



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Orence Ian Finagnon Couthon

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESCORE DE ADESÃO AO PADRÃO ALIMENTAR
MEDITERRÂNEO E EXCESSO DE PESO ENTRE PESSOAS COM 50 ANOS DE
IDADE OU MAIS: RESULTADOS DE UMA ANÁLISE TRANSVERSAL**

Florianópolis

2023

Associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar mediterrâneo e excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais: resultados de uma análise transversal

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Francieli
Cembranel

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Couthon, Orence Ian Finagnon

Associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar mediterrâneo e excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais: resultados de uma análise transversal / Orence Ian Finagnon Couthon ; orientadora, Francieli Cembranel, 2023.

119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Dieta mediterrânea. 3. Excesso de peso. 4. Estilo de vida saudável. 5. Estudo transversal. I. Cembranel, Francieli. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Orence Ian Finagnon Couthon

Título: Associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar mediterrâneo e excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais: resultados de uma análise transversal

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 26 de outubro de 2023 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Ana Paula Ferreira da Silva, Dra.
UNISUL

Profa. Eleonora d'Orsi, Dra.
UFSC

Profa. Ione Jayce Ceola Schneider, Dra.
UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Profa. Marta Inês Verdi
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Profa. Francieli Cembranel, Dra.
Orientadora

Florianópolis

2023

RESUMO

Introdução: O excesso de peso é definido como excesso de gordura corporal, podendo ser diagnosticado a partir do cálculo do índice de massa corporal (IMC). De acordo com o IMC, valores iguais ou maiores a 25,0 e a 27,0 kg/m² são indicativos desse desfecho conforme proposto pela World Health Organization (WHO) e Lipschitz, respectivamente. Enquanto a alimentação do tipo *Western Diet* é apontada como um dos principais fatores de risco para o ganho excessivo de peso, a dieta Mediterrânea, um padrão alimentar típico das civilizações longevas da costa do mediterrâneo na Grécia e Itália, é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis do mundo com capacidade de proteção do excesso de peso, por abranger em sua matriz alimentar alimentos frescos como frutas e hortaliças, sementes oleaginosas, azeite de oliva, grãos integrais, vinho tinto e peixes, e quantidades moderadas a restritas de outros alimentos, como carnes vermelhas e seus derivados, produtos de panificação e frituras, refrigerantes e ultraprocessados em geral.

Objetivo: Avaliar a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com amostra de 122 indivíduos, de ambos os sexos, de idade superior ou igual a 50 anos. Os participantes foram recrutados de forma não probabilística por conveniência, utilizando-se um questionário online divulgado nas mídias sociais do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e de outros NETI do país. O desfecho em estudo foi o excesso de peso avaliado pelo IMC, calculado a partir de dados autorreferidos de peso e altura e também categórica dicotômica (sim; não) usando os pontos de corte da WHO e de Lipschitz. A exposição foi a adesão à dieta Mediterrânea, avaliada pelo “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*”. A partir do conjunto de respostas foi gerado um escore de pontuação de adesão à dieta Mediterrânea, o qual foi mensurado como variável contínua (pontuação média no escore) e também categórica politômica (baixa adesão: 0-5 pontos; adesão intermediária: 6-9 pontos; e alta adesão: 10-14 pontos). Para avaliar a associação entre a exposição e os desfechos foi utilizada a regressão de Poisson em dois modelos de análise (1) Regressão de Poisson Bruta (RP bruta) e (2) Regressão de Poisson Ajustada (RP ajustada) para sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool, atividade física e tempo diário despendido com alimentação. **Resultados:** Os resultados obtidos mostraram 49,1% dos participantes com excesso de peso pela classificação de Lipschitz e 71,3% pela classificação da WHO. Ao avaliar a adesão à

dieta Mediterrânea apenas 17,2% dos participantes apresentaram alta adesão e entre aqueles com excesso de peso, a baixa pontuação no escore de adesão foi mais baixa do que entre aqueles sem este desfecho (dos participantes com excesso de peso pela classificação de Lipschitz 54,4% apresentaram baixa adesão, assim como 46,4% dos participantes com excesso de peso pela classificação da WHO). No que diz respeito à associação entre o excesso de peso e o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, observou-se que a cada aumento de um ponto no escore de adesão, houve uma redução no excesso de peso de 5,9% e de 6,2%, pelos pontos de corte de Lipschitz e da WHO, respectivamente. **Conclusão:** Conclui-se que a alta adesão ao padrão alimentar mediterrâneo associou-se com o benefício de uma menor prevalência de excesso de peso. Assim, propomos que novos estudos em caráter probabilístico venham a ser realizados, visando o critério de consistência de Austin Bradford Hill, para então incentivar o estímulo a uma alimentação compatível com o padrão alimentar Mediterrâneo com vistas a manejar o excesso de peso no nível coletivo.

Palavras-chave: dieta Mediterrânea; excesso de peso, adultos; idosos; estilo de vida saudável; estudo transversal.

ABSTRACT

Introduction: Overweight is defined as excess body fat and can be diagnosed by calculating the body mass index (BMI). According to BMI, values equal to or greater than 25.0 and 27.0 kg/m² are indicative of this outcome, as proposed by the World Health Organization (WHO) and Lipschitz, respectively. While the Western Diet is identified as one of the main risk factors for excessive weight gain, the Mediterranean diet, a typical dietary pattern of the long-lived civilizations of the Mediterranean coast in Greece and Italy, is considered one of the healthiest dietary patterns in the world with the capacity to protect against excess weight, because its dietary matrix includes fresh foods such as fruit and vegetables, oilseeds, olive oil, whole grains, red wine and fish, and moderate to restricted quantities of other foods such as red meat and its derivatives, bakery products and fried foods, soft drinks and ultra-processed foods in general. **Objective:** To assess the association between adherence to the Mediterranean dietary pattern and excess weight in people aged 50 and over. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out with a sample of 122 individuals of both sexes aged 50 or over. Participants were recruited on a non-probabilistic basis for convenience, using an online questionnaire published on the social media of the Third Age Studies Center (NETI) of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) and other NETIs in the country. The outcome under study was overweight assessed by BMI, calculated from self-reported weight and height data and also dichotomous categorical (yes; no) using the WHO and Lipschitz cut-off points. The exposure was adherence to the Mediterranean diet, assessed by the "Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence". A Mediterranean diet adherence score was generated from the set of answers, which was measured as a continuous variable (mean score) and also as a polytomous categorical variable (low adherence: 0-5 points; intermediate adherence: 6-9 points; and high adherence: 10-14 points). To assess the association between exposure and outcomes, Poisson regression was used in two analysis models (1) crude Poisson regression (crude PR) and (2) adjusted Poisson regression (adjusted PR) for gender, age, skin color, schooling, smoking, alcohol intake, physical activity and daily time spent eating. **Results:** The results obtained showed 49.1% of participants were overweight according to the Lipschitz classification and 71.3% according to the WHO classification. When assessing adherence to the Mediterranean diet, only 17.2% of the participants showed high adherence and among those who were overweight, the low score on the adherence score was lower than among those without

this outcome (of the participants who were overweight according to the Lipschitz classification, 54.4% showed low adherence, as did 46.4% of the participants who were overweight according to the WHO classification). With regard to the association between overweight and the adherence score to the Mediterranean dietary pattern, it was observed that for each one-point increase in the adherence score, there was a reduction in overweight of 5.9% and 6.2%, according to the Lipschitz and WHO cut-off points, respectively. **Conclusion:** We conclude that high adherence to the Mediterranean dietary pattern was associated with the benefit of a lower prevalence of overweight. We therefore propose that further probabilistic studies be carried out, using the Austin Bradford Hill consistency criterion, in order to encourage people to eat a diet compatible with the Mediterranean dietary pattern with a view to managing excess weight at a collective level.

Keywords: Mediterranean diet; overweight, adults; elderly; healthy lifestyle; cross-sectional study.

LISTA DE FIGURAS DA DISSERTAÇÃO

Figura 1 - Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo - Brasil - Períodos 1974-1975, 1989 e 2008-2009	29
Figura 2 - Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta com 20 anos ou mais de idade - Brasil - Períodos 2002-2003 a 2019.....	29
Figura 3 - Prevalência de excesso de peso e obesidade na população adulta com 20 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - Períodos 2002-2003 a 2019.....	30
Figura 4 - Prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta com 18 anos ou mais de idade segundo o Consenso Latino-Americano de Obesidade (2015)	31
Figura 5 - Prevalência de adultos, com 18 anos de idade ou mais, com sobrepeso ou obesidade no mundo, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países.....	32
Figura 6 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	50

LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO

Figura 1 - <i>Box plot</i> da distribuição do Índice de Massa Corporal (Kg/m^2) segundo categorias do Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, 2022.....	73
Figura 2A - <i>Box plot</i> da distribuição do Índice de Massa Corporal (Kg/m^2) segundo categorias do tempo diário gasto com alimentação. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, 2021-2022.....	83
Figura 2B - Associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o índice de massa corporal, estratificada pelo tempo diário gasto com alimentação. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, 2021-2022.....	84

LISTA DE QUADROS DA DISSERTAÇÃO

Quadro 1. Resultado da busca sistemática de artigos para a elaboração do referencial teórico da presente dissertação.....	20
Quadro 2. Prevalência de excesso de peso em adultos, estimativa padronizada por idade, segundo a Organização Mundial da Saúde, 2016.....	27
Quadro 3. Percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade com excesso de peso (%) no Brasil em 2019.....	28
Quadro 4. Instrumento “ <i>Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence</i> ” proposto por Martínez-González e colaboradores (2012) para avaliar a adesão à Dieta Mediterrânea, traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014).....	41
Quadro 5. Artigos que exploraram a associação entre o escore de adesão à dieta Mediterrânea e o excesso de peso em adultos e idosos de ambos os sexos. Resultados da busca sistemática na literatura científica até fevereiro de 2023.....	45
Quadro 6: Descrição das variáveis do estudo.....	57

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e de estado nutricional dos participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021/2022)”.....	68
Tabela 2. Descrição da adesão total e individual a cada um dos 14 itens que compõem o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo* pelos participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.....	70
Tabela 3. Descrição da adesão total e individual a cada um dos 14 itens que compõem o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo*, segundo as classificações do Excesso de Peso. Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso, 2022.....	72
Tabela 4. Associação entre o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo e Excesso de Peso entre participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
AMB	Área Muscular do Braço
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CC	Circunferência da Cintura
CMB	Circunferência Muscular do Braço
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FSTA	<i>Food Science and Technology Abstracts</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OATD	<i>Open Access Theses and Dissertations</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSS	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PQDT	<i>ProQuest Dissertations & Theses Global</i>
RCQ	Relação Cintura Quadril
VIGITEL Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

LISTA DE TERMOS RELEVANTES PARA A PESQUISA

Dieta mediterrânea: A dieta Mediterrânea é um padrão alimentar típico dos povos da costa do Mar Mediterrâneo, caracterizada pela predominância de alimentos como grãos integrais, peixes de água salgada, frutas e vegetais frescos, azeite de oliva, sementes oleaginosas, vinho tinto e pouca ou nenhuma quantidade de refrigerantes, carne vermelha e embutidos, manteiga/margarina, produtos de panificação e ultraprocessados (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2012). Diversas formas de avaliação são usadas para medir a adesão aos itens alimentares que compõem esse padrão, todavia, até o presente momento só há um instrumento traduzido e validado para o português e que foi adotado por este estudo, o instrumento “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*” de 14 itens de Martinez-González e colaboradores (2012), traduzido para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014).

Excesso de peso: É definido como excesso de gordura corporal, diagnosticado entre outros meios pelo cálculo do índice de massa corporal (IMC) que considera a divisão do peso em Kg pelo quadrado da altura em metros. Idosos com valores do IMC iguais ou maiores a 25,0 kg/m² e 27, 0 kg/m² são indicativos de excesso de peso, de acordo com a classificação da WHO (1995) e pela classificação de Lipschitz (1994)

Idosos e Adultos mais velhos: No presente estudo, a amostra foi composta por pessoas com 50 anos de idade ou mais, perfazendo assim uma mescla mista de adultos mais velhos e idosos. No Brasil, segundo a Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, idoso é todo indivíduo que possui idade superior ou igual a 60 anos (BRASIL, 2013), enquanto adulto é todo indivíduo na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	19
3.2 EXCESSO DE PESO: DEFINIÇÃO	25
3.3 EPIDEMIOLOGIA DO EXCESSO DE PESO NOS DISTINTOS CONTEXTOS EPIDEMIOLÓGICOS	26
3.4 FATORES ASSOCIADOS AO EXCESSO DE PESO	33
3.5 DIETA MEDITERRÂNEA	39
3.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE DIETA MEDITERRÂNEA E EXCESSO DE PESO	42
3.7 POLÍTICAS DE CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	49
4. JUSTIFICATIVA	52
5. HIPÓTESES	53
6. METODOLOGIA	54
6.1 DELINEAMENTO E INSERÇÃO DO ESTUDO	54
6.1.1 Amostragem	54
6.2 Inserção do presente estudo no projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”	55
6.2.1 Análise dos dados.....	58
6.2.2 Limitações e pontos fortes do presente estudo	58
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
9. REFERÊNCIAS	86
ANEXO A - Questionário completo do projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021-2022)”	98
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.	114
ANEXO C - Termo de aprovação do projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina.	115

1. INTRODUÇÃO

O Brasil se destaca como um dos países com a maior taxa de crescimento da população idosa no mundo (SOAR, 2015). A projeção da World Health Organization (WHO) indica que até 2100 a população mundial deverá alcançar 10,4 bilhões de pessoas com aproximadamente 36% destes com mais de 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; UNITED NATIONS, 2022). Paralelamente ao fenômeno do envelhecimento, dados da WHO mostram o avançar do excesso de peso, estimando que no mundo 39,1% da população com mais de 18 anos já esteja com algum grau de excesso de peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No Brasil, a situação do excesso de peso em adultos e idosos é ainda mais grave, com uma prevalência estimada em 57,2% no ano de 2021 (VIGITEL, 2021).

O excesso de peso definido como excesso de gordura corporal é diagnosticado quando os valores do IMC são iguais ou maiores que $25,0 \text{ kg/m}^2$ e $27,0 \text{ kg/m}^2$ pelas classificações da WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995) e Lipschitz (1994), respectivamente. Cabe destacar que a estratificação do IMC proposta por Lipschitz (1994) se trata de uma classificação específica para idosos, uma vez que considera as diversas mudanças corporais desse agrupamento etário, como diminuição da água corporal, da massa magra e da altura e o aumento da gordura corporal, fato que faz tal classificação se sobressair aos pontos de corte tradicionais da WHO (1995) quando o objetivo é determinar o excesso de peso em idosos (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura científica, tanto o aumento do excesso de peso quanto o envelhecimento populacional são fenômenos que vem sendo construídos entre as civilizações desde a década de 1960, quando a industrialização, a modernização dos modos de vida e o avanço das tecnologias de saúde promoveram ganhos em longevidade do lado positivo, mas o excesso de peso do lado negativo. Sedentarismo e alimentação do tipo *Western Diet* têm sido apontados como as principais causas do ganho excessivo de peso. A dieta ocidental conhecida também como *Western diet* fundamenta-se na alta ingestão de alimentos industrializados que contêm níveis elevados de sódio, açúcar refinado e/ou gorduras do tipo saturadas e trans. Em geral, esses alimentos demandam pouco ou nenhum tempo dedicado ao preparo. Por outro lado, dietas ricas em alimentos integrais ou minimamente processados, com predominância de frutas e vegetais frescos, peixes, azeite de oliva, nozes e castanhas, como visto no padrão alimentar Mediterrâneo, têm sido associadas com menores índices de excesso de peso e um

envelhecimento mais saudável (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; KANAUCHI, M.; KANAUCHI, K., 2016; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; ROMAGUERA *et al.*, 2010).

Conforme Ancel Keys, o pesquisador que cunhou o termo “Dieta Mediterrânea” na década de 1960, os benefícios desse padrão alimentar, tanto em relação ao ganho de peso quanto ao envelhecimento bem sucedido e a ocorrência de outras doenças crônicas, se deve à qualidade dos nutrientes que compõem a matriz alimentar mediterrânea, rica em antioxidantes e da qual alimentos e ingredientes culinários considerados gatilhos para esses problemas não fazem parte (KEYS, A. 1970, KEYS, A.1975; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, et al. 2012).

Apesar desses benefícios, para autores como Vilarnau e colaboradores (2019), no mundo ainda é baixa a adesão à dieta Mediterrânea, até entre os próprios países do mediterrâneo devido a predominância da alimentação do tipo *Western Diet*. No Brasil, esse cenário também não é diferente, mas como o padrão alimentar típico do brasileiro guarda relativa semelhança com a dieta Mediterrânea, este estudo teve como objetivo compreender se também em nosso meio, existe associação entre a maior adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e menores índices de excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- 1) Descrever a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo pela amostra em estudo;
- 2) Descrever a adesão a cada item específico do padrão alimentar Mediterrâneo;
- 3) Descrever a prevalência de excesso de peso na amostra considerando dois pontos de corte diferentes, a saber o da WHO e o de Lipschitz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995, LIPSCHITZ, 1994);
- 4) Analisar a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Descreve-se no Quadro 1 as bases bibliográficas consultadas para a elaboração do referencial teórico da presente dissertação, incluindo-se as estratégias de busca utilizadas, o resultado com o total de artigos resgatados em cada base, e o total de referências de fato compatíveis com o objetivo geral do estudo. A busca nas respectivas bases apresentadas no quadro a seguir foi realizada em agosto de 2022. Os critérios de inclusão considerados foram: estudos envolvendo adultos mais velhos e idosos, estudos que descrevem a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo independentemente do instrumento utilizado e estudos que tinham como desfecho o excesso de peso ou a combinação de sobrepeso com a obesidade. Todos os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão mencionados foram excluídos.

