



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

ANÁLISE NUTRICIONAL DAS DIETAS DA MODA

Daniela Swelem de Oliveira Viana

Professora Orientadora: Patrícia Martins Fernandez

Brasília, 2014

RESUMO

Introdução: analisou a divulgação e a realização de dietas da moda e o crescimento alarmante nos últimos anos, fatores estes associados e atribuídos pela mídia sejam por revistas não científicas, livros periódicos ou por outros meios de comunicação.

Objetivo: o estudo tem como objetivo discutir as consequências da prática de dietas da moda para o emagrecimento e seus efeitos adversos na saúde humana. **Método:** consiste em um estudo de revisão da literatura baseada em artigos científicos, revistas científicas consultados nas bases de dados birem, google acadêmico, scielo, pubmed, livros periódicos. Período da coleta de dados de agosto e finalizando no mês de novembro por meio das palavras chaves dieta da moda, dieta restritiva, obesidade, mídia, educação nutricional, Dukan e estética. Usando o Guia alimentar 2008 para a população brasileira para análise de cada dieta. **Resultado:** Dietas restritivas como a do Dr. Dukan, Dr. Ravenna trazem a ideologia de emagrecimento, porém o Guia alimentar mostra o quanto estão errôneas em relação a uma alimentação adequada. Por fim, a importância do profissional nutricionista perante a sociedade em mostrar que qualidade alimentar não é seguir uma dieta, mas educar de forma individualizada cada indivíduo.

Palavra chave: Dieta da moda. Dieta Restritiva. Obesidade. Mídia. Educação Nutricional. Dukan. Estética.

ABSTRACT

Introduction: analyzed the disclosure and the realization of fad diets and the alarming growth in recent years, factors associated and assigned by the media are not scientific by magazines, newspapers books or other media. **Objective:** The study aims to discuss the consequences of the practice of fad diets for weight loss and its adverse effects on human health. **Method:** consists of a literature review study based on scientific articles, scientific journals consulted in bireme databases, academic google, scielo, pubmed, periodic books. Period of August data collection and ending in November through keywords fad diet, restricted diet, obesity, media, nutrition education, Dukan and aesthetics. Using the food guide 2008 Brazilian population for analysis of each diet. **Result:** Restrictive diets such as Dr. Dukan, Dr. Ravenna bring slimming ideology, but the food guide shows how wrong are relative to adequate food. Finally, the importance of professional nutritionist to society to show that food quality is not to follow a diet, but to educate individually each individual.

Keywords: Ad diet. Restrictive diet. Obesity. Media. Nutrition Education. Dukan. Aesthetics.

1 INTRODUÇÃO e JUSTIFICATIVA

Atualmente há uma preocupação incessante com a saúde veiculada por reportagens divulgadas pela mídia ressaltando prevenção e tratamento de doenças crônicas, sem desconsiderar o padrão de beleza do corpo (SOUZA, 2005). Segundo Rondó (1998), muitos indivíduos procuram seguir uma dieta de emagrecimento porque desejam conquistar uma aparência mais atraente. A questão da imagem corporal é um problema complexo e não pode ser encarado apenas sob a ótica dos regimes e “dietas milagrosas”.

Surgiram dietas que asseguram a perda de peso de forma rápida (CARDOSO 2004), para Londo e Navarro (2002), são práticas alimentares populares e temporárias que garantem resultados rápidos e atraentes, porém carecem de informação científica.

A disponibilidade de dietas da moda citadas em revistas empíricas, visando o emagrecimento rápido é cada vez maior e a adesão a estas é grande no começo, devido à maioria serem extremamente restritivas e agressivas, no entanto essas dietas tornam-se falhas, pois não leva em consideração o dia-a-dia das pessoas e tampouco seus hábitos alimentares (ESCOTT-STUMP, 2007), entre as dietas que podem ser citadas é a do Dr. Atkins (2004), que consiste em uma dieta hipocalórica e cetogênica com liberado consumo de lipídeos e proteínas.

Outro ponto importante é a respeito dos sinais clínicos que as dietas com redução drástica de energia e nutriente a média e em longo prazo, ocasionam desequilíbrios metabólicos importantes como a formação de corpos cetônicos, sobrecarregando o fígado e os rins (BODINSKI, 1998; BLUNDELL, 1998).

Ao contrário do que é defendido em algumas dietas com severa restrição de carboidrato como a do Dr. Atkins (2004), é liberado o consumo de proteína e gordura, segundo Freedman (2001), não existe investigação científica sugerindo que dietas ricas em gorduras e proteínas e pobres em carboidrato possuam uma vantagem metabólica sobre as dietas convencionais para a perda de peso, mas também podem contribuir para o aparecimento de doenças crônicas entre elas obesidade, diabetes, colesterol e doenças cardiovasculares (MORAIS; SANTOS, 2000), já a proteína auxilia na formação e manutenção dos tecidos, porém o exagero

pode desencadear sobrecarga renal e hepática, decorrente de uma desidratação e perda de tecido da massa magra. (GÓES, 1995; TIRAPEGUI, 2000).

Em contrapartida, a Associação Brasileira de Estudos da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2008), afirma que dietas ricas em gorduras e pobres em carboidrato em indivíduos obesos, promove perda de peso, em razão principalmente da menor ingestão de calorias e não somente da composição dietética.

Neste sentido, a nutrição é um dos fatores que mais afeta a saúde do indivíduo, sendo que a ingestão e a quantidade correta dos alimentos seguindo bons hábitos alimentares durante toda vida proporciona um corpo e mente saudável (PECKENPAUGH, 1997).

Diante de tal aspecto, o Guia Alimentar para a População Brasileira (2006), apresentou suas primeiras diretrizes alimentares, devido às transformações sociais vivenciadas pela população brasileira, se fez necessário uma nova versão devido às mudanças no padrão de saúde e nutrição, com o intuito de contribuir para a segurança alimentar e nutricional da população brasileira (BRASIL, 2008).

Tendo como base estas informações, este estudo tem a finalidade de analisar alguns exemplos de dietas da moda e as implicações nutricionais para a saúde humana, assim como a importância da educação alimentar no contexto da promoção de uma alimentação saudável e adequada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos primários

Discutir as consequências da prática de dietas da moda para o emagrecimento e seus efeitos adversos na saúde humana.

