



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Beatriz Salari Bortolot

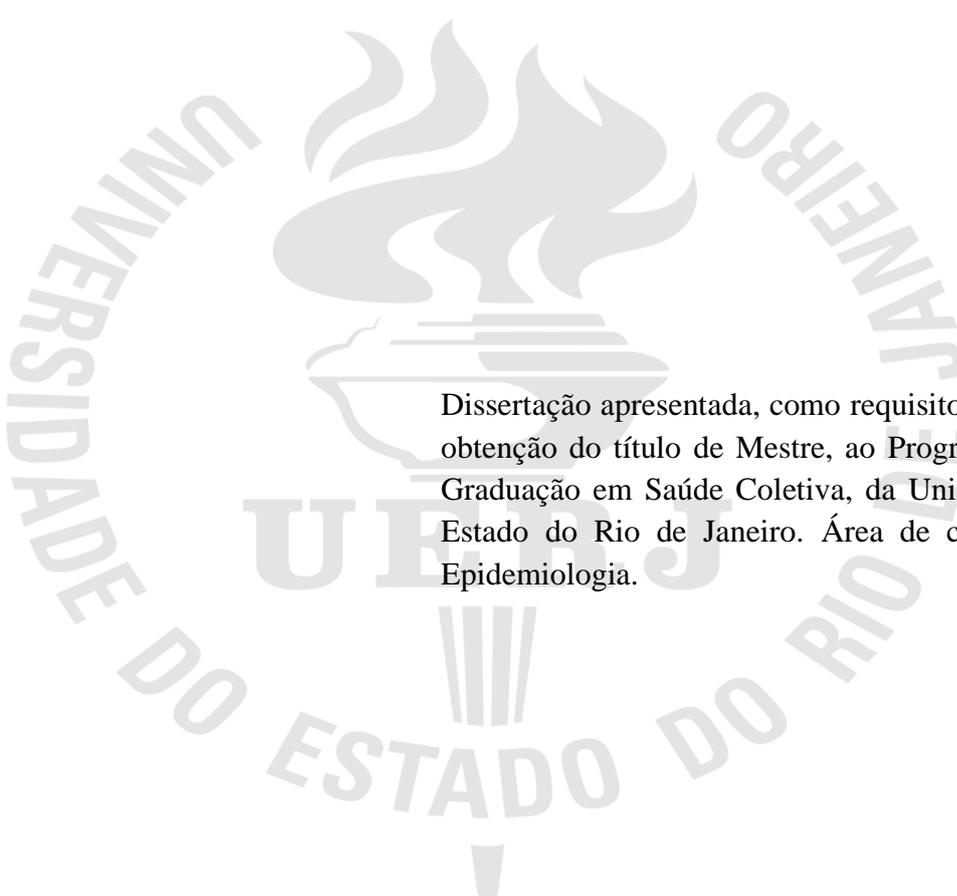
Perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que seguem dietas especiais: II Inquérito Nacional de Alimentação 2017-2018

Rio de Janeiro

2022

Beatriz Salari Bortolot

Perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que seguem dietas especiais: II Inquérito Nacional de Alimentação 2017-2018



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Verly Junior

Coorientadora: Prof.^a Dra. Marina Campos Araujo

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

B739 Bortolot, Beatriz Salari

Perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que seguem dietas especiais: II Inquérito Nacional de Alimentação 2017-2018 / Beatriz Salari Bortolot. – 2022.
59 f.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Verly Junior
Coorientadora: Prof.^a Dra. Marina Campos Araujo

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Alimentos, dieta e nutrição - Teses. 2. Comportamento alimentar - Teses. 3. Inquéritos nutricionais - Brasil - Teses. 4. Estado nutricional– Teses. 5. Dietoterapia – Teses. 6. Estudos transversais – Teses. I. Verly Junior, Eliseu. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 613.2

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Beatriz Salari Bortolot

Perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que seguem dietas especiais: II Inquérito Nacional de Alimentação 2017-2018

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 07 de março de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Verly Junior
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Marina Campos Araujo
Fundação Oswaldo Cruz

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Vitor Barreto Paravidino
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Dirce Maria Lobo Marchioni
Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Bárbara da Silva Nalin de Souza
Universidade Federal do Mato Grosso

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial aos meus pais e a minha irmã, pelo amor incondicional que dedicam a mim nesta passagem.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço primeiramente a Deus! Sem Ele, caminhar neste tempo tão desafiador seria impossível! Obrigada por me conceder o amor mais puro e sincero! Obrigada por ser a minha fortaleza e acima de tudo a minha paz!

Agradeço aos meus pais, Paulo e Glória, por me amarem incondicionalmente. Todas as palavras serão poucas diante do amor de vocês por mim! Amo vocês para sempre!

A minha querida irmã, Carolina, por ser o meu ombro amigo de todas as horas. Por ser minha calma nos momentos de tribulações! Por me amar e me incentivar infinitamente! Te amo, irmã!

Aos meus avós, que não estão mais aqui fisicamente, mas permanecem vivos no meu coração! Por onde eu for, lembrarei sempre de vocês!

Aos meus queridos Paulo Henrique e Alessandra, por me motivarem diariamente e por fazerem as pessoas que mais amo felizes! Grande alegria é poder compartilhar dessa vida com vocês!

A minha querida família, a todos os primos e primas, tios e tias, por me incentivarem e me apoiarem diariamente. Amo vocês!

Ao meu Orientador, Prof. Eliseu Verly Junior, por toda a atenção, orientação e dedicação dada até aqui! Agradeço pela disponibilidade e prontidão em me orientar neste tempo tão desafiador.

A minha querida co-orientadora, Prof.^a Marina Campos Araujo, também por toda atenção, orientação e dedicação dada até aqui! Obrigada por junto com a Prof. Eliseu me proporcionarem o melhor com a construção deste trabalho!

Aos membros da banca examinadora por aceitarem o convite e pelas sugestões a este estudo.

A todos os professores e funcionários do Instituto de Medicina Social. Agradeço imensamente aos esforços na luta pela ciência, pela educação e pela saúde, em meio aos desafios da Pandemia. Para todos nós, alunos, professores e funcionários, foi preciso se reinventar para seguir na luta pela vida, com paciência, perseverança e fé!

Agradeço imensamente aos meus colegas de mestrado, pela união, torcida e colaboração conjunta. Os encontros presenciais fizeram muita falta, mas fomos capazes de nos conectarmos e mantermos o espírito de incentivo e esperança.

Agradeço em especial às minhas amigas deste tempo de mestrado, Rayara (Ray), Fernanda (Fê) e Isabel (Bel). Mesmo sem o convívio físico, nós nos apoiamos, nos ajudamos e criamos um laço de amizade que jamais esquecerei. Foram horas estudando juntas a distância, com discussões intermináveis das listas de Epi, Bioestatística e Computação. Obrigada por aprender com vocês e por tornarem este tempo um pouquinho mais leve! Vocês estão no meu coração!

Agradeço também aos colegas e professores do Núcleo de Epidemiologia e Biologia da Nutrição (Nebin/IMS-UERJ), pelas contribuições e sugestões para este estudo.

Por fim, agradeço a todos os amigos, colegas e pessoas queridas que torcem pela minha caminhada e acreditam no meu potencial. Em um tempo tão difícil, receber este carinho confirma que Deus está presente em todas as horas. Amo todos vocês!

Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo
o impossível.

São Francisco de Assis

RESUMO

BORTOLOT, Beatriz Salari. *Perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que seguem dietas especiais: II Inquérito Nacional de Alimentação 2017-2018*. 2022. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A adoção de uma alimentação saudável auxilia no controle e mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Uma alimentação mais saudável pode ser alcançada pela prática de dietas especiais, que podem ser adotadas devido ao diagnóstico de algumas doenças. Conhecer o percentual de quem faz dietas especiais pode ser útil para o monitoramento do cuidado e enfrentamento das DCNT no Brasil. Assim, o presente trabalho objetivou estimar a prevalência do uso de dieta especial na população brasileira segundo tipos de dieta, variáveis sociodemográficas e estado nutricional. Trata-se de um estudo transversal e descritivo utilizando dados do Inquérito Nacional de Alimentação (INA) 2017/2018 (n=46.164 indivíduos com 10 anos ou mais de idade). Os participantes foram questionados se estavam fazendo alguma dieta especial, e para qual finalidade. Foram obtidas as prevalências de prática de dietas de acordo com características sociodemográficas, estado nutricional, uso de sal, açúcar e adoçante de adição, e suplementos nutricionais. Para o cálculo das estimativas, foi utilizado o Software R versão 4.1.0 considerando a complexidade da amostra e os fatores de expansão. Entre a população estudada (n=46.164 indivíduos), 14,3% afirmaram realizar algum tipo de dieta. Quando comparado por sexo, a prevalência foi maior entre as mulheres (17,8%) do que entre os homens (9,6%), sendo a dieta para pressão alta mais prevalente nos homens (3,7%) e a dieta para emagrecer mais prevalente nas mulheres (7,4%). O uso de dietas foi maior entre idosos (homens: 22,4%; mulheres: 31,2%) e obesos (homens: 13,2%; mulheres: 26,0%), para todos os tipos de dietas, e menor entre indivíduos de menor renda (homens: 4,3% vs. 20,4% maior renda; mulheres: 10% vs. 26,1% maior renda) e menor escolaridade (homens: 6,7% vs. 23,6% com maior escolaridade; mulheres: 11,9% vs. 23,9% com maior escolaridade). Os indivíduos que relataram realizar dieta, comparados com os que não relataram, apresentaram menor prevalência de consumo de sal (homens: 12,0% vs. 15,5%; mulheres: 9,6% vs. 12,6%) e açúcar de adição (homens: 53,1% vs. 85,4%; mulheres: 51,1% vs. 81,9%) e maior prevalência de consumo de suplementos nutricionais (homens: 32,2% vs. 13,7%; mulheres: 38,6% vs. 19,2%). O uso de dietas foi maior entre as mulheres, idosos e obesos, e menor entre indivíduos de menor renda e menor escolaridade para todos os tipos de dieta. Embora as DCNTs sejam mais frequentes entre os indivíduos de menor renda e menor escolaridade, o uso de dietas especiais foi menos frequente neste grupo.

Palavras-chave: Dietas especiais. Inquérito Nacional de Alimentação. Nutrição

ABSTRACT

BORTOLOT, Beatriz Salari. *Nutritional and sociodemographic profile of the Brazilian population on special diets: II National Food Survey 2017-2018*. 2022. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Codeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The adoption of a healthy diet helps in the control and mortality from Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs). A healthier diet can be achieved by the practice of special diets, which can be adopted due to the diagnosis of some diseases. Knowing the percentage of those on special diets can be useful for monitoring the care and coping with NCDs in Brazil. Thus, the present study aimed to estimate the prevalence of special diet use in the Brazilian population according to types of diet, sociodemographic variables and nutritional status. This is a cross-sectional and descriptive study using data from the National Food Survey (INA) 2017/2018 (n=46,164 individuals aged 10 years and over). Participants were asked if they were on a special diet, and for what purpose. Prevalence of diet practices were obtained according to sociodemographic characteristics, nutritional status, use of salt, sugar and added sweeteners, and nutritional supplements. To calculate the estimates, Software R version 4.1.0 was used, considering the complexity of the sample and the expansion factors. Among the population studied (n=46,164 individuals), 14.3% stated that they were on some type of diet. When compared by sex, the prevalence was higher among women (17.8%) than among men (9.6%), with the diet for high blood pressure being more prevalent in men (3.7%) and the diet for weight loss more prevalent in women (7.4%). Diet use was higher among the elderly (men: 22.4%; women: 31.2%) and obese (men: 13.2%; women: 26.0%), for all types of diets, and lower among individuals with lower income (men: 4.3% vs. 20.4% higher income; women: 10% vs. 26.1% higher income) and less educated (men: 6.7% vs. 23.6% with higher education; women: 11.9% vs. 23.9% with higher education). Individuals who reported dieting, compared with those who did not, had a lower prevalence of salt consumption (men: 12.0% vs. 15.5%; women: 9.6% vs. 12.6%) and sugar addiction (men: 53.1% vs. 85.4%; women: 51.1% vs. 81.9%) and a higher prevalence of consumption of nutritional supplements (men: 32.2% vs. 13.7% ; women: 38.6% vs. 19.2%). The use of diets was higher among women, elderly and obese, and lower among individuals with lower income and lower education for all types of diet. Although CNCDs are more frequent among individuals with lower income and lower education, the use of special diets was less frequent in this group.