Quadro 1. Resultado da busca sistemática de artigos para a elaboração do referencial teórico da presente dissertação

Base bibliográfica eletrônica	Estratégia de busca usada	Referências identificadas nas bases de dados	Referências selecionadas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão
Pubmed/MEDLINE	("Diet, Mediterranean"[Mesh] OR "Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight"[Mesh] OR "Overweight" OR "Obesity"[Mesh] OR "Obesity") AND ("Adult"[Mesh] OR "Adult" OR "Adults" OR "Aged"[Mesh] OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	703	1
Embase (Elsevier)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	250	2
CINAHL (EBSCO)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	262	7
Cochrane Library	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	414	0

Fonte: elaborado pelos autores

(continuação)

Base bibliográfica eletrônica	Estratégia de busca usada	Referências identificadas nas bases de dados	Referências selecionadas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão
Web of Science (Clarivate Analytics)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	1.143	0
FSTA - Food Science and Technology Abstracts (EBSCO)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	592	1
LILACS / BDEFN / MOSAICO	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet" OR "Dieta Mediterrânea" OR "Dieta do Mediterrâneo" OR "Dieta Mediterrânica" OR "alimentación mediterránea") AND ("Overweight" OR "Obesity" OR "Sobrepeso" OR "excesso de peso" OR "Obesidade" OR "Obesidad") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults" OR Adult* OR Idos* OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade")	8	0
SciELO	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet" OR "Dieta Mediterrânea" OR "Dieta do Mediterrâneo" OR "Dieta Mediterrânica" OR "alimentación mediterránea") AND ("Overweight" OR "Obesity" OR "Sobrepeso" OR "excesso de peso" OR "Obesidade" OR "Obesidad") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults" OR Adult* OR Idos* OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade")	28	1

Fonte: elaborado pelos autores

(continuação)

Base bibliográfica eletrônica	Estratégia de busca usada	Referências identificadas nas bases de dados	Referências selecionadas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão
Redalyc	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet" OR "Dieta Mediterrânea" OR "Dieta do Mediterrâneo" OR "Dieta Mediterrânica" OR "alimentación mediterránea") AND ("Overweight" OR "Obesity" OR "Sobrepeso" OR "excesso de peso" OR "Obesidade" OR "Obesidad") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults" OR Adult* OR Idos* OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade")	355	0
ProQuest Dissertations & Theses Global (PQDT Global)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults") noft(("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults"))	28	0
NDLTD	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	22	0

Fonte: elaborado pelos autores

(continuação)

Base bibliográfica eletrônica	Estratégia de busca usada	Referências identificadas nas bases de dados	Referências selecionadas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão
Open Access Theses and Dissertations (OATD)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	18	0
Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES)	("Dieta Mediterrânea" OR "Dieta do Mediterrâneo" OR "Dieta Mediterrânica") AND ("Sobrepeso" OR "excesso de peso" OR "Obesidade") AND ("Adulto" OR "Idoso" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR "Adultos" OR "Idosos" OR "Adulta" OR "Idosa")	0	0
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet" OR "Dieta Mediterrânea" OR "Dieta do Mediterrâneo" OR "Dieta Mediterrânica" OR "alimentación mediterránea") AND ("Overweight" OR "Obesity" OR "Sobrepeso" OR "excesso de peso" OR "Obesidade" OR "Obesidad") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults" OR Adult* OR Idos* OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade")	2	0

Fonte: elaborado pelos autores

(continuação)

Base bibliográfica eletrônica	Estratégia de busca usada	Referências identificadas nas bases de dados	Referências selecionadas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão
Google Acadêmico	("Mediterranean Diet" OR "Dieta Mediterrânea" OR "alimentación mediterrânea") AND ("Overweight" OR "Obesity" OR "excesso de peso" OR "Obesidade" OR "Obesidad") AND ("Adult" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults" OR Adult* OR Idos*)	19.800	1
Scopus (Elsevier)	("Mediterranean Diet" OR "Mediterranean Diets" OR "Medidiet" OR "MedDiet") AND ("Overweight" OR "Obesity") AND ("Adult" OR "Adults" OR "Aged" OR "Elderly" OR "Older Adult" OR "Older Adults")	1.429	0

Fonte: elaborado pelos autores

Conforme o Quadro 1, a busca de artigos científicos nas dezesseis distintas bases de dados resultou em um total de 5454 estudos. Especificamente no Google acadêmico, foi feita uma busca livre devido à quantidade elevada (19.800) de estudos disponibilizados o que resultou na escolha de um artigo referente ao tema. O total de cada base foi exportado para o gerenciador bibliográfico *Mendeley*, onde foram excluídos os estudos duplicados (2413) e todos aqueles divergentes do objetivo geral após a leitura dos títulos e resumos, e do próprio texto na íntegra quando necessário. Ao final deste processo de seleção, cinco estudos foram selecionados para embasar o estado da arte referente à associação do escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais. Adicionalmente, outras 161 referências também foram selecionadas por apresentarem alguma relação com o conteúdo teórico das sessões que compõem o referencial teórico, uma vez que exploravam a dieta Mediterrânea, ou o excesso de peso, ou os fatores predisponentes do desfecho. Assim, a partir da sessão 3.2, apresenta-se a definição do excesso de peso, seguido da epidemiologia (3.3), fatores associados (3.4), a definição da dieta mediterrânea (3.5), o estado da arte entre a adesão à dieta mediterrânea e o excesso de peso (3.6), e as políticas de controle e promoção da saúde (3.7).

3.2 EXCESSO DE PESO: DEFINIÇÃO

O excesso de peso é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, cujas causas incluem ingestão alimentar de má qualidade nutricional, insuficiência de atividade física, aspectos genéticos e culturais, entre outros (SOUZA *et al.*, 2021).

O excesso de peso significa que há mais gordura no corpo do que o ideal para a manutenção da saúde, e um dos métodos para seu diagnóstico trata-se do cálculo do IMC (Fórmula do IMC: $\text{peso(Kg)/altura (m)}^2 = \text{IMC kg/m}^2$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A partir do cálculo, os resultados do IMC são estratificados em pontos de corte. Valores de IMC maiores ou igual a 25 kg/m² são indicativos de excesso de peso para todo o conjunto de indivíduos com 18 anos de idade ou mais de acordo com a WHO (1995). Para pesquisadores como Lipschitz (1994), o excesso de peso é considerado presente quando os valores do IMC são maiores que 27 kg/m². Vale ressaltar que a classificação de Lipschitz (1994) é específica para idosos (60 anos ou mais), enquanto a da WHO abrange tanto adultos quanto idosos.

Tendo em vista a facilidade de cálculo, é possível afirmar que o IMC se constitui em um indicador prático e simples e em um dos mais utilizados para avaliar o excesso de gordura

corporal. Todavia é importante ressaltar que o IMC não é um indicador que possibilita distinguir massa magra de massa gorda, e tampouco é capaz de explicitar a distribuição da gordura corporal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA (ABESO), 2016). Mesmo assim, diversos são os estudos na literatura que utilizam a classificação de Lipschitz (1994) para avaliar o estado nutricional de idosos (CARDOZO *et al.*, 2017; GOMES; GRANCIERO, 2017; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016; SALGUEIRO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2015).

Adicionalmente aos pontos de corte descritos, vale destacar que segundo ainda a classificação da WHO (1995), valores de IMC entre 25,0 kg/m² e 29,99 kg/m² são indicativos de sobrepeso, e valores superiores ou iguais a 30,0 kg/m² indicam obesidade. Esse conhecimento é importante porque muitas vezes pesquisadores utilizam a soma do sobrepeso e da obesidade para referir-se ao excesso de peso, ou seja, como uma definição intercambiável.

Além dos dados de peso e altura, outros indicadores antropométricos também podem ser utilizados para avaliar o estado nutricional, seja para a avaliação do sobrepeso/obesidade ou da distribuição da gordura corporal, a saber a Relação Cintura Quadril (RCQ), a Circunferência Muscular do Braço (CMB), a Área Muscular do Braço (AMB), a gordura corporal relativa (CORTEZ; CARMO DE CARVALHO E MARTINS, 2012) e a Circunferência da Cintura (CC) (SOARES *et al.*, 2016).

3.3 EPIDEMIOLOGIA DO EXCESSO DE PESO NOS DISTINTOS CONTEXTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Embora um dos objetivos do presente capítulo seja descrever a prevalência de excesso de peso no âmbito mundial, de continentes/regiões e a nível nacional, a literatura revisada possibilitou identificar que são poucos os estudos já publicados que avaliaram de fato o “excesso de peso” como desfecho. A maioria se refere ao sobrepeso e a obesidade. Portanto, dados sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade também serão apresentados neste capítulo considerando que juntos compõem o que se define como excesso de peso.

Segundo o relatório “*World Population Prospects 2022*” estima-se que a população mundial atingirá 9,5 bilhões de pessoas em 2050 e 10,4 bilhões de pessoas em 2100, visto as características atuais da transição demográfica no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; UNITED NATIONS, 2022). Desse contingente, conforme dados da WHO (2016) (Quadro 2), em média 38,9% apresentam algum grau de excesso de peso na

idade adulta. Dentre os continentes, a América é a que apresenta a maior prevalência (62,5%), seguida da Europa (58,7%) e da Região do Mediterrâneo Oriental (49%). Observa-se que na Europa e na América o sexo masculino é o mais afetado pelo excesso de peso, enquanto na região do Mediterrâneo Oriental é o sexo feminino.

Quadro 2. Prevalência de excesso de peso em adultos, estimativa padronizada por idade, segundo a World Health Organization, 2016

Regiões da WHO	Prevalência de excesso de peso entre adultos, IMC \geq 25 (estimativa padronizada por idade) (%)		
	2016		
	18 anos +		
	Ambos os sexos	Masculino	Feminino
Global	38,9 (37,5-40,3)	38,5 (36,5-40,6)	39,2 (37,3-41,1)
África	31,1 (29,2-33,1)	22,8 (20,1-25,7)	38,8 (36,2-41,7)
América	62,5 (60,5-64,5)	64,1 (61,3-66,9)	60,9 (58,1-63,8)
Sudeste Asiático	21,9 (19,7-24,3)	19,7 (16,5-23,1)	24,1 (21,0-27,4)
Europa	58,7 (56,9-60,5)	63,1 (60,7-65,6)	54,3 (51,7-56,9)
Mediterrâneo Oriental	49,0 (46,8-51,2)	45,4 (42,2-48,7)	52,6 (49,6-55,7)
Pacífico Ocidental	31,7 (28,8-34,7)	33,7 (29,3-38,3)	29,6 (25,8-33,4)

Fonte: World Health Organization, 2016

No âmbito nacional, os percentuais de excesso de peso no ano de 2019 vistos entre brasileiros com 18 anos de idade ou mais (adultos e idosos) são apresentados no Quadro 3. A prevalência deste desfecho na população em geral foi estimada em 60,3%, e quando estratificada mostrou-se maior nas mulheres (62,6%) do que entre os homens (57,5%). Especificamente para a população idosa com 60 anos de idade ou mais, a prevalência de excesso de peso foi de 64,4%, sendo 63,3% entre os homens e 65,3% entre as mulheres (PNS, 2019).

Quanto à tendência temporal, as Figuras 1, 2 e 3 mostram que desde a década de 1970 as prevalências do excesso de peso têm progressivamente aumentado entre a população brasileira, passando de 18,5% em 1974-1985 para 61,7% em 2019. Especificamente no sexo masculino a prevalência do excesso de peso passou de 18,5% em 1974-1985 para 63,3% em 2019, enquanto no sexo feminino a prevalência aumentou de 28,7% para 60% em 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1974-1975; PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO (PNSS), 1989; PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (POF), 2002-2003; 2008-2009).

A respeito da obesidade, observou-se uma prevalência de 22,4% na população em

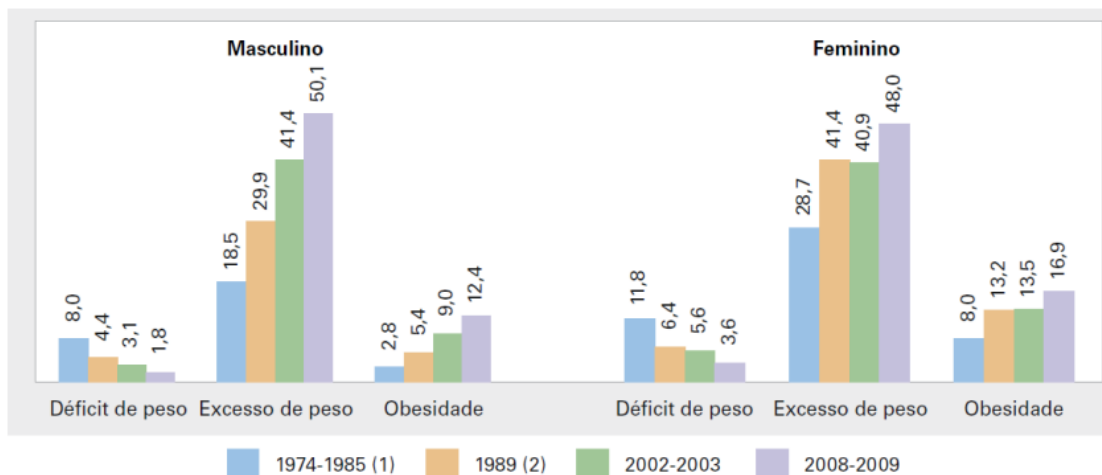
geral com um aumento progressivo conforme a idade passando de 12,2% (18 a 24 anos) para 26,2% (55 a 64 anos) e diminuindo nos idosos mais velhos (65 anos ou mais) sendo 21,8%. Especificamente no sexo feminino (com 18 anos ou mais), observou-se uma maior prevalência (22,6%) quando comparada com o sexo masculino (22%) (VIGITEL, 2021).

Em relação à distribuição geográfica, considerando as capitais brasileiras e o Distrito Federal, Porto Velho apresentou a maior prevalência deste indicador (26,4%) e também de excesso de peso (64,4%), enquanto a menor prevalência de obesidade foi identificada em Vitória (17,9%). No conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, houve predomínio da obesidade entre as mulheres e na faixa etária dos 45 a 54 anos de idade em ambos os sexos (VIGITEL, 2021).

Quadro 3. Percentual de pessoas com 18 anos ou mais de idade com excesso de peso (%) no Brasil em 2019

Brasil			
Ano - 2019			
Grupos de idade	Sexo		
	Total	Homens	Mulheres
Total	60,3	57,5	62,6
18 a 24 anos	33,7	25,7	41,7
25 a 39 anos	57,6	58,3	57
40 a 59 anos	70,3	67,1	73,1
60 anos ou mais	64,4	63,3	65,3
Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde (2019)			
Os indicadores de estado nutricional foram calculados de acordo com as recomendações da <i>World Health Organization</i> (WHO) para avaliação do perfil antropométrico nutricional de adultos, conforme detalhado na Nota técnica 01/2021 da Pesquisa.			

Figura 1: Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2008-2009



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975 e Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989.

Nota: Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população adulta brasileira em 2008-2009.

(1) Exclui as áreas rurais das Regiões Norte e Centro Oeste. (2) Exclui a área rural da Região Norte.

Figura 2: Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta com 20 anos ou mais de idade - Brasil - Períodos 2002-2003 a 2019



Fontes: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009
Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e Pesquisa Nacional de Saúde 2019



Figura 3: Prevalência de excesso de peso e obesidade na população adulta com 20 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - Períodos 2002-2003 a 2019



No quesito comparação entre países, a publicação “*The World Factbook (2016)*”, da Agência Central de Inteligência (CIA) na América, elenca os Estados Unidos como o país com a maior prevalência de obesidade (36,2%) nas Américas, seguido das Bahamas (31,6%) e do Canadá (29,4%). Especificamente para a América-Latina, os três países com a maior prevalência de obesidade são México (28,9%), Argentina (28,3%) e Chile (28%). De acordo ainda com a mesma publicação, na América Latina o Brasil se encontra na 8ª posição, e ocupa a 82ª (22,1%) posição mundial.

Figura 4: Prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta com 18 anos ou mais de idade segundo o Consenso Latino-Americano de Obesidade (2015)

Declaración de Recife, Reporte del Euro monitor, OMS y Encuestas Nacionales sobre los porcentajes de sobrepeso y obesidad en adultos en Latinoamérica ^(*)			
Pais	Obesidad	Sobrepeso	Total
Argentina	19,2%	32,6%	51,8%
Bolivia	32,2%	37,6%	69,8%
Brasil	20,9%	32,7%	53,6%
Costa Rica	26,2%	38,5%	64,2%
Colombia	25,3%	38,8%	64,1%
Chile	27,1%	38,4%	65,5%
Cuba	15,0%	29,8%	44,8%
Guatemala	21,0%	54,0%	75,0%
Ecuador	14,2%	36,7%	50,9%
El Salvador	23,0%	37,0%	60,0%
Perú	17,5%	34,7%	52,2%
Paraguay	22,0%	35,0%	57,0%
Panamá	25,0%	36,5%	61,5%
República Dominicana	27,1%	37,5%	64,6%
México	32,2%	36,9%	69,1%
Nicaragua	28,3%	36,5%	64,8%
Uruguay	27,6%	37,2%	64,8%
Venezuela	26,3%	34,0%	60,3%
Honduras	19,2%	57,4%	76,6%

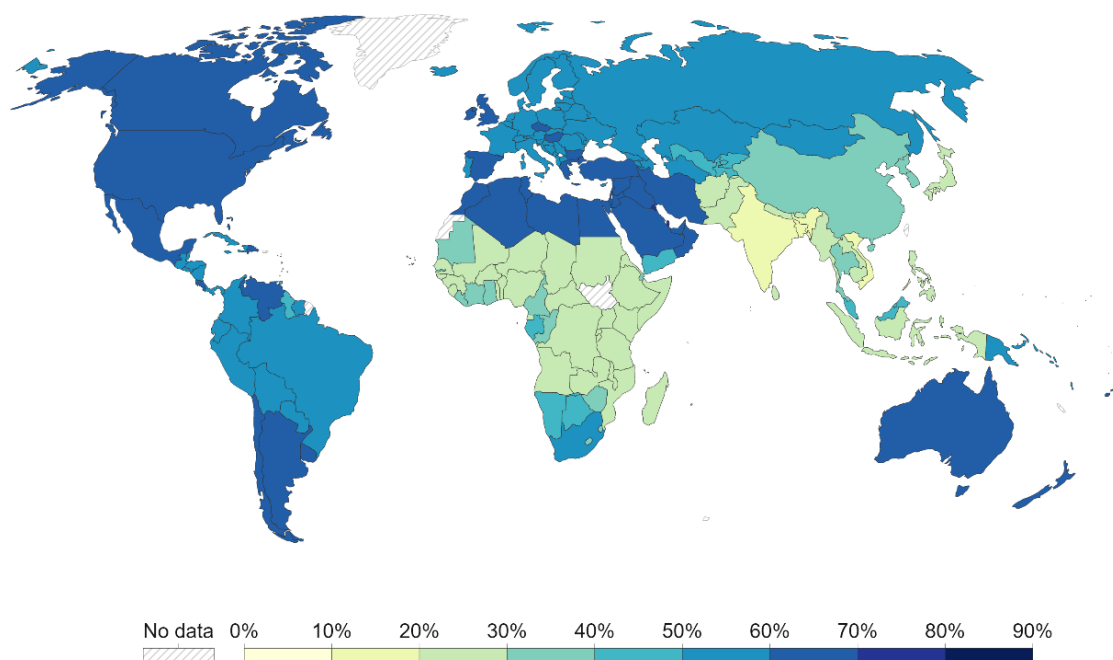
Fonte: II Consenso Latino-Americano de Obesidade, 2017

No tocante ao excesso de peso medido indiretamente como somatório do sobrepeso e obesidade, o Consenso Latino-Americano de Obesidade (2015) aponta Honduras como o país com a maior prevalência de obesidade (76,6%), seguido da Guatemala (75%) e da Bolívia (69,8%). Nesse ranking, o Brasil aparece na 15ª posição com uma prevalência estimada em 53,6%.

