

Dietas em comparação: *o que a evidência sustenta em mediterrânea, low carb, cetogênica, carnívora e low histamine*

Cinco dietas populares, cinco níveis de evidência muito diferentes. Da mediterrânea, com desfecho cardiovascular em ensaio randomizado, à carnívora, sustentada por relato, um comparativo que separa o que muda desfecho do que é apenas tendência.

Dr. Julian Borges, MD · 29 de julho de 2026 · 13 minutos de leitura

I

A pergunta certa não é qual dieta, e sim qual *evidência*

Antes de comparar cardápios, é preciso comparar o peso da prova por trás de cada um.

A popularidade de uma dieta não mede a sua evidência. O que separa uma recomendação sólida de um modismo é o nível da prova: ensaios randomizados com desfecho clínico valem mais que ensaios com marcadores substitutos, que por sua vez valem mais que estudos observacionais, e estes mais que levantamentos e relatos pessoais.

Dois trabalhos ancoram a leitura deste comparativo. No ensaio randomizado DIETFITS, dietas com baixo teor de gordura e com baixo teor de carboidrato produziram perda de peso semelhante em 12 meses, e nem o padrão genético nem a secreção de insulina predisseram quem teria sucesso (Gardner e cols., 2018). E, na meta-análise em rede de

14 programas alimentares populares, as diferenças entre as dietas foram modestas e, em grande parte, desapareceram ao fim de um ano (Ge e cols., 2020).

A variável que mais pesa não é o nome da dieta, é a aderência. A melhor dieta tende a ser aquela que a pessoa consegue sustentar e que serve a um objetivo definido, seja prevenção cardiovascular, controle glicêmico, perda de peso ou alívio de sintomas. Este texto ordena as cinco dietas pela evidência, não pela tendência.

HIERARQUIA DE EVIDÊNCIA APLICADA A DIETAS

Nível	Exemplo neste texto	O que permite concluir
Ensaio randomizado com desfecho clínico	PREDIMED (eventos cardiovasculares)	Efeito provável sobre o desfecho que de fato importa
Ensaio randomizado com marcador	Peso, glicemia, LDL	Efeito sobre um marcador, não necessariamente sobre o desfecho final
Estudo observacional	Coortes alimentares	Associação, não causa
Levantamento ou relato	Survey da dieta carnívora	Gera hipótese; sujeito a viés de seleção e de autorrelato

II

Mediterrânea: o padrão com desfecho, não só *marcador*

A única do grupo com ensaio randomizado sobre eventos cardiovasculares.

A dieta mediterrânea é a que tem a prova mais forte. No PREDIMED, um ensaio randomizado de prevenção primária em milhares de adultos de alto risco cardiovascular, o padrão mediterrâneo suplementado com azeite de oliva extravirgem ou oleaginosas reduziu de forma significativa os eventos cardiovasculares maiores em comparação com a dieta de controle (Estruch e cols., 2018). Este é o topo da hierarquia: um desfecho clínico duro em desenho randomizado.

O artigo original foi retratado e republicado depois que irregularidades na randomização de parte dos participantes foram corrigidas; a conclusão principal, do benefício cardiovascular, se manteve na reanálise (Estruch e cols., 2018). Vale registrar a ressalva sem descartar o achado. Na meta-análise em rede, a mediterrânea também figurou entre os padrões que melhoram peso e fatores de risco, com a distinção de ter dados de desfecho por trás (Ge e cols., 2020).

Na prática, a mediterrânea funciona como um padrão alimentar sustentável, baseado em azeite, vegetais, leguminosas, peixes, oleaginosas e grãos integrais, e não como um protocolo restritivo de curto prazo. É por isso que serve bem de base, sobre a qual objetivos específicos podem ser ajustados.

III

Low carb e cetogênica: ferramentas com *indicação*

Ajudam em alvos metabólicos definidos, dentro de limites e com acompanhamento.

Convém separar os termos. Low carb reduz o carboidrato, comumente para menos de 130 g por dia. A cetogênica é um subconjunto mais estrito, em geral abaixo de 50 g por dia, o suficiente para induzir cetose. Não são sinônimos, e a intensidade da restrição muda a indicação e as cautelas.

No peso, a diferença para outras dietas é pequena. O DIETFITS não mostrou superioridade do low-carb sobre o low-fat em 12 meses (Gardner e cols., 2018), e a meta-análise de dietas cetogênicas de muito baixo carboidrato encontrou perda de peso e melhora de alguns marcadores apenas um pouco maiores que a dieta de baixa gordura a longo prazo (Bueno e cols., 2013).