2.2 Objetivos secundários

1. Identificar o avanço na prática das dietas da moda frente à evolução do estado nutricional de sobrepeso da população brasileira.
2. Discorrer sobre as características nutricionais das dietas da moda mais divulgadas no País e as implicações nutricionais para a saúde dos seguidores.
3. Observar e destacar a importância da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) desmitificando e desestimulando o uso dessas dietas da moda aos adeptos que fazem uso dessa prática alimentar.

3 METODOLOGIA PROPOSTA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de revisão da literatura sobre a análise nutricional das dietas da moda segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado inicialmente em 2006 pelo Ministério da Saúde.

3.2 Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que aborda as consequências da prática de dietas da moda para o emagrecimento e seus efeitos adversos na saúde humana fazendo uso das palavras chaves dieta da moda, dieta restritiva, obesidade, mídia, educação nutricional, Dukan e estética, nos idiomas português, inglês e espanhol. As informações foram obtidas a partir de livros científicos, livros populares acerca das dietas, além de revistas científicas e nas bases de dados como Bireme, Scielo, Google Acadêmico e Pubmed, a busca gerou um total de 70 artigos tendo início no mês de agosto e sendo finalizada no mês de novembro. Foi feito um ranking das últimas dietas mais divulgadas e praticadas na mídia e por famosos, em um site de uma revista empírica conhecida como *Boa Forma*.

Como critério de inclusão foi considerado estudos transversais, estudo de caso, estudos ecológicos, os excluídos foram considerados aqueles que poderiam ser feitos em ratos. Após ter feito os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 58 artigos.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Santos (2008), o hábito de fazer dietas e de consumir produtos dietéticos se tornou uma das preocupações mais marcantes do público feminino tendo uma preocupação exagerada com a quantidade de gordura no corpo evitando se alimentar de maneira que venha engordar, almejando ser cada vez mais magra na tentativa de redução de peso e controle da obesidade.

A obesidade tem como característica o excesso de peso, constitui um dos maiores problemas dos últimos tempos, atingindo pessoas de todas as classes sociais compartilhando de uma história hereditária configurando-se num estado de má nutrição, conseqüentemente por um distúrbio no balanceamento dos nutrientes, alterando outros fatores pelo excesso alimentar (SPETHMANN, 2004), portanto a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), definiu como um fator alinhado ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem sido uma das principais causas de acometimento de mortalidade no país, estudos mostram que tem a característica de ser multifatorial, e um dos fatores a ser modificado é a alimentação inadequada e o sedentarismo (MONTEIRO et al, 2011).

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada nos anos de 2008-2009, teve como um dos seus objetivos a realização de visitas domiciliares tanto nas áreas urbanas como nas zonas rurais, com o objetivo de realizar uma avaliação antropométrica do estado nutricional da população brasileira com o público de adolescente de 10 a 19 anos e a população adulta acima dos 20 anos. Levou em consideração o déficit de peso, déficit de altura, excesso de peso e obesidade (IBGE, 2010).

Os dados que foram encontrados entre os anos de 1974 -1975, em relação ao excesso de peso e obesidade no sexo masculino, demonstram que houve um aumento alarmante de 10,9% para 16,9% em relação à POF citada anteriormente de 2008 – 2009. A prevalência de excesso de peso entre adolescentes oscilou nos dois sexos de 16% a 19% nas Regiões Norte e Nordeste e de 20% a 27% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. Em ambos os sexos, o excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural destacando as regiões Norte e Nordeste (IBGE, 2010). Essas questões apresentadas estão diretamente

relacionadas com as inúmeras mudanças ambientais devido ao acesso a alimentos ricos em gorduras, calorias e pobres em fibras.

Assim, a POF mostrou um aumento de forma contínua no quadro de excesso de peso e obesidade, conseqüentemente, a este fenômeno, o mercado tem ampliado sua oferta de publicação e feito dessas dietas uma forma de mercadoria que rende milhões ao ano. Segundo Cardoso (2004), nos últimos anos tem aparecido uma ampla oferta de dietas milagrosas que prometem a perda de peso rápida, tais dietas da moda podem ser definidas como padrão de comportamento alimentar não usuais adotados com entusiasmo por seus seguidores (SHILS, 2003).

Esses padrões envolvem a influência que a mídia tem ao conceitua-la refletindo a autoimagem da sociedade (MCLUHAN; QUENTIN, 1967) podendo influenciar valores, normas e padrões estéticos incorporados pela sociedade moderna (HARRISON, 1997), o discurso midiático assume uma função geradora de representações sociais, e interfere nas escolhas de cada indivíduo (SANTOS; SILVA, 2008).

Ao difundirem matérias sobre alimentação, saúde e estética, impregnadas de ideologias, meios de comunicação determinam em diferentes medidas o comportamento de cada indivíduo (BYDLOWSHI, 2004) proporcionando “padrões” de estilo de vida que acabam compondo o senso comum (LEFEVRE, 1999).

A mídia fortalece discursos que permeia as relações sociais, diante de tal aspecto contribui de forma relevante para definir no imaginário coletivo, padrões homogeneizadores de saúde e beleza que reforçam a competição a rejeição e a exclusão (FERRARETTO, 2010). Diante de tal aspecto, o emagrecimento está relacionado como um forte requisito para a beleza mesmo entre mulheres de peso saudável, o corpo feminino difundido pela mídia afirma que a magreza é uma identidade corporal que se desenvolveu ao longo do tempo no decorrer do século XX, alegando que a gordura precisa ser literalmente eliminada devido à necessidade do corpo se reajustar a esse novo padrão (ANDRADE, 2003).

Para destacar este apelo, foi citada uma revista empírica de grande circulação que divulgou as dietas mais famosas no momento. Tais dietas que foram citadas na tabela 1 apresentaram restrição ao carboidrato, excesso no consumo de proteínas e gorduras, deficiências nutricionais em vitaminas e minerais e restrição calórica.

Tabela 1- Dietas mais divulgadas na mídia.

