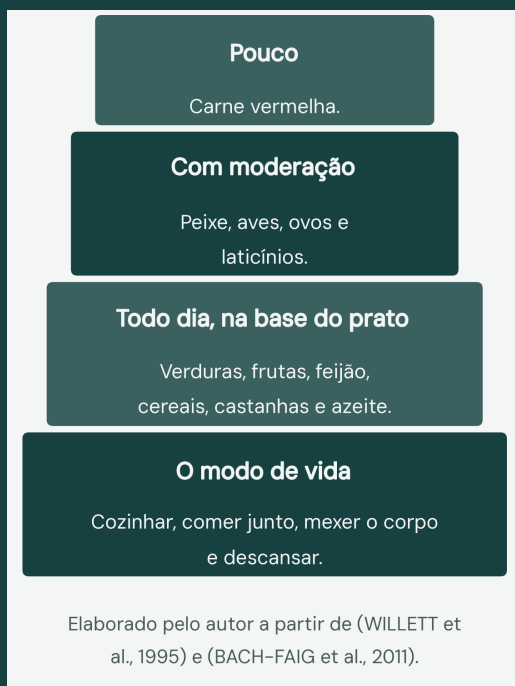


Dieta mediterrânea

O que ela é de verdade e o que os grandes estudos mostraram



Dr. Mateus Antunes Nogueira

CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)



Dieta mediterrânea

O que ela é de verdade e o que os grandes estudos mostraram

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica.

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ÁREA COM RQE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
PÓS-GRADUAÇÃO	Medicina do Exercício e do Esporte · Nutrologia
SÉRIE	Nutrição · volume 47
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica.

Este material foi escrito para ajudar você a entender o que o seu corpo faz com o que come, com o que treina e com o que descansa — e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite definir a conduta adequada ao seu caso. Nenhum medicamento, suplemento, dieta ou plano de treino descrito aqui é recomendação individual. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

Antes de começar	4
1. O que é, de verdade, a dieta mediterrânea	5
2. Por que o assunto importa: coração e envelhecimento	10
3. O que os grandes estudos mostraram	15
4. Os limites: peso, memória, câncer e vinho	24
5. Como levar o padrão ao prato brasileiro	31
6. Onde a medida entra, e o que perguntar	35
Glossário	38
Referências	40
Sobre o autor	42
Transparência e licenças	43

Antes de começar

Este guia é para quem ouviu do médico a recomendação de seguir a dieta mediterrânea e saiu da consulta pensando em macarrão e em vinho. Também é para quem passou dos 50 anos, quer cuidar do coração e vê o peso parado mesmo fazendo a sua parte. A dúvida quase sempre começa pelo que essa dieta é de verdade. Logo depois vêm outras duas: se ela funciona para quem mora no Brasil e se ela emagrece.

Nas páginas a seguir, nós separamos o padrão alimentar da lista de alimentos da moda e contamos o que os grandes estudos mostraram, inclusive o tropeço do mais famoso deles. Depois vêm os limites do que se sabe, os princípios para levar esse jeito de comer ao prato brasileiro e as perguntas para a consulta. Nenhum cardápio é prescrito aqui: quem monta o seu é o nutricionista ou o médico que acompanha você.

CAPÍTULO 1

O que é, de verdade, a dieta mediterrânea

EM UMA FRASE

A dieta mediterrânea é um padrão de alimentação: base vegetal, leguminosas, cereais, castanhas, azeite como gordura principal, peixe e aves com moderação e pouca carne vermelha.

Quando o médico fala em dieta mediterrânea, muita gente imagina um prato de macarrão e uma taça de vinho. Essa imagem vem das férias e dos restaurantes. A dos pesquisadores é outra.

Tudo começou com a comparação de populações inteiras. No Estudo dos Sete Países, os pesquisadores acompanharam por 15 anos homens de meia-idade de regiões com hábitos muito diferentes e puseram a taxa de morte de cada lugar ao lado do que se comia nele. Na conta entrou a gordura monoinsaturada, a que abunda no azeite e nas castanhas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Quinze anos depois do início, 2.288 dos 11.579 homens dos 15 grupos tinham morrido. Todos tinham entre 40 e 59 anos e estavam saudáveis na entrada. Onde o azeite era a gordura de todo dia, as taxas de morte ficaram mais baixas, tanto a geral quanto a por doença das coronárias. A gordura saturada andou junto com mais mortes; a monoinsaturada, com menos. Peso corporal e atividade física não explicaram as diferenças. Os próprios autores avisaram: comparar populações mostra associação, sem provar causa.

Fonte: (KEYS et al., 1986)

Décadas depois, a ideia virou pirâmide. Em 1995, pesquisadores de nutrição publicaram a pirâmide do que se comia no começo dos anos 1960 em Creta e em boa parte da Grécia, além do sul da Itália. Os adultos de lá viviam muito, e o infarto era raro. A base era vegetal e larga: ia do feijão às castanhas e das verduras ao pão. O azeite era a gordura principal. A fruta fresca fazia as vezes de sobremesa. Peixe e aves entravam com moderação; a carne vermelha, em pouca quantidade.

Em 2011, uma revisão da pirâmide pôs na base o que não se come: cozinhar, comer junto, mexer o corpo e descansar; a mesma revisão valoriza o alimento da estação e da região e pede moderação, por causa da obesidade. Também lembra que a UNESCO reconheceu esse modo de vida, em 2010, como patrimônio cultural imaterial da humanidade.

Repare no que a pirâmide deixa de fora. Nela não há superalimento nem cápsula. O que ela descreve é a proporção entre grupos de alimentos mantida ao longo da vida, e por isso os pesquisadores falam em padrão alimentar. O Infográfico 1.1 organiza essa pirâmide da base ao topo.

A pirâmide do padrão mediterrâneo

Da base ao topo, do que entra sempre ao que entra pouco.

Pouco

Carne vermelha. No questionário do PREDIMED, embutidos, manteiga, refrigerante e doce industrializado contam contra.

Com moderação

Peixe e aves; ovos; laticínios, sobretudo queijo e iogurte.

Todo dia, na base do prato

Verduras, legumes e frutas; feijão e outras leguminosas; pães e cereais, de preferência integrais; castanhas; azeite como gordura principal.

O modo de vida

Cozinhar, comer junto, mexer o corpo e descansar formam a base da pirâmide revista em 2011.

a base: o modo de vida

O vinho aparece na descrição histórica da pirâmide; este guia não recomenda começar a beber (capítulo 4).

Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (BACH-FAIG et al., 2011), (REES et al., 2019) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).

INFOGRÁFICO 1.1

A pirâmide do padrão mediterrâneo, da base ao topo: o modo de vida, o que entra todo dia, o que entra com moderação e o que entra pouco.

Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (BACH-FAIG et al., 2011), (REES et al., 2019) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).

A Tabela 1.2 separa o que faz parte do padrão do que costuma ser confundido com ele.

TABELA 1.2 — O QUE É E O QUE NÃO É DIETA MEDITERRÂNEA

O QUE SE OUVIU	O QUE OS ESTUDOS DESCREVEM	FONTE
“É massa e pizza.”	A base é vegetal: verduras, legumes, frutas, leguminosas, cereais e castanhas. A massa pode aparecer, sem ser o centro do prato.	(WILLETT et al., 1995)
“Vinho faz bem ao coração.”	O vinho aparece na descrição histórica, mas os estudos com quem já bebe não sustentam começar a beber (capítulo 4).	(WOOD et al., 2018)
“Azeite pode à vontade.”	O azeite entra no lugar de outras gorduras, como a manteiga.	(MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
“É uma lista de superalimentos.”	O que se mede é o conjunto: na coorte grega do capítulo 2, contou a nota do padrão inteiro, não cada alimento isolado.	(TRICHOPOULOU et al., 2003)
“Só funciona com produto importado.”	A pirâmide atual valoriza o alimento local e da estação.	(BACH-FAIG et al., 2011)
“É um regime para emagrecer.”	Sem corte de calorias, o peso quase não mudou no PREDIMED; com corte, a perda foi parecida com a de outras dietas.	(ESTRUCH et al., 2019) (MANCINI et al., 2016)

Para estudar um padrão, é preciso medi-lo. Os grandes estudos usam uma pontuação: cada hábito típico vale um ponto, e a soma diz o quanto a alimentação de alguém se parece com o modelo. Uma coorte grega, grupo de pessoas acompanhado ao longo dos anos, usou uma escala de 0 a 9. O PREDIMED usou um questionário de 14 perguntas; o capítulo 3 conta esse ensaio espanhol em detalhe. Em várias perguntas, o ponto vem de comer pouco: é o caso de carne vermelha, embutidos, manteiga, refrigerante e doce industrializado. Há também uma pergunta sobre vinho, herdada da tradição. O capítulo 4 explica por que este guia não recomenda começar a beber. O Infográfico 1.3 mostra do que tratam as 14 perguntas.

As 14 perguntas do questionário do PREDIMED

O tema de cada pergunta e o sentido em que ela soma ponto. As quantidades de referência estão na publicação original e não viram cardápio aqui.