Keywords: Special Diet. NationalFoodSurvey. Nutrition.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Recomendações dietéticas segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial (SBC, 2020).....	20
Quadro 2 –	Recomendações dietéticas segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019-2020).....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela1 –	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).....	40
Tabela2 –	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo com as características sociodemográficas, faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).....	41
Tabela3-	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo com o estado nutricional, faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).....	43
Tabela4 –	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) do uso de açúcar e adoçante, sal e suplementos de acordo com a realização de dietas e o sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).....	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1 Doenças crônicas: prevalência, mortalidade e fatores de risco dietéticos	14
1.2 Papel da alimentação no controle das doenças crônicas	18
1.3 Papel da alimentação no controle da hipertensão arterial	18
1.4 Papel da alimentação no controle da diabetes mellitus	21
1.5 Papel da alimentação no controle da hipercolesterolemia	24
1.6 Papel da alimentação no controle do sobrepeso e obesidade	25
1.7 Uso de dietas especiais	27
2 JUSTIFICATIVA	30
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 Desenho de Estudo	32
4.2 Fonte de dados	32
4.3 Amostragem e população de estudo	32
4.4 Variáveis de interesse	33
4.4.1 <u>Realização de dietas especiais - INA – POF 2017-2018</u>	33
4.4.2 <u>Características sociodemográficas, estado nutricional e características da dieta</u>	34
4.5 Análise dos dados	35
5 ASPECTOS ÉTICOS	37
6 RESULTADOS	38
7 DISCUSSÃO	46
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as principais fontes de carga de doença no Brasil e no mundo, caracterizando-se pelas principais causas de morte, sendo a maioria das mortes prematuras por DCNT evitáveis (BRASIL, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, as DCNT foram responsáveis por 71% das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo (WHO, 2018a, 2018b). Já no Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com ênfase para doenças cardiovasculares (28%), neoplasias (18%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5%) (WHO, 2018c).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 revelaram a prevalência das principais DCNT no Brasil, com destaque para hipertensão (23,9%), diabetes (7,7%) e doenças cardiovasculares (5,3%), além de fatores de risco como excesso de peso (61,7%), obesidade (26,8%) e colesterol alto (14,6%) (BRASIL, 2020). Tais doenças e fatores de risco são passíveis de serem controladas com modificações no estilo de vida, como melhorias na alimentação (BRASIL, 2011).

Manter uma alimentação saudável ao longo da vida evita não só a má nutrição em todas as suas formas, mas também o desenvolvimento de DCNT e outras condições de saúde. A adoção de uma alimentação saudável auxilia não só na prevenção, mas também no controle das doenças crônicas, de modo a impactar na redução da mortalidade por essas doenças (BRASIL, 2014).

Neste sentido, a adesão a um tratamento dietético específico, em conjunto com mudanças nos hábitos de vida, pode ser importante para alcançar o controle das DCNT (ZANETTI et al., 2015). Algumas pessoas aderem a padrões alimentares específicos, também conhecidos como dietas especiais, com o objetivo de perder peso ou outras razões relacionadas à saúde (STIERMAN et al., 2020). Há evidências crescentes que apoiam o uso de algumas dietas para melhorar a saúde e diminuir os sintomas de doenças crônicas incluindo, por exemplo, a dieta mediterrânea para reduzir os principais eventos de doenças cardiovasculares e a dieta DASH para reduzir a pressão arterial e níveis de colesterol (EILAT-ADAR et al., 2013; STRANGLING et al., 2014; LEUNG et al., 2017).

Segundo Ahola, Forsblom, e Per-HenrikGroop (2018), dietas especiais se referem a dietas voltadas para atender a objetivos nutricionais, fisiológicos, médicos ou psicológicos específicos. Os autores observaram que, em comparação com aqueles sem dieta especial, a

adesão a alguns tipos de dietas especiais foi associada a escolhas alimentares mais saudáveis, em particular como o maior consumo de vegetais, legumes, frutas, peixes, dentre outros alimentos.

Alguns estudos internacionais avaliaram a prevalência do uso de dietas especiais (JA LEE et al., 1993; CLARKE et al., 2015; LEUNG et al., 2017; AHOLA; FORSBLOM; PER-HENRIK GROOP, 2018; STIERMAN et al., 2020), porém, não foi encontrado nenhum estudo brasileiro que avaliou a prevalência do uso de dietas especiais em uma amostra representativa da população brasileira. Nesse contexto, este estudo pode possibilitar a explanação do uso de dietas especiais, mais especificamente na descrição do perfil nutricional e sociodemográfico de indivíduos brasileiros que realizam dietas, a partir de dados do segundo Inquérito Nacional de Alimentação (INA) realizado na última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018.

1 REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1 Doenças crônicas: prevalência, mortalidade e fatores de risco dietéticos

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se configuram como um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo, impactando na ocorrência de mortes prematuras, na perda da qualidade de vida, no aparecimento de incapacidades e elevados custos econômicos, tanto para a sociedade quanto para os sistemas de saúde. Em geral, a etiologia destas doenças é multifatorial, ocasionada em sua maioria pelas condições de vida dos indivíduos, devido às desigualdades sociais e a exposição à fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2005; MALTA et al., 2019).

Nas últimas décadas, as DCNT vêm se tornando as principais fontes da carga de doença no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por pouco mais de 70% das mortes em todo o mundo. O aumento da morbimortalidade por estas doenças está relacionado, dentre diversos fatores, ao crescimento de fatores de risco modificáveis como consumo de tabaco, alimentação inadequada, inatividade física e uso nocivo de bebida alcoólica, que impactam no desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, aumento da pressão arterial e, por fim, levando às DCNT. Estima-se que 80% das mortes prematuras por doenças do coração, AVC e diabetes podem ser prevenidas controlando-se estes fatores de risco comuns (WHO, 2017).

Desde 1990, houve uma mudança marcante em direção a uma maior proporção de carga de DCNT devido aos anos vividos com incapacidade (YLD – *Years of healthy lost due to disability*). Doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral e diabetes surgiram como os principais contribuintes para a carga de doenças no grupo de 25-49 anos seguidos dos grupos de idade mais velhos. Em 2019, as dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY – *Disability Adjusted Life Years*), nas faixas etárias de 50–74 anos e 75 anos ou mais se sobrepujam em grande parte. A doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral foram classificados em primeiro e segundo lugar, respectivamente, em ambos os grupos de idade. Dentre outras doenças, diabetes apareceu entre os dez primeiros em ambos os grupos etários (GBD, 2019).

Uma publicação do estudo da Carga Global de Doenças (*Global Burden of Disease - GBD*) descreveu as tendências de mortalidade e DALYs devido às DCNT entre 1990 e 2017 para o Brasil e projetou os que seriam para 2030. O estudo mostrou a transição

epidemiológica acelerada no Brasil, com o aumento da mortalidade proporcional por DCNT, que correspondeu a cerca de três quartos do total de óbitos e, destes, um terço constituiu óbitos prematuros (30 a 69 anos de idade). Em 1990, a mortalidade proporcional por DCNT para todas as idades correspondia a 60,3% de morte. Em 2017, a mortalidade proporcional por DCNT aumentou para 75,9%. A proporção de óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos de idade) manteve-se estável em 27% em 1990 e 28% em 2017. Em 2017, a faixa etária de 30 a 69 anos apresentou 41,3% (556.639 óbitos) de todos os óbitos, e os óbitos prematuros devido às DCNT foram de 58,9% (327.954 óbitos). Com relação às taxas padronizadas de mortalidade por DCNT, entre as pessoas de 30 a 69 anos (por 100 mil), de 2000 a 2017, observou-se tendência de declínio, porém, em 2015, a tendência se inverteu, com tendência de alta nos óbitos prematuros de todas as DCNT e de cada grupo de DCNT (GBD, 2017).

Beltrán-Sánchez e Andrade (2016) ao avaliarem a tendência temporal das DCNT no Brasil entre pessoas de 25 a 94 anos, no período de 1998 a 2013, observaram aumento na prevalência de diabetes e hipertensão e diminuição na prevalência de doenças cardíacas. A prevalência de diabetes e hipertensão arterial para a população total aumentou de 3,72% para 6,76% e de 19,94% para 22,54%, respectivamente, no mesmo período. Os problemas cardíacos, por outro lado, diminuíram de 6,95% para 4,20%. Além disso, foi observado maior prevalência de diabetes, hipertensão e doenças cardíacas entre os indivíduos com menor escolaridade.

No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, 52% das pessoas com 18 anos ou mais relataram que receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica: 23,9% informaram ter diagnóstico de hipertensão arterial, 14,6% de colesterol alto, 7,7% de diabetes e 5,3% alguma doença do coração. A frequência de pessoas que referiram diagnóstico médico das DCNT foi mais representativa entre as mulheres e nas faixas de maior idade. Além disso, a mesma pesquisa mostrou que cerca de 96 milhões de pessoas estão acima do peso no país sendo que 29,5% das mulheres e 21,8% dos homens apresentam obesidade. Já com relação ao sobrepeso, 62,6% das mulheres e 57,5% dos homens estavam com sobrepeso (IBGE, 2020).

As DCNT muitas das vezes estão associadas a fatores de risco, como: alimentação inadequada, uso abusivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso e obesidade. O estudo do GBD identificou que os principais fatores de risco relacionados aos óbitos prematuros por DCNT em 2017 entre as mulheres foram o alto índice de massa corporal (IMC), a alimentação inadequada, a pressão arterial sistólica alta, e entre os homens, a alimentação inadequada, a pressão arterial sistólica alta, o tabaco e o IMC elevado (GBD, 2017).

Dados recentes de 2019 demonstraram que os fatores dietéticos estavam entre os três principais fatores de risco para mortalidade mundial e todos os três principais fatores de risco para anos de vida perdidos por incapacidade. Os fatores dietéticos foram o terceiro maior fator de risco para mortes atribuíveis entre homens, e o segundo maior fator de risco entre mulheres em 2019 (MURRAY et al., 2020).

Uma recente revisão sistemática envolvendo adultos e idosos (com idade entre 17-84 anos no início do estudo) de 28 países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) alto ou muito alto, reunindo 1 ensaio clínico randomizado e 152 estudos observacionais sobre padrões alimentares e mortalidade por todas as causas, demonstraram que os padrões dietéticos caracterizados pelo aumento do consumo de vegetais, frutas, legumes, nozes, grãos inteiros, óleos vegetais insaturados, peixes e carnes magras ou aves foram associadas à diminuição do risco de mortalidade por todas as causas. Esses padrões saudáveis consistiam em uma ingestão relativamente baixa de carne vermelha e processada, laticínios com alto teor de gordura e carboidratos refinados ou doces (ENGLISH, L. K. et al., 2021).

Dados sobre hábitos alimentares brasileiros coletados na PNS 2019 mostrou que o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que tiveram o consumo recomendado de frutas e hortaliças (pelo menos 5 vezes ao dia) foi de apenas 13%, sendo maior nas mulheres (15,4%) do que nos homens (10,2%). Mais especificamente, com relação aos marcadores de padrão alimentar não saudável, verificou-se que 9,2% das pessoas de 18 anos ou mais de idade consumiam regularmente refrigerantes (pelo menos cinco dias da semana), sendo o hábito mais frequente entre os homens (11,6%) do que entre as mulheres (7,2%). No que se refere ao consumo de alimentos doces, o percentual foi de 14,8%, que diminuía com o avanço da idade. Na faixa etária de 18 a 24 anos, 23,8% das pessoas tinham o hábito de consumir alimentos doces, enquanto para os grupos de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais, estes percentuais foram 11,9% e 12,7%, respectivamente (IBGE, 2020).

Já a prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados foi de 14,3%, no qual 24,6% das pessoas entre 18 a 24 anos de idade referiram ter consumido cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados. A prevalência foi menor para idade mais avançadas e maior entre os homens (15,7%) quando comparados às mulheres (13,1%) (IBGE, 2020).

A má qualidade nutricional dos alimentos ultraprocessados, aliada à sua alta disponibilidade, baixo custo e marketing agressivo, resultam em consumo excessivo, podendo levar à obesidade e outras DCNT. Um estudo britânico, realizado entre 2008 e 2014, descreveu a contribuição de alimentos ultraprocessados na dieta e sua relação com o risco de DCNT. Foi observado que carboidratos, açúcares livres, gorduras totais, gorduras saturadas e

teores de sódio aumentaram significativamente à medida que o consumo de alimentos ultra processados aumentava, indicando fortes associações positivas entre o consumo de alimentos ultra processados e perfis de nutrientes dietéticos relacionados ao aumento do risco de várias DCNT (RAUBER et al., 2018).

Uma recente revisão sistemática conduzida por Askari et al. (2020) mostrou que o consumo de ultraprocessados está associado ao ganho de peso excessivo, aumentando em 26% o risco de obesidade. Outra revisão sistemática e meta-análise de Pagliai et al. (2021) concluiu que o consumo de ultraprocessados aumenta o risco de sobrepeso, obesidade e circunferência abdominal elevada em 23-34%, de síndrome metabólica em 79%, de dislipidemia em 102%, de doenças cardiovasculares em 29-34% e da mortalidade por todas as causas em 25%.

Além do maior risco de morte, as DCNTs também representam uma grande carga para os sistemas de saúde, as sociedades e as economias nacionais e internacionais, tendo um grande impacto socioeconômico. Além das mortes prematuras, as DCNT impactam na redução da produtividade, perda de dias de trabalho e perda no setor produtivo, além dos efeitos adversos sobre a qualidade de vida das pessoas afetadas, sendo primordial investir no enfrentamento destas doenças (BRASIL, 2005; SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017; NILSON et al., 2020).