Adicionalmente a esses dados, estudo conduzido por Carmen (2015) que teve como

objetivo analisar a prevalência de excesso de peso em adultos de países com diferentes graus de desenvolvimento, observou que em países com maior Produto Interno Bruto (PIB) e populações compostas na sua maioria por idosos e com áreas mais urbanizadas, a prevalência do excesso de peso mostrou tendência de ser maior (NG, 2015). A Figura 5 de forma a complementar tal estatística também mostra maior prevalência sobrepeso/obesidade (superior a 50%) em países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado (por exemplo países como Austrália, Brasil, Estados Unidos, Argentina, entre outros) e um menor percentual de sobrepeso/obesidade (abaixo de 50%) em regiões com um IDH médio/baixo (por exemplo países como Benim, Costa do Marfim, Congo, Angola, entre outros).

Figura 5: Prevalência de adultos, com 18 anos de idade ou mais, com sobrepeso e obesidade no mundo, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos países



Source: WHO, Global Health Observatory

OurWorldInData.org/obesity • CC BY

Fonte: World Health Organization, 2016

De acordo com a WHO, a preocupação com esse avançar do excesso de peso no mundo nas últimas décadas não se deve apenas à carga de morbidade em si relacionada a este desfecho, mas ao fato de que o excesso de peso ou seu desmembramento em sobrepeso e obesidade estão relacionados a uma alta taxa de mortalidade no mundo todo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Em 2017, por exemplo, mais de 4,7 milhões de óbitos (2,4 milhões em mulheres e 2,3 milhões em homens) foram atribuídos ao excesso de peso

(DAI *et al.* 2020). No Brasil, estudo publicado em 2019 por Racabow, Azeredo e Rezende estimou que 30.715 mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) poderiam ser prevenidas no país apenas com a redução de 1,0 kg/m² no IMC, o que representaria 4,6% das mortes por DCNT e 2,7% do total de mortes naquele ano.

Uma revisão sistemática de 18 estudos publicada em 2019 com o objetivo de determinar a prevalência de obesidade em adultos mais velhos (maior de 50 anos) (N=29.943 pessoas) identificou como resultado uma prevalência de 21,4% (VAISI-RAYGANI *et al.*, 2019). Dados semelhantes foram encontrados também por um estudo transversal com amostra pontual de 401 pessoas da Líbia entre 20 e 65 anos de idade. Os autores observaram que a prevalência de obesidade entre adultos foi de 42,4%, enquanto a prevalência de sobrepeso foi de 32,9%. As maiores taxas observadas foram de obesidade em adultos de meia-idade do sexo feminino com idade entre 40 e 49 anos (38%) e em idosas de 60 a 65 anos (25%). Já no sexo masculino constatou-se o contrário visto que as maiores taxas de obesidade foram em idosos de 60 a 65 anos (52%) e em adultos de meia-idade de 40 a 49 anos (32%) (LEMAMSHA; RANDHAWA; PAPADOPOULOS, 2019).

Em um relatório com dados dos Estados Unidos sobre a prevalência de obesidade e obesidade grave entre adultos no período de 2017-2018, divulgou-se que a faixa etária com maior prevalência deste desfecho foi a de adultos mais velhos (40 a 59 anos) (44,8%) seguida dos idosos (60 anos ou mais) (42,8%) (HALES *et al.*, 2017). Dados semelhantes foram encontrados em um estudo transversal sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos de 20 países europeus em 2014, na qual constatou-se que os idosos (maior de 60 anos) apresentavam maior prevalência de sobrepeso (42,4%) e obesidade (20,9%) quando comparados aos adultos de meia-idade (40-59 anos) e aos mais jovens (18-39 anos) (MARQUES *et al.*, 2018).

3.4 FATORES ASSOCIADOS AO EXCESSO DE PESO

Diversos são os fatores associados ao excesso de peso, incluindo desde os sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, cor da pele, renda familiar e escolaridade), variáveis comportamentais e relacionadas ao estilo de vida (consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e consumo majoritariamente de alimentos ultraprocessados) e a autopercepção de saúde (VIGITEL, 2021, SANTOS, D. M. Dos; SICHIERI, 2005; LIMA, *et al.* 2022; FARES, *et al.* 2022; ROCHA, *et al.* 2017; ZHANG, *et al.* 2008; SILVA, *et al.* 2011; MENGES, CENI, DALLEPIANE, 2020; SILVA, *et al.* 2011; FONTENELLE, *et al.* 2018;

MKUU, *et al.* 2021; ANDRADE, *et al.* 2022; DINEGRI, *et al.* 2021; TORRES, *et al.* 2022; DAGNE, *et al.* 2019; SILVEIRA, *et al.* 2009; SILVEIRA, POLL, 2016; MORETTI, *et al.* 2014; PALMEIRA, *et al.* 2021; TANG, ZHAO, LI, 2017; CANELLA, *et al.* 2014; SIMÕES, *et al.*, 2018; YUAN, *et al.* 2021; BOTTCHE, 2019; JAKICIC, *et al.* 2018; ANCEL, K. 1970; ANCEL, K. 1975; NOITES, *et al.*, 2015; KANAUCHI, M. KANAUCHI, K. 2016; TRICHOPOLOU, *et al.* 1995; RUWAMAS, *et al.* 2009; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M, A. *et al.* 2012; GERBER, 2006; ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, *et al.*, 2019). A seguir cada um desses fatores é descrito enfatizando sua relação com o excesso de peso:

- **Idade:** Dados da população adulta brasileira mostram que há uma tendência progressiva de aumento do excesso de peso conforme aumenta a idade dos 18 até os 64 anos, diminuindo somente a partir dessa idade em razão das mudanças corporais inerentes ao envelhecimento (VIGITEL, 2021). Tais achados são corroborados também por estudo pontual publicado por Lima e colaboradores (2022), com razões de prevalência passando de 1,49 na faixa etária de 25 a 39 anos para 1,69 na faixa etária de 40 a 49 anos, e diminuindo para 1,37 na idade de 60 anos ou mais. Tais achados podem ser explicados pelo processo de envelhecimento, durante o qual ocorrem mudanças como o acúmulo de gordura visceral ou subcutânea, com perda de massa magra na velhice, repercutindo, portanto, nas mudanças vistas nas prevalências do excesso de peso (SANTOS; SICHIERI, 2005).
- **Sedentarismo:** Estudo transversal realizado com 793 idosos identificou associação positiva entre o comportamento sedentário (maior tempo sentado igual a 6h ou mais) (OR 1,60; IC95% 1,08-2,39) e o excesso de peso medido pela classificação de Lipschitz (IMC > 27kg/m²) (FARES *et al.*, 2012). Tal resultado pode ser explicado pelo elevado consumo de calorias e baixo gasto de energia no sedentarismo, fatores que culminam em balanço energético positivo e conseqüentemente ganho excessivo de peso (ROCHA *et al.* 2017).
- **Escolaridade:** Dados da pesquisa VIGITEL (2021) referentes ao ano de 2020 mostram que a prevalência do excesso de peso no Brasil tende a diminuir com o aumento da escolaridade, sobretudo em mulheres. Por exemplo, na amostra de brasileiros avaliada em 2020, o excesso de peso diminuiu de 64,6% entre as

brasileiras que possuíam de 0 a 8 anos de escolaridade para 47,8% entre aquelas que possuíam 12 ou mais anos de escolaridade. Autores atribuem esse resultado ao fato de que quanto maior a escolaridade maior a renda e, portanto, a capacidade de conhecimento e poder aquisitivo para boas escolhas alimentares com conseqüente impacto no estado nutricional (MENGES; CENI; DALLEPIANE, 2020).

- Renda familiar: De acordo com a literatura científica, a renda alta, sobretudo em homens, constitui-se em um importante preditor do excesso de peso, porque quando desassociada de um alto nível de escolaridade, não leva os sujeitos a fazer melhores escolhas alimentares. O aumento das escolhas alimentares saudáveis só ocorre quando o aumento da renda vem associado ao aumento da escolaridade. No estudo transversal conduzido por Silva e colaboradores (2011), a razão de prevalência de excesso de peso foi de 1,07 (IC95% 1,03-1,12, $p < 0,001$) para a categoria mais alta de renda. Dados similares foram observados por Fontenelle e colaboradores (2018) com amostra de idosos, na qual a maior probabilidade de excesso de peso foi identificada entre pessoas com mais de 10 salários-mínimos quando comparadas com aquelas com rendimentos entre 1 a 5 salários mínimos (valor-p 0,027 para todas as categorias de renda analisadas).
- Estado civil: São consistentes na literatura científica os resultados que evidenciam maior propensão ao excesso de peso entre sujeitos casados. Tal resultado foi encontrado por Mkuu e colaboradores (2021) em um estudo transversal com amostra composta por 4.340 pessoas de 18 a 69 anos (OR 1,78; IC95% 1,19-2,66; $p < 0,005$). Hipotetiza-se que esse achado seja resultado do fato que pessoas com uma situação conjugal estável tem mais facilidade a ter companhia nas refeições, podendo assim comer com mais frequência e/ou também fazer o consumo de alimentos com um teor calórico mais elevado, aumentando, portanto, a probabilidade de ganho de peso (DINEGRI *et al.*, 2021).
- Consumo de álcool: Segundo Zhang e colaboradores (2008), Dagne e colaboradores (2019) e Torres e colaboradores (2022), existe uma associação

positiva entre o consumo de álcool e o sobrepeso/obesidade, resultado este devido à densidade energética alta do álcool quando comparado aos outros macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios) (DAGNE *et al.*, 2019). Assim, quando ingerido com frequência, o álcool aumenta o risco de exceder a necessidade energética diária levando a um balanço energético positivo (TORRES *et al.*, 2022). No estudo transversal conduzido por Zhang e colaboradores (2008) por exemplo, com 6.643 idosos, observou-se uma razão de chances de sobrepeso/obesidade igual a 1,29 (IC95% 1,06-1,57; p 0,011) indicando assim uma probabilidade quase 30% maior deste desfecho entre os consumidores de álcool.

- Tabagismo: Conforme dados encontrados no estudo transversal conduzido por Silveira e colaboradores (2009) com uma amostra de 596 idosos de 60 anos de idade ou mais, existe uma associação positiva principalmente entre ser ex-fumante (RP 1,52, IC95% 1,01-2,10, p=0,036) e ao excesso de peso (considerando ponto de corte do IMC > 27kg/m²). Tal fato justifica-se por um quadro nomeado de compensação psicológica, em que ao parar de fumar, os sujeitos tendem a apresentar uma maior ingestão alimentar e à vista disso ganhar peso de forma excessiva (SILVEIRA; POLL, 2016).
- Autopercepção de saúde: No que diz respeito à autopercepção de saúde, estudo transversal conduzido por Moretti e colaboradores (2014) com uma amostra de 986 pessoas com idade de 18 anos ou mais, identificou associação positiva entre a percepção de saúde autorreferida como ruim/muito ruim e o excesso de peso (OR 2,23; IC95% 1,52-3,27; p<0.001). Acredita-se que este tipo de resultado esteja relacionado ao fato de que estar acima do peso constitui-se em fator imperativo para uma autoavaliação ruim da própria saúde, sobretudo em mulheres devido a imposição social de um corpo magro. Além disso, o componente emocional gerado pela autoestima negativa produz um ciclo vicioso que repercute na manutenção do excesso de peso (PALMEIRA *et al.*, 2021; TANG; ZHAO; LI, 2017).
- Consumo de alimentos ultraprocessados: Conforme estudo publicado por Canella e colaboradores (2014), evidencia-se na literatura científica uma

associação positiva entre a maior disponibilidade domiciliar de alimentos ultraprocessados e a maior prevalência de excesso de peso. Esta conclusão foi emitida pelos autores após a análise de dados de mais de 50.000 brasileiros, identificando-se uma OR de excesso de peso igual a 6,27 (IC95% 4,15-8,39; $p < 0,001$) e de obesidade igual a 3,72 (IC95% 2,5-4,94; $p < 0,001$) no quartil superior de ingestão de ultraprocessados. Segundo Simões e colaboradores (2018) esses achados seriam decorrentes do aumento da participação dos ultraprocessados na dieta dos brasileiros nas últimas duas décadas. Como os ultraprocessados são formulações da indústria de alimentos, ricas em sódio, açúcar e gorduras saturadas/trans, além de altamente calóricos, constituem-se em opções hiperpalatáveis e adicionalmente baratas, chegando assim às casas de todas as classes de renda, e conforme supracitado, com impacto expressivo no ganho de peso.

- Tempo diário gasto com alimentação: Em um estudo transversal publicado por Monsivais e colaboradores (2014), com amostra de 1319 pessoas com idade média de 54 anos, observou-se que dedicar diariamente um tempo ao preparo dos alimentos levou os participantes a apresentarem padrões de consumo de alimentos mais saudáveis e melhor estado nutricional. Por outro lado, resultados de um estudo de revisão conduzido por Roberts e colaboradores (2021), observou que idosos tendem a apresentar um consumo alimentar com porções inadequadas de grupos alimentares saudáveis e nutrientes essenciais, além de um exagero no consumo de alimentos calóricos e pouco nutritivos, favorecendo assim o ganho de peso. Tais achados remetem ao fato de que pessoas que moram sozinhas tendem a limitar o tempo destinado ao preparo de suas refeições e sobretudo a dar preferência a preparações prontas ou semiprontas (PEREIRA; DUARTE; FREITAS, 2021).
- Fatores genéticos: Em uma revisão sistêmica sobre a obesidade, Portela Paz e colaboradores (2017) concluíram que a inativação de genes reguladores do equilíbrio energético pode ocasionar diversos problemas como alterações endócrinas, polifagia, resultando então no excesso de peso/obesidade. Esses fatores genéticos podem ser intensificados por outros fatores como o hipotireoidismo, o alto consumo de calorias e o consumo insuficiente de

micronutrientes como o zinco e a vitamina C (LIMA, 2009; SILVA *et al.*, 2020). Outro fator importante que vale destacar é a experiência nutricional precoce do aleitamento materno durante um período crítico e específico do desenvolvimento da criança, chamada de *imprinting* metabólico (SILVEIRA *et al.*, 2022). O aleitamento materno feito de forma incorreta contribui para o desenvolvimento da obesidade infantil (PENEDO *et al.*, 2023), pois quanto maior é o tempo de aleitamento materno, menor é a chance de desenvolvimento de obesidade na idade adulta (DIAS *et al.*, 2021).

Na contramão desses fatores de risco, a literatura científica também tem dado destaque nas últimas duas décadas a outros fatores como a prática regular de atividade física e a alimentação saudável como protetores do excesso de peso/obesidade.

- Prática regular de atividade física: Conforme a literatura, um fator determinante para a prevenção do excesso de peso trata-se da prática regular de atividade física (BOTTCHEER, 2019). Exemplo disso são os resultados encontrados por Yuan e colaboradores (2021), em um estudo transversal com 23112 participantes incluindo adultos e idosos (50 anos ou mais). Neste estudo observou-se que a prática de atividade física de lazer bem como a intensidade da atividade ocupacional (moderada ou pesada) mostraram-se associadas a redução do sobrepeso/obesidade. Assim, observa-se que a prática de atividade física exerce um impacto considerável no peso e na composição corporal devendo ser considerada como um pilar importante junto com a alimentação no tratamento do sobrepeso/obesidade (JAKICIC *et al.*, 2018).
- Alimentação saudável: Conforme estudo publicado por Fung e colaboradores (2015), com amostra de mais de 140.000 pessoas com idade média de 49,4 anos, observou-se que a alimentação saudável é protetora do ganho excessivo de peso, pois indivíduos que tiveram uma dieta com maior consumo de vegetais, frutas e grãos integrais apresentaram um menor ganho de peso em longo prazo principalmente entre aqueles que estavam com sobrepeso/obesidade. Em um estudo longitudinal conduzido por Souza e colaboradores (2019) com uma amostra de 1702 idosos (60 anos ou mais), ter excesso de peso mostrou-se associado com uma probabilidade 24% menor de

adequação no consumo de frutas, legumes e verduras (FLV). Tais resultados podem ser explicados pelo fato de que uma alimentação baseada no consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, por ser rica em vitaminas e minerais, proteínas e fibras alimentares, exerce efeito protetor sobre o ganho de peso (BRASIL, 2014).

3.5 DIETA MEDITERRÂNEA

A dieta Mediterrânea é considerada por diversos autores como um fator protetor do ganho excessivo de peso, sobretudo na idade adulta e na velhice (BUCKLAND; BACH; SERRA-MAJEM, 2008; EL KINANY *et al.*, 2021; ROMAGUERA *et al.*, 2010).

O termo dieta Mediterrânea foi proposto na década de 1960 pelo pesquisador Ancel Keys, que cientificamente adotou a terminologia “padrão alimentar Mediterrâneo” após ter observado esse padrão de dieta entre os moradores longevos e centenários das regiões mediterrâneas da Grécia e Itália (KEYS, A. 1970; KEYS, A. 1975).

A dieta Mediterrânea trata-se de uma alimentação rica em alimentos *in natura* e integrais, como cereais, leguminosas, sementes oleaginosas, azeitonas, azeite de oliva, frutas e vegetais frescos, vinho tinto, peixes de água salgada, e que pressupõe ainda o consumo moderado de produtos lácteos e um consumo baixo de carnes vermelhas, frituras, produtos de panificação e pastelaria, e industrializados do tipo processados e ultraprocessados (NOITES *et al.*, 2015).

Ao longo dos anos vários instrumentos foram sendo criados para avaliar a adesão das populações ao redor do mundo a este padrão dietético, com predomínio de publicações com amostras de populações de países do Hemisfério Norte. Assim, existem desde instrumentos simplificados com até 14 itens de adesão à dieta mediterrânea, como o *Escore japonês de dieta mediterrânea* (JMD) (13 itens) (KANAUCHI; KANAUCHI, 2016), o *Mediterranean Diet Score* (MDS) (8 itens) (TRICHOPOULOU *et al.*, 1995), o *Modified Mediterranean Diet* (MMD) (EL KINANY *et al.*, 2021), o *Mediterranean-Style Dietary Pattern Score* (MSDPS) (13 itens) (RUMAWAS *et al.*, 2009), o *Mediterranean-Dietary Quality Index* (Med-DQI) (13 itens) (GERBER, 2006), o *Chilean-MDI* (14 itens) (ECHEVERRÍA *et al.*, 2016) e o *Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence* (14 itens) (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2012), até aqueles com mais de 14 e até 100 itens, como o *Energy-restricted Mediterranean Diet Score* (erMedDiet) (17 itens) (ÁLVAREZ-ÁLVAREZ *et al.*, 2019) e o *relative Mediterranean Diet* (rMED) (18 itens) (BUCKLAND *et al.*, 2009).

Destes instrumentos, possui tradução para o português o instrumento “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*” (Quadro 4) proposto por Martínez-González e colaboradores em 2012, traduzido e adaptado por Afonso, Moreira e Oliveira (2014). Trata-se de um instrumento a partir do qual de forma rápida e prática, pode-se determinar se o entrevistado apresenta baixa (0-5 pontos), intermediária (6-9 pontos) ou alta adesão (10-14 pontos) ao padrão alimentar Mediterrâneo, uma vez que as respostas a cada item, se em conformidade com o padrão alimentar Mediterrâneo, recebem um ponto dentro de um escore com âmbito de variação possível de 0 a 14 pontos. Esse instrumento é apresentado de forma completa no Quadro 4.