Somam ponto com resposta sim ou com consumo maior

- 1 Usa azeite como principal gordura na cozinha?
- 2 Quanto azeite usa por dia, contando salada, fritura e fora de casa?
- 3 Quantas porções de verduras e legumes come por dia?
- 4 Quantas frutas come por dia, contando suco natural?
- 9 Quantas porções de leguminosas come por semana?
- 10 Quantas porções de peixe ou frutos do mar come por semana?
- 12 Quantas porções de castanhas, inclusive amendoim, come por semana?
- 13 Prefere aves ou coelho a vitela, porco, hambúrguer ou salsicha?
- 14 Quantas vezes por semana usa refogado de tomate e cebola no azeite?

Somam ponto com consumo menor

- 5 Porções por dia de carne vermelha, hambúrguer ou embutidos?
- 6 Porções por dia de manteiga, margarina ou creme de leite?
- 7 Quantas bebidas adoçadas ou refrigerantes toma por dia?
- 11 Quantas vezes por semana come doce ou bolo industrializado?

Pergunta 8 — vinho por semana. O questionário original dá ponto a quem bebe; este guia não recomenda começar a beber (capítulo 4).

Perguntas resumidas da Tabela 1 do texto integral; o número é o da pergunta no questionário.

Elaborado pelo autor a partir de (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012) e (SCHRÖDER et al., 2011).

INFOGRÁFICO 1.3

As 14 perguntas do questionário de adesão usado no PREDIMED: o tema de cada uma e o sentido em que ela soma ponto, sem as quantidades de referência.

Elaborado pelo autor a partir de (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012) e (SCHRÖDER et al., 2011).

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um questionário curto só vale se concordar com uma medida mais completa. Em 7.146 participantes do PREDIMED, os pesquisadores compararam as 14 perguntas com um inquérito alimentar longo, já validado. A concordância foi moderada, com correlação de 0,52. Quem fazia mais pontos tinha, em média, o HDL mais alto. É o colesterol bom. Glicose de jejum, triglicerídeos, cintura e índice de massa corporal ficavam mais baixos. Para os autores, o questionário estima a adesão em poucos minutos e pode ajudar no consultório.

Fonte: (SCHRÖDER et al., 2011)

Numa fotografia dos 7.447 participantes do PREDIMED, tirada no começo do estudo, quem somava 10 pontos ou mais tinha cerca de um terço a menos de chance de ter a cintura grande em relação à altura do que quem somava até 7. É o retrato de um momento. Mostra associação e ajuda a entender por que os pesquisadores confiam na medida.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quantos pontos eu faria hoje no questionário de 14 perguntas, e que hábitos pesam mais no meu caso?
- Consigo seguir esse padrão com os alimentos que já compro?

Saber o que é o padrão ainda não explica por que tanta pesquisa séria se ocupou dele. O capítulo seguinte mostra o que está em jogo para o coração e para o envelhecimento.

Por que o assunto importa: coração e envelhecimento

EM UMA FRASE

A maior parte dos infartos e muitos derrames nascem de placas nas artérias, e o que se come está entre os fatores que se podem mudar.

Descrita a dieta mediterrânea, falta dizer por que ela virou assunto de consultório. A resposta passa pelas artérias.

A placa que se forma na parede de uma artéria tem nome técnico, aterosclerose, e está por trás da maior parte dos infartos e de muitos derrames. Sem o LDL, o chamado colesterol ruim, a placa provavelmente não se forma. Pressão alta, cigarro, diabetes e inflamação aceleram o processo. O Esquema 2.1 mostra o caminho da placa ao evento, sem desenho de anatomia.

Da placa ao evento

Esquema didático, sem dados de estudo e sem desenho de anatomia.

Passo 1

O que favorece a placa: LDL alto, pressão alta, cigarro, diabetes e inflamação.



Passo 2

Forma-se na parede da artéria uma placa de gordura e tecido fibroso: a aterosclerose.



Passo 3

A placa pode se complicar com a formação de um coágulo.



Onde termina

O resultado pode ser infarto, derrame ou doença das artérias das pernas.

Esquema do processo descrito na revisão; a ordem mostra o caminho, não um calendário.

Elaborado pelo autor a partir de (LIBBY et al., 2019).

ESQUEMA 2.1

Da placa ao evento: o que favorece a placa na parede da artéria e o que ela pode causar (esquema didático, sem dados de estudo).

Elaborado pelo autor a partir de (LIBBY et al., 2019).

A comida entra nessa história como um dos fatores que se podem mudar. Um estudo feito em 52 países comparou quem acabava de ter um infarto com quem não tinha.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Cerca de 15 mil pessoas que tinham acabado de sofrer um infarto foram comparadas com outras 15 mil, de todos os continentes habitados; nas contas dos autores, nove fatores que se podem mudar respondiam por 94 em cada 100 infartos nas mulheres e por 90 em cada 100 nos homens. Um deles estava no prato. Quem comia frutas e verduras todos os dias tinha uma chance de infarto 30% menor. O padrão valeu para homens e mulheres de todas as idades, em todas as regiões do mundo.

Fonte: (YUSUF et al., 2004)

E a longevidade? Na Grécia, uma coorte acompanhou adultos que tinham contado, em detalhe, o que comiam.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

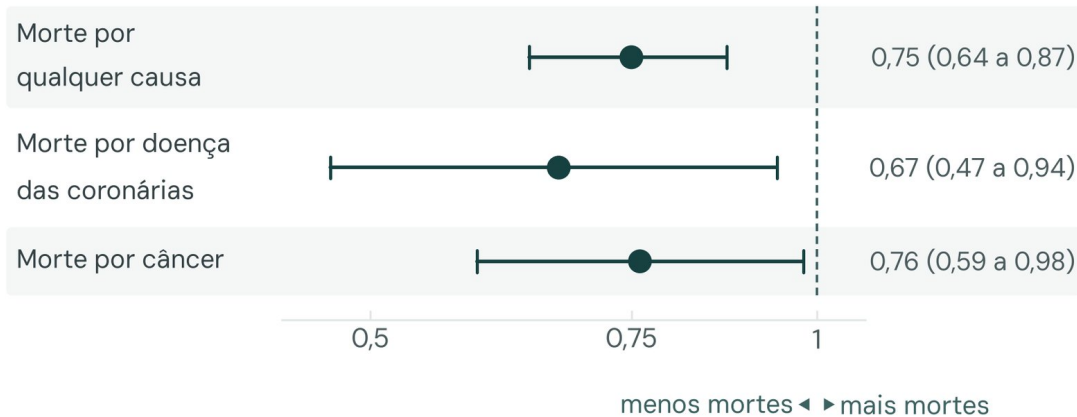
Pouco mais de 22 mil adultos gregos receberam uma nota de 0 a 9, conforme a semelhança do que comiam com a dieta tradicional da região. Houve 275 mortes em pouco mais de três anos e meio. Descontados sexo, idade, peso e atividade física, cada 2 pontos a mais na nota acompanharam um risco de morte 25% menor. Isso valeu para as mortes por doença das coronárias e também para as mortes por câncer, embora os grupos de alimentos, olhados um a um, quase não tenham mostrado relação com a mortalidade.

Fonte: (TRICHOPOULOU et al., 2003)

O Gráfico 2.2 mostra as três estimativas como razão de risco, a comparação entre dois riscos: abaixo de 1, o risco é menor. Cada uma vem com o seu intervalo de confiança, a faixa em que o valor verdadeiro provavelmente está.

Adesão ao padrão e mortalidade numa coorte grega

Razão de risco a cada 2 pontos a mais na nota de adesão (0 a 9), em 22.043 adultos acompanhados por 44 meses (mediana).



Escala logarítmica; a linha tracejada em 1 marca nenhum efeito. Estudo observacional: mostra associação, sem provar causa. Estimativas ajustadas para idade, sexo, índice de massa corporal, atividade física e outros fatores.

Elaborado pelo autor a partir de (TRICHOPOULOU et al., 2003).

GRÁFICO 2.2

Razão de risco de morte para cada 2 pontos a mais na nota de adesão, em 22.043 adultos gregos: morte por qualquer causa, por doença das coronárias e por câncer (estudo observacional).

Elaborado pelo autor a partir de (TRICHOPOULOU et al., 2003).

Esse achado não ficou isolado. Em 2018, uma revisão reuniu as metanálises sobre o padrão e a saúde; metanálise é a conta que soma vários estudos num resultado só.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Foram 29 metanálises sobre 37 desfechos de saúde, com mais de 12 milhões de pessoas somadas; entraram estudos de observação e também ensaios sorteados. Os sinais mais firmes apareceram para mortalidade geral, doenças do coração, diabetes, câncer como um todo e doenças que degeneram o sistema nervoso. Para a maioria dos cânceres de órgãos específicos, o sinal foi fraco.

Fonte: (DINU et al., 2018)

O diabetes tipo 2 ganhou uma revisão própria, publicada em 2025.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Quase um milhão de adultos, acompanhados por 12 anos em média, estão nas 25 pesquisas que a revisão juntou, com 68.325 casos novos de diabetes tipo 2. Cada 2 pontos a mais de adesão acompanharam um risco 8% menor. A certeza, que diz o quanto se pode confiar no resultado, foi moderada. O único ensaio incluído apontou para o mesmo lado, com certeza baixa: a faixa de incerteza dele ia de 0,56 a 1,01; como passa de 1, ela inclui a hipótese de efeito nenhum.

Fonte: (WALLERER et al., 2025)

Vale dizer com clareza: estudos de observação têm valor. Eles apontaram a direção e hoje somam milhões de pessoas. O limite está no desenho. Quem come assim pode diferir de quem não come em muitos outros hábitos, e nenhuma conta separa tudo isso por inteiro.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Como estão a minha pressão, o meu LDL e a minha glicose, e quais deles a alimentação pode ajudar a mudar?
- Tenho algum fator de risco que peça acompanhamento mais de perto?