Atualmente, o gasto com saúde no Brasil é de aproximadamente 9,5% do PIB per capita. Segundo a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2012, os gastos de saúde no Brasil se aproximaram de 1078 dólares *per capita*. Destes, 47,5% foram financiados pelo governo, o que corresponde a 7,9% do gasto total do governo brasileiro (WHO 2015). A maioria dos gastos relacionados ao tratamento de doenças no SUS se refere a atendimentos ambulatoriais e hospitalares, bem como o fornecimento de medicamentos para o controle destas doenças (NILSON et al., 2020).

Nilson et al. (2020) estimaram um impacto de 180 mil novos diagnósticos de hipertensão e 14,6 mil mortes a menos, em um período de 20 anos, com a redução voluntária de sódio em alimentos industrializados no Brasil. Em 20 anos, a continuidade dessas metas voluntárias nacionais evitaria 112 mil casos e 2.524 mortes por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, cujos custos diretos e indiretos de tratamento somariam US\$ 292,5 milhões.

1.2 Papel da alimentação no controle das doenças crônicas

Inúmeras dietas são recomendadas para prevenção e controle de DCNT. Organizações de alimentação e nutrição de diferentes países estabelecem diretrizes e recomendações para dietas saudáveis. Em geral, as orientações visam principalmente problemas associados à obesidade e doenças cardiovasculares, focando na redução do consumo excessivo de calorias, açúcar, sal e gorduras saturadas (BRUINS; DAEL; EGGERSDORFER, 2019).

No que diz respeito às evidências publicadas, existem padrões alimentares valorizados, independentemente das diretrizes de um país. Uma das dietas mais aceitas para o tratamento e prevenção da DCNT é a dieta mediterrânea, que se caracteriza pela alta ingestão de cereais, legumes, frutas e azeite; uma ingestão moderada de peixe e álcool, principalmente vinho; e baixo consumo de laticínios, carne e doces. A dieta DASH (abordagens dietéticas para parar a hipertensão), originalmente projetada para controlar a hipertensão, também é mencionada (BRUINS; DAEL; EGGERSDORFER, 2019).

A adoção de intervenções dietéticas pode proporcionar o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico, dentre outras modificações, e impactar no controle das DCNT, diminuindo possíveis complicações decorrentes destas doenças. Diversos estudos têm evidenciado a eficácia da dieta na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão, diminuição da mortalidade e risco de DCV e melhoria do controle glicêmico, redução da dislipidemia, além da associação positiva com a perda de peso nos obesos (SOFI et al., 2008; BENSON; PEREIRA; BOUCHER, 2011; CAMPBELL, 2017).

1.3 Papel da alimentação no controle da hipertensão arterial

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a hipertensão arterial (HA) é uma DCNT, de origem multifatorial, que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (SBC, 2020).

A hipertensão apresenta uma carga mundial importante que impacta na qualidade de vida humana e nos recursos do sistema de saúde, aumentando a mortalidade e o risco de

doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio, angina de peito, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (BAZZANO et al, 2013). Fatores de risco modificáveis para hipertensão, como alto consumo de sódio, baixo consumo de potássio, obesidade, consumo de álcool, sedentarismo e alimentação não saudável estão associados a maior risco de hipertensão (MILLS; STEFANESCU; HE, 2020).

Algumas propostas de dietas para a prevenção da HA, como a dieta DASH e suas variantes (baixa quantidade de gordura, mediterrânea, vegetariana/vegana, nórdica, baixo teor de carboidratos etc.) podem beneficiar o controle da HA e impactar na melhora da saúde de modo geral (BRICARELO et al., 2020).

A dieta DASH recomenda o consumo de frutas, verduras, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e nozes e incentiva restringir o consumo de carnes vermelhas e processadas, sódio e bebidas açucaradas. O objetivo desta dieta foi incorporar nutrientes com potencial efeito hipotensor, provenientes de alimentos comumente consumidos pela população. Ela foi pensada no início da década de 90 por pesquisadores norte-americanos e recomendada como parte do tratamento da HA em 1998, pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (BRICARELO et al., 2020).

O ensaio *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) demonstrou que consumir uma dieta rica em frutas, vegetais e laticínios com baixo teor de gordura e reduzir a gordura saturada e o colesterol reduziu a PAS e a PAD (APPEL et al., 1997). Posteriormente, o ensaio *DASH-Sodium* confirmou que a dieta DASH reduziu a PAS e a PAD (SACKS et al., 2001). Além disso, este estudo demonstrou que a redução do sódio teve um impacto significativo na PA, independentemente dos efeitos da dieta DASH.

No Brasil, em 2006, através das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a dieta DASH foi recomendada como parte do tratamento não farmacológico da HA. Um ensaio clínico conduzido com 206 pacientes hipertensos, em São Luís do Maranhão, avaliou o impacto da adoção de uma dieta brasileira, estilo DASH, com restrição de sódio e baixo índice glicêmico, no controle dos níveis pressóricos e metabólicos. Este estudo verificou que após seis meses, houve redução na média da PAS em 14,4mmHg e na PAD de 9,7mmHg no grupo experimental, em comparação a 6,7mmHg e 4,6mmHg, respectivamente, no grupo controle. As principais modificações na alimentação estavam relacionadas à redução significativa de carboidratos, teor lipídico e carga glicêmica da dieta (LIMA et al., 2013; LIMA et al., 2014).

A última atualização das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020) reforça a importância dos padrões alimentares considerados saudáveis associados à redução

da PA, destacando a dieta DASH e também a dieta do Mediterrâneo. Com relação ao sódio da dieta, a recomendação para indivíduos hipertensos e para a população em geral é até 2 g/dia. A ingestão de sódio está associada diretamente à elevação da PA, e estudos demonstram o efeito hipotensor da restrição de sódio. No que diz respeito ao potássio, geralmente, as dietas com alto teor de sódio possuem baixo teor de potássio, as quais estão associadas à maior incidência de HA. O aumento na ingestão de potássio pode reduzir os níveis pressóricos. As diretrizes recomendam 3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio, com destaque para alimentos como damasco, abacate, melão, leite desnatado, iogurte desnatado, folhas verdes, peixes (linguado e atum), feijão, laranja, ervilha, ameixa, espinafre, tomate e uva-passa. Outro fator que tem importante impacto na redução da PA é a redução de peso. Segundo as diretrizes, a perda ponderal reduz a PA, mesmo sem alcançar o peso corporal desejável. Em cada quilo perdido espera-se a redução de 1 mmHg na PA. Por fim, no que diz respeito ao consumo de álcool, estima-se que seu consumo excessivo seja responsável por cerca de 10-30% dos casos de HA (SBC, 2020). A ingestão de bebida alcoólica deve ser limitada a 30 g de álcool/dia = 1 garrafa de cerveja (5% de álcool, 600 mL); = 2 taças de vinho (12% de álcool, 250 mL); = 1 dose (42% de álcool, 60 mL) de destilados (uísque, vodca, aguardente) (SBC, 2020) (Quadro 1).

Quadro 1: Recomendações dietéticas segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial (SBC, 2020).

<i>Orientações</i>	<i>Recomendações - Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial</i>
Controle de peso	O peso corporal deve ser controlado para a manutenção de IMC < 25 kg/m ² em adultos.
Padrão alimentar	A dieta tipo DASH e semelhantes – aumento no consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e cereais integrais, além de consumo moderado de oleaginosas e redução no consumo de gorduras, doces e bebidas com açúcar e carnes vermelhas – deve ser prescrita.
Restrição do consumo de sódio	O consumo de sódio deve ser restrito a 2 g/dia, com substituição de cloreto de sódio por cloreto de potássio, se não existirem restrições.
Aumento na ingestão de potássio	O consumo deve ser entre 3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio.

Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens.
---------------------------------------	---

1.4 Papel da alimentação no controle da diabetes *mellitus*

O diabetes mellitus (DM) é uma doença endócrino-metabólica de etiologia heterogênea, que envolve fatores genéticos, biológicos e ambientais, caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença arterial coronariana, arterial periférica e cerebrovascular), aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (CARVALHO, et al., 2012; OJO, 2019; SBD, 2020).

O DM é classificado de acordo com sua etiologia em diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). O DM1 é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, resultando em deficiência completa de insulina. O DM2 corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Sua etiologia é complexa e multifatorial, envolvendo componentes genéticos e ambientais. Na grande maioria dos casos, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países, aumento na sua incidência em crianças e jovens (SBD, 2020)

As recomendações nutricionais e o estabelecimento de dieta para o controle metabólico de pacientes com diabetes mellitus, associado a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são considerados fundamentais, reduzindo o risco de complicações (CARVALHO et al., 2012; OJO, 2019; GRAY et al., 2019; SBD, 2020).

O macronutriente de maior preocupação no manejo glicêmico é o carboidrato, influenciando diretamente nos níveis de glicose pós-prandial. Apesar disso, a terapia nutricional se concentra no equilíbrio dos macronutrientes para a manutenção do bom controle metabólico (SBD, 2020). Mencía et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática incluindo 15 estudos que analisaram o efeito de dietas pobres em carboidratos para diabéticos. A revisão concluiu que a adoção dessas dietas pode ser eficaz em alguns aspectos, como

redução HbA1c, peso corporal ou triglicérides, porém, se faz necessário novas evidências que analisem o efeito dessas dietas a longo prazo.

Tay et al. (2015) realizaram um ensaio clínico randomizado com objetivo de comparar os efeitos de dietas com baixo teor de carboidrato (muita gordura insaturada e pouca gordura saturada) e alto teor de carboidrato (pouca gordura) no controle do diabetes tipo 2. Os autores observaram que ambas as dietas obtiveram perda de peso substancial e reduziram a HbA1c e a glicose de jejum. A dieta com baixo teor de carboidrato obteve maiores melhorias no perfil lipídico, estabilidade da glicose no sangue e redução nas necessidades de medicamentos para diabetes, sugerindo uma estratégia eficaz para a otimização do manejo de DM2.

Esposito et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática com intuito de reunir evidências sobre eficácia da dieta mediterrânea no controle do diabetes tipo 2 e dos estados pré-diabéticos. Das oito metanálises incluídas no estudo, 5 mostraram um efeito favorável da dieta mediterrânea, em comparação com outras dietas, considerando seus efeitos no peso corporal, colesterol total e HDL. Duas metanálises demonstraram que uma maior adesão à dieta mediterrânea reduziu o risco de diabetes no futuro em 19-23%.

Jenkins et al. (2012) avaliaram o efeito das leguminosas presentes na dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos. No total, 121 participantes com DM2 foram randomizados para uma dieta de leguminosas de baixo índice glicêmico (IG), incluindo feijão, grão de bico e lentilha. Foi observado que a dieta de leguminosas com baixo IG reduziu os valores de HbA1c em -0,5%, influenciando também em uma maior redução relativa na pressão arterial sistólica.

Segundo as Diretrizes da SBD 2019-2020, a proporção ideal dos 3 macronutrientes (carboidratos, gorduras e proteínas) que devem ser recomendados permanece ainda incerta. Desta forma, a ingestão dietética em pacientes com DM2 segue recomendações semelhantes àquelas definidas para a população geral, considerando-se todas as faixas etárias. No Quadro 2 abaixo é possível observar as recomendações nutricionais indicadas para pessoas com diabetes mellitus (SBD, 2020).

Quadro 2: Recomendações dietéticas segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019-2020).

Variáveis	Recomendações - Sociedade Brasileira de Diabetes
Carboidratos (CHO) (%)	45 a 60%; é possível usar padrões alimentares com menor teor de carboidratos para DM2 de forma individualizada e acompanhada por profissional especializado.
Sacarose (%)	Máximo 5 a 10% do VET

Frutose	Não se recomenda adição aos alimentos.
Fibra alimentar (g)	Mínimo 14 g/1.000 kcal, 20 g/1.000 kcal para DM2.
Gordura Total (%)	20 a 35% do VET; dar preferência para ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados; limitar saturados em até 10% e isenta de trans.
Proteína (%)	15 a 20% do VET
Vitaminas e minerais	Seguem as recomendações da população sem diabetes.

Segundo as diretrizes brasileiras, os indivíduos com DM devem ser estimulados a integrar estratégias de estilo de vida que evitem ganho de peso e, quando for necessário, haver perda de peso modesta e realista. Para muitos obesos com DM2, a perda de peso de 5% promove resultados benéficos quanto a controle glicêmico, lipídios e pressão arterial, sendo a perda de peso sustentada de $\geq 7\%$ a ideal (SBD, 2020).

As Diretrizes esclarecem que o carboidrato é o macronutriente que exerce maior influência na variabilidade glicêmica pós-prandial, de forma que as evidências atuais sugerem que o tipo de carboidrato, independente da proporção, tem grande relevância. Os carboidratos, quando consumidos na forma de açúcares ou amido, apresentam respostas diferentes daqueles consumidos prioritariamente com fibras, compostos bioativos, vitaminas, minerais e baixo teor de gorduras. A SBD afirma ainda que a resposta pode ser mais lenta e menos exacerbada conforme a forma de consumo. Não há evidências de quantidades adequadas de ingestão de carboidratos, porém, segundo a SBD, o consumo reduzido de carboidratos, quando associado a gorduras monoinsaturadas, fibras e atividade física, traz resultados positivos em relação ao perfil lipídico, à pressão arterial e perda de peso em pessoas com DM2 (SBD, 2020).

