fatias | Leite desnatado com café - 250 ml Pão integral - 1 fatia Queijo cottage light - 1 col. de sopa |
| Lanche da manhã | Queijo minas light - 2 fatias | Tomate cereja - 5 unidades | Goji berry - 1 col. Sopa |
| Almoço | Espetinho de carne - 3 unidades | Salada de alface crespa, alface roxa e agrião - 1 prato | Salada de Kani Kama com shoyu - 1 prato (sobremesa) Konjac - 1 prato Jiló cozido - 3 colheres de sopa |
| Lanche da tarde | Iogurte desnatado - 1 pote (100g) | Panqueca Dukan - 1 unidade | Panqueca Dukan - 1 unidade Cacau em pó - 1 col. Chá |
| Jantar | Fígado de galinha grelhado - 4 unidades Requeijão cremoso light - 2 col. sobremesa | Salada de pepino e rabanete - 1 prato (sobremesa) Carne assada - 2 fatias Acelga refogada com tomate e cebola - 1 col. Sopa | Salada de lentilha com tomate - 1 prato (sobremesa) Carne magra desfiada - 3 col. Sopa Couve-flor cozida - 2 col. Sopa |
| Ceia | Leite desnatado - 1 copo (250ml) Farelo de aveia - ½ col. sopa | Cenoura - 3 palitos | Suco de abacaxi e hortelã - 1 copo (250ml) Ovo de codorna - 3 unidades Polenguinho light - 1 unidade |

Fonte: Revista não científica publicada em agosto de 2014.

Composição da panqueca Dukan: 1 clara de ovo; 1 col. sopa de requeijão light; 1 col. sob. de iogurte desnatado; 2 col. sopa de farelo de aveia.

Anexo B: Cardápios utilizados para análise da dieta do Microbioma.

| Refeição | Cardápio 1 | Cardápio 2 | Cardápio 3 |
|-----------------|---|--|---|
| Desjejum | Melão - 1 fatia G Aveia em flocos - 1 col. Sopa Leite fermentado - 1 pote | Suco de laranja - 1 copo Aveia - 1 col. de sopa Pão de forma integral - 1 fatia Queijo branco light - 1 fatia | logurte natural - 1 pote Banana prata - 1 unidade Mel de abelha - 1/2 Quinoa em flocos |
| Lanche da manhã | Gengibre - 1 xícara de chá Castanha-do-pará - 2 unidades | Canela - 1 xícara de chá Nozes - 2 unidades | Chá verde - 1 xícara de chá Amêndoas - 6 unidades |
| Almoço | Rúcula - 1/2 prato Tomate - 3 fatias M Beterraba Crua - 1/4 unidade pequena Azeite extra virgem - 1 col. Sopa | Alface lisa - 1/2 prato Tomate - 3 fatias M Erva-doce fresca - 1 pires (chá) Salsinha - 1 col. Sopa Azeite extra virgem - 1 col. sopa Chicória cozida - 3 col. Sobremesa Sobrecoca assada - 1 unidade | Repolho - 3 col. Sopa Tomate - 3 fatias M Cenoura ralada - 2 col. sopa Pepino - 1/4 unidade Azeite extra virgem - 1 col. sopa Feijão branco - 3 col. sopa Salmão - 1 posta |
| Lanche da tarde | Banana - 1 unidade Leite fermentado - 1 pote | Ameixas pretas - 3 unidades logurte com lactobacilos - 1 pote | Aveia em flocos - 1 col. sopa Leite de arroz - 1 xícara de chá |
| Jantar | Sopa creme de legumes - 3 conchas pequenas | Alface crespa - 1/2 prato Cenoura ralada - 1 col. Sopa Tomate - 3 fatias M Vagem cozida - 1 col. Sopa Azeite extra virgem - 1 col. sopa Filé de frango - 1 filé Batata doce - 1 fatia M | Pão de forma integral - 2 fatias Tomate caqui - 1 fatia média Berinjela gralhada - 2 fatias M Salmão - 1 posta |

Fonte: Revista não científica publicada em novembro de 2014.

Anexo C: Cardápios da dieta da Tapioca.