Associação só vira prova quando se sorteia quem come o quê. Os grandes estudos que fizeram esse sorteio são o assunto do capítulo 3.

O que os grandes estudos mostraram

EM UMA FRASE

Nos ensaios em que a dieta foi sorteada, o padrão mediterrâneo reduziu eventos do coração em pessoas de risco alto ou com doença já instalada; a certeza desses resultados varia de estudo para estudo.

A ligação entre esse padrão e o coração, vista no capítulo 2, veio da observação. Testar causa exige sorteio. Nos ensaios deste capítulo, os pesquisadores sortearam quem seguiria cada dieta; depois, contaram os eventos do coração em cada grupo.

O Infográfico 3.1 põe esses estudos em ordem, das primeiras observações aos ensaios mais recentes.

Linha do tempo dos estudos

Das observações dos anos 1960 aos ensaios em que a dieta foi sorteada.

anos 1960	Estudo dos Sete Países Onde o azeite era a gordura principal, menos morte coronária.
1995	A pirâmide Os hábitos de Creta, da Grécia e do sul da Itália.
1999	Estudo do Coração de Lyon Depois de um infarto: 14 casos contra 44.
2003	Coorte grega 22.043 adultos: 2 pontos a mais, 25% menos risco de morte.
2013	PREDIMED, primeira publicação Ensaio espanhol com 7.447 pessoas de risco alto.
2018	Retratação e nova análise Falhas no sorteio; a nova análise mantém a conclusão.
2019	Revisão Cochrane Menos derrames (certeza moderada); morte: certeza baixa.
2022	CORDIOPREV Doença coronariana já instalada: menos eventos com a dieta mediterrânea.

Só datas publicadas; em destaque, a retratação do PREDIMED. Os marcos de 1960 e de 2003 são observação: mostram associação, sem prova de causa.

Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019), (KEYS et al., 1986), (WILLETT et al., 1995), (DE LORGERIL et al., 1999), (TRICHOPOULOU et al., 2003), (ESTRUCH et al., 2018) e (DELGADO-LISTA et al., 2022).

INFOGRÁFICO 3.1

Linha do tempo dos estudos: das observações dos anos 1960 ao CORDIOPREV, com a retratação do PREDIMED e a nova análise de 2018.

Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019), (KEYS et al., 1986), (WILLETT et al., 1995), (DE LORGERIL et al., 1999), (TRICHOPOULOU et al., 2003), (ESTRUCH et al., 2018) e (DELGADO-LISTA et al., 2022).

Antes do PREDIMED, um ensaio feito em Lyon testou a dieta em 605 pessoas que tinham sofrido um primeiro infarto; o sorteio as dividiu entre uma dieta de tipo mediterrâneo e a orientação comum da época, e o grupo mediterrâneo recebeu, como reforço, uma margarina de canola.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Somando morte de causa cardíaca e novo infarto, houve 14 casos no grupo mediterrâneo e 44 no grupo da dieta ocidental prudente, em 46 meses de acompanhamento médio. Com o ajuste para outros fatores, o risco dos desfechos estudados ficou entre 28% e 53% do risco do grupo de comparação. Colesterol e pressão continuaram prevendo quem voltaria a ter problema, com dieta ou sem ela.

Fonte: (DE LORGERIL et al., 1999)

O PREDIMED, sigla de Prevenção com Dieta Mediterrânea, é um ensaio espanhol com milhares de participantes. No PREDIMED o risco alto queria dizer diabetes tipo 2 ou pelo menos três fatores de risco para o coração.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

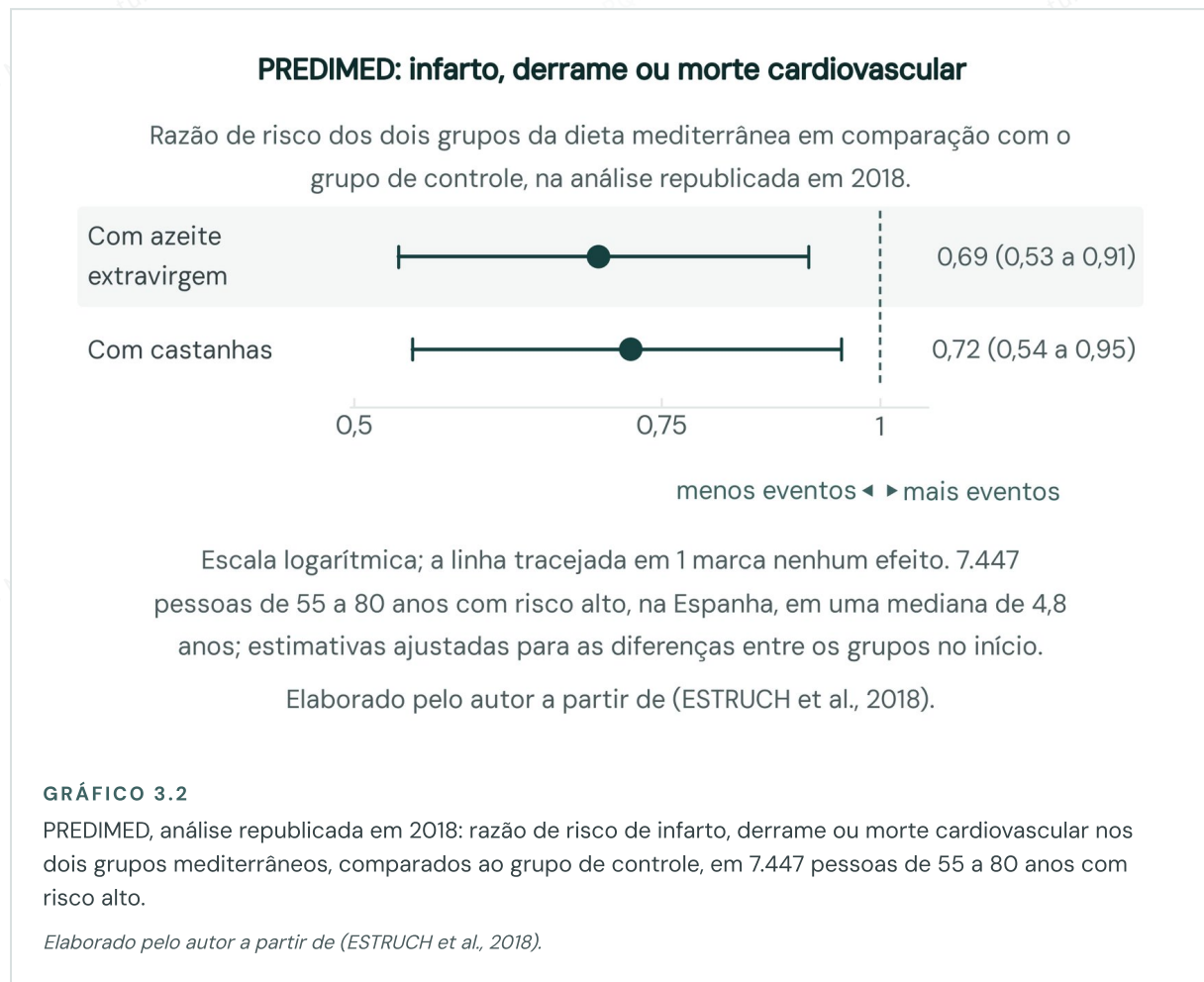
Participaram 7.447 pessoas de 55 a 80 anos, 57% delas mulheres, todas sem doença cardiovascular no início. Dois grupos seguiram a orientação mediterrânea e levaram para casa um reforço: azeite extravirgem num caso, uma mistura de castanhas no outro. O terceiro grupo, de controle, foi orientado a comer menos gordura; em vez de comida, ganhava pequenos brindes. Todos tinham sessões de educação a cada três meses. O desfecho principal juntava infarto e derrame à morte de causa cardiovascular. Uma análise intermediária, prevista desde o início, encerrou o estudo quando o acompanhamento chegava a uma mediana de 4,8 anos.

Fonte: (ESTRUCH et al., 2018)

Os primeiros resultados saíram em 2013. Depois, a própria equipe achou três tipos de falha no sorteio. Em um dos 11 centros, parte dos participantes entrou num grupo sem sorteio. Em outro, as tabelas de sorteio parecem ter sido usadas de forma irregular. Houve ainda pessoas da mesma casa incluídas sem sorteio. O artigo de 2013 foi retirado, o que se chama retratação, e uma nova análise saiu em 2018, levando em conta as falhas do sorteio. A conclusão se manteve, mesmo sem os 1.588 participantes de sorteio falho ou suspeito.