No diabetes tipo 2 é onde a low carb mostra seu melhor sinal. A meta-análise de Goldenberg encontrou maior taxa de remissão aos 6 meses, mas o benefício se atenuou aos 12 meses e houve eventos adversos, o que pede acompanhamento e não entusiasmo cego (Goldenberg e cols., 2021). Um programa cetogênico de cuidado

contínuo por 2 anos melhorou o controle glicêmico, porém o estudo foi não randomizado e fortemente dependente de aderência (Athinarayanan e cols., 2019).

A cetogênica ainda tem uma indicação médica consolidada, distinta do emagrecimento: a epilepsia refratária. Fora disso, as cautelas são reais: aderência difícil, elevação de LDL em subgrupos, o mal-estar inicial de adaptação e contraindicações específicas. Low carb bem conduzida não é dieta carnívora, e a qualidade dos alimentos continua importando.

LOW CARB E CETOGÊNICA LADO A LADO

Aspecto	Low carb	Cetogênica (muito baixo carboidrato)
Carboidrato	Reduzido, comumente < 130 g/dia	Muito baixo, < 50 g/dia, com cetose
Melhor evidência	Peso equivalente ao low-fat (DIETFITS); remissão de DM2 aos 6 meses (Goldenberg)	Peso um pouco maior a longo prazo (Bueno); glicemia no DM2 (Athinarayanan, não randomizado)
Para quê serve	Controle glicêmico e perda de peso com aderência	DM2 selecionado; epilepsia refratária (uso médico)
Cautela	Aderência; qualidade dos carboidratos	LDL em subgrupos; restrição intensa; acompanhamento

IV

Carnívora: a que menos evidência *tem*

Sinal interessante de relato, base insuficiente para recomendação.

A dieta carnívora exclui todos os alimentos de origem vegetal, e com eles a fibra. O dado humano mais citado é um levantamento de 2029 adultos autosselecionados, que relataram alta satisfação e alguns marcadores metabólicos autorreferidos favoráveis (Lennerz e cols., 2021). É preciso ler esse dado pelo que ele é: um survey, com amostra

que se autosselecionou, desfechos por autorrelato, sem grupo de comparação e sem desfechos clínicos duros. O risco de viés de seleção e de relato é alto.

Nenhum ensaio randomizado sustenta a dieta carnívora para qualquer desfecho. As preocupações são concretas: ausência total de fibra, teor muito alto de gordura saturada com elevação frequente de LDL, potenciais lacunas de micronutrientes e segurança de longo prazo desconhecida.

O veredito honesto é que a carnívora gera hipótese, mas não oferece base para ser recomendada como padrão. Satisfação autorrelatada e associação não são causa, e um marcador que melhora no curto prazo não autoriza ignorar riscos não monitorados.

V

Low histamine: abordagem sintomática, não estilo de *vida*

Um teste clínico dirigido para intolerância à histamina, não uma dieta de saúde geral.

A dieta com baixa histamina pertence a outra categoria. Ela não visa peso nem metabolismo, e sim a suspeita de intolerância à histamina, atribuída à redução da atividade da enzima diamino-oxidase (DAO), com sintomas como rubor, cefaleia, queixas digestivas e urticária (Maintz e Novak, 2007).

A intolerância à histamina é real, porém de diagnóstico difícil e provavelmente sobrediagnosticada. Não há um teste único validado, e a evidência que apoia a dieta se limita a estudos pequenos ou não controlados (Comas-Basté e cols., 2020). Isso recomenda cautela antes de rotular um paciente e restringir sua alimentação de forma prolongada.

O uso defensável é como um teste dirigido e temporário: uma fase de eliminação seguida de reintrodução orientada, em pacientes selecionados e sintomáticos, ou na suspeita de ativação mastocitária. Aplicada de forma ampla e indefinida, a dieta traz

risco de restrição desnecessária, perda de nutrientes e medo alimentar, sem ganho comprovado.

VI

Síntese: a melhor dieta é a que você sustenta e que serve ao *objetivo*

Padrão mediterrâneo como base; as demais como ferramentas com indicação e limite.

Reunindo as cinco: apenas o padrão mediterrâneo tem evidência de desfecho clínico em ensaio randomizado (Estruch e cols., 2018); low carb e cetogênica são ferramentas para alvos metabólicos definidos, com acompanhamento (Goldenberg e cols., 2021, Bueno e cols., 2013); a carnívora carece de ensaios (Lennerz e cols., 2021); e a low histamine é um teste clínico dirigido para suspeita de intolerância (Comas-Basté e cols., 2020).

Acima do rótulo, a aderência domina o resultado, e as diferenças entre dietas razoáveis encolhem com o tempo (Gardner e cols., 2018, Ge e cols., 2020). Por isso a pergunta prática não é qual é a melhor dieta do mundo, e sim qual é a melhor dieta para este objetivo, nesta pessoa, que ela consiga manter.