Quadro 4. Instrumento “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*” proposto por Martínez-González e colaboradores (2012) para avaliar a adesão à Dieta Mediterrânea, traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014).

<i>Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence</i>		Critérios para atribuir 1 ponto
1	Você utiliza azeite de oliva como principal gordura culinária?	Sim
2	Que quantidade de azeite de oliva você consome em um dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	≥ 4 colheres sopa
3	Quantas porções de produtos hortícolas (legumes e verduras) você consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	≥ 2 porções por dia (ou ≥ 1 porção crua ou em salada)
4	Quantas peças de fruta (incluindo sucos de fruta natural) você consome por dia?	≥ 3 por dia
5	Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) você consome por dia? (1 porção: 100-150 g)	< 1 porção por dia
6	Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas você consome por dia? (1 porção: 12 g)	< 1 porção por dia
7	Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas você bebe por dia?	< 1 por dia
8	Quantos copos de vinho você bebe por semana?	≥ 7 copos por semana
9	Quantas porções de leguminosas você consome por semana? (1 porção: 150 g)	≥ 3 por semana
10	Quantas porções de peixe ou marisco você consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	≥ 3 por semana
11	Quantas vezes por semana você consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	< 3 vezes por semana
12	Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) você consome por semana? (1 porção 30 g)	≥ 3 por semana
13	Você consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Sim
14	Quantas vezes por semana você consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	≥ 2 vezes por semana
Score Final		(0 a 14 pontos)
Boa adesão a dieta mediterrânica → Pontuação final ≥ 10		

Fonte: instrumento proposto por Martínez-González et al. (2012), traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014)

Ressalta-se ainda que o instrumento “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*”, especificamente no estudo de Martínez-González e colaboradores em 2012 também foi utilizado com a finalidade de avaliar a relação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e obesidade, perfazendo-se assim em um instrumento importante para os objetivos do presente estudo.

3.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE DIETA MEDITERRÂNEA E EXCESSO DE PESO

No Quadro 6 são apresentados os estudos identificados na literatura científica que previamente a este trabalho avaliaram a associação entre a dieta Mediterrânea e o excesso de peso entre adultos e idosos de distintas áreas geográficas.

Ao total foram identificados cinco estudos, um de coorte e 4 transversais, com participantes de 18 até 89 anos de idade (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; EL KINANY *et al.*, 2021; KANAUCHI; KANAUCHI, 2016; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; ROMAGUERA *et al.*, 2010). Dos estudos, um foi realizado no Chile (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017), um no Marrocos (EL KINANY *et al.*, 2021), um na Grécia (PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006), um no Japão (KANAUCHI; KANAUCHI, 2016) e um em 10 países europeus (Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido) (ROMAGUERA *et al.*, 2010). Verificou-se que a adesão à dieta Mediterrânea foi mensurada por distintos instrumentos, a saber, o “Escore para Dieta Mediterrânea com um intervalo de 0 a 55” (PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006), o “escore Chile-MDI de 14 itens” (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017), o “Escore da Dieta Mediterrânea Modificado (MMD) de 12 itens” (EL KINANY *et al.*, 2021), o “Escore Japonês de Dieta Mediterrânea (JMD) de 13 itens” (KANAUCHI; KANAUCHI, 2016), e o “Escore Relativo da Dieta Mediterrânea (rMED) de 18 itens” (ROMAGUERA *et al.*, 2010). Ressalta-se que o instrumento *Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence* proposto por Martínez-González e colaboradores (2012), o único com tradução para o português, não foi utilizado por nenhum dos cinco estudos supracitados.

Em relação aos desfechos, todos os estudos avaliaram o excesso de peso com base na classificação do IMC proposto pela WHO (1995). Chama a atenção que nenhum dos estudos cujas amostras abrangeram população idosa como um todo ou em parte consideraram utilizar os pontos de corte de IMC propostos por Lipschitz (1994), uma classificação que leva em conta as alterações corporais particulares desse agrupamento etário. Medidas como a relação

cintura-quadril, circunferência da cintura e percentual de gordura corporal também foram utilizadas pelos estudos de Echeverría e colaboradores (2017) e Panagiotakos e colaboradores (2006) como meios adicionais de avaliar o estado nutricional dos participantes em seus estudos.

Quanto à associação entre a adesão à dieta Mediterrânea e o excesso de peso, os cinco estudos analisados identificaram menor probabilidade deste desfecho entre os sujeitos com adesão mais alta ao padrão alimentar Mediterrâneo. Esses resultados são descritos no Quadro 6 juntamente com as características principais de cada um destes estudos (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; EL KINANY *et al.*, 2021; KANAUCHI, M.; KANAUCHI, K., 2016; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; ROMAGUERA *et al.*, 2010)

No estudo de Echeverría e colaboradores (2017), dos 4348 participantes, 34,5% apresentaram baixa adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, 57% apresentaram adesão moderada e 8,5% apresentaram alta adesão. No que diz respeito às associações, observou-se que à medida que a qualidade da dieta diminui de alta adesão (saudável) para baixa adesão (não saudável), a prevalência de excesso de peso passou de 44,8% para 60,9%. Destaca-se que em comparação com a alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, a probabilidade de excesso de peso foi significativamente maior entre indivíduos com adesão moderada (OR 1,58; IC95% 1,41-1,77) e baixa adesão (OR 2,20; IC95% 1,94-2,50).

Similarmente El Kinany e colaboradores (2021), entre os 1492 participantes, 43,57% apresentaram baixa adesão à dieta Mediterrânea, enquanto 56,43% apresentaram alta adesão. No tocante à associação, em comparação com a baixa adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, constatou-se que a alta adesão foi associada a uma probabilidade mais baixa de excesso de peso (OR 0,61 IC95% 0,44-0,84).

Além disso, no estudo de Panagiotakos e colaboradores (2006), participantes que tiveram pontuações mais altas no “Escore de Adesão à Dieta Mediterrânea de 0 a 55 itens” apresentaram razões de chances reduzidas de excesso de peso (OR 0,49; IC95% 0,42-0,56) e de obesidade central (OR 0,41; IC95% 0,35-0,47), indicando, portanto, probabilidades 51% e 59% menores de sobrepeso e obesidade respectivamente, sendo ambos resultados estatisticamente significativos.

No que diz respeito ao estudo de Kanauchi e Kanauchi (2016), a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo foi mensurada como baixa, moderada e alta. Dentre os 1048 participantes do estudo, 29,6% apresentaram baixa adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, 58,8% apresentaram uma adesão moderada e 11,6% apresentaram alta adesão. Em relação às associações, observou-se uma probabilidade reduzida de sobrepeso/obesidade entre os

participantes na categoria mais alta de adesão à dieta Mediterrânea em comparação com a categoria mais baixa. A razão de chances de sobrepeso/obesidade nesse grupo de alta adesão foi de 0,50 (IC95% 0,30-0,85; $p=0,017$). Outro resultado encontrado pelo estudo quando a adesão ao padrão alimentar foi analisada como variável contínua, foi que para cada aumento de dois pontos na média do escore, houve uma redução de 24% na probabilidade de sobrepeso/obesidade com um resultado estatisticamente significativo (OR 0,76; IC95% 0,65-0,90; $p=0,002$).

No estudo de Romaguera e colaboradores (2010), observou-se que aumentos de 2 pontos no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo resultaram em uma probabilidade 3% menor de ter excesso de peso em 5 anos. Ao fazer a comparação com os indivíduos com baixa adesão à dieta Mediterrânea, observou-se que a razão de chance de excesso de peso para indivíduos com adesão média foi de 0,94 (IC95% 0,89-0,99) enquanto para aqueles com alta adesão foi igual a 0,90 (IC95% 0,82-0,96).

Quadro 5: Artigos que exploraram a associação entre o escore de adesão à dieta Mediterrânea e o excesso de peso em adultos e idosos de ambos os sexos. Resultados da busca sistemática na literatura científica até fevereiro de 2023.

Autor (ano)	País	Delineamento do estudo	Tamanho da amostra	Faixa etária e sexo	Exposição	Desfecho	Resultados
Estudo de coorte com participantes de 25 a 70 anos de idade							
ROMAGUERA <i>et al.</i> (2010)	Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido	Coorte	373.803	25-70 anos. Homens e mulheres	Adesão à dieta Mediterrânea avaliada pelo escore Dieta Mediterrânea (rMED) de 18 itens (BUCKLAND <i>et al.</i> , 2009)	Excesso de peso usando a classificação da WHO (1995)	A alta adesão à dieta Mediterrânea foi associada a uma probabilidade menor de apresentar o excesso de peso (OR 0,90, IC95% 0,82-0,96)

Fonte: elaborado pelos autores

(continuação)

Autor (ano)	País	Delineamento do estudo	Tamanho da amostra	Faixa etária e sexo	Exposição	Desfecho	Resultados
Estudos transversais realizados com participantes de 18 anos ou mais de idade incluindo idosos							
PANAGIOTAKOS <i>et al.</i> (2006)	Grécia	Transversal	3042	18-89 anos. Homens e mulheres	Adesão à dieta Mediterrânea avaliada pelo Escore de adesão à dieta Mediterrânea com um intervalo de 0 a 55 itens, desenvolvido pelos próprios autores	Obesidade determinada usando a classificação da WHO (1995)	A maior adesão à dieta Mediterrânea foi associada a uma probabilidade 51% menor de apresentar o excesso de peso (OR 0,49, IC95% 0,42-0,56) e a uma probabilidade 59% menor de apresentar obesidade central (OR 0,41; IC95% 0,35-0,47)
KANAUCHI e KANAUCHI (2016)	Japão	Transversal	1048	18-68 anos. Homens e mulheres	Adesão à dieta Mediterrânea avaliada pelo Escore japonês de adesão à dieta Mediterrânea (JMD) de 13 itens, desenvolvido pelos próprios autores	Excesso de peso determinado usando a classificação da WHO (1995)	A adesão mais alta ao JMD foi significativamente associada a uma probabilidade reduzida de ter excesso de peso (OR 0,50; IC95% 0,30-0,85; p 0,017) em comparação com a categoria de adesão mais baixa
ECHEVERRÍA <i>et al.</i> (2017)	Chile	Transversal	4348	19-85 anos. Homens e mulheres	Adesão à dieta Mediterrânea avaliada pelo escore Chile-MDI de 14 itens (ECHEVERRÍA <i>et al.</i> , 2016)	Excesso de peso determinado usando a classificação da WHO (1995)	À medida que a qualidade da dieta diminui de alta adesão para baixa adesão, a prevalência de excesso de peso passou de 44,8% para 60,9%. Adicionalmente as chances de excesso de peso foram significativamente maiores para indivíduos com adesão moderada (OR 1,58; IC95% 1,41-1,77) e para indivíduos com baixa adesão (OR 2,20; IC95% 1,94-2,50)

Fonte: elaborado pelos autores

(conclusão)

Autor (ano)	País	Delineamento do estudo	Tamanho da amostra	Faixa etária e sexo	Exposição	Desfecho	Resultados
Estudos transversais realizados com participantes de 18 anos ou mais de idade incluindo idosos							
EL KINANY <i>et al.</i> (2021)	Marrocos	Transversal	1492	Idade média 55,60 ± 13,70. Homens e mulheres	Adesão à dieta Mediterrânea avaliada pelo escore da dieta Mediterrânea modificado (MMD) de 12 itens” (EL KINANY <i>et al.</i> , 2021)	Excesso de peso determinado usando a classificação da WHO (1995)	A alta adesão à dieta Mediterrânea foi associada a uma probabilidade 39% menor de apresentar o excesso de peso (OR 0,61, IC95% 0,44-0,84)

Fonte: elaborado pelos autores

Apesar de termos localizado poucos estudos com amostra de adultos mais velhos e idosos, a literatura dispõe de resultados consistentes sobre a associação em estudo em amostras com pessoas mais jovens. No estudo transversal conduzido por Zappalà e colaboradores (2018) com uma amostra de 1814 adultos (18 anos ou mais), observou-se que uma maior adesão à dieta Mediterrânea esteve associada a uma menor probabilidade de ser obeso (OR 0,53; IC 95% 0,32-0,89). Estudo prospectivo realizado na França com 3151 adultos de 45 a 60 anos identificou que a melhor adesão à dieta Mediterrânea foi associada ao menor ganho de peso em participantes do sexo masculino. O instrumento utilizado foi a *Mediterranean Diet Scale* (MDS). Observou-se que a cada aumento de um ponto no escore de adesão a dieta Mediterrânea, houve uma redução de 0,77 quilos nos homens (IC95% -1,06-0,48) e 0,43 quilos nas mulheres (não significativo). Constatou-se também que a prevalência de obesidade foi 28% menor entre os homens que apresentaram maior adesão à dieta Mediterrânea (nos homens: OR 0,72; IC95% 0,59-0,88; nas mulheres: não houve significância na mesma variável, OR 1,04; IC95% 0,83-1,31) (LASSALE *et al.*, 2012). Já na revisão sistêmica de Lotfi e colaboradores (2022), observou-se que nos estudos que investigaram o excesso de peso, a maior adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo foi significativamente associada a uma diminuição do excesso de peso (RR 0,92; IC95% 0,88-0,96), enquanto nos estudos que investigaram a obesidade não houve significância estatística (RR 0,68; IC95% 0,43-1,10). Todavia, a metanálise combinada destes estudos mostrou que a maior adesão à dieta Mediterrânea foi significativamente associada a uma redução de 9% no risco de excesso de peso/obesidade (RR agrupado: 0,91; IC95% 0,88-0,94).

Além das evidências observadas nos artigos supracitados, artigo de revisão de Muscogiuri e colaboradores (2022) ressalta que os benefícios desse padrão alimentar expandem-se para além do excesso de peso e da obesidade. Segundo Muscogiuri e colaboradores (2022) adesões intermediárias à altas ao padrão alimentar Mediterrâneo tem o potencial de melhorar o perfil lipídico, de reduzir a adiposidade abdominal e o risco de doenças cardiovasculares, incluindo fatores de risco cardiometabólicos. Redução no risco de complicações micro e macrovasculares em diabéticos tipo 2 também são observadas, assim como a modulação positiva da microbiota intestinal e do sistema imunológico, além de redução no risco de vários tipos de câncer (cólon, mama, próstata, entre outros) e melhor prognóstico para os casos em tratamento (MUSCOGIURI *et al.*, 2022).

3.7 POLÍTICAS DE CONTROLE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), uma das linhas de ação para a promoção de um envelhecimento saudável está relacionada às políticas públicas e alianças que visam a autonomia e qualidade de vida (OPAS, 2023). Para tanto, as Nações Unidas estabeleceram 17 metas, chamadas de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Figura 6) (ONU, 2023). Desses objetivos, destacam-se os ODS 1, 2, 3 e 12 cujos objetivos são respectivamente “Erradicar a pobreza em todas as formas e em todos os lugares”, “Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável”, “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” e “Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis”. Para tanto o documento incentiva: 1) Defender os marcos legais, políticas e Programas de Segurança Alimentar e Nutricional que já existem, para que sejam respeitados, cumpridos e aperfeiçoados (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), entre outros); 2) Incentivar o consumo de alimentos produzidos com base agroecológica e, preferencialmente sem uso de agrotóxicos; 3) Incentivar o consumo de alimentos da época, valorizando os circuitos locais de produção/comercialização de alimentos; 4) Disseminar a cultura do aproveitamento integral dos alimentos, na comercialização e no consumo de partes consideradas não convencionais na prática alimentar; 5) Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; 6) Respeitar a sazonalidade dos alimentos a fim de auxiliar na produção agroecológica de acordo com os ciclos da natureza (ONU, 2023; CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 3ª Região).

Figura 6: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: ONU (2023)

Adicionalmente aos ODS 1, 2, 3 e 12, a WHO em seu apoio aos países vem incentivando a adoção de outras políticas públicas, como a taxação de bebidas açucaradas, a redução do marketing de alimentos não saudáveis para crianças e a promoção de hábitos alimentares saudáveis (ONU, 2023). Exemplo prático dessas medidas podem ser vistos em estudo como o de Basto-Abreu e colaboradores (2019) publicado com dados do México. Após simular o custo-benefício do imposto sobre bebidas açucaradas, esses autores descobriram que o imposto aplicado no México ao longo de 10 anos levaria a 239.900 casos a menos de obesidade, bem como implicaria na economia de US \$3,98 em custos de saúde por cada dólar gasto na sua implementação. Resultado semelhante também foi observado em um estudo transversal que analisou a implementação do imposto sobre a indústria de refrigerantes no Reino Unido, resultando em uma queda na porcentagem do consumo de bebidas açucaradas de 49% para 15%, com redução dos distintos riscos à saúde decorrentes da exposição ao açúcar (SCARBOROUGH *et al.*, 2020).

No Brasil, uma das ações políticas mais expressivas para o combate ao excesso de peso/obesidade é o Guia Alimentar para a População Brasileira, que apresenta diversas

informações e recomendações sobre alimentação com o objetivo de promover a saúde da população do país (BRASIL, 2014). Além de incentivar o consumo de alimentos *in natura*, minimamente processados, a valorização da cultura alimentar e da preservação socioambiental, o Guia, junto com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) ainda buscam promover o direito a uma alimentação adequada e a melhoria dos modos de viver por meio de ações de promoção da saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018). Cabe ainda destacar a similaridade das recomendações do Guia brasileiro com a dieta Mediterrânea. Além de incentivar o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, como verduras, frutas, carnes de aves e peixes, ovos, grãos integrais, entre outros alimentos típicos do país, e o consumo moderado a limitado de produtos processados e ultraprocessados, o Guia brasileiro assim como a dieta Mediterrânea incentivam o compartilhamento e a apreciação das refeições em família, e o convívio social, características que tornam ambos mais que padrões alimentares, e sim estilos de vida.

4. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se por:

- 1) Seu componente de ineditismo: o presente estudo ao abordar a associação da dieta mediterrânea com o excesso de peso em adultos mais velhos e idosos vem a preencher uma lacuna no conhecimento científico, visto que esta temática além de ser pouco estudada em nível mundial, conforme revisão da literatura realizada até fevereiro de 2023, também é escassa no contexto brasileiro.
- 2) Sua relevância: mesmo se tratando de uma pesquisa preliminar, com amostra não representativa da população brasileira, acreditamos que os achados do presente estudo possuem potencial para contribuir futuramente de forma importante para a prática clínica da Nutrição Baseada em Evidências, assim como para o campo da Saúde Coletiva, tendo em vista a gravidade do atual cenário epidemiológico do excesso de peso no Brasil e no mundo, e que a adesão da população a um padrão alimentar como o Mediterrâneo é fator bastante factível de ser incentivado.

5. HIPÓTESES

Considerando o referencial teórico apresentado, este estudo teve como hipóteses:

1. Hipótese nula (H_0): Não existe diferença na prevalência de excesso de peso, independentemente do método (WHO (1995) ou Lipschitz (1994)), entre quem tem baixa, intermediária ou alta adesão à dieta Mediterrânea.
2. Hipótese alternativa (H_1): Entre participantes com adesão intermediária e alta ao padrão alimentar Mediterrâneo, espera-se observar respectivamente, menor prevalência de excesso de peso do que entre aqueles com baixa adesão.