No fim, o desfecho principal apareceu em 288 pessoas: 109 no grupo de controle (4,4%), 96 no do azeite (3,8%) e 83 no das castanhas (3,4%). Comparado ao controle, o

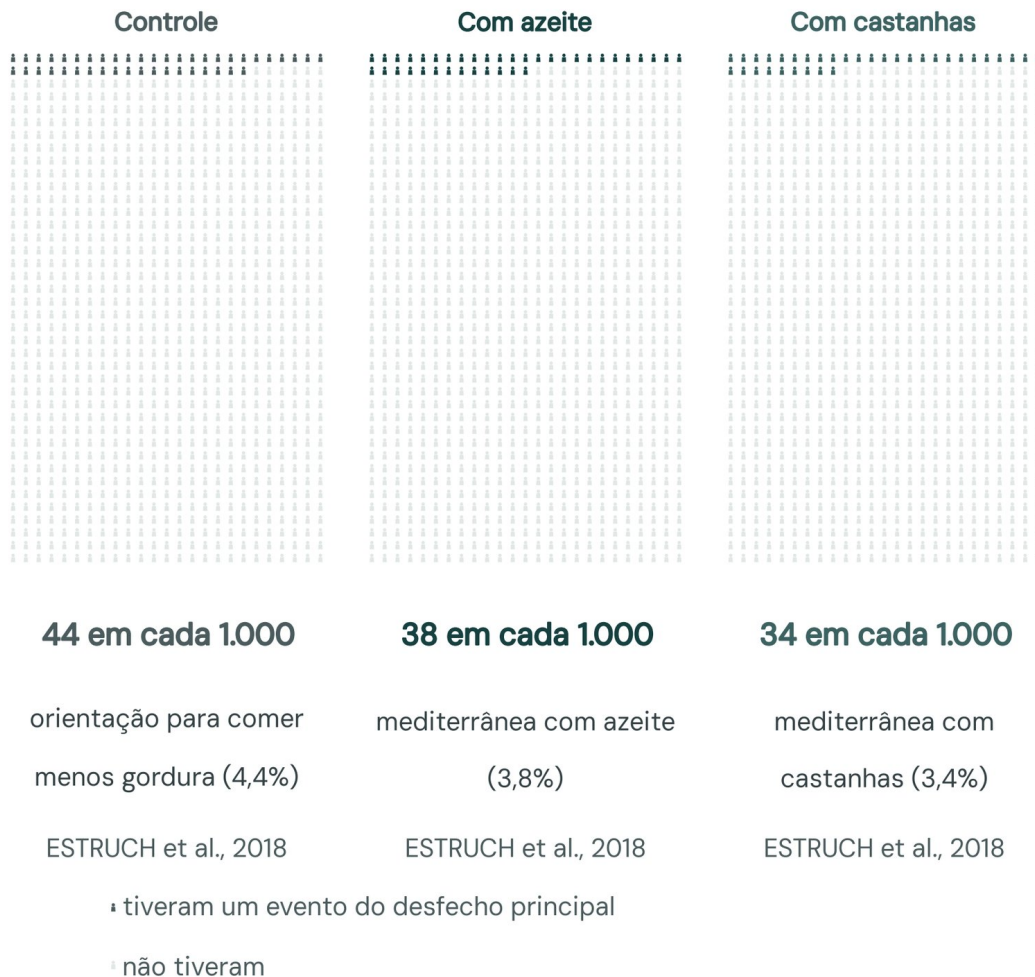
risco foi cerca de 30% menor nos dois grupos mediterrâneos; a razão de risco, já ajustada para as diferenças do começo, foi de 0,69 no grupo do azeite e de 0,72 no das castanhas. O Gráfico 3.2 mostra essas duas estimativas.



Os mesmos números podem ser lidos em pessoas. Em cada 1.000 participantes do grupo de controle, 44 tiveram um evento do desfecho principal durante o estudo; no grupo do azeite, 38; no das castanhas, 34. São 6 e 10 casos a menos em cada 1.000 pessoas, em quase cinco anos, como mostra o Gráfico 3.3. O risco relativo fala em 30% a menos. O risco absoluto fala em pessoas. São duas leituras do mesmo resultado, e a segunda vem de números brutos, sem o ajuste que a razão de risco carrega.

PREDIMED em cada 1.000 pessoas

Quantos tiveram infarto, derrame ou morte cardiovascular em uma mediana de
4,8 anos.



Proporções brutas publicadas, convertidas para cada 1.000 participantes;
sem o ajuste da razão de risco do Gráfico 3.2.

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018).

GRÁFICO 3.3

PREDIMED em números absolutos: em cada 1.000 participantes, quantos tiveram infarto, derrame ou morte cardiovascular em uma mediana de 4,8 anos (proporções brutas publicadas, convertidas para cada 1.000).

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018).

Antes de levar o resultado para a sua casa, repare em quem participou: espanhóis de 55 a 80 anos, com risco alto, que recebiam azeite ou castanhas e orientação a cada três mes-

es, e o que valeu para eles não se estende sozinho a um jovem saudável ou a quem vive com outra comida e outra rotina.

O ensaio mais recente foi feito com quem já tinha doença no coração.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

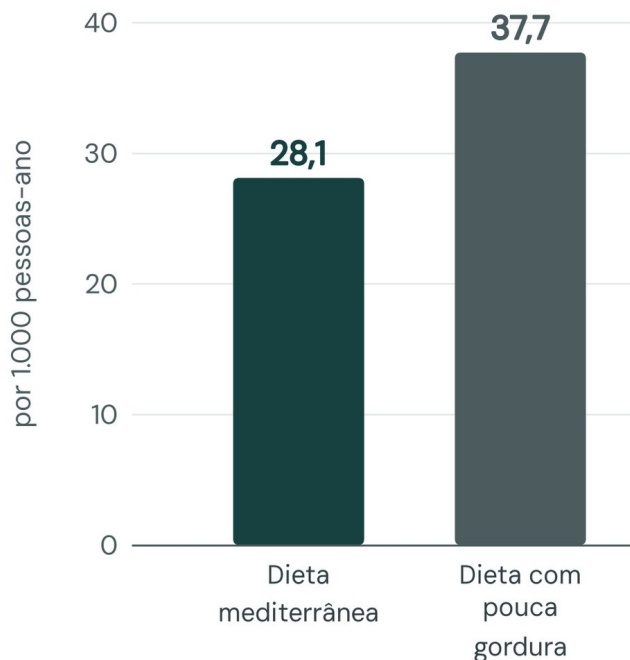
Em Córdoba, na Espanha, o acompanhamento durou sete anos. As 1.002 pessoas já tinham doença das coronárias diagnosticada e foram divididas por sorteio: metade na dieta mediterrânea, metade numa dieta com pouca gordura. Oito em cada dez eram homens. A idade média era de 59,5 anos. O desfecho reunia morte cardiovascular, infarto, derrame por entupimento de artéria, doença das artérias das pernas e desobstrução das coronárias. Houve 87 casos no grupo mediterrâneo e 111 no de pouca gordura. Com os ajustes, a razão de risco ficou de 0,72 a 0,75, a favor da dieta mediterrânea. Na análise por sexo, a diferença apareceu nos homens; entre as 175 mulheres, os grupos não se distinguiram.

Fonte: (DELGADO-LISTA et al., 2022)

Traduzindo a taxa do Gráfico 3.4: a cada ano de acompanhamento, houve cerca de 28 eventos para cada 1.000 pessoas no grupo mediterrâneo e cerca de 38 no de pouca gordura.

CORDIOPREV: eventos cardiovasculares maiores

Taxa bruta por 1.000 pessoas-ano em 1.002 pessoas com doença das coronárias, acompanhadas por sete anos.



Razão de risco ajustada: de 0,72 a 0,75, a favor da dieta mediterrânea.

Na análise por sexo: nos homens, 16,2% contra 22,8% tiveram um evento; nas 175 mulheres, sem diferença entre os grupos.

Taxas brutas publicadas; o eixo começa em zero. O desfecho reúne infarto, desobstrução das coronárias, derrame por entupimento, doença das artérias das pernas e morte cardiovascular.

Elaborado pelo autor a partir de (DELGADO-LISTA et al., 2022).

GRÁFICO 3.4

CORDIOPREV: eventos cardiovasculares maiores por 1.000 pessoas-ano, em 1.002 pessoas com doença das coronárias acompanhadas por sete anos (taxas brutas publicadas).

Elaborado pelo autor a partir de (DELGADO-LISTA et al., 2022).

E a certeza de tudo isso? Em 2019, antes do CORDIOPREV, uma revisão Cochrane releu o PREDIMED já reanalisado, ao lado de outros ensaios.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

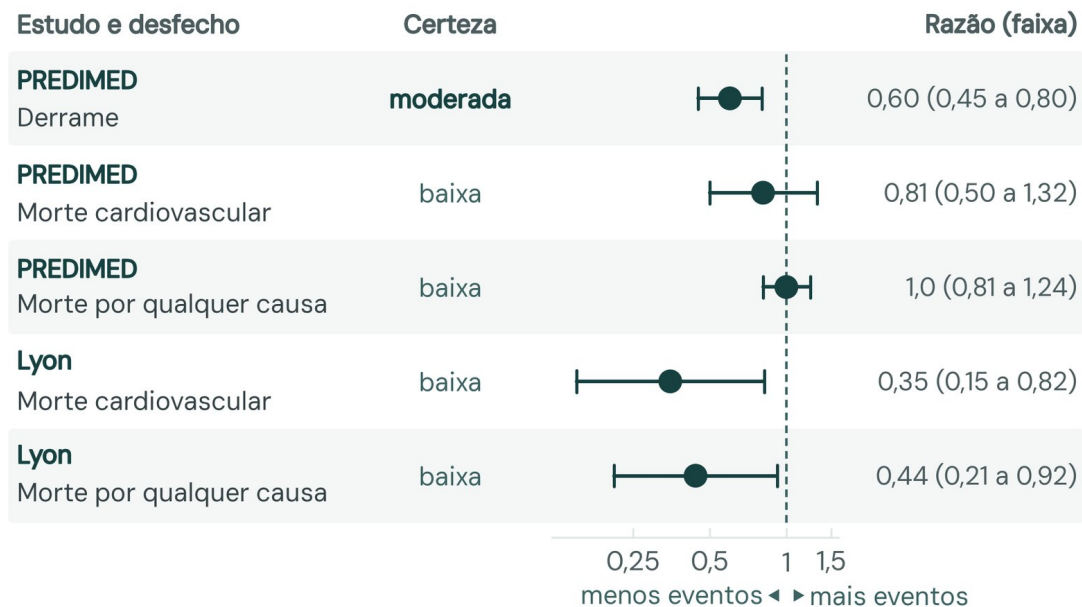
A revisão reuniu 30 ensaios, com 12.461 participantes sorteados. Cada conclusão ganhou um grau de certeza. Para o PREDIMED, a certeza foi moderada numa queda de derrames: de 24 para 14 casos em cada 1.000 pessoas, em 4,8 anos. Para a morte cardiovascular e para a morte por qualquer causa, a certeza foi baixa, com efeito pequeno ou nenhum. No estudo de Lyon, as mortes caíram, também com certeza baixa. Para os autores, apesar do número de estudos, continua havendo incerteza sobre os desfechos clínicos.