A conduta que se sustenta é simples de enunciar e exigente de aplicar: definir o objetivo, individualizar, diagnosticar antes de restringir e monitorar peso, lipídios, glicemia, aderência e qualidade de vida. Nenhuma dieta é universalmente melhor; a pior é a que não se sustenta ou a que troca um marcador por um risco que ninguém está acompanhando.

COMPARATIVO GERAL DAS CINCO DIETAS POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Dieta	Princípio	Melhor nível de evidência	Para quê serve	Cautelas	Veredito
Mediterrânea	Padrão alimentar (azeite, vegetais, leguminosas, peixe)	Ensaio randomizado com desfecho cardiovascular (PREDIMED)	Prevenção cardiometabólica e base sustentável	Poucas; foco na qualidade dos alimentos	Base recomendada
Low carb	Redução de carboidrato	Ensaio de peso e glicemia (marcadores)	Peso e controle glicêmico com aderência	Aderência; qualidade dos carboidratos	Ferramenta com indicação
Cetogênica	Carboidrato muito baixo, cetose	Meta-análise de peso; DM2 (parte não randomizada); epilepsia	DM2 selecionado; epilepsia refratária	LDL; restrição intensa; acompanhamento	Ferramenta com indicação
Carnívora	Só alimentos de origem animal	Levantamento e autorrelato, sem ensaio	Sem base para recomendar como padrão	Fibra zero; LDL; micronutrientes	Não recomendada como padrão
Low histamine	Redução de alimentos ricos em histamina	Estudos limitados e pequenos	Teste dirigido para intolerância à histamina	Restrição desnecessária se mal indicada	Uso sintomático e temporário

CONTEXTO DE PRÁTICA

Por que isto importa para o seu cuidado

Este comparativo integra a linha editorial da biblioteca: separar o que muda desfecho do que é tendência. Para pensar qual abordagem faz sentido no seu caso, a **Autoavaliação Funcional** ajuda a organizar objetivos e histórico, e a **Biblioteca** reúne as demais notas. Conteúdo educativo; não substitui avaliação médica individual, e nenhuma dieta deve ser iniciada como tratamento sem diagnóstico e acompanhamento.

REFERÊNCIAS

1. Gardner CD, Trepanowski JF, Del Gobbo LC, et al. Effect of low-fat vs low-carbohydrate diet on 12-month weight loss in overweight adults and the association with genotype pattern or insulin secretion: the DIETFITS randomized clinical trial. *JAMA*. 2018. doi:10.1001/jama.2018.0245
2. Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2020. doi:10.1136/bmj.m696
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England Journal of Medicine*. 2018. doi:10.1056/NEJMoa1800389
4. Bueno NB, de Melo IS, de Oliveira SL, da Rocha Ataide T. Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*. 2013. doi:10.1017/S0007114513000548
5. Goldenberg JZ, Day A, Brinkworth GD, et al. Efficacy and safety of low and very low carbohydrate diets for type 2 diabetes remission: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomized trial data. *BMJ*. 2021. doi:10.1136/bmj.m4743
6. Athinarayanan SJ, Adams RN, Hallberg SJ, et al. Long-term effects of a novel continuous remote care intervention including nutritional ketosis for the management of type 2 diabetes: a 2-year non-randomized clinical trial. *Frontiers in Endocrinology*. 2019. doi:10.3389/fendo.2019.00348
7. Lennerz BS, Mey JT, Henn OH, Ludwig DS. Behavioral characteristics and self-reported health status among 2029 adults consuming a carnivore diet. *Current Developments in Nutrition*. 2021. doi:10.1093/cdn/nzab133
8. Maintz L, Novak N. Histamine and histamine intolerance. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2007. doi:10.1093/ajcn/85.5.1185
9. Comas-Basté O, Sánchez-Pérez S, Veciana-Nogués MT, et al. Histamine intolerance: the current state of the art. *Biomolecules*. 2020. doi:10.3390/biom10081181

Conteúdo de caráter educativo e científico. Não constitui diagnóstico, prescrição ou orientação clínica individual, e não substitui consulta médica. As decisões de conduta devem ser individualizadas por um médico.

NUTRIÇÃO

DIETA

EVIDÊNCIA

LOW CARB

CETOGENICA

MEDITERRÂNEA

Dr. Julian Borges, MD é médico endocrinologista e nutrólogo, cientista clínico, com foco em medicina metabólica, genômica e inteligência artificial clínica governada. As credenciais completas estão na página [Sobre](#).

Última atualização: 29 de julho de 2026