Tipo de dieta	Principal macronutriente	Características da dieta ou da intervenção	Nome popular
Restrição de carboidratos, frutas oleaginosas e leguminosas.	Proteína	Dividida em quadro fases. Obrigatório exercício físico em todas as fases. Ingestão de proteína à vontade.	Dr. Dukan
Refinados são excluídos da dieta.	Todos os grupos são contemplados observando o índice glicêmico dos carboidratos.	Multiprofissional com a realização de terapia em grupo.Dividido em três fases.	Dr. Ravenna
Industrializados, refinado, trigo, açúcar e carboidrato de alto índice glicêmico.	Proteína, vegetais, leguminosas, nozes, frutas, oleaginosas, tubérculos, alimentos orgânicos e carboidratos de baixo índice glicêmico.	Quatro refeições com moderação ao carboidrato 50g a 150 g por dia.	Dieta paleolítica

Fonte: (<http://boaforma.uol.com.br/noticias/redacao/2014/03/10/conheca-as-dietas-que-secaram-as-silhuetas-de-famosas.htm>)

Os padrões de consumo alimentar de diversos países têm passado intensas e rápidas transformações nas últimas décadas (POPKIN, 2004). Esses padrões têm evidenciado dois cenários com distintas dietas que inclui uma sobrecarga de nutrientes e outras com inadequações alimentares (BATISTA; ASSIS, 2007).

4.1 Dieta do Dr. Dukan.

A dieta foi desenvolvida por um médico francês, conhecido por Dr. Pierri Dukan, que procurou ajustar o método de acordo com as necessidades

apresentadas por seus pacientes, tornando-se um plano global publicada em 2001 e sendo conhecida por “*Eu não consigo emagrecer*”, mais de oito milhões de leitores em mais de 20 países tiveram acesso ao método, sendo tais leitores e praticantes da dieta que nomearam com seu próprio nome um método que ele considera revolucionário para o combate do sobrepeso, a dieta é predominantemente hipocalórica, cetogênica com liberado consumo de lipídios e proteínas, como carne vermelha, ovo, manteiga e restrição para o carboidrato como frutas, pães, farinha, macarrão, açúcares e doces (DUKAN, 2013).

Dukan (2013) defende que qualquer indivíduo que seguir as instruções disponíveis em cada fase o autor, afirma que é impossível não emagrecer rapidamente sendo necessário fazer uso de uma balança e nada de calcular calorias, Segundo Silva e Pottier (2004), que durante a restrição severa de carboidrato são esvaziadas as reservas de glicogênio e água, conseqüentemente a perda de peso poderia ser predominantemente de fluidos, repercutindo em uma desidratação ao invés da perda de massa gorda.

O método é distribuído em quatro fases respectivamente nessa ordem, fase do ataque, fase do cruzeiro, fase da consolidação e por último a fase da estabilidade. A tabela 2 abaixo mostra o método e a duração de cada fase.

Tabela 2– Fases e etapas da dieta do Dr. Dukan.

Fase do ataque	Fase Cruzeiro	Fase da Consolidação	Fase da estabilidade
Duração: 1 a 7 que dias corridos. Alimentos que podem ser consumidos: proteína animal à vontade. 1 ½ colher de sopa de farelo de aveia por dia. Adoçantes como o Aspartano e condimentos são autorizados.	Duração: deve ser seguido sem pausa até que obtenha o peso ideal. Método: dias alternados de proteína com legumes. Duas colheres de farelo de aveia por dia.	Duração: 10 dias de consolidação por quilo perdido nas outras fases. Disponibiliza novamente uma alimentação variada, mas com moderação, com o objetivo de estabilizar o peso evitando o efeito sanfona.	Duração: tempo indeterminado. Nessa fase o método impõe um dia da semana de proteína pura. Três colheres de sopa de farelo de aveia.

Fonte: ADAPTADO DUKAN, 2012.

Considerando a análise desta dieta com a restrição aos carboidratos e o consumo a vontade de proteína tal dieta alega que o indivíduo pode comer em qualquer momento que sentir necessidade. Já o Guia Alimentar (BRASIL, 2008) diz que supervalorizar ou mistificar determinado alimento em função de sua característica nutricional ou funcional não faz parte da promoção da alimentação saudável. Isto é, alimentos naturalmente saudáveis devem entrar no plano alimentar sem que se precise mistificar uma ou mais de suas características, tendência muito explorada pela propaganda e publicidade de alimentos funcionais, tais dietas com restrição aos carboidratos, em sua grande maioria causam efeitos negativos na saúde e não atendem aos requisitos exigidos de uma alimentação saudável para a manutenção da saúde.

A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, fibras e minerais os quais são insubstituíveis ao bom funcionamento do organismo. A perda de peso acelerada impede a perda de gordura corporal. O que se perde, nesses casos, é água corporal que pesa na balança, mas não se emagrece de fato (BRASIL, 2008).

No método do Dr. Dukan (2013), em suas orientações entre elas, ele aconselha o uso de óleo mineral para evitar a constipação, já o Guia Alimentar (BRASIL, 2008), traz a fibra com a função protetora contra a constipação intestinal e auxiliando contra as doenças cardiovasculares e câncer do cólon.

Dietas com excesso do consumo de proteína podem ser convertidas em glicose como fonte de energia, por outro lado, o grupo amino que é tóxico para o organismo, é convertido em ureia no fígado e posteriormente eliminado na urina, no entanto é necessário salientar que a função principal dos aminoácidos diz respeito ao mecanismo de síntese proteica (TIRAPEGUI; ROGERO, 2007).

A literatura científica mostra que o elevado consumo de proteína é visto como um fator preocupante pela possível presença de ácidos graxos saturados, que se associam ao aumento do colesterol total, o consumo desses alimentos causa malefício a saúde, favorecendo a ocorrência de obesidade, doenças cardiovasculares, câncer de mama e do endométrio (MONTILLA; ALDRIGHI; MARUCCI, 2004).

Ao fazer uso de dietas restritivas com o objetivo de atingir o peso ideal e a imagem corporal posta pelo meio social ocasiona uma gama de complicações orgânicas e comportamental (CORDÁS, 1995; NUNES, 1997). Diante de tal aspecto, foi realizado um estudo com dietas restritivas no ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul – RS, com 40 pacientes que responderam um questionário relacionado à prática de dietas divulgadas em revistas empíricas conhecidas como dieta da sopa, dieta da lua, dieta do tipo sanguíneo, dieta do Dr. Atkins, de 40 pacientes iniciais houve um declínio para 29 pacientes do sexo feminino (BETORNI; ZARNADO; CENI, 2010).