Fonte: (REES et al., 2019)

O Gráfico 3.5 junta as estimativas da revisão com a certeza de cada uma.

A certeza na revisão Cochrane de 2019

Razão de risco nos desfechos clínicos, com a certeza que a revisão atribuiu a cada um.



Escala logarítmica; a linha tracejada em 1 marca nenhum efeito. PREDIMED: pessoas de 55 a 80 anos com risco alto, em 4,8 anos. Lyon: 605 pessoas depois de um primeiro infarto, em 46 meses, com estimativas ajustadas.

Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019).

GRÁFICO 3.5

Revisão Cochrane de 2019: razão de risco e certeza da evidência para os desfechos clínicos do PREDIMED e do estudo de Lyon.

Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu risco para o coração se parece com o das pessoas estudadas no PREDIMED ou no CORDIOPREV?
- No meu caso, a alimentação entra junto com os remédios que eu já uso?

O coração é onde os ensaios foram mais longe. No peso, na memória, no câncer e na velha fama do vinho, os números contam outra história; o capítulo 4 mostra qual.

Os limites: peso, memória, câncer e vinho

EM UMA FRASE

Sem corte de calorias, a dieta mediterrânea quase não muda o peso, e nada nos estudos sustenta começar a beber vinho.

Os grandes estudos do capítulo 3 mediram o coração. Resta ver o que mais a dieta faz, e o que ela não faz, a começar pelo peso.

Quem pergunta se a dieta mediterrânea emagrece quase sempre quer saber se vai perder peso sem contar calorias; o PREDIMED respondeu a isso sem querer, porque ali ninguém foi orientado a cortar calorias ou a fazer exercício.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

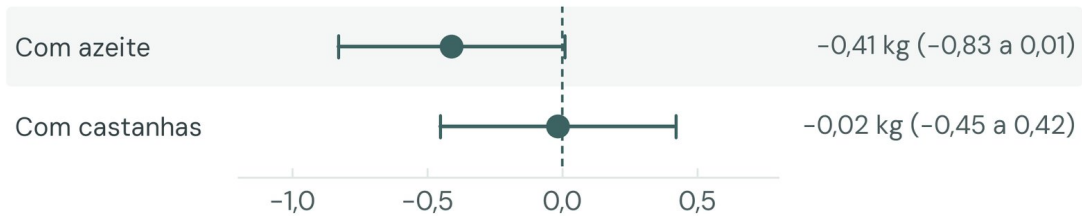
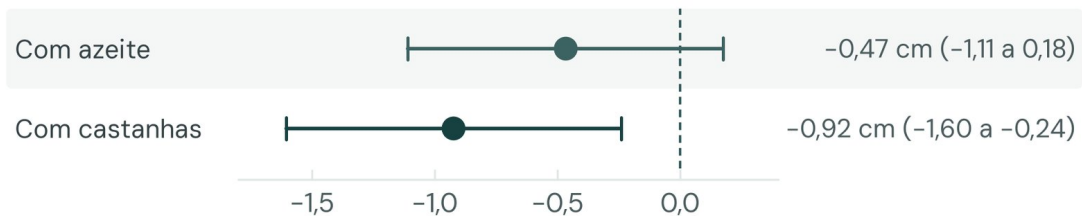
Peso e cintura foram medidos todo ano, por cinco anos, nos 7.447 participantes. Em todos os grupos, o peso caiu muito pouco. A cintura aumentou um pouco. Comparado ao controle, o grupo do azeite perdeu 0,41 kg a mais, diferença que pode ter sido obra do acaso; no grupo das castanhas, a diferença de peso foi praticamente zero. A cintura cresceu quase 1 cm a menos no grupo das castanhas. Essa análise também passou pela retratação. A versão de 2016 foi retirada e refeita em 2019.

Fonte: (ESTRUCH et al., 2019)

O Gráfico 4.1 mostra essas diferenças com a faixa de incerteza de cada uma; barra que cruza o zero indica diferença que pode não existir.

PREDIMED: peso e cintura em cinco anos

Diferença de cada grupo mediterrâneo em relação ao grupo de controle, sem orientação para cortar calorias (análise republicada em 2019).

Peso, em quilos**Cintura, em centímetros**

menos que o controle ◀ ▶ mais que o controle

Valores com duas casas; os publicados, com três, estão no arquivo de dados. Barra que cruza o zero indica diferença que pode ser acaso.

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2019).

GRÁFICO 4.1

PREDIMED, análise republicada em 2019: diferença de peso e de cintura em cinco anos, em relação ao grupo de controle, sem orientação para cortar calorias.

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2019).

Com corte de calorias, a conversa muda. Num ensaio de dois anos chamado DIRECT, 322 adultos com obesidade moderada foram sorteados para três dietas; 86% deles eram homens, e a idade média era de 52 anos.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

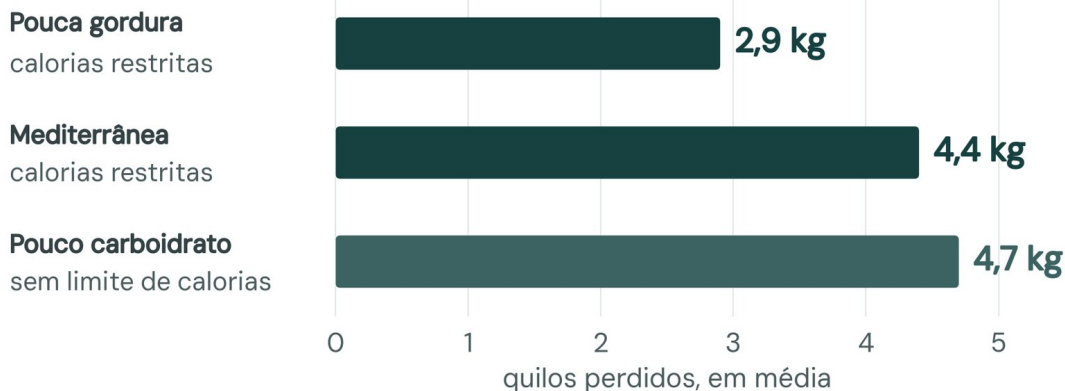
Duas das dietas tinham calorias restritas, a de pouca gordura e a mediterrânea; a terceira, de pouco carboidrato, não limitava as calorias. A adesão foi alta. Ao fim de dois anos, cerca de 85 em cada 100 participantes seguiam na dieta. Na média, os sorteados para a dieta de pouco carboidrato perderam 4,7 kg; para a mediterrânea, 4,4 kg; para a de pouca gordura, 2,9 kg. Nos 36 participantes com diabetes, a dieta mediterrânea levou vantagem sobre a de pouca gordura na glicose e na insulina medidas em jejum.

Fonte: (SHAI et al., 2008)

O Gráfico 4.2 põe as três perdas lado a lado. Uma revisão de 2016 foi na mesma linha: em cinco ensaios de pelo menos um ano, com 998 pessoas que tentavam emagrecer, a dieta mediterrânea levou vantagem na balança contra a de pouca gordura e empatou com as demais.

DIRECT: perda média de peso em dois anos

322 adultos com obesidade moderada, sorteados para três dietas.



Média de todos os sorteados. Entre os 272 que completaram os dois anos, a perda foi de 3,3, 4,6 e 5,5 kg. O estudo relata diferença entre as dietas ao longo do tempo; o resumo não compara a mediterrânea com a de pouco carboidrato.

Elaborado pelo autor a partir de (SHAI et al., 2008).

GRÁFICO 4.2

DIRECT: perda média de peso em dois anos em 322 adultos com obesidade moderada, sorteados para três dietas; a de pouca gordura e a mediterrânea tinham calorias restritas.

Elaborado pelo autor a partir de (SHAI et al., 2008).

A resposta honesta à pergunta do começo é esta: a dieta mediterrânea emagrece quando vem com menos calorias, como outras dietas; sem esse corte, o peso quase não se mexe. Com este padrão, perder peso pede corte planejado, com acompanhamento.

Para a memória, o sinal é pequeno e incerto.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Em 522 participantes do PREDIMED, a memória e o raciocínio foram avaliados depois de seis anos e meio de dieta, quando a idade média era de 74,6 anos. Os dois grupos mediterrâneos fizeram, em média, pouco mais de meio ponto a mais que o grupo de controle num teste curto de rastreio, o Miniexame do Estado Mental. A comparação foi feita num único momento.