Com relação aos açúcares, a SBD diz que a sacarose pode ser inserida no contexto de uma alimentação saudável, porém, se adicionada à refeição, deve ser substituída por outras fontes de carboidratos e compensada com doses adicionais de insulina. A OMS recomenda para a população em geral, desde 2015, que a ingestão de sacarose não ultrapasse 5% do VET diário. A SBD também incluiu como recomendação porcentagem de 5% de ingestão de sacarose do VET diário para quem é diabético. A recomendação de até 10% de sacarose por dia é o mínimo para beneficiar a saúde, porém, reduzir essa porcentagem para 5% parece gerar efeitos positivos adicionais (SBD, 2020).

Por fim, com relação à adoção da dieta *LowCarb*, as Diretrizes recomendam, por consenso, que a monitoração da quantidade de carboidratos das refeições pode ser uma estratégia útil para melhorar os níveis glicêmicos pós-prandiais (SBD, 2020).

1.5 Papel da alimentação no controle da hipercolesterolemia

A dislipidemia é um fator de risco primário para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como doença cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial coronariana (DAC). As doenças cardiovasculares estão fortemente relacionadas a elevadas concentrações sanguíneas de colesterol total (CT) e a elevadas partículas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c, do inglês *lowdensitylipoproteins*) e triglicérides (TG). Embora drogas hipolipemiantes, como estatinas e fibratos, sejam eficazes na redução das concentrações de CT, LDL-c e TG, intervenções no estilo de vida, como modificação dos padrões dietéticos, são primordiais para a prevenção e o controle de dislipidemia e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2020).

Há uma forte relação entre hipercolesterolemia e o desenvolvimento de aterosclerose. Na presença de fatores de risco como hipercolesterolemia, o endotélio promove vasoconstrição, adesão de monócitos e plaquetas, trombogênese e liberação de fator de crescimento. Uma dieta rica em gordura também prejudica diretamente a função endotelial e aumenta os fatores de coagulação. A redução do colesterol em indivíduos saudáveis e entre os que apresentam doença cardíaca coronariana têm demonstrado melhoria na função endotelial (VOGEL; CORRETTI; GELLMAN, 1998).

Comparados com as gorduras monossaturadas e saturadas, os ácidos graxos poliinsaturados (PUFA) parecem ter um efeito protetor em relação à aterosclerose (Rudel; Parks; Sawyer, 1995). Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados e estudos prospectivos de coorte para estimar o efeito do ácido eicosapentaenóico e docosahexaenóico (EPA + DHA) na doença cardíaca coronariana (DAC) apontaram que o EPA + DHA pode estar associado à redução do risco de DAC, com um maior benefício observado entre as populações de maior risco para eventos cardiovasculares (ALEXANDER et al., 2017).

A modificação dietética com uma dieta saudável e balanceada pode trazer vários benefícios, incluindo a modificação direta do perfil lipídico.

A Dieta Mediterrânea está associada a uma redução do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c), mesmo na ausência de perda de peso (ESCURRIOL et al., 2009; RICHARD et al., 2010). O LDL-c pode ser reduzido ainda mais por meio de uma combinação de nutrientes com propriedades redutoras de colesterol, como esteróis/estanóis vegetais (fitoesteróis), fibras, cevada e nozes, leite de soja e outros produtos de soja. Isso leva a uma

redução do LDL-C de 20% a 30% e a uma redução dos triglicerídeos de 16% em indivíduos com hiperlipidemia em comparação com a dieta isolada (CHIAVAROLI et al., 2018).

As Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose apresentam as medidas de tratamento não farmacológico para o controle da hipercolesterolemia. As recomendações reforçam padrões alimentares, como o DASH, o INTERHEART e o PREDIMED (*PREvención con Dieta MEDiterránea*), salientando a importância da dieta isenta de ácidos graxos trans, o consumo de < 10% do valor calórico total de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis e < 7% do valor calórico total para aqueles que apresentarem risco cardiovascular aumentado (SBC, 2017).

Uma recomendação importante das Diretrizes trata-se da substituição parcial de ácidos graxos saturados por mono e poli-insaturados. O elevado consumo de ácidos graxos saturados está associado a efeitos deletérios para a saúde. Para o tratamento da hipercolesterolemia, recomendam-se no máximo 7% das calorias na forma de ácidos graxos saturados. A ingestão de gorduras saturadas deve ser limitada, porém, o mais importante é que ocorra uma substituição parcial por insaturadas – principalmente as poli-insaturadas, que estão associadas a diminuição de CT e LDL-c, estando também relacionadas à diminuição de eventos e mortes cardiovasculares. Com relação às gorduras monoinsaturadas, sua introdução através de alimentos como azeite de oliva e oleaginosas, pode estar associada à redução do risco cardiovascular, porém, as evidências são menos robustas do que em relação às poli-insaturadas (SBC, 2017).

No que diz respeito aos ácidos graxos *trans*, a orientação é que sejam excluídos da dieta por aumentarem a concentração plasmática de LDL-c e induzirem intensa lesão aterosclerótica. Mais especificamente para o colesterol, segundo as Diretrizes, estudos mais recentes da literatura não trazem evidências suficientes para estabelecimento de um valor de corte para o consumo de colesterol (SBC, 2017).

1.6 Papel da alimentação no controle do sobrepeso e obesidade

Os países de alta, média e baixa renda vêm enfrentando elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade, sendo mais prevalente nas mulheres (LISOWSKI et al., 2019, MONTERO-LÓPEZ et al., 2021). No Brasil, entre 2003 e 2019, segundo os resultados de duas pesquisas do IBGE – Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e Pesquisa Nacional de

Saúde (PNS), a proporção de obesos na população com 20 anos ou mais de idade no Brasil passou de 12,2% para 26,8%. Nesse período, a prevalência da obesidade entre mulheres aumentou de 14,5% para 30,2% e entre os homens, de 9,6% para 22,8% (SAPS, 2020).

A crescente industrialização, urbanização e mecanização ocorrendo na maioria dos países ao redor do mundo está associado a mudanças na dieta e comportamento, em particular, as dietas estão se tornando cada vez mais ricas em alimentos gordurosos e de alto valor energético, associados a estilos de vida mais sedentários. Normalmente, os fatores relacionados a fisiopatologia da obesidade podem ser endógenos (genéticos, psicológicos e associados a alterações do eixo neuroendócrino-metabólico) e exógenos (hábitos alimentares, sedentarismo, qualidade do sono), de forma que os fatores exógenos podem ser modificáveis e ambos devem ser controlados, visando a prevenção da obesidade (FRANCISCHI et al., 2000).

Estudos epidemiológicos indicam que o sobrepeso e a obesidade são importantes fatores de risco para o diabetes tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares (DCV), câncer e morte prematura (HU, 2008). Inserido neste contexto, as bebidas adoçadas com açúcar (*sugar-sweetened beverages*- SSB) estão relacionadas ao ganho de peso em longo prazo, DM2 e risco cardiovascular. Os SSBs podem contribuir para o ganho de peso devido ao seu alto teor de açúcar adicionado, baixa saciedade e compensação potencial incompleta para a energia total, levando ao aumento da ingestão de energia (MALIK et al., 2010).

De modo geral, o tratamento da obesidade inclui três abordagens: dietética, farmacológica e cirúrgica. De acordo com a gravidade do problema e com a presença ou ausência de complicações associadas, tais estratégias podem ser indicadas de forma combinada ou não. Porém, mudanças de estilo de vida, incluindo hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física são fundamentais para obtenção de sucesso terapêutico em curto, médio e longo prazo (ABESO, 2016).

A orientação nutricional é de extrema importância para o tratamento da obesidade, independentemente do grau de sobrepeso, devendo estar de acordo com a ingestão dietética diária recomendada (DRI), a fim de garantir o consumo adequado de macro e micronutrientes de acordo com as necessidades de cada indivíduo (ABESO, 2016).

Segundo as diretrizes brasileiras de obesidade, a prescrição dietética deve seguir esta sugestão: 1) Prescrição de 1.000 a 1.500 kcal/dia para as mulheres e 1.200 a 1.800 kcal/dia para os homens. Reduzir a quantidade de gordura, em uma dieta hipocalórica, é uma maneira prática de diminuir a ingestão calórica e induzir a perda de peso. 2) Dieta planejada individualmente para criar um déficit calórico de 500 kcal/dia a 1.000 kcal/dia a fim de alcançar a perda de 0,5 kg a 1 kg por semana. 3) Dietas de muito baixa caloria com oferta

energética de 400 a 800 kcal por dia, desde que realizadas em ambiente hospitalar sob rigorosa supervisão médica. Importante mencionar que estas dietas podem levar a maior perda de peso em curto prazo quando comparadas às dietas de baixas calorias, porém, em longo prazo a perda de peso é semelhante (ABESO, 2016).

Mais especificamente para os micronutrientes, as deficiências de vitaminas e minerais são muito comuns em obesos. Segundo a ABESO, deve-se manter uma adequada ingestão de micronutrientes e a dieta deve harmonizar-se com a ingestão dietética diária recomendada (DRI), sendo suplementados se necessário (ABESO, 2016).

1.7 Uso de dietas especiais

As dietas direcionadas para o consumo de grupos ou tipos de alimentos específicos existem há muito tempo, e cada vez mais ganham importância nos dias atuais. Os fatores que influenciam a decisão de uma pessoa em iniciar uma dieta especial são muitos e variados. Para algumas pessoas, pode haver indicações clínicas para iniciar tal dieta, tais como, o excesso de peso/obesidade (dietas para perda de peso) ou a presença de fatores de risco de doença modificáveis (por exemplo, dieta DASH para manejo da hipertensão arterial). Razões culturais, religiosas e sociais podem também ser importantes estimuladores de dietas (por exemplo, dietas vegetarianas ou veganas), assim como o desejo de melhorar a saúde e o bem-estar em geral (por exemplo, dietas detox) (CLARKE et al., 2015; STIERMAN et al., 2020).

Alguns estudos internacionais avaliaram a prevalência do uso de dietas especiais (JA LEE et al., 1993; PROTHRO; ROSENBLOOM, 1999; CLARKE et al., 2015; LEUNG et al., 2017; AHOLA; FORSBLOM; PER-HENRIK GROOP, 2018; STIERMAN et al., 2020).

Um estudo publicado em 1993, conduzido com idosos (65 até 106 anos), residentes em áreas rurais dos Estados Unidos, revelou que quatro em cada 10 idosos pesquisados (43,5%) afirmaram que seguiam um regime alimentar especial recomendado ou praticavam alimentação auto prescrita. A prevalência do uso de dieta com baixo teor de sódio foi mais alta, seguida por uma dieta com baixo teor de gordura / baixo colesterol, dieta para diabéticos, dieta com baixo teor calórico e dieta com baixo teor de fibras. Com relação ao consumo de alimentos e nutrientes, no geral, aqueles que estavam seguindo uma dieta especial tiveram uma maior ingestão de fibras e menor consumo de gordura total, gordura saturada e

colesterol. Além disso, foi evidenciado uma ingestão de uma dieta mais saudável entre aqueles que seguiam dietas especiais (JA LEE et al., 1993).

Outro estudo publicado em 1999 teve por objetivo avaliar o uso de dietas especiais em 103 idosos americanos participantes de um Programa de Nutrição da *Older Americans Act* (OAA), programa federal que apoia a saúde e o bem-estar de idosos por meio de serviços de nutrição. Entre os 42% dos idosos que receberam prescrições dietéticas, 63% eram voltadas para problemas cardiovasculares, 26% para diabetes e 8% para gastrite/úlcera péptica (PROTHRO; ROSENBLOOM, 1999).

Um estudo conduzido pelo *US National Health Interview Survey (NHIS)*, no período de 2002 a 2012, com 88.962 adultos americanos com 18 anos de idade ou mais, verificou a realização de dietas especiais por 2 semanas ou mais, nos últimos 12 meses. Aproximadamente 3% dos adultos americanos relataram estar realizando uma ou mais dietas especiais por um período de 2 semanas nos últimos 12 meses, como dieta vegetariana (incluindo vegana), macrobiótica, dietas *Atkins*, *Pritikin* e *Ornish's* (CLARKE et al., 2015).

Um estudo realizado com 1.429 indivíduos com diabetes tipo 1, participantes do estudo multicêntrico *FinnDiane*, avaliou a associação entre a adesão à dieta especial e a ingestão alimentar, medida como padrões alimentares e ingestão de nutrientes. Ao todo, 36,6% dos participantes relataram aderir a alguma dieta especial. As dietas especiais mais comumente relatadas foram dieta sem lactose (17,1%), restrição de proteína (10,0%), vegetariana (7,0%) e dieta sem glúten (5,6%). Os adeptos da dieta especial eram mais frequentemente mulheres, indivíduos mais velhos, aqueles com diabetes diagnosticada há mais tempo e que apresentava, com mais frequência, várias complicações do diabetes. A ingestão média de carboidratos estava próxima dos níveis mais baixos da recomendação em todos os grupos de dieta, o que se refletia em uma ingestão média baixa de fibra, porém, ingestão média alta de sacarose. A recomendação para ingestão de ácidos graxos saturados foi frequentemente não atendida, com as frequências mais altas observadas em vegetarianos. Com relação aos micronutrientes, as recomendações de vitamina D, folato e ferro foram as mais frequentemente não atendidas, com algumas diferenças entre os grupos de dieta (AHOLA; FORSBLOM; PER-HENRIK GROOP, 2018).