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO E INSERÇÃO DO ESTUDO

Estudo transversal realizado com uma amostra de 122 indivíduos, de ambos os sexos, de idade igual ou superior a 50 anos, participantes do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.

O projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” teve por objetivo investigar as condições de saúde de adultos mais velhos (> 50 anos) e idosos residentes nos distintos estados do Brasil, a fim de relacioná-las com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor de pele, local de residência, escolaridade, trabalho e renda), nutricionais (score de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo), antropométricas (altura, peso) e comportamentais (consumo de álcool, uso de tabaco, prática regular de atividade física, uso de fármacos, entre outras) (Anexo A).

6.1.1 Amostragem

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, com a seleção iniciando em abril de 2021 e concluindo-se em abril de 2022, sendo os participantes captados em duas etapas. Na primeira etapa os participantes foram convidados a integrar a amostra do estudo por professores que estavam ministrando cursos no âmbito do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI)/Universidade Aberta da Pessoa Idosa (UNAPI) da Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC). Na segunda etapa os participantes foram selecionados pela técnica de “bola de neve” por meio de envio do questionário do estudo “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” a outros NETI do país, além de divulgação do estudo em mídias sociais, como Facebook[®], Instagram[®] e página do NETI/UNAPI UFSC. Na concordância de participar, cada indivíduo obrigatoriamente fez a leitura e registrou seu aceite em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online (Anexo B), e somente após isso, pode responder aos questionamentos do estudo configurados em formulário do *Google Forms*. Idosos institucionalizados, hospitalizados e com incapacidade para responder aos questionamentos do estudo não foram incluídos na amostra.

Registra-se que o projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (parecer CAAE: 46193521.1.0000.0121) (Anexo C), e seguiu as prerrogativas do

Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

6.2 Inserção do presente estudo no projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”

Para o desenvolvimento da presente dissertação foi utilizado um recorte do banco de dados do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, o qual originou as variáveis de desfecho, de exposição e as covariáveis de ajuste que se encontram descritas a seguir:

Desfecho

Excesso de peso: este desfecho foi gerado a partir dos dados autorreferidos de peso e altura, que foram aplicados na fórmula do IMC, que consiste na divisão do peso em quilogramas (kg) pela altura em metros (m) ao quadrado ($IMC = \text{peso(Kg)} / \text{altura(m)}^2 = IMC \text{ kg/m}^2$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A partir do resultado do cálculo o excesso de peso foi determinado utilizando-se dois distintos pontos de corte: 1) $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ segundo a WHO (1995), e 2) $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ de acordo com Lipschitz (1994) que considera as mudanças corporais características do envelhecimento (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Nesse estudo, independente da classificação adotada (WHO ou Lipschitz), o IMC foi avaliado tanto como variável contínua (kg/m^2) quanto categórica (sim, não).

Exposição

Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo: esta variável foi gerada a partir da análise das respostas às 14 perguntas que fazem parte do questionário “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*”, proposto por Martínez-González e colaboradores (2012), traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014). O “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*” se perfaz em um instrumento a partir do qual, de forma rápida e prática, pode-se determinar se o entrevistado apresenta baixa, intermediária ou alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo. Para tanto, a cada resposta do questionário em conformidade com os critérios definidos como característicos da Dieta Mediterrânea foi atribuído 1 ponto, gerando-se assim um escore contínuo (âmbito de variação possível de 0-14 pontos). Posteriormente esse escore contínuo foi estratificado para gerar a variável categórica politômica de adesão: 1) baixa adesão: 0-5

pontos; 2) adesão intermediária: 6-9 pontos; e 3) alta adesão: 10-14 pontos.

Co-variáveis

Após revisão da literatura (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; EL KINANY *et al.*, 2021; KANAUCHI, M.; KANAUCHI, K., 2016; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; ROMAGUERA *et al.*, 2010) foram selecionadas como covariáveis para as análises descritivas e de associação do presente estudo as variáveis sexo (feminino, masculino), idade (50-59 anos, ≥ 60 anos), cor da pele (branca, outras), escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo, pós-graduação), tabagismo (não, fumou e parou, sim), ingestão de álcool (sim, não), atividade física (sim, não) e tempo diário gasto com alimentação (<60 minutos/dia, 60-120 minutos/dia, >120 minutos/dia).

Quadro 6: Descrição das variáveis do estudo

Variável	Coletada	Mensuração
Sexo	Categórica dicotômica (masculino e feminino)	Conforme coletada
Idade	Anos completos no momento da entrevista	Categórica dicotômica (50-59 anos, ≥ 60 anos)
Escolaridade	Categórica politômica ordinal (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação)	Categórica politômica ordinal (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo, pós-graduação)
Tabagismo	Categórica politômica nominal (não, fumou e parou, sim)	Conforme coletada
Ingestão de álcool	Categórica nominal (sim, não, bebeu e parou)	Categórica dicotômica (sim, não/bebeu e parou)
Cor da pele	Categórica nominal (branca, parda, negra, amarela, indígena, não sabe)	Categórica nominal (branca, parda/negra/amarela/indígena)
Atividade física	Categórica nominal (sim, não)	Conforme coletada
Tempo diário gasto com alimentação	Numérica discreta	Categórica politômica ordinal (<60 minutos/dia, 60-120 minutos/dia, >120 minutos/dia)
Excesso de peso	Quantitativa contínua (peso e altura)	Quantitativa contínua e categórica dicotômica
Escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo	Escore de 14 itens alimentares	Quantitativa contínua e categórica politômica (0-5 pontos, 6-9 pontos, 10-14 pontos)

Fonte: elaborado pelos autores

Vale destacar que existem outras variáveis que podem confundir a relação entre a exposição e o desfecho em estudo conforme foi apresentado no referencial teórico desta dissertação, como a genética e consumo de ultraprocessados, por exemplo. Porém não foram consideradas nas análises realizadas devido não terem sido coletadas dentro do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.

6.2.1 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada no *software* Stata 14.0[®] (StataCorp, Texas, USA). Para a descrição das variáveis categóricas em percentual foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. As variáveis contínuas por sua vez foram descritas como médias com seus respectivos desvio-padrão.

Para estimar a força de associação entre a exposição (Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo como variável contínua) e o desfecho excesso de peso pelas classificações da WHO (1995) e de Lipschitz (1994) foi utilizada a Regressão de Poisson em dois modelos de análise: (1) Regressão de Poisson Bruta (RP bruta) e (2) Regressão de Poisson Ajustada (RP ajustada) para sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool, atividade física e tempo diário gasto com alimentação. Após rodar cada comando de regressão foi aplicado imediatamente o comando *margins* para estimar a prevalência resultante do efeito da exposição sobre o desfecho. Nestas análises, foram considerados como estatisticamente significantes as prevalências cujos valores de p foram < 0,05.

Adicionalmente *box plot* também foram construídos para avaliar a distribuição do IMC conforme categorias do escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e do tempo diário gasto com alimentação. Nessas análises foram empregados os testes de Anova, de Bartlett e de Bonferroni.

Por fim, um gráfico de linhas também foi gerado visando avaliar a associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o IMC, estratificada pelo tempo diário gasto com alimentação. Nessa figura foi empregada a Regressão Linear, ajustada para as variáveis sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool e atividade física, seguida do comando *marginsplot*.

6.2.2 Limitações e pontos fortes do presente estudo

Dentre as limitações do presente estudo, destacamos:

1) A possibilidade de causalidade reversa devido ao delineamento transversal das análises do estudo;

2) A possibilidade de viés do entrevistado devido a aplicação de questionário *online*. Tal metodologia foi adotada por causa do contexto de pandemia (COVID-19), o que pode ter resultado em falta de clareza na compreensão das perguntas e/ou na omissão de respostas por parte dos entrevistados. Visando minimizar esse viés registra-se que o instrumento do estudo se valeu apenas de questionários pré-testados e validados;

3) Como os dados foram coletados por um questionário aplicado em formato online, outras formas de medir sobrepeso/obesidade não foram empregadas nesse estudo, como por exemplo a RCQ, a CMB, a AMB, a CC e a gordura corporal relativa. Vale destacar que não foram coletadas devido à falta de confiabilidade deste tipo de dado em questionário online. Mesmo frente a essa limitação, o uso de medidas autorreferidas de peso e altura para fins de estudos científicos é considerado válido no Brasil (MOREIRA, A.D. et al. 2017), como pode ser visto em pesquisas como a Vigitel, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a POF, entre outras;

4) Outra limitação que vale destacar é o viés do instrumento pelo fato do questionário não contemplar álbum fotográfico para ilustrar as porções da dieta Mediterrânea. O instrumento também não é capaz de medir a temporalidade uma vez que as perguntas se baseiam no consumo do dia/semana. Além disso, a coleta de dados foi realizada durante a pandemia de Covid-19, o que pode ter influenciado nos resultados por causa da mudança de hábitos alimentares naquele período;

5) Por fim, referimos ainda o viés de seleção devido ao uso de amostragem não probabilística do tipo por conveniência no estudo “Conhecendo para prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, impossibilitando a extrapolação dos resultados que serão encontrados por este estudo para a população do país.

Como pontos fortes do estudo destaca-se:

1) O uso de dois distintos pontos de corte para mensuração do desfecho, possibilitando ao leitor uma visão mais clara sobre o emprego de cada qual;

2) O ineditismo da investigação no Brasil, considerando que durante a revisão da literatura observou-se a inexistência de estudos prévios no cenário nacional, além da escassez de publicações no cenário mundial. Destaca-se ainda que os estudos já publicados foram realizados em países de renda alta. Isto posto, este estudo pode ser considerado inédito dentro

do cenário nacional.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da presente dissertação encontram-se apresentados a seguir no formato de um artigo científico original.

ARTIGO ORIGINAL

Associação entre o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo e Excesso de Peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais: resultados de uma análise transversal.

Orence Ian Finagnon Couthon

Núbia Carelli Pereira de Avelar

Francieli Cembranel

Resumo

Introdução: A dieta Mediterrânea é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis do mundo para prevenir o excesso de peso, por abranger alimentos frescos *in natura* e minimamente processados, limitar o consumo de carnes vermelhas e seus derivados, produtos processados e ultraprocessados. **Objetivo:** Conhecer a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais. **Método:** Estudo transversal com amostragem não probabilística do tipo por conveniência com 122 indivíduos, de ambos os sexos, participantes do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário on-line. O desfecho foi o excesso de peso gerado a partir de dados autorreferidos de peso e altura aplicados na fórmula do Índice de Massa Corporal (IMC), usando os pontos de corte do Lipschitz ($>27\text{kg/m}^2$) e da WHO ($\geq 25\text{kg/m}^2$). A exposição foi o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo gerado a partir do questionário “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*”. **Resultados:** Evidenciou-se para cada aumento de 1 ponto no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo uma redução na prevalência do excesso de peso de 5,9% pela classificação de Lipschitz e de 6,2% pela classificação da WHO. **Conclusão:** Em nossa amostra, a maior adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo associou-se com o benefício de uma menor prevalência de excesso de peso. Assim, recomendamos que esses resultados sejam confirmados em novos estudos com amostras probabilísticas, a fim de que sejam utilizados em intervenções nutricionais para o manejo do excesso de peso.

Palavras-chave: dieta Mediterrânea, excesso de peso, adultos, idosos, estilo de vida saudável, estudo transversal.

Abstract

Introduction: The Mediterranean diet is considered one of the healthiest dietary patterns in the world for preventing overweight, as it includes fresh and minimally processed foods, and limits the consumption of red meat and its derivatives, processed and ultra-processed products. **Objective:** To find out the association between adherence to the Mediterranean dietary pattern and excess weight in people aged 50 and over. **Method:** Cross-sectional study with non-probabilistic convenience sampling of 122 individuals of both sexes participating in the research project "Knowing to Prevent: Multidimensional Assessment of the Elderly". Data was collected using an online questionnaire. The outcome was overweight generated from self-reported weight and height data applied to the Body Mass Index (BMI) formula, using the Lipschitz ($>27\text{kg/m}^2$) and WHO ($\geq 25\text{kg/m}^2$) cut-off points. The exposure was the score of adherence to the Mediterranean dietary pattern generated from the "Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence". **Results:** For every 1-point increase in the score for adherence to the Mediterranean dietary pattern, there was a reduction in the prevalence of overweight of 5.9% according to the Lipschitz classification and 6.2% according to the WHO classification. **Conclusion:** In our sample, greater adherence to the Mediterranean dietary pattern was associated with the benefit of a lower prevalence of overweight. We therefore recommend that these results be confirmed in new studies with probabilistic samples, so that they can be used in nutritional interventions for the management of overweight.

Keywords: Mediterranean diet, overweight, adults, elderly, healthy lifestyle, cross-sectional study.

Introdução:

Considerando as características atuais da transição demográfica no mundo, estima-se que a população mundial atingirá 10,4 bilhões de pessoas em 2100, com uma estimativa de que 36% da população terá mais de 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; UNITED NATIONS, 2022). Conforme o avançar da idade e o aumento da expectativa de vida, observa-se uma tendência de aumento do ganho de peso, refletindo na redução da qualidade de vida bem como em limitações relacionadas à realização de atividades diárias (TIER *et al.*, 2014).

O excesso de peso perfaz-se uma condição resultante de diversos fatores, como

genéticos, hormonais, idade, ambientais e comportamentais (sedentarismo e alimentação do tipo *Western diet*), entre outros (CANELLA *et al.*, 2014; FARES *et al.*, 2012; JESUS; ROCHA, 2018; LIMA; MARTINS; RAMALHO, 2022; MALTA *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2022). De acordo com a *World Health Organization* (2016) e a *World Obesity Federation* (2023), o excesso de peso atinge em média 38,9% da população mundial na idade adulta e 60,3% dos brasileiros com 18 anos de idade ou mais. Em vista disso, vê-se a necessidade de conscientização da população com foco em medidas de controle do excesso de peso para evitar o risco de várias outras doenças crônicas não transmissíveis, com as cardiovasculares, diabetes e cânceres (TAVARES *et al.*, 2018).

Nesse interim, a influência da dieta na saúde humana, como a dieta Mediterrânea, tem instigado pesquisadores nas últimas décadas devido à série de seus benefícios (COBO-CUENCA *et al.*, 2019). Proposta na década de 1960 pelo pesquisador Ancel Keys (KEYS, A.B. 1970; KEYS, A.B. 1975) a dieta Mediterrânea consiste em um padrão alimentar rico em alimentos *in natura* e integrais, como cereais, leguminosas, sementes oleaginosas, azeitonas, azeite de oliva, frutas e vegetais frescos, vinho tinto, peixes de água salgada, e que pressupõe ainda o consumo moderado de produtos lácteos e um consumo baixo de carnes vermelhas, frituras, produtos de panificação e pastelaria, e industrializados do tipo processados e ultraprocessados (NOITES *et al.*, 2015). Pesquisadores como Kanauchi e Kanauchi (2016), Echeverría e colaboradores (2017), El Kinany e colaboradores (2021), Panagiotakos *et al.* (2006) e Romaguera e colaboradores (2010), a partir de estudos realizados com amostras do Chile, Marrocos, Grécia e Japão, e de países europeus como Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido, já associaram a maior adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo a uma menor probabilidade de excesso de peso.

Apesar desses benefícios, no mundo ainda é baixa a adesão à dieta Mediterrânea, até mesmo entre os próprios países do Mediterrâneo, devido a predominância de hábitos alimentares do tipo ocidental (VILARNAU *et al.*, 2019). Além disso, em diversas outras localidades do mundo, como o Brasil, a adesão à dieta Mediterrânea também pode-se inferir inexplorada, e principalmente a sua associação com o excesso de peso (MARCOS-PARDO *et al.*, 2020). Nesse sentido, este estudo teve como objetivo compreender se também em nosso meio, existe associação entre a maior adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e menores índices de excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais.

Método:

Trata-se de um estudo transversal com amostra de 122 indivíduos, de ambos os sexos,

de idade igual ou superior a 50 anos, participantes do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”. O projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” teve por objetivo investigar as condições de saúde de adultos mais velhos (> 50 anos) e idosos residentes nos distintos estados do Brasil, a fim de relacioná-las com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor de pele, local de residência, escolaridade, trabalho e renda), nutricionais (escore adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo), antropométricas (altura, peso) e comportamentais (consumo de álcool, uso de tabaco, prática regular de atividade física, uso de fármacos, entre outras).

A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência com a seleção dos participantes iniciando em abril de 2021 e concluindo se em abril de 2022, com os participantes captados em duas etapas. Na primeira etapa os participantes foram convidados a integrar a amostra do estudo por professores que estavam ministrando cursos no âmbito do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI)/Universidade Aberta da Pessoa Idosa (UNAPI) da Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC). Na segunda etapa os participantes foram selecionados pela técnica de “bola de neve” por meio de envio do questionário do estudo “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” a outros NETI do país, além de divulgação do estudo em mídias sociais, como Facebook®, Instagram® e página do NETI/UNAPI UFSC.

Para participar do estudo, todos os participantes leram e aceitaram as condições propostas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) versão on-line antes de ter acesso ao questionário do estudo configurado em formulário do *Google Forms*. Idosos institucionalizados, hospitalizados e com incapacidade para responder aos questionamentos do estudo não foram incluídos na amostra.

Registra-se que o projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (parecer CAAE: 46193521.1.0000.0121), e seguiu as prerrogativas do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS para pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Para o desenvolvimento do presente estudo foi utilizado um recorte do banco de dados do projeto de pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, o qual originou as variáveis de desfecho, de exposição e as covariáveis de ajuste.

Desfecho:

Excesso de peso: este desfecho foi gerado a partir de dados autorreferidos de peso e altura, que foram aplicados na fórmula do IMC $(\text{peso(Kg)}/\text{altura(m)}^2) = \text{IMC em kg/m}^2$

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A partir do resultado do cálculo o excesso de peso foi determinado utilizando-se dois distintos pontos de corte: 1) IMC ≥ 25 kg/m² segundo a WHO (1995), e 2) IMC > 27 kg/m² de acordo com Lipschitz (1994) que considera as mudanças corporais características do envelhecimento (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Nesse estudo, independente da classificação adotada (WHO ou Lipschitz), o IMC foi avaliado tanto como variável contínua quanto categórica (sim, não).

Exposição:

Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo: esta variável foi gerada a partir da análise das respostas às 14 perguntas que fazem parte do questionário “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*”, proposto por Martínez-González e colaboradores (2012), traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014). O “*Validated 14-Item Questionnaire of Mediterranean Diet Adherence*” se perfaz em um instrumento a partir do qual, de forma rápida e prática, pode-se determinar se o entrevistado apresenta baixa, intermediária ou alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo. Para tanto, a cada resposta do questionário em conformidade com os critérios definidos como característicos da dieta Mediterrânea foi atribuído 1 ponto, gerando-se assim um escore contínuo (âmbito de variação possível de 0-14 pontos). Posteriormente esse escore contínuo foi estratificado para gerar a variável categórica politômica de adesão: 1) baixa adesão: 0-5 pontos; 2) adesão intermediária: 6-9 pontos; e 3) alta adesão: 10-14 pontos.