Fonte: (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Foram 604 pessoas mais velhas. Nenhuma tinha problema de memória; todas tinham sobrepeso e casos de demência na família. Durante três anos, metade seguiu uma dieta que mistura a mediterrânea com outra criada para a pressão alta; a outra metade seguiu uma dieta de controle. Os dois grupos tinham um corte leve de calorias e apoio para perder peso. Memória e raciocínio melhoraram quase por igual nos dois grupos. A diferença entre eles ficou dentro do que o acaso explica, e a ressonância do cérebro também não separou os grupos.

Fonte: (BARNES et al., 2023)

Somados, os dois estudos desenharam um sinal com incerteza. O padrão pode ter outros motivos para ser escolhido, mas a memória, por enquanto, não entra como promessa.

Para o câncer, os dados são de observação.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Esta revisão juntou 117 estudos, com mais de 3,2 milhões de participantes; comparado a quem seguia pouco o padrão, quem seguia mais teve 13% menos morte por câncer. O câncer de intestino, o de estômago, o de fígado e o de outros órgãos também foram menos frequentes. Próstata, pâncreas, esôfago e sangue ficaram de fora desse sinal. Na maior parte das comparações, os autores classificaram a certeza como baixa ou muito baixa; só a morte por câncer e o câncer de intestino ficaram com certeza moderada.

Fonte: (MORZE et al., 2021)

Fica o vinho. Ele aparece na pirâmide de 1995 e no questionário do PREDIMED, e daí vem a fama de que faz bem ao coração. Uma análise com quase 600 mil pessoas olhou o assunto de perto.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A análise reuniu 83 estudos de 19 países de renda alta, com 599.912 pessoas que já bebiam e não tinham doença cardiovascular no começo; entre elas, o menor risco de morte por qualquer causa ficou em quem bebia até cerca de 100 gramas de álcool por semana. Daí para cima, o risco subiu. Derrame, insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta fatal e morte por pressão alta aumentaram conforme o consumo subia, sem um limite abaixo do qual o risco parasse de cair. O infarto foi a exceção. Ele ficou um pouco menos frequente entre os que bebiam mais. Aos 40 anos, quem bebia mais de 350 gramas por semana tinha de 4 a 5 anos a menos de expectativa de vida do que quem bebia até 100.

Fonte: (WOOD et al., 2018)

O ponto decisivo está no desenho: só entraram pessoas que já bebiam, e o estudo não compara quem bebe com quem nunca bebeu; por isso, ele não sustenta a ideia de começar. Para quem não bebe, nada nos estudos deste guia pede que isso mude; para quem bebe, os autores defendem limites mais baixos do que os de muitas diretrizes.

O Infográfico 4.3 põe cada desfecho no seu lugar, pela força da evidência, numa escala criada para este guia.

O que a evidência sustenta, desfecho por desfecho

Escala criada para este guia; o critério de cada nível está no rótulo dele.



Sustenta: ensaio sorteado com desfecho clínico

- Coração em risco alto: menos eventos no PREDIMED.
- Derrame: de 24 para 14 em cada 1.000, certeza moderada.
- Doença coronariana já instalada: menos eventos no CORDIOPREV.



Incerto: associação, certeza baixa ou sem diferença

- Morte cardiovascular e geral: efeito pequeno ou nenhum.
- Diabetes tipo 2: menos casos nas coortes (associação).
- Memória: sinal pequeno; sem diferença no ensaio MIND.
- Câncer: menos casos nas coortes, com certeza baixa.
- Diferença entre homens e mulheres no CORDIOPREV: análise por subgrupo.



Não sustenta: os estudos não mostram o efeito

- Emagrecer sem cortar calorias: o peso quase não mudou.
- Começar a beber vinho: o risco subiu com o consumo.

Os três níveis falam da força da evidência, não de recomendação individual.

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018), (REES et al., 2019), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (WALLERER et al., 2025), (ESTRUCH et al., 2019), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021) e (WOOD et al., 2018).

INFOGRÁFICO 4.3

O que a evidência sustenta, o que é incerto e o que ela não sustenta, desfecho por desfecho, numa escala criada para este guia.

Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018), (REES et al., 2019), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (WALLERER et al., 2025), (ESTRUCH et al., 2019), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021) e (WOOD et al., 2018).

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Se eu quiser emagrecer, que corte de calorias faz sentido para mim, e quem vai acompanhar?
- Com a minha história, vale reduzir ou parar o álcool?

Falta o que interessa no dia a dia: como levar esse padrão para o prato brasileiro, com o arroz e o feijão de sempre.

Como levar o padrão ao prato brasileiro

EM UMA FRASE

O padrão cabe no prato brasileiro, com arroz e feijão, verduras, frutas da estação, peixe, castanhas e azeite, sem cardápio único.

Com os limites à vista, a pergunta prática é se esse jeito de comer funciona longe do Mediterrâneo.

Os grandes ensaios deste guia foram feitos longe daqui, com a comida de lá: o PREDIMED e o CORDIOPREV, na Espanha. A pirâmide, porém, nunca foi uma lista fechada.

A revisão de 2011 já pedia adaptar a pirâmide a cada realidade do Mediterrâneo, com o alimento da estação e da região. Em 2025, ela ganhou um balanço.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Três dos autores da versão de 1995 assinam o texto, que reconta trinta anos de pesquisa sobre o padrão e registra versões inspiradas nela em outras tradições alimentares, inclusive a da América Latina. Os autores pedem mais estudos. Querem saber como o padrão funciona a longo prazo com outras populações e em outros ambientes de comida.

Fonte: (HU et al., 2025)

O que viaja bem é a lógica da troca. O azeite entra no lugar da manteiga. Peixe e feijão ocupam parte do espaço da carne vermelha e dos embutidos. No lugar do biscoito e do doce industrializado, entram a fruta e a castanha. A Tabela 5.1 reúne trocas possíveis com a comida do dia a dia no Brasil. Nenhuma delas é obrigatória.

TABELA 5.1 — TROCAS POSSÍVEIS NO PRATO BRASILEIRO (PRINCÍPIOS, SEM CARDÁPIO)

EM VEZ DE	EXPERIMENTE	POR QUÊ	FONTE
Manteiga ou margarina no pão e no preparo	Azeite como gordura principal	É a gordura que a pirâmide usa como base, e o questionário do PREDIMED conta ponto para ela	(WILLETT et al., 1995) · (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Parte da carne vermelha e os embutidos, como salsicha, presunto e linguiça	Peixe, frango e o feijão de todo dia	A carne vermelha entra pouco na pirâmide; aves e leguminosas contam a favor	(WILLETT et al., 1995) · (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Arroz branco sozinho	Arroz com feijão, lentilha ou grão-de-bico, e arroz integral quando der	Leguminosas estão na base, e os cereais integrais somam	(REES et al., 2019) · (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Biscoito, bolo e doce industrializado	Fruta da estação e castanhas, como a de caju ou o amendoim	Fruta fresca como sobremesa e castanhas fazem parte do padrão	(WILLETT et al., 1995) · (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Refrigerante e suco adoçado	Água, e a fruta inteira	Bebida adoçada conta contra no questionário	(MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Tempero pronto industrializado	Refogado de alho, cebola e tomate no azeite	O refogado com azeite é um dos itens do questionário	(MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012)
Verdura só de enfeite	Verduras e legumes em boa parte do prato, crus ou cozidos	A base da pirâmide é vegetal	(WILLETT et al., 1995)

Trocar no papel é fácil. O Brasil tem um ensaio que mostra o tamanho do desafio na prática.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O BALANCE testou, em 35 centros do país, um programa brasileiro de alimentação para o coração, feito com comida regional e de preço acessível. Participaram 2.534 pessoas de 45 anos ou mais, todas com doença cardiovascular já diagnosticada; metade recebeu o programa, e a outra metade, a orientação nutricional de rotina. Três anos depois, a alimentação do grupo do programa pouco se distinguia da do controle: meia porção a mais por dia de frutas e de verduras. Os eventos do coração e as mortes não diferiram entre os grupos. Foram 236 casos no programa e 207 no controle.

Fonte: (WEBER et al., 2019)

Com o prato quase igual, seria difícil esperar diferença no coração. No PREDIMED, havia sessões a cada três meses, e o azeite ou as castanhas chegavam à casa das pessoas; sustentar a troca por anos pesa tanto quanto escolher a troca certa, e é aí que o nutricionista faz diferença.

Algumas pessoas precisam conversar com o médico ou com o nutricionista antes de mudar a alimentação. A Tabela 5.2 põe cada situação num único nível.