Dados mais recentes publicados pelo *National Center for Health Statistics (NCHS)* em 2020 estimaram a prevalência de adultos nos EUA que, em um determinado dia, estavam em alguma dieta especial em 2015–2018. Aproximadamente 17% dos adultos com 20 anos de idade ou mais relataram estar realizando algum tipo de dieta especial, sendo a prevalência maior entre as mulheres (19%) comparada aos homens (15%). O percentual de adultos em

dieta especial foi maior entre os adultos brancos não hispânicos (17,8%) comparados aos adultos negros não hispânicos (14,7%) e asiáticos não hispânicos (14,9%). Os quatro tipos mais comuns de dietas especiais relatados foram dietas para perda de peso ou de baixa caloria (9,3%), dietas para diabéticos (2,3%), dietas com baixo teor de carboidratos (2,0%) e dietas com baixo teor de gordura ou colesterol (1,8%) (STIERMAN et al., 2020).

2 JUSTIFICATIVA

A prática de dietas especiais é uma importante estratégia para o controle de doenças crônicas. Intervenções como dietas especiais voltadas para manejo e perda de peso, estratégia essencial para frear ou reverter o crescente aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade, além da realização de outras dietas, como a dieta mediterrânea para reduzir os principais eventos de doenças cardiovasculares e a dieta DASH para reduzir a pressão arterial e níveis de colesterol, podem melhorar a saúde, diminuir os sintomas e reduzir mortalidade de doenças crônicas.

Alguns estudos internacionais avaliaram a prevalência do uso de dietas especiais, porém não foi encontrado nenhum estudo brasileiro que avaliou a prevalência do uso de dietas especiais em uma amostra representativa da população brasileira.

Conhecer o perfil nutricional e sociodemográfico da população brasileira que faz uso de dietas especiais é, portanto, uma informação útil para o monitoramento do cuidado e enfrentamento das doenças crônicas no país.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência do uso de dietas especiais na população brasileira.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Estimar a prevalência do uso de dieta especial na população brasileira segundo tipo de dieta, variáveis sociodemográficas e estado nutricional.

3.2.2 Estimar a prevalência do uso de dieta especial na população brasileira segundo uso de sal de adição, açúcar e adoçante, e suplementos nutricionais.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado a partir de dados secundários de acesso público e irrestrito, entre julho de 2017 e julho de 2018 (IBGE, 2019).

4.2 Fonte de dados

Os dados relativos ao uso de dietas especiais foram obtidos do Inquérito Nacional de Alimentação (INA), módulo de consumo alimentar individual da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre julho de 2017 e julho de 2018 (IBGE, 2019).

O INA tem por objetivo inferir sobre o perfil de consumo da população brasileira com 10 anos ou mais de idade. O módulo de consumo alimentar individual contém perguntas sobre características da dieta, além de informações sobre ingestão de alimentos, que foram obtidos de forma detalhada por meio de recordatórios de 24h ao longo de dois dias não consecutivos, avaliando o local de consumo do alimento (dentro e fora do domicílio) (IBGE, 2019).

4.3 Amostragem e população de estudo

A amostra foi composta por domicílios particulares e permanentes do território nacional, abrangendo todas as unidades da federação e áreas urbanas e rurais das cinco regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste) do país (IBGE, 2019).

A pesquisa utilizou um plano complexo de amostragem, por conglomerados, com sorteio dos setores censitários no primeiro estágio e de domicílios no segundo estágio. No primeiro estágio, os setores censitários foram as unidades primárias de amostragem, selecionados por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao número de

domicílios em cada setor. As unidades secundárias de amostragem foram os domicílios, selecionados por amostragem aleatória simples. Os setores censitários passaram por estratificação geográfica e estatística com o intuito de permitir análises em diferentes domínios geográficos e socioeconômicos, incluindo as cinco grandes regiões brasileiras (IBGE, 2019).

Os dados referentes ao módulo de consumo alimentar pessoal que também incluiu a pergunta sobre o uso de dietas especiais foram coletados para todos os moradores com 10 anos ou mais de idade de 20.112 domicílios selecionados, que corresponderam a uma subamostra de 34,7% dos 57.920 domicílios investigados na POF 2017-2018. Dessa forma, foram obtidas informações sobre o consumo alimentar individual de 46.164 moradores (IBGE, 2019).

4.4 Variáveis de interesse

4.4.1 Realização de dietas especiais - INA – POF 2017-2018

Foram utilizados os dados do Bloco 7 da POF 2017-2018 – “Bloco de consumo alimentar pessoal” –, que aborda as características da dieta e o consumo alimentar efetivo individual dos indivíduos com pelo menos 10 anos de idade selecionados para a subamostra.

A variável investigada foi obtida a partir das questões 4 e 5 do Bloco 7:

- “Faz alguma dieta?”: “sim” ou “não”
- “Dieta para”: “emagrecer”, “pressão alta”, “colesterol”, “diabetes”, “doença do coração” e “outra necessidade”.

Segundo o Manual do Agente de Pesquisa da POF 2017-2018, o indivíduo poderia responder sim ou não, conforme o caso. Portanto, o informante poderia informar a condição de estar submetido a uma dieta que atendesse a múltiplos propósitos, ou seja, era possível marcar mais de uma opção dentre as dietas apresentadas. Não havia opção para informar qual a dieta que se referia a “outra necessidade”.

A partir da variável de interesse principal (realização de dietas especiais), criou-se uma nova variável denominada “quantidade de tipos de dieta” cujo objetivo foi compilar os

indivíduos em uso de apenas um tipo de dieta especial, dois, três e em uso de 4 ou mais tipos de dietas especiais.

4.4.2 Características sociodemográficas, estado nutricional e características da dieta

As características sociodemográficas foram: sexo (homens e mulheres); faixa etária (adolescentes: <20 anos, adultos: 20 a 59 anos e idosos: ≥ 60 anos); renda domiciliar *per capita* (por classes de salário mínimo); escolaridade (sem escolaridade, creche/alfabetização, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e pós-graduação); raça/cor de pele (branca, preto e pardo).

Para a variável sexo considerou-se, conforme a original descrita no questionário, “homens” e “mulheres”.

Para faixa-etária, considerou-se as seguintes categorias “adolescentes: <20 anos”, “adultos: 20 a 59 anos” e “idosos: ≥ 60 anos”, criadas a partir da variável idade, calculada pela data de nascimento informada.

A variável renda domiciliar per capita (por classes de salário-mínimo) foi calculada a partir da divisão da variável renda total (que reúne a soma da renda de todos os moradores do domicílio) pelo número total de pessoas residentes no mesmo domicílio. A fim de categorizar a variável segundo classes de salário-mínimo, dividiu-se a renda domiciliar per capita pelo salário mínimo vigente em 2017/2018 (R\$ 954,00), período da coleta dos dados, definindo as seguintes classes de salário mínimo: “ $\leq 0,5$ ”, “ $> 0,5 \leq 1$ ”, “ $> 1 \leq 2$ ”, “ $> 2 \leq 3$ ”, “ $> 3 \leq 4$ ” e “ > 4 ”.

Já para escolaridade, foi escolhida a variável que perguntava “Qual foi o curso mais elevado que frequentou anteriormente?”, cuja as opções de respostas eram: “Creche”, “Pré-escola”, “Classe de alfabetização – CA”, “Alfabetização de jovens e adultos”, “Antigo primário (elementar)”, “Antigo ginásial (médio 1º ciclo)”, “Regular do ensino fundamental (ou do 1º grau)”, “Educação de jovens e adultos EJA do ensino fundamental ou supletivo do 1º grau”, “Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)”, “Regular do ensino médio ou do 2º grau”, “Educação de jovens e adultos EJA do ensino médio ou supletivo do 2º grau”, “Superior – Graduação”, “Especialização de nível superior (duração mínima de 360 horas)”, “Mestrado”, “Doutorado”. Para melhor descrição e apresentação dos resultados, agrupou-se e categorizou-se a variável escolaridade em “sem escolaridade”, “creche/alfabetização”, “ensino fundamental”, “ensino médio”, “ensino superior” e “pós-graduação”.

Para a variável raça/cor de pele considerou-se, conforme a original descrita no questionário, “branca”, “preta” e “parda”. Optou-se por excluir as raças “amarela” e “indígena” devido as baixas prevalências.

O estado nutricional foi estimado utilizando dados de peso e altura autorreferidos obtidos a partir do relato dos indivíduos analisados na avaliação do consumo alimentar individual do INA – POF 2017/2018. Para a classificação do estado nutricional de adultos e idosos, foi estimado o índice de massa corporal (IMC) através da razão do peso (kg) pela altura ao quadrado (m^2), com a seguinte classificação, segundo os pontos de corte da OMS (1997): abaixo do peso (IMC $<18,5 \text{ kg}/m^2$), peso adequado (IMC entre $18,5 \text{ kg}/m^2 - 24,9 \text{ kg}/m^2$), sobrepeso (IMC entre $25,0 \text{ kg}/m^2 - 29,9 \text{ kg}/m^2$) e obesidade (IMC $>30,0 \text{ kg}/m^2$).

Para classificação do estado nutricional de adolescentes, foi considerado o índice de massa corporal para idade (IMC/I), em escore z, considerando as recomendações da OMS (2007), utilizando-se o *Software WHO Anthro-Plus* versão 1.0.4. Para avaliação do IMC/I considerou-se os seguintes pontos de corte: $< \text{Escore-z } -3$ (magreza acentuada), $> \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$ (magreza), $> \text{Escore-z } -2$ e $< \text{Escore-z } +2$ (peso adequado ou eutrófico), $> \text{Escore-z } +1$ e $< \text{Escore-z } +2$ (sobrepeso), $> \text{Escore-z } +2$ e $< \text{Escore-z } +3$ (obesidade), $> \text{Escore-z } +3$ (obesidade grave). A fim de melhor descrição dos resultados, agrupou-se e categorizou-se o estado nutricional de adolescentes em: peso adequado, sobrepeso e obesidade.

O uso de açúcar ou adoçante, sal e suplementos nutricionais foi avaliado como variáveis relacionadas às características da dieta e coletadas na POF 2017-2018. Foi questionado o uso frequente de: açúcar ou adoçante, tendo como opção de resposta uma das opções; o hábito de adicionar sal ao prato de comida, tendo como opção de resposta “sim ou não”; e se havia utilizado nos últimos 30 dias suplementos nutricionais, tendo como opção de resposta “sim ou não”. Para a criação da variável “uso de suplementos nutricionais”, considerou-se o uso de, pelo menos, um dos seguintes itens presentes no questionário: multivitaminas, complexo multivitamínico, ferro/sulfato ferroso, vitaminas do complexo B, vitamina C, ômega 3/óleo de peixe, cálcio/cálcio com vitamina, proteína/creatina/outro suplemento para atleta e outros suplementos.

4.5 Análise dos dados

Foram estimadas as prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95% do uso de dieta especial e da sua utilização de acordo com o tipo de dieta segundo as características sociodemográficas, estado nutricional e características da dieta. Diferenças estatisticamente significativas no nível de 5% foram consideradas na ausência de sobreposição dos IC95%.

Para o cálculo das estimativas, foi utilizado o *Software R* versão 4.1.0, considerando a complexidade das amostras dos inquéritos e os seus fatores de expansão.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo utilizou banco de dados secundários da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, sendo este de acesso público e irrestrito, no qual os microdados estão disponibilizados gratuitamente no site da instituição (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/24786-pesquisa-de-orcamentos-familiares-2.html?edicao=28523&t=sobre>). Sendo assim, o presente trabalho dispensa apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 Características gerais da população

A população estudada entre os anos de 2017 e 2018 foi composta por 46.164 indivíduos (≥ 10 anos), em sua maioria mulheres (52,1%), adultos (62,8%), pardos (44,9%), e em indivíduos com ensino fundamental (32,8%) e recebendo de um a dois salários mínimos por mês (31,5%), residindo em todas as regiões do país (dados não mostrados).

6.2 Realização de dietas especiais segundo faixa etária e sexo

Entre a população estudada, 14,3% afirmaram realizar algum tipo de dieta (Tabela 1). Quando comparado por sexo, a prevalência foi maior entre as mulheres (17,8% - IC95% 17; 19) do que entre os homens (9,6% - IC95% 9; 10), sendo a dieta para pressão alta mais prevalente nos homens (3,7% - IC95% 3,3;4,0) e a dieta para emagrecer mais prevalente nas mulheres (7,4% - IC95% 6,9;7,9). A prevalência da realização de qualquer tipo de dieta foi maior entre os idosos, tanto para homens (22,4% - IC95% 20,3; 24,6) quanto para mulheres (31,2% - IC95% 29,1; 33,3) (Tabela 2).