A dieta da sopa foi a mais frequente entre os entrevistados presentes em 36,4%, seguida das dietas de revistas com 27,3% e, por fim, pela dieta do Dr. Atkins com 18,2%. Em relação à satisfação dos resultados que essas dietas poderiam dar, 27,27% consideraram ruim, 45,45% consideraram muito ruim. Foram relatados alguns sintomas pelos pacientes, entre eles fraqueza, irritabilidade, tontura, dor de cabeça, perda de cabelo, unhas fracas e anemia (BETORNI; ZARNADO; CENI, 2010). Dieta líquida como a da sopa, com baixa ingestão de macronutrientes, leva a formação de corpos cetônicos, anemia, osteoporose, hipovitaminose e deficiência de minerais (BODINSKI; BLUNDELL, 1998). Outros estudos alegam que dietas hipocalóricas, produzem um equilíbrio energético negativo em relação à redução do peso corporal (MCINNS, 2000).

4.2 Dieta do Dr. Ravenna.

Dr. Ravenna (2012), argentino, médico psicanalista desenvolveu um método multidisciplinar composta por nutricionista, psicólogo e educador físico, o método não faz uso de medicamentos e cirurgia, mas faz uso de vitaminas e usa a terapia em grupo como estratégia. Já tratou mais de 50 mil pacientes, tem por finalidade capacitar o paciente a desenvolver uma nova relação com a comida, não apenas a emagrecer, mas tornar-se magro. Possui três clínicas localizadas no Brasil, distribuída nos estados de Salvador, São Paulo e Brasília. O método disponibiliza três fases para ser seguida, divididas em corte, medida e distância.

Tabela 3 – Fases da dieta do Dr. Ravenna.

Fase do Corte	Fase da Medida	Fase da Distância
Corta o excesso de alimento e o comer toda hora.	Busca alcançar a medida e o peso ideal para o paciente.	O paciente aprende a ficar distante do alimento até a próxima refeição.

Fonte: RAVENNA, 2006.

Tem como característica uma dieta hipocalórica distribuída em quatro refeições ao longo do dia observando o índice glicêmico dos carboidratos, e não tem diferenciação de um grupo para o outro podendo ser iniciado com crianças a partir dos 5 anos de idade, é comum a todos que estão em tratamento pequenas porções de comida, e a aplicação de vacina com a finalidade de diminuir a compulsão alimentar (RAVENNA, 2006).

Segundo Dr. Ravenna (2012), quanto mais comemos mais temos fome; de modo contrário, quanto menos comemos menos fome temos e conseqüentemente menos se pensa nela. Ele acredita que essa é a fórmula para combater a voracidade e gerar saciedade.

O Guia Alimentar (BRASIL, 2008) expressa um limite de consumo ou por número de porções e recomendações qualitativas, visando à qualidade alimentar comendo mais frutas, verduras e legumes e moderando no consumo de açúcares. O consumo de energia varia de acordo com a necessidade para a manutenção da saúde, de acordo com o sexo, a idade, o nível de atividade física, o estado fisiológico, a presença ou ausência de doenças e do estado nutricional atual do indivíduo. Assim, os indivíduos ao se alimentarem não buscam apenas suprir suas necessidades orgânicas de nutrientes, mas sim de alimentos.

Dietas para perda de peso ou manutenção do peso corporal devem atender ao padrão alimentar e nutricional adequado, além de ser uma oportunidade de aprender a exercer de forma adequada em quantidade e qualidade o prazer da saciedade (BRASIL, 2008).

4.3 Dieta Paleolítica.

A dieta paleolítica recebeu esse nome por ser uma dieta conhecida dos nossos ancestrais. Freury (2012) se baseou em evidências científicas e comprovou que para a maioria das pessoas o melhor jeito para emagrecer é por meio da redução do consumo de alimentos que possui em sua composição um alto índice glicêmico (IG), substituindo-os por carboidratos e gorduras saudáveis, independentemente da quantidade consumida, sendo irrelevante em termos de perda de peso.

A dieta tem o consumo restritivo de derivados do leite, raramente ou nunca consumiam grãos, somente em sua forma germinada, nada de açúcar refinada com exceção do mel que era encontrado esporadicamente evitando os processados. Estudos foram apresentados comprovando a superioridade da dieta paleolítica em relação à mediterrânea sendo recomendada para diabéticos para perda de peso e diminuição dos riscos de doenças cardíacas com o auxílio da prática de atividade física. (FREURY, 2012). A tabela 4 abaixo mostra os alimentos que são permitidos, os objetivos e os benefícios de se fazer essa dieta.

Tabela 4 – Alimentos permitidos, objetivo, benefícios e alimentos que não devem ser consumidos pela dieta Paleolítica.

Alimentos permitidos (orgânicos)	Objetivo	Benefícios	Não consumir
Gordura: animal, gordura dos Laticínios não pasteurizados, óleo de oliva, óleo de peixe, abacate, óleo de coco. Frutas e vegetais orgânicos, Grãos somente germinados (trigo, arroz, etc). Gelatina natural. Proteína: carne, frango, ovos e peixe. Tubérculos, nozes e castanhas, damasco, tâmara, feijão, azeite de oliva. Leite e derivados com moderação de preferência orgânicos. Vinho tinto, chocolate amargo, chás, ervas e suplementos e farinha de mandioca.	Não visa a perda de peso, mas uma mudança alimentar evitando desenvolver doenças crônicas como hipertensão, doença cardíaca, câncer, osteoporese, doenças autoimune.	Perda de peso definição muscular não há restrição calórica.	De pães, massa, doces, refrigerantes, bolachas, biscoito, açúcar, farinha de trigo, leite em pó, achocolatado, torrada, margarina, óleo de soja ou outros óleos vegetais. Fuja dos produtos industrializados (<i>fastfood</i>)

Fonte: FREURY, 2012

A dieta que é atualmente consumida pela maioria dos países ocidentais com características de consumo de carboidratos de alto índice glicêmico como o açúcar e os grãos, além de gorduras *trans* e poli-insaturadas e gordura vegetal hidrogenada, óleo de soja, óleo de milho e margarina, quimicamente modificada são tão prejudiciais como os carboidratos de índice glicêmico alto, porém a dieta paleolítica é predominantemente carnívora (FREURY, 2012).