TABELA 5.2 — QUEM CONVERSA COM O MÉDICO OU COM O NUTRICIONISTA ANTES DE MUDAR A ALIMENTAÇÃO

SITUAÇÃO	QUANDO CONVERSAR	POR QUÊ	FONTE
Usa insulina ou remédio para baixar a glicose	Antes de mudar	A glicose pode mudar com a dieta, e o ajuste do remédio é do médico	(SHAI et al., 2008)
Já teve infarto ou derrame, ou tem doença das coronárias	Antes de mudar	Nos ensaios com quem já tinha doença, a dieta entrou junto com os remédios e o acompanhamento	(DE LORGERIL et al., 1999) · (DELGADO-LISTA et al., 2022)
Tem outra doença crônica, como a dos rins, ou usa remédio de uso contínuo, como anticoagulante	Antes de mudar	Cada doença e cada remédio pedem ajustes próprios; a verdade escura, por exemplo, pode interferir no efeito de alguns anticoagulantes	Orientação do autor
Quer emagrecer	Antes de mudar	Com este padrão, emagrecer pede corte planejado de calorias	(SHAI et al., 2008) · (ES-TRUCH et al., 2019)
Bebe álcool com frequência	Na próxima consulta	O risco sobe com o consumo	(WOOD et al., 2018)
Tem alergia a castanhas ou a amendoim	Na próxima consulta	As castanhas ficam de fora, e o padrão se monta com o resto	(TRICHOPOULOU et al., 2003)
Não tem doença conhecida e não usa remédio de uso contínuo	Pode começar pelas trocas e contar na próxima consulta	As trocas da Tabela 5.1 usam alimentos comuns	(BACH-FAIG et al., 2011)

Quem não bebe não precisa mudar nada nesse ponto: os estudos não sustentam começar.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quais trocas da Tabela 5.1 fazem mais sentido para a minha rotina e o meu orçamento?
- Como ajustar as porções ao meu objetivo, com um plano que eu consiga manter?

Mudar o prato é o começo. Acompanhar a mudança com medida, e saber o que perguntar na consulta, é o assunto do último capítulo.

Onde a medida entra, e o que perguntar

EM UMA FRASE

Medir no começo e de novo depois de alguns meses mostra o que mudou no seu corpo; a conduta continua sendo decidida com a sua equipe.

Levar o padrão para o prato é uma mudança de meses. Nos estudos, o efeito dela no corpo foi pequeno na balança e na cintura; no coração, apareceu ao longo de anos. Medir ajuda a enxergar o que o espelho não mostra.

É aí que entra a medida. O Passaporte Metabólico da Oxy Recovery reúne numa visita a bioimpedância octapolar, que estima de que o seu peso é feito, e a calorimetria indireta, que troca a estimativa do gasto em repouso por um número medido em você. Na mesma visita, o teste cardiopulmonar mede o seu fôlego no esforço. Com esses números em mãos, o nutricionista planeja as calorias sem chute no escuro; o médico acompanha o resto.

Repetir as medidas depois de alguns meses funciona como o GPS que recalcula a rota. Mostra se a composição do corpo andou para o lado que você e a sua equipe combinaram. Nenhum exame substitui a mudança no prato, e nenhum resultado é prometido.

Leve à consulta as perguntas da Tabela 6.1. Elas servem para o médico e para o nutricionista.

TABELA 6.1 — PERGUNTAS PARA LEVAR AO MÉDICO E AO NUTRICIONISTA

PERGUNTE	POR QUE ISSO IMPORTA
O meu risco para o coração se parece com o das pessoas dos grandes estudos?	Os resultados valem, antes de tudo, para quem se parece com quem participou
Quantos pontos eu faria hoje no questionário de 14 perguntas?	Mostra por onde começar as trocas
Preciso ajustar algum remédio se eu mudar a alimentação?	A glicose e outros exames podem mudar
Perder peso faz parte do meu objetivo? Com que corte de calorias?	Sem corte de calorias, este padrão quase não muda o peso
O que fazer com o álcool, no meu caso?	Os estudos não sustentam começar a beber
Que medidas vão acompanhar a mudança, e quando repetir?	A medida mostra o que mudou no seu corpo

A dieta mediterrânea tem a seu favor ensaios sorteados com desfechos do coração em pessoas de risco alto: no PREDIMED, foram 44 casos em cada 1.000 no grupo de controle contra 34 a 38 nos grupos mediterrâneos. Ela emagrece quando vem com menos calorias. O vinho fica fora da recomendação. O Passaporte Metabólico da Oxy Recovery estima a composição corporal e mede o gasto em repouso, além do fôlego no esforço. Os números vão para o seu médico e para o seu nutricionista, que decidem com você o que fazer com eles.

Converse com a sua equipe sobre o que faz sentido no seu caso. Para conhecer a avaliação e falar com a nossa equipe, acesse **oxyrecovery-vidaativa.com.br**. O Infográfico 6.2 resume o guia inteiro em uma página.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica.

Dieta mediterrânea em uma página

O padrão, os grandes estudos, os limites, o prato brasileiro e as perguntas.

O que é

Base vegetal, leguminosas, cereais, castanhas e azeite como gordura principal; peixe e aves com moderação; pouca carne vermelha.

O que os grandes estudos mostraram

PREDIMED (55 a 80 anos, risco alto): 44 eventos do coração em cada 1.000 no controle, 38 com azeite e 34 com castanhas, em quase cinco anos. CORDIOPREV (doença das coronárias): cerca de 28 contra 38 eventos por 1.000 pessoas a cada ano.

Os limites

Sem corte de calorias, o peso quase não muda. Memória e câncer: sinal com incerteza. Vinho: os estudos não sustentam começar a beber.

No prato brasileiro

Azeite no lugar da manteiga; peixe e feijão no lugar de parte da carne e dos embutidos; fruta e castanha no lugar do doce industrializado.

O que perguntar

O meu risco se parece com o dos estudos? Preciso ajustar remédios? Que corte de calorias, se eu quiser emagrecer? O que medir, e quando repetir?

Cada número tem a fonte e a população no capítulo correspondente.

Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (ESTRUCH et al., 2018), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (ESTRUCH et al., 2019), (SHAI et al., 2008), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021), (WOOD et al., 2018) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).

INFOGRÁFICO 6.2

Resumo em uma página: o padrão, o que os grandes estudos mostraram, os limites, as trocas no prato brasileiro e o que perguntar.

Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (ESTRUCH et al., 2018), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (ESTRUCH et al., 2019), (SHAI et al., 2008), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021), (WOOD et al., 2018) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).

Glossário

Termos que aparecem no material e costumam gerar dúvida.

Dieta mediterrânea

padrão alimentar descrito a partir do que se comia nos anos 1960 em Creta, no resto da Grécia e no sul da Itália: base vegetal, leguminosas, cereais, castanhas, azeite como gordura principal, peixe e aves com moderação e pouca carne vermelha.

Padrão alimentar

o conjunto do que uma pessoa come ao longo do tempo, em vez de um alimento isolado.

Leguminosas

feijão, lentilha, grão-de-bico, ervilha e parentes, ricos em fibra e em proteína vegetal.

Azeite extravirgem

azeite de oliva obtido só por processos mecânicos, sem refino; foi o azeite entregue a um dos grupos do PREDIMED.

Gordura saturada

tipo de gordura mais presente em carnes gordas, manteiga e laticínios integrais.

Gordura monoinsaturada

tipo de gordura que predomina no azeite e em várias castanhas.

LDL

a partícula que leva o colesterol pelo sangue, conhecida como colesterol ruim; está envolvida na formação da placa nas artérias.

Aterosclerose

formação de placas de gordura e tecido fibroso na parede das artérias, por trás da maior parte dos infartos e de muitos derrames.

Ensaio randomizado

estudo em que os participantes são sorteados para os grupos, o que permite testar causa e efeito.

Estudo observacional

estudo que acompanha pessoas sem interferir no que elas fazem; mostra associação, sem provar causa.

Coorte

grupo de pessoas acompanhado ao longo dos anos num estudo observacional.

Razão de risco

comparação entre o risco de dois grupos; 0,70 quer dizer um risco 30% menor que o do grupo de comparação.

Risco absoluto

quantas pessoas, em cada 100 ou em cada 1.000, tiveram o evento.

Intervalo de confiança

a faixa dentro da qual o resultado verdadeiro provavelmente está.

Pessoas-ano

soma do tempo que cada participante passou no estudo; 1.000 pessoas-ano equivalem a 1.000 pessoas acompanhadas por um ano.

Retratação

retirada formal de um artigo científico já publicado, por erro ou por problema no método.

Revisão sistemática

levantamento feito com método, que busca os estudos publicados sobre uma pergunta e avalia o que eles mostram.

Metanálise

análise que reúne os resultados de vários estudos sobre a mesma pergunta.

Certeza da evidência

grau de confiança de que o resultado de uma revisão está perto do efeito verdadeiro; vai de muito baixa a alta.

Prevenção primária

cuidado para evitar a primeira doença, em quem ainda não a tem.

Prevenção secundária

cuidado para evitar que a doença volte, em quem já a teve.

Calorimetria indireta

exame que mede, pelo ar que você respira, quanta energia o corpo gasta em repouso.

Bioimpedância

exame que estima de que o peso é feito, separando gordura e massa magra, com uma corrente elétrica fraca.

Teste cardiopulmonar

exame em esteira ou bicicleta, com uma máscara leve, que mede o fôlego e a resposta do corpo ao esforço.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.