6.3 Realização de dietas especiais segundo variáveis sociodemográficas

No que se refere à cor da pele, houve apenas diferença no sexo masculino, no qual homens brancos apresentaram maior prevalência de realização de dietas (11,2% - IC95% 10,0; 12,3) comparado com pretos (8,1% - IC95% 6,7; 9,5) e pardos (8,5% - IC95% 7,7; 9,4). A prevalência do uso de dietas especiais foi menor entre homens de menor renda (4,3% - IC95% 3,3; 5,3) comparado com homens de maior renda (20,4% - IC95% 17,0; 23,9). Já para as mulheres, a prevalência foi menor entre mulheres de menor renda (10,0% - IC95% 8,7; 11,2), comparado com as demais categorias de renda. Para escolaridade, tanto para homens quanto para mulheres, as menores prevalências de realização de dietas foram observadas em indivíduos sem escolaridade (homens: 6,7% - IC95% 5,7; 7,7; mulheres: 11,9% - IC95% 10,4; 13,3) e com ensino médio (homens: 6,8% - IC95% 5,9; 7,8; mulheres: 16,2% - IC95% 14,8; 17,6) (Tabela 3).

6.4 Realização de dietas segundo estado nutricional

A prevalência de realização de dietas especiais foi maior entre homens obesos comparados com peso adequado (homens obesos: 13,2% - IC95% 11,2; 15,2; homens com peso adequado: 5,3% - IC95% 4,4; 6,2). O mesmo foi observado entre as mulheres (mulheres obesas: 26,0% - IC95% 23,5; 28,4; mulheres com peso adequado: 12,7% - IC95% 11,4; 14,0). Este padrão se repetiu em todas as faixas etárias, com exceção entre adolescentes do sexo feminino, onde não foi observada diferença entre fazer dieta e estado nutricional. Em relação aos tipos de dietas, entre homens adultos e idosos obesos, as dietas mais prevalentes foram para emagrecer, pressão alta e diabetes, não havendo diferença entre elas. Já para as mulheres, entre as adultas obesas, a maior prevalência foi para emagrecer. Entre as mulheres idosas obesas, as maiores prevalências foram para pressão alta e diabetes, não havendo diferença entre elas.

6.5 Utilização de açúcar e adoçante, sal e suplementos segundo a realização de dietas e sexo

A prevalência do uso de açúcar foi menor entre os indivíduos de ambos os sexos que relataram realizar qualquer tipo de dieta (homens: 53,1% - IC95% 49,7; 56,5; mulheres: 51,1% - IC95% 48,6; 53,5) comparados àqueles que não realizaram nenhum tipo de dieta (homens: 85,4% - IC95% 84,4; 86,4; mulheres: 81,9% - IC95% 80,8; 82,9). No entanto, a prevalência do uso de adoçante foi maior entre os indivíduos que realizaram dieta (homens: 6,8% - IC95% 5,9; 7,8; mulheres: 16,2% - IC95% 14,8; 17,6), sendo esta diferença mais predominante entre os indivíduos que realizavam dieta para diabetes, independentemente do sexo, quando comparados aos indivíduos sem dieta. O uso do sal de adição, em sua maioria, foi menos prevalente entre quem realizava dieta, principalmente entre as mulheres (9,6% - IC95% 8,4; 10,9), sendo a menor prevalência entre os indivíduos que realizavam dieta para pressão alta (homens: 6,3% - IC95% 3,8; 8,8; mulheres: 5,9% - IC95% 4,3; 7,5). Já quanto ao uso de suplemento nos últimos 30 dias, observou-se maior prevalência entre os indivíduos que realizavam dieta, principalmente entre as mulheres (38,6% - IC95% 36,3; 40,9) (Tabela 5).

Tabela 1: Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n= 46164).

Variáveis	Total (n = 21460) % (IC95%)	Adolescente (n = 4333) % (IC95%)	Adulto (n = 13338) % (IC95%)	Idoso (n = 3789) % (IC95%)
Homem (n = 21460)				
Dietas especiais				
Qualquer tipo de dieta	9,6 (9; 10)	3,0 (2,3; 3,8)	8,6 (7,8; 9,3)	22,4 (20,3; 24,6)
Dieta para emagrecer	2,6 (2,2; 3,0)	1,4 (0,8; 1,9)	3,0 (2,5; 3,5)	2,7 (1,6; 3,7)
Dieta para pressão alta	3,7 (3,3; 4,0)	0,1 (0,09; 0,3)	2,5 (2,1; 2,9)	11,6 (10,1; 13,0)
Dieta para diabetes	2,9 (2,6; 3,2)	0,2 (0,04; 0,5)	1,8 (1,5; 2,1)	9,4 (8,1; 10,6)
Dieta para colesterol	2,2 (1,9; 2,5)	0,3 (0,02; 0,6)	1,4 (1,2; 1,7)	6,7 (5,6; 7,9)
Dieta para doença do coração	0,8 (0,7; 1,0)	0	0,5 (0,4; 0,7)	2,9 (2,2; 3,5)
Quantidade de tipos de dieta				
1	71,1 (68,3; 64,0)	89,1 (79,0; 99,2)	77,3 (73,5; 81,0)	59,1 (53,9; 64,2)
2	19,2 (16,6; 21,7)	7,5(0,8; 15,8)	16,9 (13,7; 20,1)	24,5 (20,1; 29,0)
3	7,3 (5,7; 8,8)	3,4 (3,1; 9,8)	3,9 (2,4; 5,3)	12,8 (9,3; 16,3)
4 ou mais	2,4 (1,6; 3,2)	0	1,9 (1,0; 2,8)	3,6 (2,0; 5,2)
Mulher (n = 24704)				
Dietas especiais				
Qualquer tipo de dieta	17,8 (17; 19)	5,1 (3,9; 6,3)	17,3 (16,4; 18,3)	31,2 (29,1; 33,3)
Dieta para emagrecer	7,4 (6,9; 7,9)	3,4 (2,4; 4,3)	9,4 (8,7; 10,1)	3,6 (2,7; 4,5)
Dieta para pressão alta	6,0 (5,5; 6,4)	0,2 (0,02; 0,3)	4,0 (3,5; 4,5)	17,2 (15,7; 18,7)
Dieta para diabetes	4,5 (4,1; 4,9)	0,2 (0,04; 0,5)	2,8 (2,4; 3,2)	13,7 (12,1; 15,2)
Dieta para colesterol	3,9 (3,5; 4,3)	0,2 (0,04; 0,4)	2,6 (2,2; 2,9)	11,3 (9,9; 12,7)
Dieta para doença do coração	0,9 (0,8; 1,1)	0	0,6 (0,4; 0,7)	3,0 (2,3; 3,7)
Quantidade de tipos de dieta				
1	70,8 (68,5; 73,0)	93 (87,8; 98,2)	77,3 (74,6; 80,0)	55,3 (51,2; 59,3)
2	18,6 (16,9; 20,3)	5,2 (1,2; 9,2)	15,4 (13,4; 17,4)	26,6 (23,2; 30,0)
3	7,5 (6,4; 8,6)	1,8 (1,7; 5,2)	4,9 (3,5; 6,2)	13,3 (10,8; 15,7)
4 ou mais	3,1 (2,2; 4,0)	0	2,4 (1,2; 3,7)	4,8 (3,1; 6,6)

Tabela 2: Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo com as características sociodemográficas, faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n= 46164).

Variáveis	Total % (IC95%)	Adolescente (n = 4333) % (IC95%)	Adulto (n = 13338) % (IC95%)	Idoso (n = 3789) % (IC95%)
Homem (n = 21460)				
Cor de pele				
Branca	11,2 (10,0; 12,3)	3,9 (2,3; 5,4)	10,2 (8,8; 11,5)	20,8 (17,9; 23,8)
Preta	8,1 (6,7; 9,5)	3,2 (0,3; 6,0)	6,8 (5,2; 8,4)	18,9 (13,7; 23,8)
Parda	8,5 (7,7; 9,4)	2 (1,2; 2,7)	7,3(6,4; 8,2)	25,2 (21,7; 28,7)
Renda domiciliar per capita				
≤0,5	4,3 (3,3; 5,3)	1,7 (0,8; 2,6)	4,5 (3,2; 5,8)	18,5 (11,0; 25,9)
> 0,5 ≤1	7,1 (6,2; 8,0)	2,9 (1,3; 4,5)	6,1 (4,9; 7,2)	21,5 (17,6; 25,3)
> 1 ≤2	9,4 (8,4; 10,3)	1,9 (0,9; 2,8)	7,5 (6,4; 8,6)	21,4 (18,6; 24,3)
> 2 ≤3	12,5 (10,2; 14,8)	6,3 (2,2; 10,5)	11,3 (8,8; 13,8)	20 (14,2; 25,8)
> 3 ≤4	12,2 (9,3; 15,1)	3,1 (0,06; 6,1)	10,1 (6,7; 13,4)	22,8 (14,4; 31,1)
>4	20,4 (17,0; 23,9)	9,5 (1,2; 17,8)	18,3 (14,4; 22,1)	29 (21,7; 33,3)
Escolaridade				
Sem escolaridade	6,7 (5,7; 7,7)		10,3 (7,8; 12,9)	23,9 (18,6; 29,3)
Creche/Alfabetização	12,7 (9,2; 16,3)		4,6 (1,5; 7,7)	22,2 (15,9; 28,5)
Ensino fundamental	11,3 (10,2; 12,5)		7,3 (6,2; 8,4)	22,4 (19,5; 25,2)
Ensino médio	6,8 (5,9; 7,8)		6,4 (5,3; 7,4)	17,8 (12,8; 22,8)
Ensino superior	16,3 (13,5; 19,1)		15,3 (12,2; 18,3)	22,6 (15,0; 30,3)
Pós-graduação	23,6 (16,4; 30,9)		20,6 (13,4; 27,9)	39,9 (14,2; 65,7)
Mulher (n = 24704)				
Cor de pele				
Branca	18,4 (17,2; 19,5)	6,6 (3,9; 9,2)	17,5 (16,0; 18,9)	28,6 (25,7; 31,5)
Preta	18,7 (16,3; 21,2)	3,1 (0,5; 5,6)	17,7 (14,9; 20,4)	34,3 (27,8; 41,1)
Parda	16,9 (15,9; 18,0)	3,9 (2,6; 5,1)	16,8 (15,5; 18,0)	33,8 (30,3; 37,3)
Renda domiciliar per capita				
≤0,5	10 (8,7; 11,2)	3 (1,8; 4,2)	11,9 (10,2; 13,6)	25,6 (18,7; 32,5)

> 0,5 ≤ 1	13,7 (12,5; 14,8)	4,4 (2,6; 6,1)	13,4(12,0; 14,7)	29,8 (25,6; 33,9)
> 1 ≤ 2	20,9 (19,5; 22,3)	4 (2,5; 5,5)	18,9 (17,3; 20,5)	35,5 (31,9; 39,0)
> 2 ≤ 3	22,8 (20,4; 25,3)	13,5 (2,25; 24,5)	21,3 (18,3; 24,4)	30,3 (25,3; 35,2)
> 3 ≤ 4	18 (14,6; 21,4)	4,2 (1,0; 9,3)	17,4 (13,5; 21,4)	24,2 (16,7; 31,7)
> 4	26,1 (22,9; 29,4)	19,6 (5,0; 34,2)	26 (22,2; 29,8)	27,6 (21,6; 33,7)
Escolaridade				
Sem escolaridade	11,9 (10,4; 13,3)		17,9 (14,4; 21,4)	34,9 (29,9; 40,0)
Creche/Alfabetização	30 (24,4; 35,6)		18,5 (11,5; 25,5)	38,5 (30,9; 46,1)
Ensino fundamental	20,9 (19,6; 22,3)		16,4 (14,9; 17,8)	31 (28,2; 33,9)
Ensino médio	16,2 (14,8; 17,6)		15,7 (14,1; 17,2)	31,4 (25,7; 37,1)
Ensino superior	21,5 (19,0; 24,1)		21,1 (19,5; 28,4)	24,6 (17,3; 32,0)
Pós-graduação	23,9 (19,7; 28,0)		23,9 (18,4; 24,0)	23,5 (10,9; 36,2)

Tabela 3: Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) da realização de dietas especiais de acordo com o estado nutricional, faixa etária e sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).