Co-variáveis

Após revisão da literatura (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; EL KINANY *et al.*, 2021; KANAUCHI; KANAUCHI, 2016; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; ROMAGUERA *et al.*, 2010) foram selecionadas como covariáveis para as análises descritivas e de associação do presente estudo as variáveis sexo (feminino, masculino), idade (50-59 anos, ≥ 60 anos), cor da pele (branca, parda/negra/amarela/indígena), escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, ensino superior incompleto/completo, pós-graduação), tabagismo (não, fumou e parou, sim), ingestão de álcool (sim, não), atividade física (sim, não) e tempo diário despendido com alimentação (< 60 minutos/dia, 60-120 minutos/dia, >120 minutos/dia).

Análise estatística:

A análise dos dados foi realizada no *software* Stata 14.0[®] (StataCorp, Texas, USA).

Para a descrição das variáveis categóricas em percentual utilizou-se o teste de Qui-Quadrado. As variáveis contínuas por sua vez foram descritas como médias com seus respectivos desvio-padrão. Para estimar a força de associação entre a exposição (Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo como variável contínua) e o desfecho (excesso de peso) pelas classificações da WHO (1995) e de Lipschitz (1994) foi utilizada a Regressão de Poisson em dois modelos de análise: (1) Regressão de Poisson Bruta (RP bruta) e (2) Regressão de Poisson Ajustada (RP ajustada) para sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool, atividade física e tempo diário gasto com alimentação. Após rodar cada comando de regressão foi aplicado imediatamente o comando *margins* para estimar a prevalência resultante do efeito da exposição sobre o desfecho. Nestas análises foram considerados como estatisticamente significantes as prevalências cujos valores de p foram < 0,05.

Adicionalmente também foi construído um *box plot* para avaliar a distribuição do IMC conforme categorias do escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e do tempo diário gasto com alimentação. Nessa figura, foram empregados os testes de Anova, de Bartlett e de Bonferroni. Por fim, análises suplementares também foram rodadas, incluindo a elaboração de um *box plot* (para avaliar a distribuição do IMC conforme categorias do tempo diário gasto com alimentação) e um gráfico de linhas (visando avaliar a associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o IMC, estratificada pelo tempo diário gasto com alimentação). No *box plot* foram empregados os testes de Anova, de Bartlett e de Bonferroni, e no gráfico de linhas foi empregada a Regressão Linear ajustada para as variáveis sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool e atividade física, seguida do comando *marginsplot*.

Resultados

Conforme a Tabela 1, a amostra do estudo foi composta por 122 participantes, sendo 22,9% (n=28) homens e 77,1% (n=94) mulheres. Tanto homens quanto mulheres tinham em sua maioria 60 anos de idade ou mais (75,6%) e cor da pele branca (75,2%). No que diz respeito à classificação de escolaridade notou-se que as classificações predominantes foram o ensino fundamental (42%) e médio (32%) (completos ou incompletos). Relativamente às variáveis de estilo de vida, 5,7% da amostra respondeu ter o hábito de fumar, enquanto 21,7% das mulheres e 46,4% dos homens responderam ter o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. 72,1% da amostra relatou a prática de exercícios físicos. Quanto à variável tempo despendido com alimentação, 76,4% responderam gastar entre 60 e 120 minutos/dia com a alimentação,

sendo estes percentuais maiores nos homens. Em relação ao IMC, observou-se um maior percentual (71,3%) de excesso de peso segundo o ponto de corte estabelecido pela WHO (1995) quando comparado ao emprego do ponto de corte de Lipschitz et al. (1994) (49,1%).

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e de estado nutricional dos participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021/2022)”.

Variáveis	Amostra n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)
Sexo (n= 122)	122 (100)	28 (22,9)	94 (77,1)
Idade (n= 119)			
50-59 anos	29 (24,4)	4 (14,3)	25 (27,5)
≥ 60 anos	90 (75,6)	24 (85,7)	66 (72,5)
Cor da pele (n= 121)			
Branca	91 (75,2)	20 (74,1)	71 (75,5)
Parda/negra/amarela/indígena	30 (24,8)	7 (25,9)	23 (24,5)
Escolaridade (n= 122)			
Ensino fundamental incompleto/completo	42 (34,4)	10 (35,7)	32 (34,0)
Ensino médio incompleto/completo	32 (26,2)	10 (35,7)	22 (23,4)
Ensino superior incompleto/completo	24 (19,7)	3 (10,7)	21 (22,3)
Pós-graduação	24 (19,7)	5 (17,9)	19 (20,2)
Tabagismo (n= 122)			
Não	85 (69,7)	18 (64,3)	67 (71,3)
Fumou e parou	30 (24,6)	8 (28,6)	22 (23,4)
Sim	7 (5,7)	2 (7,1)	5 (5,3)
Exercícios físicos (n= 122)			
Sim	88 (72,1)	21 (75,0)	67 (71,3)
Não	34 (27,9)	7 (25,0)	27 (28,7)
Ingestão de álcool (n= 120)			
Sim	33 (27,5)	13 (46,4)	20 (21,7)
Não	87 (72,5)	15 (53,6)	72 (78,3)
Tempo despendido com alimentação (N=106)			
< 60 minutos/dia	11 (10,4)	3 (12,5)	8 (9,8)
60 - 120 minutos/dia	81 (76,4)	19 (79,2)	62 (75,6)
> 120 minutos/dia	14 (13,2)	2 (8,3)	11 (14,6)
Índice de massa corporal* (n= 116)			
< 22,0 kg/m ² – baixo peso	11 (9,5)	2 (7,1)	9 (10,2)
≥ 22,0 e ≤ 27,0 kg/m ² – peso normal	48 (41,4)	12 (42,9)	36 (40,9)
> 27,0kg/m ² – excesso de peso	57 (49,1)	14 (50,0)	43 (48,9)
Excesso de Peso** (n= 114)			
Não	30 (26,3)	5 (18,5)	25 (28,7)
Sim	62 (71,3)	22 (81,5)	62 (71,3)

* Pontos de corte estabelecidos por Lipschitz et al. (1994);

** Pontos de corte estabelecidos pela OMS (1995);

Teste de Qui-Quadrado.

Na Tabela 2 é apresentada a descrição da adesão dos participantes a cada um dos 14 itens que compõem o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, assim como a pontuação final obtida pela amostra em três categorias. Percentuais de adesão acima de 50% foram observados para o uso do azeite de oliva (64,8%) como principal gordura culinária, o consumo diário de vegetais (51,6%), o consumo diário inferior a 1 porção de carne vermelha e de seus derivados (53,3%), o consumo de manteiga, margarina ou creme de leite inferior a uma vez ao dia (55,7%) assim como o de bebidas açucaradas (55,8%), e o consumo de produtos de pastelaria ou doces comerciais inferior a três porções na semana (52,9%), o consumo preferencial de carnes brancas ao invés de carnes vermelhas (54,6%), e o consumo de pratos preparados com refogado de cebola, alho-poró ou alho em azeite de oliva (54,9%). Ressalta-se que para nenhum dos 14 itens houve adesão superior a 65%. No tocante a pontuação final, a amostra apresentou uma pontuação média de 6,2 pontos no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, com 41,8% da amostra apresentando baixa adesão, 41,0% adesão intermediária, e 17,2% alta adesão (18,1% entre as mulheres e 14,3% entre os homens).

Tabela 2. Descrição da adesão total e individual a cada um dos 14 itens que compõem o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo* pelos participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021/2022)”.

Variáveis	Amostra n (%)	Homens n (%)	Mulheres n (%)
Adesão a cada um dos 14 itens que compõem o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo			
1. Uso do azeite de oliva como principal gordura culinária (n= 122)	79 (64,8)	16 (57,1)	63 (67,0)
2. Consumo diário de 4 ou mais colheres de sopa de azeite de oliva (n= 122)	29 (23,8)	3 (10,7)	26 (27,7)
3. Consumo diário de 2 ou mais porções de vegetais (n= 122)	63 (51,6)	9 (32,1)	54 (57,5)
4. Consumo diário de 3 ou mais porções de frutas (incluindo suco natural) (n= 122)	53 (43,4)	8 (28,6)	45 (47,9)
5. Consumo diário inferior a 1 porção de carne vermelha ou de produtos derivados de carne (presunto, salsicha, etc.) (n= 122)	65 (53,3)	12 (42,9)	53 (56,4)
6. Consumo diário inferior a 1 porção de manteiga, margarina ou creme de leite (n= 122)	68 (55,7)	16 (57,1)	52 (55,3)
7. Consumo diário inferior a 1 bebida açucarada e/ou gaseificada (n= 120)	67 (55,8)	19 (67,9)	48 (52,2)
8. Consumo semanal de 7 ou mais copos de vinho tinto (n= 120)	11 (9,2)	3 (10,7)	8 (8,7)
9. Consumo semanal de 3 ou mais porções de leguminosas (n= 122)	61 (50,0)	10 (35,7)	51 (54,3)
10. Consumo semanal de 3 ou mais porções de peixe ou marisco (n= 121)	24 (19,8)	5 (17,9)	19 (20,4)
11. Consumo semanal inferior a 3 porções de produtos de pastelaria ou doces comerciais (n= 119)	63 (52,9)	15 (53,6)	48 (52,8)
12. Consumo semanal de 1 ou mais porções de frutos secos (nozes, castanhas, amêndoas, incluindo amendoim) (n= 121)	41 (33,9)	8 (28,6)	33 (35,5)
13. Consumo preferencial de carne de frango, peru ou coelho em vez de vitela, porco, hambúrguer ou salsicha (n= 119)	65 (54,6)	14 (50,0)	51 (56,0)
14. Consumo semanal de 2 ou mais porções de vegetais, macarrão, arroz ou outros pratos preparados com refogado de cebola, alho-poró ou alho e azeite de oliva (n= 122)	67 (54,9)	18 (64,3)	49 (52,1)
Pontuação média (± desvio-padrão)	6,2 (2,9)	5,6 (2,9)	6,4 (2,9)
Pontuação Total			
≤ 5 pontos - adesão baixa	51 (41,8)	14 (50,0)	37 (39,4)
6 a 9 pontos - adesão intermediária	50 (41,0)	10 (35,7)	40 (42,6)
≥ 10 pontos - adesão alta	21 (17,2)	4 (14,3)	17 (18,1)

* Instrumento proposto por Martínez-González et al. (2012), traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014).

Na Tabela 3 é apresentada a adesão dos participantes ao escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo segundo as classificações do excesso de peso. Tanto pela classificação de Lipschitz (1994) quanto pela classificação da WHO (1995) a adesão aos itens individualmente avaliados foi maior entre os participantes sem excesso de peso, com diferença estatisticamente significativa para os itens consumo semanal de 3 ou mais porções de leguminosas ($p = 0,003$ e $p = 0,001$) e consumo semanal de frutos secos ($p = 0,006$ e $p = 0,008$). Complementarmente, observou-se pela classificação do Lipschitz (1994) significância estatística para o consumo diário de 3 ou mais porções de frutas ($p = 0,023$), e pela classificação da OMS (1995), para o consumo diário de 4 ou mais colheres de sopa de azeite de oliva ($p = 0,022$). No que diz respeito à pontuação total categorizada, tanto pela classificação de Lipschitz (1994) (23,7% x 10,5%) quanto pela classificação da OMS (1995) (26,6% x 14,3%), a alta adesão foi maior entre aqueles sem excesso de peso quando comparados aos participantes com essa condição.

Tabela 3. Descrição da adesão total e individual a cada um dos 14 itens que compõem o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo*, segundo as classificações do Excesso de Peso. Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021/2022).

Variáveis	EXCESSO DE PESO			
	Lipschitz et al. (1994)		OMS (1995)	
Adesão a cada um dos 14 itens que compõem o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo	Não %	Sim %	Não %	Sim %
1. Uso do azeite de oliva como principal gordura culinária	69,5	57,9	66,7	64,3
2. Consumo diário de 4 ou mais colheres de sopa de azeite de oliva	28,8	19,3	40,0	19,1¥
3. Consumo diário de 2 ou mais porções de vegetais	55,9	45,6	66,7	46,4
4. Consumo diário de 3 ou mais porções de frutas (incluindo suco natural)	54,2	33,3φ	56,7	40,5
5. Consumo diário inferior a 1 porção de carne vermelha ou de derivados de carne (presunto, salsicha, etc.)	59,3	43,9	53,3	51,2
6. Consumo diário inferior a 1 porção de manteiga, margarina ou creme de leite	55,9	54,4	53,3	56,0
7. Consumo diário inferior a 1 bebida açucarada e/ou gaseificada	58,6	51,8	56,7	53,7
8. Consumo semanal de 7 ou mais copos de vinho tinto	13,6	5,5	13,3	8,5
9. Consumo semanal de 3 ou mais porções de leguminosas	62,7	35,1‡	73,3	39,3¢
10. Consumo semanal de 3 ou mais porções de peixe ou marisco	17,0	21,4	20,0	19,3
11. Consumo semanal inferior a 3 porções de produtos de pastelaria ou doces comerciais	60,3	44,6	56,7	50,0
12. Consumo semanal de 1 ou mais porções de frutos secos (nozes, castanhas, amêndoas, incluindo amendoim)	45,8	21,4§	53,3	26,5£
13. Consumo preferencial de carne de frango, peru ou coelho em vez de vitela, porco, hambúrguer ou salsicha	54,4	53,6	57,1	53,0
14. Consumo semanal de 2 ou mais porções de vegetais, macarrão, arroz ou outros pratos preparados com refogado de cebola, alho-poró ou alho e azeite de oliva	57,6	50,9	56,7	53,6
Pontuação média (± desvio-padrão)	6,9± 3,0	5,4± 2,8	7,2± 3,1	5,8± 2,9
Pontuação Total				
≤ 5 pontos	32,2	54,4	33,3	46,4
6 a 9 pontos	44,1	35,1	40,0	39,3
≥ 10 pontos	23,7	10,5	26,6	14,3
		valor-p = 0,033		valor-p = 0,245

* Instrumento proposto por Martínez-González et al. (2012), traduzido e adaptado para o português por Afonso, Moreira e Oliveira (2014).

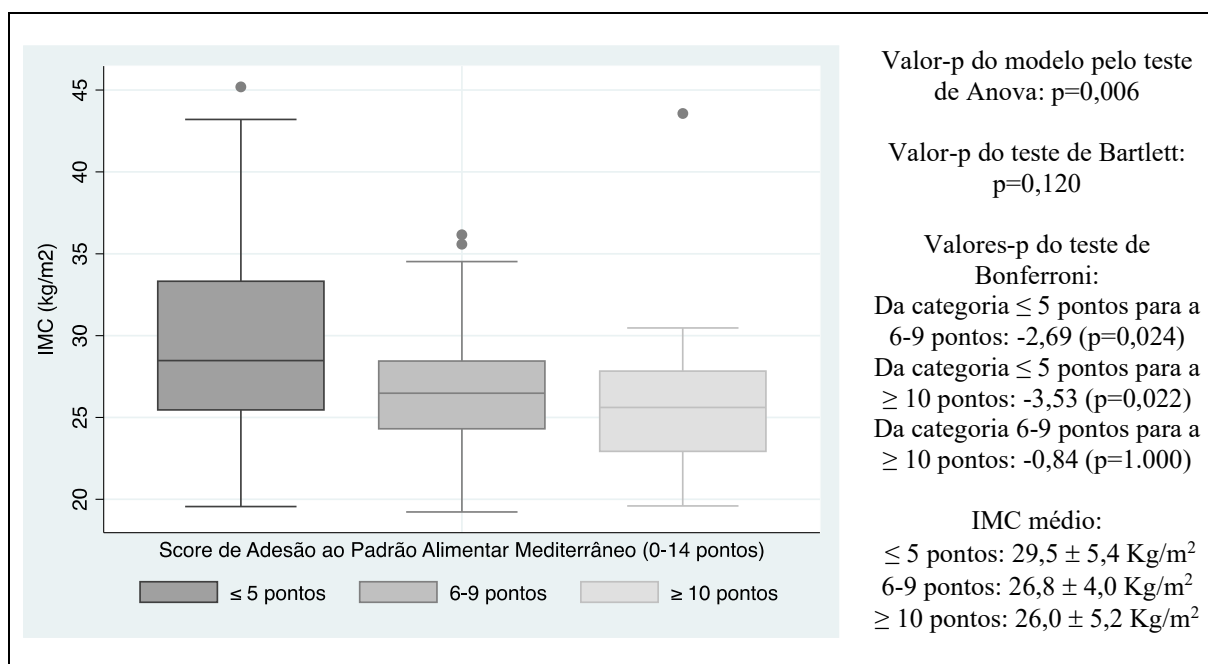
φ valor-p = 0,023; ‡ valor-p = 0,003; § valor-p = 0,006;

¥ valor-p = 0,022; ¢ valor-p = 0,001; £ valor-p = 0,008;

** valor-p = 0,033

Na Figura 1 é apresentada a distribuição do IMC (Kg/m^2) segundo categorias do escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, utilizando-se *box plot*. Observa-se que à medida que aumenta a pontuação no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo há diminuição estatisticamente significativa na média do IMC, caindo de $29,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ entre aqueles com ≤ 5 pontos para $26,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ entre aqueles que fizeram de 6-9 pontos ($p=0,024$), e para $26,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ entre aqueles que fizeram 10 ou mais pontos ($p=0,022$) (valor-p do modelo pelo teste de Anova: $p=0,006$; valor-p do teste de Bartlett: $p=0,120$).

Figura 1. *Box plot* da distribuição do Índice de Massa Corporal (Kg/m^2) segundo categorias do escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021/2022)”.



Na Tabela 4 encontram-se descritos os resultados das análises de associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo como variável contínua e o excesso de peso. Segundo a classificação de Lipschitz, na análise bruta, a cada aumento de 1 ponto no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo houve uma redução na prevalência do excesso de peso de $5,4\%$ ($p=0,001$) enquanto na ajustada observou-se uma redução de $5,9\%$ ($p=0,003$). Já pela classificação da OMS, observou-se que para cada aumento de 1 ponto no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo houve uma redução na prevalência de excesso de peso de $5,8\%$ ($p=0,009$) e de $6,2\%$ ($p=0,002$), respectivamente na análise bruta e na análise ajustada.

Tabela 4. Associação entre o Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo e Excesso de Peso entre participantes do “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.

EXCESSO DE PESO (SIM)		
	Prevalência bruta* (IC95%)	Prevalência ajustada*ϕ (IC95%)
Amostra	Classificação de Lipschitz et al. (1994)	
Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo	- 5,4% (-4,8%; -6,0%)	- 5,9% (-5,2%; -6,6%)
<i>Valor-p</i>	0,001	0,003
	Classificação da OMS (1995)	
Escore de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo	- 5,8% (-5,3%; -6,3%)	- 6,2% (-5,6%; -6,8%)
<i>Valor-p</i>	0,009	0,002

* Regressão de Poisson; ϕ Ajuste para sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tabagismo, ingestão de álcool, atividade física e tempo diário gasto com alimentação; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%. Escore de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo foi utilizado como variável contínua (0-14 pontos).