- BACH-FAIG, A. et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. **Public health nutrition**, [S. l.], v. 14, n. 12A, p. 2274–84, 2011. DOI: 10.1017/S1368980011002515. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 22166184.
- BARNES, L. L. et al. Trial of the MIND Diet for Prevention of Cognitive Decline in Older Persons. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 389, n. 7, p. 602–611, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2302368. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302368>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 37466280.
- DE LONGERIL, M. et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. **Circulation**, [S. l.], v. 99, n. 6, p. 779–85, 1999. DOI: 10.1161/01.cir.99.6.779. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/01.cir.99.6.779>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 9989963.
- DELGADO-LISTA, J. et al. Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 399, n. 10338, p. 1876–1885, 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00122-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00122-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00122-2). Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 35525255.
- DINU, M. et al. Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. **European journal of clinical nutrition**, [S. l.], v. 72, n. 1, p. 30–43, 2018. DOI: 10.1038/ejcn.2017.58. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.58>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 28488692.
- ESTRUCH, R. et al. Effect of a high-fat Mediterranean diet on bodyweight and waist circumference: a prespecified secondary outcomes analysis of the PREDIMED randomised controlled trial. **The lancet. Diabetes & endocrinology**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e6–e17, 2019. DOI: 10.1016/S2213-8587(19)30074-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30074-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30074-9). Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 31003626.
- ESTRUCH, R. et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 378, n. 25, p. e34, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1800389. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>. Acesso em: 21 set. 2026. PMID: 29897866.
- HU, F. B. et al. Three decades of the Mediterranean diet pyramid: A narrative review of its history, evolution, and advances. **The American journal of clinical nutrition**, [S. l.], v. 122, n. 1, p. 17–28, 2025. DOI: 10.1016/j.ajcnut.2025.04.036. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.04.036>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 40374164.
- KEYS, A. et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. **American journal of epidemiology**, [S. l.], v. 124, n. 6, p. 903–15, 1986. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a114480. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114480>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 3776973.
- LIBBY, P. et al. Atherosclerosis. **Nature reviews. Disease primers**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 56, 2019. DOI: 10.1038/s41572-019-0106-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0106-z>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 31420554.
- MANCINI, J. G. et al. Systematic Review of the Mediterranean Diet for Long-Term Weight Loss. **The American journal of medicine**, [S. l.], v. 129, n. 4, p. 407–415.e4, 2016. DOI: 10.1016/j.amjmed.2015.11.028. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.11.028>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 26721635.

- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A. et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. **PloS one**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. e43134, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0043134. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043134>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 22905215.
- MARTÍNEZ-LAPISCINA, E. H. et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. **Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry**, [S. l.], v. 84, n. 12, p. 1318–25, 2013. DOI: 10.1136/jnnp-2012-304792. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-304792>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 23670794.
- MORZE, J. et al. An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. **European journal of nutrition**, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 1561–1586, 2021. DOI: 10.1007/s00394-020-02346-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00394-020-02346-6>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 32770356.
- REES, K. et al. Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. CD009825, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD009825.pub3. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009825.pub3>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 30864165.
- SCHRÖDER, H. et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. **The Journal of nutrition**, [S. l.], v. 141, n. 6, p. 1140–5, 2011. DOI: 10.3945/jn.110.135566. Disponível em: <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 21508208.
- SHAI, I. et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 359, n. 3, p. 229–41, 2008. DOI: 10.1056/NEJMoa0708681. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0708681>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 18635428.
- TRICHOPOULOU, A. et al. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 348, n. 26, p. 2599–608, 2003. DOI: 10.1056/NEJMoa025039. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa025039>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 12826634.
- WALLERER, S. et al. Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Type 2 Diabetes: An Updated Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis. **Advances in nutrition**, [S. l.], v. 16, n. 12, p. 100562, 2025. DOI: 10.1016/j.advnut.2025.100562. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2025.100562>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 41241045.
- WEBER, B. et al. Implementation of a Brazilian Cardioprotective Nutritional (BALANCE) Program for improvement on quality of diet and secondary prevention of cardiovascular events: A randomized, multicenter trial. **American heart journal**, [S. l.], v. 215, p. 187–197, 2019. DOI: 10.1016/j.ahj.2019.06.010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2019.06.010>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 31349110.
- WILLETT, W. C. et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. **The American journal of clinical nutrition**, [S. l.], v. 61, n. 6 Suppl, p. 1402S–1406S, 1995. DOI: 10.1093/ajcn/61.6.1402S. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/61.6.1402S>. Acesso em: 26 set. 2026. PMID: 7754995.
- WOOD, A. M. et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. **Lancet**, [S. l.], v. 391, n. 10129, p. 1513–1523, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30134-X. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X). Acesso em: 21 set. 2026. PMID: 29676281.
- YUSUF, S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, [S. l.], v. 364, n. 9438, p. 937–52, 2004. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9). Acesso em: 21 set. 2026. PMID: 15364185.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado).

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica.

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no material, a base das informações e as condições de uso.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Infográfico 1.1	A pirâmide do padrão mediterrâneo, da base ao topo: o modo de vida, o que entra todo dia, o que entra com moderação e o que entra pouco.	Infografico_1.1_a-piramide-do-padrao.png	Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (BACH-FAIG et al., 2011), (REES et al., 2019) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).
Infográfico 1.3	As 14 perguntas do questionário de adesão usado no PREDIMED: o tema de cada uma e o sentido em que ela soma ponto, sem as quantidades de referência.	Infografico_1.3_o-questionario-de-14-perguntas.png	Elaborado pelo autor a partir de (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012) e (SCHRÖDER et al., 2011).
Esquema 2.1	Da placa ao evento: o que favorece a placa na parede da artéria e o que ela pode causar (esquema didático, sem dados de estudo).	Esquema_2.1_da-placa-ao-evento.png	Elaborado pelo autor a partir de (LIBBY et al., 2019).
Gráfico 2.2	Razão de risco de morte para cada 2 pontos a mais na nota de adesão, em 22.043 adultos gregos: morte por qualquer causa, por doença das coronárias e por câncer (estudo observacional).	Grafico_2.2_adesao-e-mortalidade-na-grecia.png	Elaborado pelo autor a partir de (TRICHOPOULOU et al., 2003).
Infográfico 3.1	Linha do tempo dos estudos: das observações dos anos 1960 ao CORDIOPREV, com a retratação do PREDIMED e a nova análise de 2018.	Infografico_3.1_linha-do-tempo-dos-estudos.png	Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019), (KEYS et al., 1986), (WILLETT et al., 1995), (DE LORGERIL et al., 1999), (TRICHOPOULOU et al., 2003), (ESTRUCH et al., 2018) e (DELGADO-LISTA et al., 2022).
Gráfico 3.2	PREDIMED, análise republicada em 2018: razão de risco de infarto, derrame ou morte cardiovascular nos dois grupos mediterrâneos, comparados ao grupo de controle, em 7.447 pessoas de 55 a 80 anos com risco alto.	Grafico_3.2_predimed-razao-de-risco.png	Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018).

Gráfico 3.3	PREDIMED em números absolutos: em cada 1.000 participantes, quantos tiveram infarto, derrame ou morte cardiovascular em uma mediana de 4,8 anos (proporções brutas publicadas, convertidas para cada 1.000).	Grafico_3.3_predimed-em-cada-1000-pessoas.png	Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018).
Gráfico 3.4	CORDIOPREV: eventos cardiovasculares maiores por 1.000 pessoas-ano, em 1.002 pessoas com doença das coronárias acompanhadas por sete anos (taxas brutas publicadas).	Grafico_3.4_cordioprev-eventos-por-ano.png	Elaborado pelo autor a partir de (DELGADO-LISTA et al., 2022).
Gráfico 3.5	Revisão Cochrane de 2019: razão de risco e certeza da evidência para os desfechos clínicos do PREDIMED e do estudo de Lyon.	Grafico_3.5_a-certeza-na-revisao-cochrane.png	Elaborado pelo autor a partir de (REES et al., 2019).
Gráfico 4.1	PREDIMED, análise republicada em 2019: diferença de peso e de cintura em cinco anos, em relação ao grupo de controle, sem orientação para cortar calorias.	Grafico_4.1_peso-e-cintura-no-predimed.png	Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2019).
Gráfico 4.2	DIRECT: perda média de peso em dois anos em 322 adultos com obesidade moderada, sorteados para três dietas; a de pouca gordura e a mediterrânea tinham calorias restritas.	Grafico_4.2_tres-dietas-em-dois-anos.png	Elaborado pelo autor a partir de (SHAI et al., 2008).
Infográfico 4.3	O que a evidência sustenta, o que é incerto e o que ela não sustenta, desfecho por desfecho, numa escala criada para este guia.	Infografico_4.3_o-que-a-evidencia-sustenta.png	Elaborado pelo autor a partir de (ESTRUCH et al., 2018), (REES et al., 2019), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (WALLERER et al., 2025), (ESTRUCH et al., 2019), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021) e (WOOD et al., 2018).
Infográfico 6.2	Resumo em uma página: o padrão, o que os grandes estudos mostraram, os limites, as trocas no prato brasileiro e o que perguntar.	Infografico_6.2_resumo-em-uma-pagina.png	Elaborado pelo autor a partir de (WILLETT et al., 1995), (ESTRUCH et al., 2018), (DELGADO-LISTA et al., 2022), (ESTRUCH et al., 2019), (SHAI et al., 2008), (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013), (BARNES et al., 2023), (MORZE et al., 2021), (WOOD et al., 2018) e (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al., 2012).

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes de sociedades médicas e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023. Onde há número, há fonte.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostras, honorários ou qualquer outra contrapartida de produtores ou vendedores de azeite, castanhas, alimentos ou suplementos. Nenhuma marca de produto é mencionada nesta obra. Todas as artes foram elaboradas pelo autor a partir das referências indicadas em cada legenda. Revisão desta edição: setembro de 2026.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em DM Sans, família tipográfica única do Oxy Recovery Design System. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato. Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)