Variáveis	Qualquer tipo de dieta %(IC95%)	Dieta para emagrecer % (IC95%)	Dieta para pressão alta % (IC95%)	Dieta para diabetes % (IC95%)	Dieta para colesterol % (IC95%)	Dieta para doença do coração % (IC95%)
Homem (n= 21460)						
Adolescente*						
Peso adequado	1, 6 (1,0; 2,3)	0,4 (0,2; 0,9)	0	0	0,1 (0,05; 0,2)	0
Sobrepeso	4, 5 (2,6; 7,3)	1,6 (1,0; 2,6)	0	0,2 (0,02; 0,8)	0,3 (0,07; 0,7)	0
Obesidade	6, 3 (3,5; 10,2)	4,6 (2,5; 7,6)	0,2 (0,02; 0,6)	0,1 (0,02; 0,6)	0,4 (0,03; 1,8)	0,2 (0,03; 0,8)
Adulto**						
Abaixo do peso	6,1 (1,5; 10,6)	0	0,1 (0,08; 0,2)	0,6 (0,3; 1,5)	0,5 (0,5; 1,5)	0,0
Peso adequado	5,3 (4,4; 6,2)	0,9 (0,5; 1,2)	1,1 (0,7; 1,4)	1,2 (0,8; 1,6)	0,9 (0,5; 1,3)	0,4 (0,2; 0,6)
Sobrepeso	9,7 (8,2; 11,1)	3,8 (2,8; 4,8)	2,7 (2,0; 3,5)	1,4 (1,0; 1,7)	1,3 (0,9; 1,7)	0,3 (0,2; 0,5)
Obesidade	13,2 (11,2; 15,2)	7,1 (5,6; 8,7)	4,6 (3,5; 5,7)	3,6 (2,5; 4,7)	2,9 (1,9; 4,0)	0,8 (0,4; 1,3)
Idoso**						
Abaixo do peso	19,0 (6,1; 31,9)	0	7,2 (0,6; 15,0)	5,2 (1,7; 12,1)	1,1 (0,2; 3,9)	4,8 (2,5; 12,2)
Peso adequado	17,9 (15,0; 20,7)	0,5 (0,07; 0,8)	8,8 (6,8; 10,8)	6,9 (5,2; 8,7)	5,6 (3,7; 7,4)	2,7 (1,7; 3,6)
Sobrepeso	23,8 (20,2; 27,5)	2,6 (1,1; 4,2)	12,7 (10,1; 15,2)	9,6 (7,7; 11,6)	9,0 (6,1; 11,9)	2,8 (1,7; 4,0)
Obesidade	31,9 (25,6; 38,1)	8,0 (3,3; 12,7)	16,6 (12,1; 21,0)	14,9 (10,3; 19,5)	7,9 (4,7; 11,1)	3,5 (1,5; 5,5)
Mulher (n= 24704)						
Adolescente*						
Peso adequado	3,8 (2,7; 5,0)	2,2 (1,6; 3,0)	0,1 (0,02; 0,3)	0,1 (0,04; 0,3)	0,2 (0,06; 0,6)	0
Sobrepeso	7,9 (4,2; 13,3)	5 (3,4; 7,2)	0,3 (0,02; 1,3)	0,6 (0,04; 2,5)	0,5 (0,03; 2,4)	0
Obesidade	6,4 (3,8; 10,0)	9,9 (6,0; 15,1)	0,2 (0,05; 1,3)	0	0,4 (0,01; 2,4)	0
Adulto**						

Abaixo do peso	3 (1,2; 4,7)	0,2 (0,04; 0,4)	0,3 (0,01; 0,6)	0,1 (0,06; 0,3)	0,7 (0,04; 1,5)	0,1 (0,06; 0,2)
Peso adequado	12,7 (11,4; 14,0)	6,0 (4,5; 7,0)	2,2 (1,5; 2,9)	1,7 (1,2; 2,2)	1,8 (1,2; 2,3)	0,4 (0,2; 0,8)
Sobrepeso	19,5 (17,9; 21,0)	11,9 (10,5; 13,2)	4,5 (3,7; 5,1)	3,0 (2,4; 3,6)	2,6 (2,1; 3,1)	0,5 (0,3; 0,7)
Obesidade	26 (23,5; 28,4)	15,5 (13,5; 17,6)	8,4 (6,8; 10,0)	4,5 (3,5; 5,5)	4,3 (3,2; 5,4)	1,0 (0,5; 1,6)
Idoso**						
Abaixo do peso	22,5 (14,0; 31,0)	0,7 (0,7; 2,0)	12,4 (6,2; 18,5)	8,4 (3,0; 13,8)	8,3 (2,6; 14,0)	4,0 (0,5; 7,5)
Peso adequado	27,0 (24,0; 30,0)	1,7 (0,9; 2,6)	14,4 (12,2; 16,6)	10,9 (8,7; 13,1)	10,4 (8,4; 12,4)	1,8 (1,1; 2,5)
Sobrepeso	32,7 (29,0; 36,3)	3,8 (2,3; 5,2)	17,5 (14,7; 20,3)	15,5 (12,4; 18,5)	10,7 (8,6; 12,8)	3,4 (2,0; 4,8)
Obesidade	38,4 (32,9; 43,9)	7,6 (4,8; 10,4)	21,6 (17,2; 26,0)	17,7 (13,2; 22,1)	12,8 (9,7; 15,9)	3,9 (2,5; 5,4)

*Cálculo considerando o índice de massa corporal para idade (IMC/I), em escore z, do referencial da OMS (2007).

**Cálculo considerando os seguintes pontos de corte da OMS (1997): abaixo do peso (IMC <18,5 kg/m²), peso adequado (IMC entre 18,5 kg/m² - 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25,0 kg/m² - 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC >30,0 kg/m²).

Tabela 4: Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) do uso de açúcar e adoçante, sal e suplementos de acordo com a realização de dietas e o sexo. Inquérito Nacional de Alimentação, 2017-2018 (n=46164).

	Qualquer tipo de dieta % (IC95%)		Dieta para emagrecer % (IC95%)		Dieta para pressão alta % (IC95%)		Dieta para diabetes % (IC95%)		Dieta para colesterol % (IC95%)		Dieta para DC* % (IC95%)	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Homem (n= 21460)												
usa somente açúcar	53,1 (49,7; 56,5)	85,4 (84,4; 86,4)	52,8 (46,2; 59,3)	83,1 (82,1; 84,1)	54,0 (48,5; 59,5)	83,3 (82,3; 84,3)	18,5 (14,2; 22,8)	84,0 (83,0; 85,0)	48,7 (41,0; 56,4)	83,0 (82,0; 84,0)	54,2 (44,4; 64,1)	82,5 (81,5; 83,5)
usa somente adoçante	28,2 (25,2; 31,2)	4,5 (4,0; 5,1)	25,6 (20,0; 31,2)	6,3 (5,7; 6,9)	28,5 (24,0; 33,3)	6,1 (5,5; 6,6)	62,0 (56,6; 67,4)	5,3 (4,8; 5,9)	31,9 (24,7; 39,1)	6,3 (5,7; 6,9)	27,5 (19,1; 35,9)	6,7 (6,1; 7,3)
adicional sal faz uso de suplemento	12,0 (9,5; 14,5)	15,5 (14,6; 16,5)	18,6 (12,7; 24,4)	15,0 (14,1; 16,0)	6,3 (3,8; 8,8)	15,4 (14,4; 16,4)	7,0 (4,5; 9,4)	15,4 (14,4; 16,3)	14,0 (7,6; 20,4)	15,2 (14,2; 16,1)	13,6 (5,1; 22,0)	15,1 (14,2; 16,1)
Mulheres (n= 2704)												
usa somente açúcar	51,1 (48,6; 53,5)	81,9 (80,8; 82,9)	54,3 (50,3; 58,3)	78,2 (77,1; 79,2)	51,6 (47,6; 55,6)	77,9 (76,8; 79,0)	22,5 (18,5; 26,5)	78,8 (77,8; 79,9)	46,6 (41,6; 51,6)	77,5 (76,5; 78,6)	41,5 (32,5; 50,4)	76,7 (75,6; 77,8)
usa somente adoçante	28,4 (26,3; 30,4)	6,7 (6,0; 7,4)	21,8 (18,8; 24,8)	9,6 (8,9; 10,3)	28,7 (25,3; 32,0)	9,4 (8,7; 10,1)	55,8 (50,8; 60,8)	8,5 (7,8; 9,1)	30,8 (26,4; 35,2)	9,8 (9,0; 10,5)	36,5 (26,8; 46,1)	10,3 (9,6; 11,0)
adicional sal faz uso de suplemento	9,6 (8,4; 10,9)	12,6 (11,6; 13,6)	11,6 (9,5; 13,8)	12,1 (11,2; 13,0)	5,9 (4,3; 7,5)	12,5 (11,6; 13,4)	7,9 (5,6; 10,2)	12,3 (11,4; 13,2)	8,5 (6,1; 10,9)	12,2 (11,3; 13,1)	6,2 (2,5; 9,8)	12,1 (11,3; 13,0)

* Dieta para doença do coração

7 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que menos de 15% da população brasileira acima de 10 anos de idade realizava dietas especiais. Verificou-se que aqueles que aderiram a qualquer dieta especial eram mais frequentemente do sexo feminino, mais velhos, apresentavam sobrepeso ou obesidade e, mais especificamente entre os homens, possuíam maior renda. Entre os homens, a finalidade da dieta mais prevalente foi dieta para pressão alta, e nas mulheres dieta para emagrecer. Além disso, os indivíduos que relataram realizar dieta apresentaram menor prevalência de consumo de sal de adição e açúcar e maior prevalência de consumo de adoçante e suplementos nutricionais.

Já é conhecido que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde, o que corrobora para maior prevalência do uso de dietas entre as mulheres quando comparado aos homens. De acordo com a última edição da PNS 2019, a proporção de mulheres que consultaram um médico nos 12 meses anteriores à realização da entrevista foi de 82,3%, enquanto a porcentagem de homens foi de 69,4% (COBO; CRUZ; DICK, 2021). Além disso, segundo a PNS 2019, a proporção de diagnóstico de DCNT aumenta com a idade (BRASIL, 2020), o que ajuda a justificar a maior prevalência de realização de dietas entre os idosos, uma vez que este grupo tende a necessitar mais de estratégias para manutenção da saúde.

Outra característica observada foi a maior prevalência de realização de dietas entre os indivíduos com sobrepeso e obesidade, o que pode representar uma intenção de mudança no estado de saúde, visto os impactos negativos que estes fatores de risco acarretam na saúde. Somado a isso pode haver o imperativo estético da magreza, no qual o corpo belo é sinônimo de “corpo magro”, podendo contribuir em uma maior prevalência. Além disso, entre as mulheres, independente do estado nutricional, observou-se maior prevalência do uso de dietas para emagrecer, o que reforça, principalmente neste gênero, o ideário de beleza corporal magra como sendo culturalmente mais aceito.

Os resultados aqui encontrados são semelhantes aos encontrados por Leung et al. (2012), que conduziram um estudo com dados do National Health Interview Survey (NHIS) de 2012, a fim de examinar a prevalência do uso de dietas especiais, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, em 34.525 indivíduos americanos acima de 18 anos. A prevalência do uso de dietas foi maior entre indivíduos do sexo feminino (60,6%), entre 50 e 64 anos de

idade (36,1%), brancos não-hispânicos (74,6%) e aqueles que cursaram curso superior (58,4%). Além disso, observaram maior prevalência entre os que tiveram algum histórico de doença: hipertensão (30,3%), diabetes (10,4%), alguma doença do coração (3,5%), indivíduos com sobrepeso e obesidade (62,5%), e aqueles que faziam uso de suplementos vitamínicos e minerais (82,5%).

Um padrão semelhante foi observado em um estudo transversal recente publicado em 2020 pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS) que observou que aproximadamente 17% dos adultos norte-americanos com 20 anos ou mais relataram estar em qualquer tipo de dieta especial entre 2015 e 2018, com mais mulheres (19,0%) relatando estar em uma dieta especial do que os homens (15,1%), sendo a prevalência maior entre os indivíduos com 40 a 59 anos (19,2%) e com 60 anos ou mais (19,3%). A porcentagem de adultos em uma dieta especial aumentou com o aumento do status de peso (8,3% para peso normal ou baixo, 17,1% para excesso de peso, e 23,1% para obesidade) e aumento do nível educacional (14,1% para menos do que o ensino médio, 17,0% para ensino médio ou alguma faculdade e 18,6% para pós-graduação ou mais alto), diferente do encontrado neste estudo onde não foi observada diferença nas categorias de maior escolaridade. O padrão dos tipos mais comuns de dietas especiais variou de acordo com a idade, no entanto, o tipo mais comum de dieta especial considerando todas as faixas etárias foi a dieta para perda de peso ou dieta de baixa caloria (STIERMAN et al., 2020).

Importante mencionar que este estudo utilizou dados do INA 2017/2018 que possibilitou, pela primeira vez no país, obter a prevalência do uso de dietas especiais. Este inquérito se refere a um dos questionários realizados na POF 2017/2018, cujo objetivo principal é entender o perfil das condições de vida da população a partir das análises de seus orçamentos domésticos. Sendo assim, a POF não coleta informações referentes a desfechos de saúde ou fatores de risco ou proteção relacionados aos mesmos. Dessa forma, não é possível saber o percentual da população com prescrição para a realização de dietas especiais, nem a estimativa da prevalência de indivíduos com doenças que necessitariam de indicação de dietas específicas.

Contudo, dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 revelaram, entre homens e mulheres, a prevalência de 21,1% e 26,4% de hipertensão arterial, e 6,9% e 8,4% de diabetes, respectivamente. Além disso, 11,1% e 17,6% relataram colesterol alto, 60,0% e 60,3% apresentaram excesso de peso, e 22,8% e 30,2% obesidade, homens e

mulheres respectivamente (BRASIL, 2020). Em relação aos adolescentes, dados do Estudo de riscos cardiovasculares em adolescentes (ERICA), demonstraram altas prevalências de sobrepeso/obesidade (25,5%), pressão arterial elevada (9,6%), HDL-c baixo (47,3%), e síndrome metabólica (2,6%). Também foi encontrado que mais da metade dos adolescentes mencionaram um estilo de vida sedentário (CUREAU; BLOCH; SCHAAN, 2019).