Segundo Freury (2012), os efeitos maléficos dos grãos não estão limitados somente ao efeito que o seu consumo causa no aumento da glicose sanguínea, esses grãos não possui quantidade adequada de nutriente, tendo em sua composição a gliadina que constitui a fração do glúten compondo a maior parte considerada tóxica para a mucosa intestinal, normalmente composta de aminoácidos, são resistentes à degradação pelos sucos gástrico, pancreático e intestinal (SHAN, 2002). Considerando que hoje o trigo sofreu manipulações genéticas e conseqüentemente quadruplicando os casos de doença celíaca (FREURY, 2012), diante de tal aspecto, segundo os estudos de Davis (2011), 50g de pão integral equivale a duas fatias sendo o suficiente para aumentar os níveis de glicose no sangue.

Diante de tal aspecto, Ribeiro (2002) afirma que a farinha de trigo integral e a fibra do trigo, possuem alto teor de fibra, contém ácido glutâmico, sendo considerado um dos reguladores da neurotransmissão cerebral, segundo as recomendações dietéticas – RDAs (1989), em uma dieta equilibrada os carboidratos devem representar a maior parte da ingestão dietética.

Considerando a análise desta dieta segundo o Guia Alimentar (BRASIL, 2008), recomenda-se refeições saudáveis incluindo alimentos tanto de origem vegetal como de origem animal, fazendo pelo menos três refeições café da manhã, almoço e jantar e intercalando por pequenos lanches.

A dieta paleolítica semelhantemente como o Guia Alimentar (BRASIL, 2008), prioriza o consumo de frutas, verduras, legumes, feijões, tubérculos, leite e derivados, carnes magras, aves ou peixe, restringindo o consumo de frituras e alimentos que contenha quantidade elevada de açúcares, gorduras e sal, porém deve-se valorizar a cultura regional e nacional quando se fala em “alimento saudável” priorizando a soberania de um país. No entanto, quando se aborda a farinha de trigo e de milho hoje fortificada com ferro e ácido fólico com o objetivo de

reduzir a anemia ferropriva e de problemas relacionados à má formação do tubo neural, sendo importante para crianças, idosos, gestantes e mulheres em idade fértil.

4.4 Excesso e carências nutricionais decorrentes da prática dessas dietas.

De forma geral, o Guia Alimentar (BRASIL, 2008) diz que o consumo de vários tipos de alimentos fornece os diferentes nutrientes evitando a monotonia alimentar, que limita a disponibilidade de nutrientes necessários para atender as demandas fisiológicas e garantir uma alimentação adequada.

Diante de tais aspectos, observou-se que a dieta restritiva do Dr. Dukan, apresenta o maior risco de restrição de grupos alimentares, e conseqüentemente agrava-se o quadro de deficiências nutricionais entre elas vitamina A, ferro e zinco. Este quadro é considerado um grande problema de saúde pública em muitos países em desenvolvimento, ocasionando diversos agravos à saúde dos indivíduos. Tais como o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas diabetes, obesidade, câncer, acidente vascular cerebral (AVC), estando associadas às causas mais comuns de morte registradas atualmente (BRASIL, 2008).

Tabela 5 – Fonte, nutriente e principais funções em ausência nas dietas da moda.

Vitaminas	Principais fontes alimentares de origem animal	Principais fontes de origem vegetal	Principais deficiências	Dieta pesquisada que o nutriente está ausente
A	Fígado, leite, manteiga, gema de ovo.	Vegetais das folhas verde-escura, vegetais e fruta (abobora, mamão, tomate, cenoura, manga) batata-doce.	Xeroftalmia, cegueira noturna, risco aumentado de algumas neoplasias.	Dieta do Dr. Dukan
D	Óleo de fígado, de peixe, leite, manteiga, gema de ovo, sardinha, atum, salmão.	Óleos vegetais	Função imunológica alterada.	Dieta do Dr. Dukan.
E	Manteiga e gema de ovo	Amendoim, amêndoas, nozes, linhaça, açafrão, girassol, soja e	Anemia hemolítica, aterosclerose.	Dieta do Dr. Dukan

		milho.				
K	Gema de ovo, vísceras (fígado, rim, coração).	Abacate, vegetais de folhas verde-escuras.	Distúrbio hemorrágico, distúrbio ósseo.	Dieta do Dukan	do	Dr.
B1(tiamina)	Carne vermelha, vísceras.	Arroz, cereais integrais e cereais fortificados, feijão, grão de bico, lentilha.	Beribéri com efeito imunológico e cardíacos.	Dieta do Dukan.	do	Dr.
B2 (riboflavina)	Gema de ovo, leite e seus derivados, vísceras.	Agrião, beterraba, berinjela, brócolis, couve, espinafre, cereais integrais.	Rachaduras ou fissuras nos cantos da boca, inflamação dos lábios, vermelhidão da língua, função imunológica alterada.	Dieta do Dukan	do	Dr.
B3 (niacina)	Carne vermelha, frango, leite maltado, sardinha, atum, vísceras (fígado rins e coração).	Acerola, almeirão, agrião, batata doce, cenoura, couve, cupuaçu, aveia, germen de trigo, feijão, amendoim.	Lesões cutâneas, fraqueza, diarreia.	Dieta do Dukan.	do	Dr.
B5 (pantotênico)	Carne vermelha, frango, vísceras.	Amendoim, amêndoas, brócolis, couve-flor, batata, banana.	Parestesia nos artelhos e solas dos pés, sensação de queimação nos pés, depressão e fadiga, insônia e fraqueza.	Dieta do Dukan.	do	Dr.
B6 (piridoxina)	Carne de porco, carne vermelha, leite de vaca, vísceras.	Abacate, banana, batata, cereais fortificados, feijão branco.	Anemia, lesões nos lábios e na pele, sintomas pré-menstruais.	Dieta do Dukan.	do	Dr.
B7 (biotina)	Vísceras.	Aveia, cereais integrais, batata, banana.	Dermatite escamosa, perda de cabelo	Dieta do Dukan.	do	Dr.
B9 (folato)	Carnes vermelhas	Alface, agrião, aspargo, espinafre, brócolis, couve, rúcula, repolho,	Anemia megaloblástica.	Dieta do Dukan.	do	Dr.

		leguminosas.				
B12	Visceras, ovos, carnes, vermelhas, peixe.	Cereais fortificados.	Anemia megaloblástica.	Dieta do Dr. Dukan.		
C (ácido ascórbico)		Acerola, limão, laranja, abacaxi, mamão, goiaba, caju, tomate, morango, mexerica, pêssego, alface, agrião, couve, espinafre, batata.	Função imunológica alterada, danos oxidativos.	Dieta do Dr. Dukan.		