Discussão

O presente estudo avaliou a prevalência da adesão à dieta Mediterrânea e a associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar mediterrâneo e o excesso de peso entre pessoas com 50 anos de idade ou mais. Entre os principais resultados encontrados destacamos: 1) que a amostra apresentou uma pontuação média baixa no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo (6,2 pontos), resultado que refletiu em apenas 17,2% dos respondentes com alta adesão aos itens desse padrão alimentar; 2) que a pontuação média no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo foi maior entre os participantes que não tinham excesso de peso quando comparados àqueles com esta condição, tanto pela classificação de Lipschitz (1994) quanto pela classificação da OMS (1995); e 3) como resultado mais importante evidenciou-se que para cada aumento de 1 ponto no escore de adesão à dieta Mediterrânea houve uma redução no excesso de peso de pelo menos 5,9% pela classificação de Lipschitz (1994) e de 6,2% pela classificação da OMS (1995). Todos esses resultados são concordantes com a literatura científica prévia (AGNOLI *et al.*, 2018; ECHEVERRÍA *et al.*, 2017; EL KINANY *et al.*, 2021; KANAUCHI; KANAUCHI, 2016; MARTÍ *et al.*, 2015; MESTRE *et al.*, 2021; PANAGIOTAKOS *et al.*, 2006; SCHRÖDER *et al.*, 2004).

Evidência disso é que estudo realizado no Japão com amostra de 1048 indivíduos de

18 a 68 anos de idade também evidenciou uma proporção baixa (11,6%) da população em estudo com alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo (KANAUCHI; KANAUCHI, 2016). Outro estudo realizado em Portugal com amostra de 480 indivíduos de 18 anos ou mais de idade também identificou apenas 10,8% da amostra com adesão boa e muito boa à dieta Mediterrânea. Agnoli e colaboradores (2018) em seu estudo realizado na Itália com amostra de 32.119 indivíduos, observaram que apenas 22% da população da amostra teve uma alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo. Já na Espanha, Schröder e colaboradores (2004), por meio de um estudo com 2871 indivíduos de 25 a 74 anos de idade identificaram a maior adesão à dieta Mediterrânea de todos os estudos supracitados (29%), mas ainda assim inferior a uma terça da amostra. Além disso, no estudo de Kanauchi e Kanauchi (2016) por exemplo, observou-se que ao comparar a pontuação de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo entre quem tinha peso normal ou excesso de peso, aqueles com excesso de peso tiveram uma pontuação mais baixa. No estudo de El Kinany e colaboradores (2021) constatou-se que daqueles que tiveram uma baixa pontuação de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, 55,6% estavam com excesso de peso. Em outro estudo realizado com a população chilena observou-se que dentre aqueles que tinham uma baixa adesão à dieta Mediterrânea, 38,9% estavam com excesso de peso (ECHEVERRÍA *et al.*, 2017).

Tais resultados mostram-se importantes da perspectiva do desfecho em estudo, considerando-se que o excesso de peso apresenta associação forte e direta com a matriz alimentar (RAKHRA *et al.*, 2020). Comprovação disso é que alguns destes mesmos estudos observaram maiores percentuais de excesso de peso entre os sujeitos da amostra com baixa adesão à dieta Mediterrânea, o que em outras palavras significa que se não houve adesão importante a esse padrão alimentar, a maior parte da matriz alimentar dessas amostras está pautada no padrão *Western Diet*. O padrão *Western Diet* se baseia no alto consumo de alimentos prontos industrializados, incluindo *fast-food* e *junk-food*, alimentos estes com alto teor de sódio, açúcar refinado e/ou gorduras (saturadas e trans), e que em sua maioria não exigem qualquer dedicação de tempo ao preparo. Ilustração disso é que quando no nosso estudo foi analisada a adesão individual a cada um dos itens, apenas o consumo de azeite de oliva, frutas, leguminosas e sementes oleaginosas apresentou significância estatística, com os demais não fazendo qualquer diferença de proteção do excesso de peso. Em nosso estudo, análises suplementares publicadas como Figuras 2A e 2B mostram respectivamente, a importância do tempo dedicado à alimentação, evidenciando um IMC mais alto entre a parcela da amostra que dedica menos tempo para a alimentação (<60 minutos/dia), assim como a diminuição progressiva deste desfecho à medida que o tempo gasto com alimentação

aumenta de <60 minutos/dia para 60-120 minutos/dia e para >120 minutos/dia, sobretudo se este tempo for acompanhado de aumento na adesão à dieta Mediterrânea. Destaca-se que o Guia Alimentar para a População Brasileira preconiza o desenvolvimento, exercício e compartilhamento de habilidades culinárias bem como o planejamento de tempo dedicado à alimentação (BRASIL, 2014).

No que se refere à associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso, os resultados descritos no presente estudo mostram-se alinhados com os de estudos prévios na literatura. Estudo transversal conduzido por Echeverría e colaboradores (2017), no Chile usando a classificação da OMS (1995) identificou que à medida que a qualidade da dieta diminui de alta adesão para baixa adesão, a prevalência de excesso de peso passou de 44,8% para 60,9%. Além disso, as chances de excesso de peso foram significativamente maiores para indivíduos com adesão moderada (OR 1,58; IC95% 1,41-1,77) e para indivíduos com baixa adesão (OR 2,20; IC95% 1,94-2,50). El Kinany e colaboradores (2021) em um estudo realizado no Marrocos mostraram que a alta adesão à dieta Mediterrânea foi significativamente associada a uma probabilidade 39% menor de apresentar o excesso de peso (OR 0,61, IC95% 0,44-0,84). Em outro estudo conduzido na Grécia por Panagiotakos e colaboradores (2006), usando a classificação da WHO (1995), evidenciou-se que a maior adesão à dieta Mediterrânea foi associada a uma probabilidade 51% menor de apresentar excesso de peso (OR 0,49, IC95% 0,42-0,56). No estudo conduzido por Kanauchi e Kanauchi (2016) no Japão também usando a classificação da WHO (1995), a adesão mais alta ao Escore japonês de dieta Mediterrânea (JMD) foi significativamente associada a uma probabilidade reduzida de ter excesso de peso (OR 0,50; IC95% 0,30-0,85; p 0,017). Romaguera e colaboradores (2010) em um estudo com amostra de 10 países europeus (Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia e Reino Unido) relataram que a alta adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo foi associada a uma probabilidade menor de apresentar o excesso de peso (OR 0,90, IC95% 0,82-0,95).

Além do excesso de peso, outros estudos ainda observaram associação da adesão mais alta ao padrão alimentar Mediterrâneo com menores índices de obesidade. No estudo conduzido por Tyrovolas e colaboradores (2009), com uma amostra de 1190 idosos de oito ilhas da Grécia e Chipre concluiu-se que o aumento de uma unidade no escore da dieta Mediterrânea foi associado a uma probabilidade 88% menor de obesidade, enquanto a atividade física diminui essa probabilidade em 81%. No estudo transversal publicado por Zappalà e colaboradores (2018), com amostra de 1814 indivíduos de 18 anos ou mais de idade, habitantes de Catânia (sul da Itália), observou-se que aqueles que tinham uma adesão

mais alta à dieta Mediterrânea foram menos propensos a serem obesos (OR 0,53; IC95% 0,32-0,89). Ainda em outro estudo transversal realizado no Sul da Itália (Sicília), com uma amostra de 3090 indivíduos, notou-se que aqueles no tercil mais alto de adesão à dieta Mediterrânea apresentaram uma probabilidade 65% menor de obesidade (OR 0,35; IC95% 0,24-0,51) (GROSSO *et al.*, 2014). Para além desses resultados, em nosso estudo, as análises apresentadas na Figura 1 mostram de forma indiscutível o efeito do aumento de cada ponto no escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo no IMC, ratificando o benefício da maior adesão a esse padrão alimentar na redução do excesso de peso.

Os mecanismos por trás desse benefício incluem não só o fato de a dieta Mediterrânea basear-se em alimentos *in natura* e minimamente processados (leguminosas, grãos integrais, nozes, vinho tinto e peixes) ricos em polifenóis, vitaminas e minerais e fibras, com baixa densidade energética (NOITES *et al.*, 2015; SCHWINGSHACKL *et al.*, 2015; ZAPPALÀ *et al.*, 2018), mas o fato desta dieta promover maior saciedade (leptina e grelina), redução da resposta glicêmica, regulação dos marcadores inflamatórios e inibição do fator nuclear kappa B (NF- κ B), responsável pela regulação dos genes que codificam proteínas pró-inflamatórias de fase aguda atuantes na inflamação de baixo grau do excesso de peso (DE SOUZA; MARCADENTI; PORTAL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2020; REBELLO; GREENWAY; FINLEY, 2014; TROVÃO; SILVA, 2022; URQUIAGA *et al.*, 2017). Vale destacar que tais efeitos positivos dependem da sinergia de todos os alimentos em conjunto e não de seus componentes consumidos individualmente (ZAPPALÀ *et al.*, 2018).

Entre as limitações do estudo, destacamos a possibilidade de causalidade reversa devido ao caráter transversal das análises; a presença dos vieses do entrevistado, por se tratar de um estudo no qual foi usado um questionário *on-line*; a presença do viés do instrumento pelo fato de ter sido realizado durante a pandemia de Covid-19 e devido à ausência de um álbum fotográfico para ilustrar as porções da dieta Mediterrânea. Além do mais, o uso de amostragem não probabilística do tipo por conveniência limita a extrapolação dos resultados encontrados, implicando assim na necessidade de futuros estudos com amostragem probabilística para a confirmação de nossos achados e seu emprego na prática clínica.

Apesar dessas limitações, os resultados encontrados mostram-se promissores da perspectiva da prevenção de um problema de saúde pública que na atualidade se constitui uma pandemia global, o excesso de peso, uma vez que outros estudos prévios e com amostragem probabilística também reportaram tal benefício da dieta Mediterrânea. Soma-se a isso o fato de que a adesão a um padrão alimentar como o Mediterrâneo é fator bastante factível de ser incentivado em nível populacional, sobretudo na população brasileira devido à similaridade

deste padrão com os pressupostos do Guia Alimentar para a População Brasileira. O fato de o estudo ter adotado dois pontos de corte distintos para a mensuração do excesso de peso também foi outro diferencial do estudo. Mesmo que as prevalências do excesso de peso estimadas por cada classificação tenham sido diferentes (49,1% pela classificação de Lipschitz e 71,3% pela classificação da WHO), nas análises de associação não se observou influência expressiva sobre os resultados, sustentando-se o efeito do aumento da adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo sobre o excesso de peso.

Conclusão

Conclui-se que a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo se associou a menor probabilidade de excesso de peso. Sugerimos assim que esse resultado seja confirmado por novos estudos de amostragem probabilística, a fim de que possam vir a se configurar em incentivo para um estilo de vida mais saudável devido aos benefícios e características da dieta Mediterrânea que se assemelham à matriz alimentar brasileira.

Referências

AGNOLI, C. *et al.* Adherence to a Mediterranean diet and long-term changes in weight and waist circumference in the EPIC-Italy cohort. **Nutrition and Diabetes**, 2018. v. 8, n. 1. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85046120403&doi=10.1038%2Fs41387-018-0023-3&partnerID=40&md5=cc1bb3876a043ce739e7fa057e8e49b1>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª edição. Brasília. Ministério da Saúde. 2014.

CANELLA, D. S. *et al.* Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PloS one**, 25 mar. 2014. v. 9, n. 3. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24667658/>>. Acesso em: 16 fev. 2023.

COBO-CUENCA, A. I. *et al.* Adherence to the Mediterranean Diet and Its Association with Body Composition and Physical Fitness in Spanish University Students. **Nutrients** 2019, Vol. 11, Page 2830, 19 nov. 2019. v. 11, n. 11, p. 2830. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/11/11/2830/htm>>. Acesso em: 8 dez. 2022.

EL KINANY, K. *et al.* Modified Mediterranean diet score adapted to a southern Mediterranean population and its relation to overweight and obesity risk. **Public Health Nutrition**, 1 set. 2021. v. 24, n. 13, p. 4064–4070. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/modified->

mediterranean-diet-score-adapted-to-a-southern mediterranean-population-and-its-relation-to-overweight-and-obesity risk/CC6617A4BEDAC914046C5179F66D1992>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ECHEVERRÍA, G. *et al.* Inverse Associations between a Locally Validated Mediterranean Diet Index, Overweight/Obesity, and Metabolic Syndrome in Chilean Adults. **Nutrients** 2017, Vol. 9, Page 862, 11 ago. 2017. v. 9, n. 8, p. 862. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2072-6643/9/8/862/htm>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

FARES, D. *et al.* Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2012. v. 58, n. 4, p. 434–441. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/ramb/a/vXR6z8fZCLpvf7XsYSxdgRw/?lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GROSSO, G. *et al.* Protective role of the Mediterranean diet on several cardiovascular risk factors: EVIDENCE from Sicily, southern Italy. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, 1 abr. 2014. v. 24, n. 4, p. 370–377. Disponível em: <<http://www.nmcd-journal.com/article/S0939475313002688/fulltext>>. Acesso em: 25 jul. 2023.

JESUS, A. S.; ROCHA, S. V. Comportamento sedentário como critério discriminador do excesso de peso corporal em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 13 nov. 2018. v. 23, n. 0 SE-Artigos Originais, p. 1–6. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13082>>.

KANAUCHI, M.; KANAUCHI, K. Development of a Mediterranean diet score adapted to Japan and its relation to obesity risk. **Food and Nutrition Research**, 2016. v. 60, n. 1. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L616716627&from=export>>.

KEYS, A.B. “Coronary Heart disease in Seven countries”, circulation, 51-52 (suppl.), 1970.

KEYS, A.B. ; KEYS, M. How to eat Well and Stay Well the Mediterranean Way, new York (n.Y.), doubleday, 1975.

LIMA, Y. De M. M.; MARTINS, F. A.; RAMALHO, A. A. Factors Associated with Overweight and Obesity in Adults from Rio Branco, Acre in the Western Brazilian Amazon. **Nutrients**, 1 mar. 2022. v. 14, n. 5. Disponível em: <[/pmc/articles/PMC8912625/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3912625/)>. Acesso em: 4 out. 2022.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. United States: **Primary care**, mar. 1994. v. 21, n. 1, p. 55–67.

MALTA, D. C. *et al.* Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1 abr. 2016. v. 21, n. 4, p. 1061–1069.

MARCOS-PARDO, P. J. *et al.* Association among Adherence to the Mediterranean Diet, Cardiorespiratory Fitness, Cardiovascular, Obesity, and Anthropometric Variables of

Overweight and Obese Middle-Aged and Older Adults. **Nutrients**, 10 set. 2020. v. 12, n. 9, p. 2750. Disponível em: <<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ffh&AN=2021-04-Aj6767&am>>.

MARTÍ, A. Z. *et al.* [Adherence to the Mediterranean diet and its relation to nutritional status in older people]. **Nutricion hospitalaria**, 1 abr. 2015. v. 31, n. 4, p. 1667–74. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25795956>>. Acesso em: 24 fev. 2023.

MESTRE, M. *et al.* Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico: estudo comparativo entre homens e mulheres e associação com o índice de massa corporal. **Revista da UI_IPSantarém**, 31 dez. 2021. v. 9, n. 3, p. 4–12. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/26198>>. Acesso em: 24 jul. 2023.

NASCIMENTO, M. De M. *et al.* Comparação e concordância de critérios à classificação do IMC de idosas fisicamente ativas, residentes no Sertão Nordestino. **Journal of Human Growth and Development**, 2017. v. 27, n. 3, p. 342–349. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 dez. 2022.

NOITES, A. *et al.* Efeitos da dieta mediterrânica e exercício físico em indivíduos com doença arterial coronária. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 1 nov. 2015. v. 34, n. 11, p. 655–664. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01411575/full>>. Acesso em: 4 set. 2022.

OLIVEIRA, C. B. C. De *et al.* Obesidade: inflamação e compostos bioativos. **Journal of Health & Biological Sciences**, 3 jan. 2020. v. 8, n. 1, p. 1–5. Disponível em: <<https://unichristus.homologacao.emnuvens.com.br/jhbs/article/view/2785>>.

PANAGIOTAKOS, D. B. *et al.* Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. **Nutrition**, 1 maio. 2006. v. 22, n. 5, p. 449–456. Disponível em: <<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ffh&AN=2006-09-Aj2543&am>>.

RAKHRA, V. *et al.* Obesity and the Western Diet: How We Got Here. **Missouri Medicine**, 2020. v. 117, n. 6, p. 536. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/327721435/>>. Acesso em: 24 jul. 2023.

REBELLO, C. J.; GREENWAY, F. L.; FINLEY, J. W. A review of the nutritional value of legumes and their effects on obesity and its related co-morbidities. **Obesity Reviews**, 1 maio. 2014. v. 15, n. 5, p. 392–407. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12144>>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ROMAGUERA, D. *et al.* Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. **The American Journal of Clinical Nutrition**, 1 out. 2010. v. 92, n. 4, p. 912–921.

SCHRÖDER, H. *et al.* Adherence to the Traditional Mediterranean Diet Is Inversely Associated with Body Mass Index and Obesity in a Spanish Population. **The Journal of Nutrition**, 1 dez. 2004. v. 134, n. 12, p. 3355–3361. Disponível em: <<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fsr&AN=15556034&am>>.

SOUZA, P. A. L. DE; MARCADENTI, A.; PORTAL, V. L. Effects of Olive Oil Phenolic Compounds on Inflammation in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. **Nutrients**, 1 out. 2017. v. 9, n. 10. Disponível em: </pmc/articles/PMC5691704/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

TAVARES, D. M. Dos S. *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1 mar. 2018. v. 23, n. 3, p. 913–922. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NvdzyxkVjflCb9xQvcBqYTf/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 27 jun. 2023.

TIER, C. G. *et al.* Health conditions of elderly in Primary Health Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 20 ago. 2014. v. 15, n. 4. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4914/3615>>.

TORRES, G. G. *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e obesidade abdominal: resultados da linha de base do ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2 fev. 2022. v. 27, n. 2, p. 737–746. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/kYKN6PHBfGNDn7dQnNnNRyM/>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

TROVÃO, R. De P.; SILVA, R. Da M. R. Azeite de oliva e suas propriedades funcionais: uma revisão bibliográfica / Olive oil and its functional properties: a literature review. **Brazilian Journal of Development**, 2022. v. 8, n. 6, p. 44245–44254.

TYROVOLAS, S. *et al.* Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. **International journal of food sciences and nutrition**, set. 2009. v. 60 Suppl 6, n. SUPPL. 6, p. 137–150. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19672745/>>. Acesso em: 21 nov. 2022.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects 2022: Summary of Results, 2022.**

URQUIAGA, I. *et al.* Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. **Revista médica de Chile**, 2017. v. 145, n. 1, p. 85–95. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 jul. 2023.

VILARNAU, C. *et al.* Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. **European journal of clinical nutrition**, 1 jul. 2019. v. 72, n. Suppl 1, p. 83–91. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487566/>>. Acesso em: 24 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight.** Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevalence of overweight among adults, BMI ≥ 25 (age-standardized estimate) (%), 2016.