Comparando-se as prevalências das morbidades com resultados do presente estudo, pode-se sugerir que o percentual de pessoas cuja dieta seria potencialmente indicada para controle das doenças é superior ao percentual de pessoas na população que relatam uso de dietas para as mesmas morbidades.

Estudos demonstraram que determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia estão relacionados ao aumento das DCNT, bem como da sua morbimortalidade (SCHMIDT et al., 2011; MALTA et al., 2013). Segundo dados da PNS 2019, 47,6% da população adulta brasileira relatou pelo menos uma DCNT, com prevalências mais elevadas nas mulheres e aumento progressivo de acordo com a idade. Indivíduos pretos ou pardos, analfabetos ou com ensino fundamental incompleto apresentaram as maiores prevalências de DCNT. Os indivíduos com renda mais elevada, acima de três salários-mínimos apresentaram menor prevalência de DCNT (MALTA et al., 2021). Estes dados evidenciam que os indivíduos menos favorecidos necessitariam de um maior cuidado com a alimentação, devido a maior prevalência de DCNT. Porém, nossos resultados mostraram que indivíduos sem escolaridade e do ensino médio e indivíduos do menor estrato de renda foram os que menos relataram realizar algum tipo de dieta quando comparados aos seus pares. Esta evidência pode estar relacionada as discrepâncias sociodemográficas no acesso à informação e/ou aos serviços de saúde, podendo explicar as diferenças observadas no uso de dietas de acordo com a renda e escolaridade. Contudo, importante mencionar que os resultados sociodemográficos aqui apresentados não são suficientes para esclarecer a sua relação com o uso de dietas especiais.

Os dados de mortalidade por DCNT, bem como seus fatores de risco, demonstram a importância do desenvolvimento de ações que foquem na prevenção e controle. No Brasil, aproximadamente 168 mil mortes por ano foram atribuíveis ao excesso de peso e obesidade. Sendo que a redução de $1,0 \text{ kg/m}^2$ no IMC em toda a população poderia evitar 30.715 mortes, representando 4,6% das mortes pelas principais DCNT e 2,7% de todas as mortes (RABACOW; AZEREDO; REZENDE, 2019). Neste sentido, estratégias de controle destes

agravos estão intimamente relacionadas à adoção de escolhas alimentares saudáveis e específicas, o que reforça a importância do uso e adesão a dietas especiais.

Cabe mencionar aqui, algumas limitações do presente estudo: acredita-se que o conceito do que se entende por dieta possa variar entre os indivíduos, não sendo possível também saber se a dieta referida representa uma mudança dietética de curto ou longo prazo; os dados não permitiram avaliar a qualidade das dietas individuais e a indicação necessária ou diagnóstico prévio que justifique a finalidade da dieta adotada.

Porém, como pontos fortes do estudo, destaca-se o fato de ser um trabalho inédito e a nível nacional, por avaliar a prevalência do uso de dietas especiais em uma amostra representativa da população brasileira. Como continuidade deste trabalho e para melhor compreensão em auxiliar o enfrentamento às doenças crônicas no país, uma análise futura mais detalhada sobre a qualidade da dieta realizada pelos indivíduos que fazem uso das dietas especiais pode permitir compreender melhor a adesão a dieta e se de fato há uma mudança nos hábitos alimentares dos brasileiros.

8 CONCLUSÃO

Em conclusão, o presente estudo mostrou que 14,3% da população relatou realizar algum tipo de dieta, sendo a mais frequente a dieta para pressão alta nos homens e a dieta para emagrecer nas mulheres. O uso de dietas foi maior entre as mulheres, idosos e obesos, e menor entre indivíduos de menor renda e menor escolaridade para todos os tipos de dieta. Os indivíduos que realizaram dietas utilizam com menos frequência açúcar e sal de adição, e maior frequência de uso de adoçantes e suplementos nutricionais.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, D. D. et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Prospective Cohort Studies of Eicosapentaenoic and Docosahexaenoic Long-Chain Omega-3 Fatty Acids and Coronary Heart Disease Risk. *MayoClinProc*, v. 92, n. 1, p. 15-29, 2017.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade [online]. ABESO; 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>. Acesso em 30 nov. 2021.

Ahola A J, Forsblom C, Mishra S, Groop Per-Henrik. Adherence to special diets and its association with meeting the nutrient recommendations in individuals with type 1 diabetes. *ActaDiabetologica*, no 55. Springer-Verlag Italia S.r.l., part of Springer Nature. 2018.

Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin PH, Karanja N. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1997; 336(16):1117-1124.

ASKARI, M. Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Obes (Lond)*, v.44, n.10, p. 2080-2091, 2020.

BAZZANO, L. A. Dietary approaches to prevent hypertension. *CurrHypertens Rep*, v.15 n. 6, p. 694-702, 2013.

Beltrán-Sánchez, H., & Andrade, F. C. D. Time trends in adult chronic disease inequalities by education in Brazil: 1998–2013. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 139. 2016 <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0426-5>

BENSON, G.; PEREIRA, R. F.; BOUCHER, J. L. Rationale for the Use of a Mediterranean Diet in Diabetes Management. *Diabetes Spectrum*, v.24, n.1, p.36-40, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c, 156p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf> Acesso em nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e Pancreatite [recurso eletrônico]. 2020. 36 p.: il.

BRICARELO, L. P. et al. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n.4, p. 1421-1432.

BRUINS, M. J.; DAEL, P. V.; EGGERSDORFER, M. The Role of Nutrients in Reducing the Risk for Noncommunicable Diseases during Aging. *Nutrients*, v. 11, n.1, 2019.

CAMPBELL, M. The role of exercise and physical activity in obesity. New strategies to treat and prevent obesity. In: Practical Guide to Obesity Medicine. *Elsevier*, 2017. ISBN 9780323485593

CARVALHO, C. et al. Metabolic alterations induced by sucrose intake and Alzheimer's disease promote similar brain mitochondrial abnormalities. *Diabetes*, v. 61, n.5, p. 1234-42, 2012.

CHIAVAROLI, L. et al. Portfolio Dietary Pattern and Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. *ProgCardiovascDis*, v. 61, n.1, p. 43-53, 2018.

CLARKE, T C. Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002–2012. *Natl Health Stat Report*. 2015 February 10; (79): 1–16.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Estudo de riscos cardiovasculares em adolescentes (Erica): resultados principais e perspectivas. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 29, n. 1, p. 28-33, 2019.

CUREAU, F. V.; BLOCH, K. V.; SCHAAN, B. D. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

EILAT-ADAR, S. et al. Nutritional Recommendations for Cardiovascular Disease Prevention. *Nutrients*, v. 5, n.9, p. 3646–3683, 2013.

ENGLISH, L. K. et al. Evaluation of Dietary Patterns and All-Cause Mortality: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*, v. 4, n.8, 2021.

ESCURRIOL, V. et al. Serum sterol responses to increasing plant sterol intake from natural foods in the Mediterranean diet. *Eur J Nutr*, v. 48, n.6, p. 373-382, 2009.

ESPOSITO, K. et al. A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*, v. 5, n.8, 2015.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev. Nutr.*, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.

GBD 2017 Colaboradores de Fatores de Riscos. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1923–94

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 2020.

GRAY, A. et al. Nutritional Recommendations for Individuals with Diabetes. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279012/>.

HALLE, M. et al. Influence of 4 weeks' intervention by exercise and diet on low-density lipoprotein subfractions in obese men with type 2 diabetes. *Metabolism*, Philadelphia, v.48, n.5, p.641-644, 1999. [http://dx.doi.org/10.1016/S0026-0495\(99\)90064-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0026-0495(99)90064-1)

Hu FB. *ObesityEpidemiology*. Imprensa da Universidade de Oxford; Nova York, NY: 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/24786-pesquisa-de-orcamentos-familiares-2.html?edicao=28523&t=sobre>. Acesso em: 20 jun. 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: 20 jun. 2021

JENKINS, D. J. A. et al. Effect of legumes as part of a low glycemic index diet on glycemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Randomized Controlled Trial*, v. 172, n. 21, p. 1653-1660, 2012.

Lee, C J et al. Impact of special diets on the nutrient intakes of southern rural elderly. *J Am Diet Assoc*, 1993, 93(2):186-8.

Leung B. Special diets in modern America: Analysis of the 2012 National Health Interview Survey data. *Nutrition and Health*, 2017, 1-8.

Lima ST, Silva NSB, França AK, Salgado Filho N, Sichieri R. Dietary approach to hypertension based on low glycaemic index and principles of DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): a randomised trial in a primary care service. *Br J Nutr* 2013; 110(8):1472-1479.

Lima ST, Souza BS, França AK, Salgado JV, Salgado Filho N, Sichieri R. Reductions in glycemic and lipid profiles in hypertensive patients undergoing the Brazilian Dietary Approach to Break Hypertension: a randomized clinical trial. *Nutr Res* 2014; 34(8):682-687.

LISOWSKI, J. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. *Cad. saúdecolet.*, v. 27, n. 4, 2019.

LUGER, M. et al. Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in Children and Adults: A Systematic Review from 2013 to 2015 and a Comparison with Previous Studies. *ObesFacts*, v. 10, n. 6, p. 674-693, 2017.

MONTERO-LOPEZ, M. et al. Social determinants of health and prevalence of overweight-obesity in urban women according to their socioeconomic level. *Haciapromoc.*

Salud [online]. 2021, vol.26, n.2, pp.192-207. Epub Sep 10, 2021. ISSN 0121-7577. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.14>.

MALIK, V. S. et al. Sugar Sweetened Beverages, Obesity, Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease risk. *NIH*, v. 121, n.11, p. 1356–1364, 2010.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n.1, p. 1–10, 2017.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. bras. epidemiol.* 2019, vol.22, e190030. EpubApr 01, 2019. ISSN 1980-5497.

MALTA, D. C. et al. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 24, n.2, p. 1–13, 2021.

Medina, L P B et al. Desigualdades sociais no perfil de consumo de alimentos da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* vol.22 supl.2 Rio de Janeiro 2019 EpubOct 07, 2019.

Mencía, J, V, et al. (2017). Dietas bajas en hidratos de carbono para diabéticos de tipo 2. Revisión sistemática. *NutriciónHospitalaria*, 34(1): 224-234.

MURRAY, C. J. L. et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, v. 396, n. 10258, p. 1223-1249, 2020.

MILLS, K. T.; STEFANESCU, A.; HE, J. The global epidemiology of hypertension. *Nat RevNephrol*, v. 16, n.4, p. 223-237, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Saúde prepara ações para controle do excesso de peso e da obesidade. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10137>. Acesso em 30 nov. 2021.

Noncommunicable diseases progress monitoring. Are we meeting the time-bound United Nations targets? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1, acesso em 30 nov. 2021).

Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

OJO, O. et al. The Effect of Diabetes-Specific Enteral Nutrition Formula on Cardiometabolic Parameters in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Nutrients*, v. 11, n.8, 2019.

PROTHRO, J. W.; ROSENBLOOM, C. A. Description of a mixed ethnic, elderly population. III. Special diets, food preferences, and medicinal intakes. *J Gerontol A BiolSci Med Sci*, v. 54, n. 6, p. 329-332, 1999.

RABACOW, F. M.; AZEREDO, C. M.; REZENDE, L. F. M. Deaths Attributable to High Body Mass in Brazil. *Prev Chronic Dis*, v.16, n. 141, p.1-4, 2019.

RAUBER, F. Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008-2014). *Nutrients*, v. 10, n.5, 2018.

RICHARD, C. et al. Effect of the Mediterranean diet with and without weight loss on cardiovascular risk factors in men with the metabolic syndrome. *NutrMetabCardiovasc Dis*, v. 21, n.9, p. 628-635, 2011.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER 3rd, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344(1):3-1

SIQUEIRA, A.S.E.; SIQUEIRA-FILHO, A.G.; LAND, M.G.P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. *ArqBrasCardiol.* v.109, n.1 p.39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2017000700039&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.20, n.4, p.421-423, 2011.

SOFI, F et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, p.1-7, 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *ArqBrasCardiol*, v. 109, n. 2, 2017.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras de hipertensão. *ArqBrasCardiol*, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) Diretrizes 2019-2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

Stierman B, Ansai N, Mishra S, Hales CM. Special diets among adults: United States, 2015–2018. NCHS Data Brief, no 389. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2020.

TAY, J. et al. Comparison of low- and high-carbohydrate diets for type 2 diabetes management: a randomized trial. *Am J Clin Nutr*, v. 102, n. 4, p. 780-790, 2015.

VOGEL, R. A.; CORRETTI, M. C.; GELLMAN, J. Cholesterol, cholesterol lowering, and endothelial function. *Prog Cardiovasc Dis.*, v.41, n. 2, p.117-136, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Estimates 2016: deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: WHO, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: WHO, 2018c.

ZANETTI, M. L. et al. Adesão às recomendações nutricionais e variáveis sociodemográficas em pacientes com diabetes mellitus. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2015, vol.49, n.4, pp.0619-0625.