Fonte: LIMA. C.L.; GONZALEZ.C.M. *Nutrição Clínica no dia a dia. Rio de Janeiro: Rubio; 2013.*

Tabela 6 - As possíveis carências de minerais nas dietas da moda.

Minerais	Principais fontes alimentares de origem animal	Principais fontes alimentares de origem vegetal	Principais efeitos da deficiência	Possível dieta que não apresenta tal nutriente
Zinco	Ostras, fígado, carne vermelha.	Aveia, cereais, gergelim, linhaça.	Perda de cabelo, função imunológica.	Dieta do Dr. Dukan.
Cobre	Carne vermelha, fígado, frutos do mar.	Ameixa, banana, mamão, gergelim, feijão, lentilha.	Anemia.	Dieta do Dr. Dukan.
Selênio	Aves, frutos do mar.	Castanha do pará, cebola, alho, cereais integrais.	Anomalias nas unhas.	Dieta do Dr. Dukan.
Manganês	Café, chá, nozes, leguminosas, farelo.	Açaí, pequi, pitanga, amendoim, feijão, grão-de-bico, linhaça, beterraba.	Dematite, perda de peso.	Dieta do Dr. Dukan.
Magnésio	Frutos do mar.	Arroz integral, aveia, cereais fortificados, espinafre, almeirão, couve, brócolis, jaca, tamarindo,	Tremores, espasmos musculares, mudança de personalidade, anorexia, náuseas	Dieta do Dr. Dukan.

		banana,	figo,	e vômitos.	
		maça,	açúcar		
		mascavo,			
		pistache,	avelã,		
		semente	de		
		abobora,	tofu.		
Ferro	Carne vermelha, ovos, vísceras (fígado, rins, coração).	Alface, almeirão, cereais fortificados, castanha de caju, amêndoas, lentilha, secas, rapadura.	agrião, aveia,	Anemia hipocrômica.	Dieta do Dr. Dukan.

Fonte: LIMA.C.L; GONZALEZ.C.M. Nutrição Clínica no dia a dia. Rio de Janeiro: Rubio; 2013.

Lima e Gonzalez organizou as seguintes referências nutricionais com o auxílio adaptado dos seguintes autores Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. 2 ed. Barueri: Manole; 2007. Cuppari L. Nutrição Clínica do Adulto 2 ed. Barueri: Manole; 2010. Pacheco M. Tabela de equivalentes, medida caseira e composição química dos alimentos. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2011. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e paraenteral na prática clínica. 4 ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

Diante de tais aspectos apresentados, a dieta restritiva mostrou deficiências nutricionais e os riscos que tal dieta pode oferecer à saúde humana. Ao promover ações de promoção da saúde e prevenção dessas deficiências em micronutrientes, o governo e a rede de profissionais da área da nutrição contribui para a agenda de intervenção no excesso de peso, obesidade e diminui o risco para doenças crônicas não transmissíveis. Assim, uma alimentação adequada e variada previne as deficiências nutricionais, além de proteger contra doenças emergentes (BRASIL, 2008).

4.5 Educações alimentar e nutricional (EAN) desmitificando e desestimulando o uso dessas dietas da moda na vida da saúde dos que fazem uso delas.

Nos últimos tempos, expressões como qualidade de vida e alimentação saudável vêm atraindo a atenção de pessoas de diferentes idades, classes sociais e de diferentes graus de conhecimento, e assim despertando interesse em

desenvolver um estilo de vida saudável (BOOG, 2004). Nesse despertar, se inclui a criação de dietas prontas, conhecidas de forma popular como dietas da moda, e a mídia vêm contribuindo para o aparecimento de conceitos inadequados a respeito de saúde na busca de um corpo ideal. Tal apelo tem aumentado à veiculação de dietas impróprias e inadequadas do ponto de vista nutricional (GRACIA, 1992, D'AVILA, 1999). Além disso, segundo Arnett (1995), as mensagens destas revistas são aproveitadas pelos adolescentes na construção da identidade e do processo de socialização. Definindo e absolvendo que a magreza é o ideal na sua relevância pessoal (STRIEGEL- MOURE; BULIK, 2007).

Diante de tais aspectos apresentados e considerando que a alimentação é um dos atos mais simples, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), emerge de um processo educativo, levando o sujeito comum a realizar suas escolhas alimentares de forma que garanta uma alimentação saudável e prazerosa, satisfazendo suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais (LIMA, 2004). No decorrer desse processo educativo, faz-se necessário provocar e despertar no sujeito sua capacidade de reflexão, de análise, e de autonomia não apenas de sua saúde, mas como cidadão (AYRES, 2001; CARVALHO, 2004).

Segundo Poulain (2002), o ato alimentar se desenrola de acordo com regras impostas pela sociedade influenciando sua escolha alimentar. Essas regras são representadas pela maneira como é preparado o alimento, pela montagem do prato e pelos rituais das refeições, contribuindo para que o homem se identifique com o alimento e também por sua representação simbólica.

Considerando os valores do grupo social no qual o indivíduo está inserido a construção de identidades culturais e a diferenciação individual (POULAIN, 2003), esses parâmetros conduzem a tomada de decisão pelo homem com relação a sua alimentação (POULAIN, 2004). Portanto, a escolha alimentar de um indivíduo está relacionado a fatores do meio ambiente, da história individual e da personalidade refletida em valores pessoais (COURBEAU; POULAIN, 2002).

O profissional nutricionista é o único apto a fazer prescrições individualizadas sobre dieta e nutrição (BOOG, 2008), segundo o código de ética (2004), do nutricionista. Na própria Lei 8234/91, Art. 03 é citado que dentre as atribuições exclusivas do nutricionista estão o planejar, coordenar, supervisionar e avaliar estudos dietéticos. Segundo Brandão (1988), o sujeito deve ter autonomia, propor

soluções e, tomando como base Freire (1992), educar significa repensar e não armazenar ideias, ou seja, significa assumir uma atitude crítica diante do que se estuda se estendendo a realidade social. Assim, é necessário superar a prática de vários profissionais que têm em seu entendimento que o paciente não tem conhecimento de seu problema de saúde e nem sobre nutrição, resultando numa posição de rigoroso, sério e científico.