| Refeição | Cardápio 1 | Cardápio 2 | Cardápio 3 |
|-----------------|--|---|--|
| Desjejum | Tapioca - 1 unidade Chia - 1 col. (Chá) Peito de peru - 1 fatia Tomate - 1/2 unidade Ricota - 2 col. Sopa | Suco com: 159 ml de água de coco; 2 folhas de couve; 1 pedaço peq. de gengibre Torrada integral - 2 unidades Queijo branco - 1 fatia | Leite desnatado - 200 ml Pão integral - 2 fatias Polenguinho light - 1 unidade |
| Lanche da manhã | iogurte de frutas light desnatado - 1 unidade | Mamão papaia - 1/2 unidade Linhaça - 1 col. Sobremesa | Biscoito integral - 3 unidades Chá branco zero - 1 xícara (chá) |
| Almoço | Arroz integral - 2 colheres Lentilha - 1 col. Sopa Filé de frango grelhado - 1 filé Salda de agrião - 1 prato (sobremesa) Beterraba ralada - 2 col. Sopa | Tapioca - 1 unidade Aveia em flocos - 1 col. Sopa Frango desfiado - 2 col. Sopa Salada de folhas verdes - 1 prato (sobremesa) Requeijão light - 1 col. Sopa | Omelete com: 1 ovo; 1 clara de ovo; 1 col. espinafre picado; 2 col. sopa de ricota. Salada e alface com cenoura - 1 prato (sobremesa) Arroz integral - 2 col. Sopa |
| Lanche da tarde | Maçã - 1 unidade | Suco de soja light - 200 ml | Tapioca - 1 unidade Linhaça - 1 col. (sobremesa) Cream cheese light - 2 col. Sopa Mel - 1 fio |
| Jantar | Salada de rúcula - 1 xícara (chá) Manga - 1 unidade Batata cozida - 2 unidades Azeite - 1 col. (chá) Tomilho - 1 col. (chá) Atum light - 1 lata | Salada de alface americana - 1 prato (sobremesa) Salmão assado - 1 posta Arroz branco - 2 col. Sopa | Salada de beterraba, rúcula e tomate - 1 prato Bife grelhado - 1 fatia Batata doce cozida - 2 unidades pequenas |

Fonte: Revista não científica publicada em novembro de 2014.

Anexo D: Cardápios da dieta Detox.

| Refeição | Cardápio 1 | Cardápio 2 | Cardápio 3 |
|-----------------|--|--|---|
| Desjejum | Chá verde - 1 copo Torradas integrais - 2 unidades Mel - 1 col. (chá) Gergelim - 1 col. (chá) Kiwi - 1 unidade | Suco com: 1 maçã, 1/2 unidade de cenoura, água de 1 coco, 1 col. Sobremesa de aveia Pão integral - 1 fatia Queijo ricota - 1 fatia | Chá verde - 1 xícara (chá) Pão integral light - 1 fatia Geléia - 1 col. Sopa Mamão - 1 fatia Aveia - 1 col. Sopa |
| Lanche da manhã | Suco com: 1 fatia de abacaxi, 1 bandeja de hortelã fresca, 1 col. (chá) de semente de linhaça | Abacaxi - 1 fatia G | Suco com: 1 maçã, 1 pedaço pequeno de gengibre, água de 1 coco |
| Almoço | Sopa de legumes, macarrão e frango - 1 prato fundo Pêra - 1 unidade | Legumes crus - 1 prato Tomate - 3 fatias Arroz integral - 2 col. Sopa Filé de frango grelhado - 1 filé Couve-flor grelhado - 1 pegador Brócolis grelhado - 1 pegador Melão - 1 fatia | Salada de alface, agrião, tomate cereja - 1 prato (sobremesa) Arroz integral - 2 col. Sopa Coxa de frango grelhada - 1 unidade Cebola assada - 1 unidade Laranja e mamão picados - 1 taça |
| Lanche da tarde | Castanhas-do-pará - 2 unidades | Melancia - 1 fatia M Iogurte com fibras - 1 unidade | Maçã - 1 unidade Castanha-do-pará - 2 unidades |
| Jantar | Sopa de legumes, macarrão integral e carne moída - 1 prato fundo Melancia - 1 fatia | Salada de folhas verdes - 1 prato Queijo branco - 1 fatia Beterraba - 1 prato (sobremesa) Manga coquinho - 1 unidade | Salada de alface - 1 prato Tomate cereja - 2 unidades Suflê de chuchu - 1 porção Arroz integral - 2 col. Sopa |
| Ceia | Chá de erva-doce - 1 xícara (chá) | Chá de hortelã - 1 xícara | Uvas vermelhas - 1 cacho Chá de erva-doce - 1 xícara |

Fonte: Internet, publicado em junho de 2014, acesso em novembro de 2014.

Anexo E: Cardápios da dieta da Sopa.

| Refeição | Cardápio 1 | Cardápio 2 | Cardápio 3 |
|-----------------|---|---|--|
| Desjejum | Café - 1 xícara (chá) Pão integral – 1 fatia Geléia de maracujá – 1 col. sopa | Chá verde - 1 xícara Biscoito água e sal - 6 unidades Geléia de morango - 1 col. Sopa | Chá preto - 1 xícara (chá) Pão integral - 1 fatia Geléia de maracujá light - 1 col. Sopa |
| Lanche da manhã | Barra de cereal light - 1 barra | Barra de cereal light - 1 barra | Barra de cereal light - 1 barra |
| Almoço | Sopa de Legumes - 1 prato Suco de abacaxi - 200 ml | Sopa galinha, arroz e legumes – prato Cuco de laranja - 200 ml | Sopa Creme de legumes - 1 prato Suco de abacaxi - 200 ml |
| Lanche da tarde | Banana prata - 1 unidade | Mamão papaia - 1 unidade | Maçã |
| Lanche extra | logurte integral - 1 unidade | Pão integral - 2 fatia Peito de peru - 1 fatia | logurte integral |
| Jantar | Sopa de Legumes - 1 prato Suco de laranja - 200 ml | Sopa de aveia com legumes - 1 prato Suco de abacaxi - 200 ml | Sopa Creme de legumes - 1 prato Suco de laranja - 200 ml |

Fonte: Internet, publicado em junho de 2013, acesso em novembro de 2014.