Segundo Freitas e Oliveira (2008), envolve uma relação entre o profissional e o paciente que permita uma nova perspectiva sobre o tratamento dietético sendo construído em parceria e não mais numa visão linear de obedecer a uma dieta. Para Concone (2008), não se pode compreender os homens e o comportamento humano senão a partir de seu individualismo. Na ciência da nutrição, por exemplo, o nutriente se sobrepõe ao ato de comer, e não o significado que ela tem culturalmente (GARCIA, 1992).

Resende, Murta e Marchado (2011) mostram que o papel do nutricionista como educador deve contribuir para que o homem conquiste condições de uma vida mais digna, com qualidade de vida, considerando a realidade como uma totalidade. Enfim, a construção da Educação Alimentar Nutricional (EAN) se dá numa relação entre sujeitos considerando a história e a cultura dos envolvidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho concluiu que as dietas que foram abordadas não estão de acordo com as recomendações dietéticas do Guia alimentar, que entre o seu objetivo de promoção de saúde, valoriza a importância cultural e alimentar da população, implicando na escolha do alimento local. Diante de tais aspectos que foram abordados, as dietas impõem métodos não individualizados, como as Dietas do Dr. Dukan e do Dr. Ravena, que preconizam que qualquer indivíduo pode fazer uso sem respeitar suas preferências, sua individualidade e sua cultura não permitindo a autonomia e a soberania alimentar de um país.

Já a Dieta Paleolítica está mais próxima das recomendações do guia alimentar, mostrando a importância do consumo de alimentos orgânicos e os malefícios dos industrializados não mistifica um grupo alimentar, diferente das demais que restringe vários grupos alimentares. Tais dietas apresentaram deficiências nutricionais, decorrente de um sistema de ideias e de um padrão imposto pelo meio social, levando ao desenvolvimento de doenças crônicas e a métodos estes desenvolvidos por profissionais que não têm em suas atribuições fazer prescrição dietética conforme é apresentado pelo código de ética do nutricionista na Lei 8234/91.

O profissional nutricionista deve evitar limitar-se apenas em fazer uma prescrição dietética, mas mostrar de forma individualizada a importância e as propriedades nutricionais que o alimento tem, fazendo com que cada um venha ter autonomia de escolha, de empoderamento no meio em que vive sem se deixar ser alienado pelo mundo industrializado e mercadológico, por calorias, nem ao produto da “moda”, mas “quebrando fronteiras e dogmas” que a sociedade, a mídia, e os meios de comunicação divulgam a cada instante.

O que cabe ao nutricionista é agir como um agente educador qualificado que ultrapassa a transmissão de informações verídicas e de interesse social, mas se apresenta também com domínio suficiente para defender a qualidade de uma alimentação segura, oriunda de um sistema alimentar sustentável. Para isso, é fundamental se qualificar, ter conhecimento da necessidade que cada indivíduo em sua particularidade necessita diante de suas fragilidades e não se alinhar a um

sistema que dita sempre uma regra preconcebida de certo/errado para qualquer situação.

REFERÊNCIAS

ATKINS, R.C. **A nova dieta revolucionária do Dr. Atkins**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDO PARA A OBESIDADE E DA SINDROME METABOLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo. Fernanda Mazza, 2008.

ANDRADE, S. S. **Saúde e beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do século XX**. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 119-143, 2003.

AYRES, J. R. C **Sujeito intersubjetividade e práticas de saúde**. *Ciências: Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p 63-72, 2001.

ARNETT, J. J. **Adolescents' uses of media for self-regulation**. *Journal of Youth and Adolescence*,v.24, n. 5, p. 519-533, 1995.

BODINSKI, S. N. **Nutrição e Metabolismo**. Rio de Janeiro: Rocca. 1998.

BLUNDELL, J. E. **A Fisiologia do controle do apetite**. In: HALPERN, A (ogs). **Obesidade**. São Paulo: Lemos, 1998, p. 105 – 116.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

BATISTA. F. M; ASSIS A.M; KAC. G. **Transição nutricional: conceitos e características**. In: KAG G; SICHIERI. R, GIGANTE D.P, orgs. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Atheneu.2007,p 445 a 460.

BOOG, F. C. M. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista de Nutrição**, Porto Alegre,v.1, n.1, p. 33 – 42, 2008.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. Coleção Primeiros passos, 20, São Paulo: Brasiliense, 1988.

BOOG. F. C. M. **Educação nutricional porque e para quê?** São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

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

<<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2322/1783>>

- BRASIL. Ministério da saúde. Guia alimentar para a população brasileira, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf> Acesso em: 01 set 2014.
- CARDOSO E, ISOSAKI M. Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional e Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto do Coração. São Paulo: editora Atheneu, 2004.
- CORDAS. T. A. Avaliação da eficácia terapêutica de dois modelos de atendimento em bulimia nervosa. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1995.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção a Saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.20 , n.4, p. 1088-1095, 2004.
- CONCONE, M. H. V. B. A noção de cultura. (mimeografado). São Paulo: PUCSP; 2008.
- COURBEAU. J. P; POULAIN. J. In: COURBEAU. J. P, POULAIN. J. P. edits. Penser l' alimentation: entre imaginaire et rationalité. Toulouse: Éditions Privat, 2002, p. 137 – 56.
- Código de ética do Nutricionista. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Cartilhas/485.pdf>> acesso em: 28 nov 2014
- D'ÁVILA, E. M. M. Estudo epidemiológico de alguns problemas nutricionais. In: GOUVEIA, E. L.C. Nutrição, saúde & comunidade. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p. 1 – 10.
- DUKAN. P. O método ilustrado: Eu não consigo emagrecer. 7. Ed. São Paulo, BestSeller, 2013.
- DAVIS. W. Wheat Belly: Lose the wheat, lose the weight, and Find your path back to health. New York: Rodale Books, 2011.
- ESCOTT-STUMP, S. Nutrição relacionada ao diagnostico 5^o ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2007.
- FREEDMAN MR, KING J KENNEDY E. Popular diets: scientific review OBESITY RESEARCH, v. 9 n.1, p. 1 – 40, 2001.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. São Paulo, Paz e Terra; 1992.
- FREITAS, M. C. S. “Educação nutricional e alimentar: algumas considerações sobre o discurso. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V. e OLIVEIRA, N. (orgs.). Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: Edufba2008.

FERRARETTO, E. K. Os vários discursos do discurso jornalístico sobre saúde. **Comunicação & Saúde**, São Paulo, v. 2, p. 333-346n. 2, 2010.

FREURY, C. A. **A dieta dos nossos ancestrais** – Guia nutricional para perda de peso e manutenção da saúde. 2 ed. São Paulo, Matriz, 2012.

GRACIA, R. D. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. **Revista de Nutrição**, São Paulo, PUCCAMP, v. 5 n. 1p. 70-80, 1992.

GÓES, M. C. M. **Processo de planejamento do cuidado nutricional**. In: PECKENPAUGH, **Nutrição essência e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Rocca; p. 12-18; 1995.

HARRISON, K; CANTOR, J. **The relationship between media consumption and eating disorders**. **J Commun**, v. 47, p. 40-67, 1997. Disponível em: <http://trainingcomp.com/ciencia/1_Imagem_corporal_y_cuerpo_ideal.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LEFÈVRE, F. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999.

LIMA, K. **Análise do processo de construção de conhecimento de dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa saúde da família do município de Araras**. 71 f. Dissertação –(Mestrado) - Faculdade Ciências Farmacêuticas da Araçuaçu: Universidade do Estado de São Paulo, 2004.

LONGO EN, NAVARRO ET. **Manual Dietoterápico**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MONTEIRO. Et al. **Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil**. **Public Health Nutr**, v. 14, n 1, p. 5 – 13, Jan, 2011. disponível em: <http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN14_01%2FS1368980010003241a.pdf&code=892260a2efeeebd63395fd739ff44a29> acesso em: 20 nov 2014.

MCLUHAN, M; QUENTIN, F. **The medium is the message: an inventory of effects**. New York: Bantam Books; 1967.

MORAES E SANTOS, T. Lipídios, In: DUTRA-de-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J. S. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 87 – 97.

MONTILLA, R. N. G; ALDRIGHI, J. M; MARUCCI, M. F. N. Relação cálcio/proteína da dieta de mulheres no climatério. **Revista Associação Médica Brasileira**; 50(1):52-4, 2004.

MCLNNS, K.J. Exercício físico e dieta hipercalórica para o paciente obeso: vantagens e desvantagens. **Revista brasileira de hipertensão**, v. 10 p. 130 – 133, 2003.

NUNES. M. A. **Prevalência de comportamento alimentares anormais e praticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre**. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas, 1997.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL SUBCOMMITTEE. RDAs, **Recommended Dietary Allowances**. 10th ed., Washington, DC: National Academy Press, 1989.

PECKENPAUGH, N.J; POLEMAN, C. M. **Nutrição: essência e dietoterapia**. 7.ed. São Paulo: Roca; 589 p; 1997.

POULAIN. J. P. **The contemporary diet in France: “de structuration” or from commensalisms to “vagabond feeding”**. **Appetite**, v. 39 n. 1, p. 43-55, 2002.

POULAIN. J. P; PROENÇA R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **RevNutr**, v. 16 n.3, p. 245-56, 2003.

POULAIN. J. P. **Sociologias da alimentação**. Florianópolis, UFSC; 2004.

POPKIN B. M. **The nutrition transition: an overview of world patterns of change**. **NutrRev**, v. 62 n.7 p.140-143, 2004.

RIBEIRO et al. **Ácido fólico: sua importância em situações fisiológicas do ciclo vital**. Revista Compacta - temas em nutrição e alimentação online, v. 3 n. 1p.5, abril 2002. Disponível em:
<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/160/04_NESC01_2006> acesso em: 20 nov 2014.

RESENDE. G. E, MURTA. G. M. N. MARCHADO, C. V. **Educação nutricional e a cultura como questão**. 2011.

RONDÓ, J. W. **Prevenção: a medicina do século XXI**. São Paulo: Tenopress, 1998.

RAVENNA. M. **Entre abrir e fechar a boca – histórias de obesos que mudaram seus destinos**. Rio de Janeiro Guarda-chuva, 2012.

RAVENA. M. **A teia de aranha alimentar - quem come quem?** Rio de janeiro Guarda-chuva; 2006.

SOUZA. D. M. **Revistas Femininas: História, Comunicação e Nutrição. Uma Análise Quantitativa e Qualitativa**. 2005. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS. M; MENEGUCI, L; MENDONÇA A. A. F. **Padrão alimentar anormal em estudantes universitárias das áreas de nutrição, enfermagem e ciências biológicas**. **Ciên et Praxis** 2008.

SHILS. M.E; OLSON J.A, SHIKE M. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença** 9 ed. VII. Barueri, SP. Manole, 2003.

SANTOS, D. B.; SILVA, R. C. **Sexualidade e normas de gênero em revistas para adolescentes brasileiros. Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 22-34, 2008.

SHAN. L. I, et al. **Structural basis for gluten intolerance in celiac sprue. Science,** 297:2275-9, 2002.

STRIEGEL – MOORE, R. H; BULIK, C. M. **Risk factors for eating disorders. American Psychologist,** v. 62 n. 3, p.181-198, 2007.

SILVA, M. H. G. G.; POTTIER, M. S. **Dietas milagrosas aplicadas ao tratamento da obesidade.** In: Obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, cap. 24. p. 377-384; 2004.

SPETHMANN; NASCIMENTO. C. C. **Medicina Alternativa.**7. ed. rev. e atual. Uberlândia, MG: Natureza, 2004.

TIRAPEGUI. J; MACEDO R. M. Fisiologia da Nutrição Humana– **Aspectos Básicos, aplicativos e funcionais.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non-communicable diseases 2010.**Geneva: WHO; 2011.Disponível em:<<http://www.cabdirect.org/abstracts/20113168808.html;jsessionid=A389555893E04348996713864ED6342A>> acesso em: 10 set 2014.

Disponível em: <<http://www.crn1.org.br/index.php/2011/10/lei-n-8-234-de-17-de-setembro-de-1991-dou-18091991/>>acesso em: 15nov 2014.