WORLD OBESITY FEDERATION. Prevalence of adult overweight & obesity (%), 2023. Disponível em: < <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-adult-overweight-obesity-2/>>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ZAPPALÀ, G. *et al.* High adherence to Mediterranean diet, but not individual foods or nutrients, is associated with lower likelihood of being obese in a Mediterranean cohort. **Eating and Weight Disorders**, 1 jan. 2018. v. 23, n. 5, p. 605–614. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85034669409&doi=10.1007%2Fs40519-017-0454-1&partnerID=40&md5=646e4a0f5a8be0131970ba252e08a09b>>.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos a inexistência de qualquer conflito de interesse envolvendo esta publicação.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes e à toda equipe envolvida no “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, que voluntariamente dedicaram seu tempo e possibilitaram o desenvolvimento do presente estudo.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Couthon OIF contribuiu com a redação, interpretação dos resultados, revisão e aprovação da versão final. Avelar NCP contribuiu com a revisão e aprovação da versão final. Cembranel F contribuiu com a concepção, redação, análise dos dados, revisão e aprovação da versão final.

FINANCIAMENTO

Este estudo, assim como o “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso” do qual é originário, não possuem qualquer tipo de financiamento.

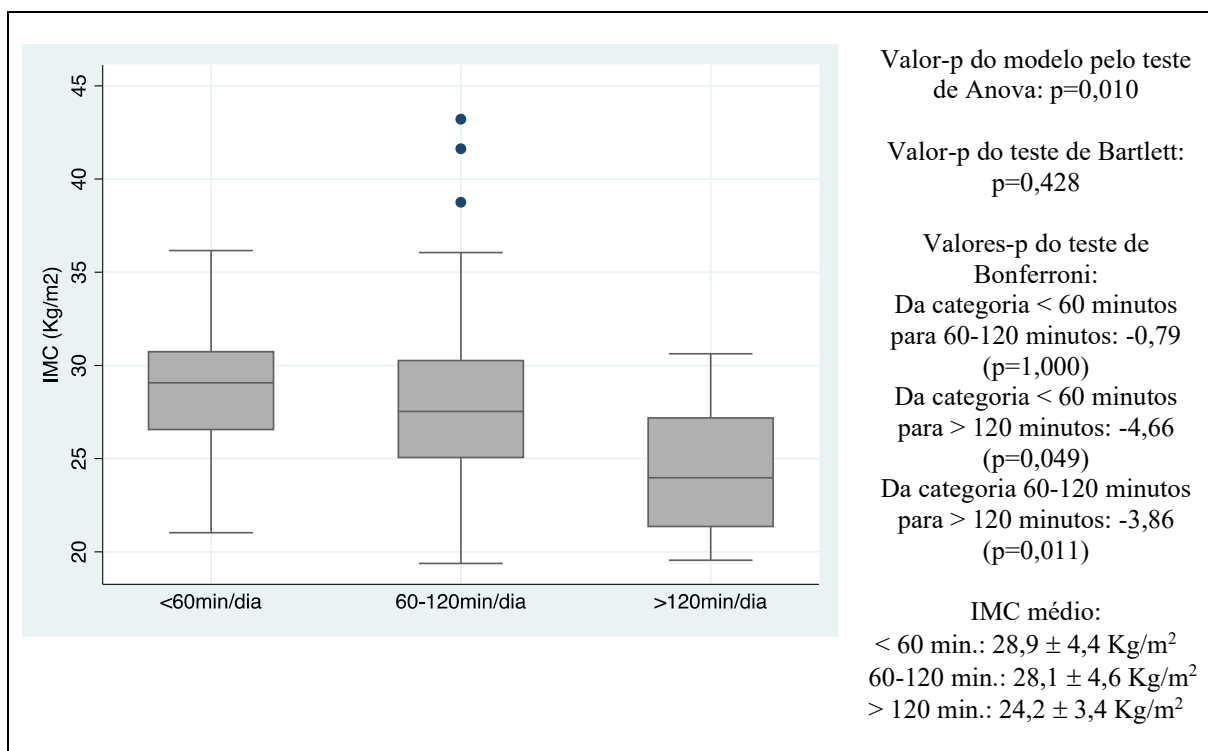
Análises suplementares:

Nas Figuras 2A e 2B, são apresentadas análises suplementares para complementar os resultados do estudo.

Na Figura 2A é apresentada a distribuição do IMC segundo categorias do tempo diário gasto com alimentação (preparo + refeição) utilizando-se *box plot*. Observou-se que para cada aumento de 60 minutos gastos com a alimentação houve uma redução no IMC de 0,79 Kg/m²

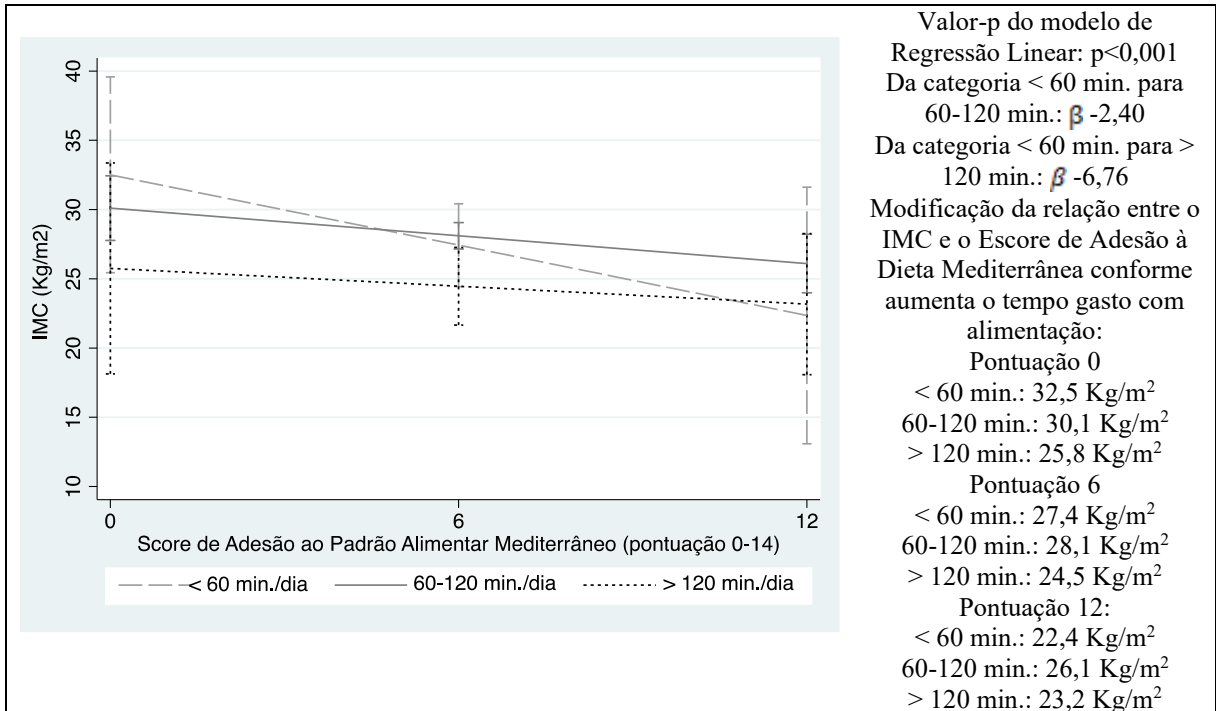
do grupo que gasta menos de 60 minutos/dia para o grupo que gasta entre 60-120 minutos/dia, de 4,66 Kg/m² do grupo que gasta menos de 60 minutos/dia para o que gasta mais de 120 minutos/dia e de 3,86 Kg/m² do grupo que gasta de 60-120 minutos para o que gasta mais de 120 minutos/dia. Em resumo, o IMC médio da amostra diminui de 28,9 Kg/m² daqueles que gastam < 60 minutos para 24,2 Kg/m² para aqueles que gastam > 120 minutos.

Figura 2A. *Box plot* da distribuição do Índice de Massa Corporal (Kg/m²) segundo categorias do tempo diário gasto com alimentação. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021-2022)”.



Na Figura 2B é descrita a associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o IMC, estratificada pelo tempo diário gasto com alimentação. Claramente observa-se redução do IMC conforme aumenta a pontuação de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo, com um efeito mais relevante para o grupo da amostra que gasta mais de 120 min/dia com a alimentação. O β de redução do IMC foi de -2,40 Kg/m² da categoria < 60 minutos para a de 60-120 minutos, e de -6,76 Kg/m² da categoria < 60 minutos para a > 120 minutos.

Figura 2B. Associação entre o escore de adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o índice de massa corporal, estratificada pelo tempo diário gasto com alimentação. “Projeto Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso (2021-2022)”.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento alarmante da prevalência do excesso de peso vem afetando diversas nações ao redor do mundo e ocasionando uma série de problemas nos sistemas de saúde. A não conscientização sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis, tal qual a falta de políticas públicas contribui para esse cenário.

À vista disso, o presente estudo buscou avaliar a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais residentes nas distintas regiões do Brasil. Após uma série de análises, a hipótese principal de que uma adesão alta ao padrão alimentar Mediterrâneo tem o potencial de reduzir a prevalência do excesso de peso foi confirmada, trazendo assim luz para um importante fator a ser considerado no manejo do excesso de peso na prática profissional. Mas, por se tratar de resultados obtidos a partir de dados advindos de uma amostra por conveniência, registra-se que indispensavelmente estes sejam confirmados por novos estudos, sobretudo com amostras probabilísticas e de base populacional. Tal direcionamento se faz fundamental, tendo em vista os benefícios do padrão alimentar Mediterrâneo sobre a saúde em geral e considerando a expectativa de aumento do excesso de peso esperado para as próximas décadas.

No que diz respeito à pesquisa bibliográfica, notou-se uma carência de estudos prévios, tanto no cenário nacional quanto mundial. Tal situação resultou em estímulo para o desenvolvimento do presente estudo, sobretudo considerando a similaridade dos padrões alimentares Mediterrâneo e brasileiro, visto que ambos incentivam o consumo de alimentos frescos, gorduras saudáveis, frutas, vegetais, grãos integrais, entre outros alimentos in natura, além de valorizar o desenvolvimento das habilidades culinárias, o tempo gasto com a alimentação e a socialização na hora de se alimentar. Soma-se a isso, a viabilidade econômica da adoção de uma alimentação compatível com a dieta Mediterrânea por todas as classes de rendimentos, perfazendo-se assim em um padrão alimentar com grande potencial de contribuir na prática clínica da nutrição e no campo da Saúde Coletiva.

9. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE/ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016.

AFONSO, Lisa; MOREIRA, Teresa; OLIVEIRA, Andreia. Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. **Revista Fatores de Risco**, [s. l.], v. 31, n. March 2019, p. 48–55, 2014.

AGNOLI, Claudia *et al.* Adherence to a Mediterranean diet and long-term changes in weight and waist circumference in the EPIC-Italy cohort. **Nutrition and Diabetes**, [s. l.], v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85046120403&doi=10.1038%2Fs41387-018-0023-3&partnerID=40&md5=cc1bb3876a043ce739e7fa057e8e49b1>.

ALFREDO, Camila Helachil; SILVA-JUNIOR, João Silvestre. Prevalência de excesso de peso entre trabalhadores em esquema de trabalho em turnos fixos. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 202–205, 2016. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/112/pt-BR/prevalencia-de-excesso-de-peso-entre-trabalhadores-em-esquema-de-trabalho-em-turnos-fixos>. Acesso em: 26 abr. 2023.

ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, Ismael *et al.* Adherence to an Energy-restricted Mediterranean Diet Score and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in the PREDIMED-Plus: A Cross-sectional Study. **Revista Española de Cardiología (English Edition)**, [s. l.], v. 72, n. 11, p. 925–934, 2019. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L629736234&from=export>. Acesso em: 21 dez. 2022.

ARRUDA, Marianne Pojali de; FUJIMORI, Elizabeth; LIMA, Daniela Braga. Avaliação de um programa para promoção do peso saudável entre trabalhadores TT - Program of evaluation for promoting healthy weight among workers. **J. Health Sci. Inst**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 82–87, 2016.

BASTO-ABREU, Ana *et al.* Cost-Effectiveness Of The Sugar-Sweetened Beverage Excise Tax In Mexico. **Health Affairs**, [s. l.], v. 38, n. 11, p. 1824–1831, 2019. Disponível em: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.05469>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BOTTCHER, Lara Belmudes. ATIVIDADE FÍSICA COMO AÇÃO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 98–111, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23324>. Acesso em: 8 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª edição. Brasília. Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. – v.1, n. 1 (mar. 2021). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BUCKLAND, Genevieve *et al.* Adherence to the Mediterranean Diet and Risk of Coronary Heart Disease in the Spanish EPIC Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 170, n. 12, p. 1518–1529, 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwp282>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BUCKLAND, G.; BACH, A.; SERRA-MAJEM, L. Obesity and the Mediterranean diet: a systematic review of observational and intervention studies. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 582–593, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-789X.2008.00503.x>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CANELLA, Daniela Silva *et al.* Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). **PloS one**, [s. l.], v. 9, n. 3, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24667658/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

CARDOZO, Natalia R *et al.* Estado nutricional de idosos atendidos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. **BRASPEN j**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 94–98, 2017. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/04/16-AO-Estado-nutricional-de-idosos.pdf>.

COBO-CUENCA, Ana Isabel *et al.* Adherence to the Mediterranean Diet and Its Association with Body Composition and Physical Fitness in Spanish University Students. **Nutrients** **2019**, Vol. 11, Page 2830, [s. l.], v. 11, n. 11, p. 2830, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/11/2830/htm>. Acesso em: 8 dez. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 3ª Região. A nutrição e os objetivos de desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://www.crn3.org.br/arquivos/a-nutricao-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-compressedpdf.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023

CORTEZ, Carlos Leal Antônio; CARMO DE CARVALHO E MARTINS, Maria. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. **Journal of Health Sciences**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 271–278, 2012. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/887>. Acesso em: 16 set. 2022.

DAGNE, Samuel *et al.* Factors associated with overweight and obesity among adults in northeast Ethiopia: A cross-sectional study. **Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy**, [s. l.], v. 12, p. 391–399, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S179699>. Acesso em: 4 out. 2022.

DAI, H. *et al.* The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* **17**, e1003198. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003198> (2020).

DE SOUZA, Priscilla Azambuja Lopes; MARCADENTI, Aline; PORTAL, Vera Lúcia. Effects of Olive Oil Phenolic Compounds on Inflammation in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Nutrients*, [s. l.], v. 9, n. 10, 2017. Disponível em: </pmc/articles/PMC5691704/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

DIAS, Yves Henrique Faria *et al.* Aleitamento materno e a relação com a obesidade infantil: uma revisão narrativa/ Breastfeeding and the relationship with childhood obesity: a narrative review. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 8673–8684, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28372>. Acesso em: 10 maio 2023.

DINEGRI, Leticia *et al.* Excess weight among women in a low-income urban community: Socioeconomic, demographic and reproductive factors. *Ciencia e Saude Coletiva*, [s. l.], v. 26, p. 3885–3893, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/FZhn9nbTccnKS6yr3Cym4My/>. Acesso em: 27 set. 2022.

ECHEVERRÍA, Guadalupe *et al.* Inverse Associations between a Locally Validated Mediterranean Diet Index, Overweight/Obesity, and Metabolic Syndrome in Chilean Adults. *Nutrients* **2017**, Vol. **9**, Page **862**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 862, 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/9/8/862/htm>. Acesso em: 29 ago. 2023.

ECHEVERRÍA, Guadalupe *et al.* Validation of self-applicable questionnaire for a Mediterranean dietary index in Chile. *Revista médica de Chile*, [s. l.], v. 144, n. 12, p. 1531–1543, 2016. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 29 ago. 2023.

EL KINANY, Khaoula *et al.* Modified Mediterranean diet score adapted to a southern Mediterranean population and its relation to overweight and obesity risk. *Public Health Nutrition*, [s. l.], v. 24, n. 13, p. 4064–4070, 2021. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/modified-mediterranean-diet-score-adapted-to-a-southern-mediterranean-population-and-its-relation-to-overweight-and-obesity-risk/CC6617A4BEDAC914046C5179F66D1992>. Acesso em: 29 abr. 2023.

FARES, Daniele *et al.* Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s. l.], v. 58, n. 4, p. 434–441, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ramb/a/vXR6z8fZCLpvf7XsYSxdgRw/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBESIDAD (FLASO) Capítulo 5: Epidemiología. *In: II Consenso Latinoamericano de Obesidade: 2017*. Disponible en URL: <https://online.fliphtml5.com/hvov/cxpr/#p=1>

FONTENELLE, Larissa Cristina *et al.* Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, ISSN-e 1981-9927, Vol. **12**, Nº.

71, 2018, páginas 353-363, [s. l.], v. 12, n. 71, p. 353–363, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6605327&info=resumen&idioma=ENG>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FORNASINI, Francesca. Mediterranean diet and SPA treatment: A healthy association?. **Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 93–101, 2018. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L622840953&from=export>.

FUNG, Teresa T. *et al.* Long-Term Change in Diet Quality Is Associated with Body Weight Change in Men and Women. **The Journal of nutrition**, [s. l.], v. 145, n. 8, p. 1850–1856, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084363>. Acesso em: 6 jul. 2023.

GERBER, Mariette. Qualitative methods to evaluate Mediterranean diet in adults. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 9, n. 1a, p. 147–151, 2006. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33646839111&doi=10.1079%2FPHN2005937&partnerID=40&md5=6d551fde910f300a5b7f38619671809e>.

GOMES, Ludimilla Oliveira Nascimento; GRANCIERO, Larissa Beatrice. O perfil alimentar e nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Brasília. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 3–9, 2017. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/271>. Acesso em: 16 set. 2022.

GROSSO, G. *et al.* Protective role of the Mediterranean diet on several cardiovascular risk factors: EVIDENCE from Sicily, southern Italy. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 370–377, 2014. Disponível em: <http://www.nmcd-journal.com/article/S0939475313002688/fulltext>. Acesso em: 25 jul. 2023.

HALES, Craig M *et al.* Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults: United States, 2017-2018 Key findings Data from the National Health and Nutrition Examination Survey. [s. l.], 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>. Acesso em: 29 abr. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Resultados Preliminares. 2a ed., Brasília: INAN, Ministério da Saúde, 1990.

JAKICIC, John M. *et al.* Role of Physical Activity and Exercise in Treating Patients with Overweight and Obesity. **Clinical Chemistry**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 99–107, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/clinchem/article/64/1/99/5608823>. Acesso em: 9 fev. 2023.

JESUS, Andreia Santos; ROCHA, Saulo Vasconcelos. Comportamento sedentário como critério discriminador do excesso de peso corporal em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, n. 0 SE-Artigos Originais, p. 1–6, 2018. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13082>.

KANAUCHI, Masao; KANAUCHI, Kimiko. Development of a Mediterranean diet score adapted to Japan and its relation to obesity risk. **Food and Nutrition Research**, [s. l.], v. 60, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L616716627&from=export>.

KEYS, A.B. “Coronary Heart disease in Seven countries”, *circulation*, 51-52 (suppl.), 1970.

KEYS, A.B. ; KEYS, M. How to eat Well and Stay Well the Mediterranean Way, new York (n.Y.), doubleday, 1975.

LASSALE, C. *et al.* Association between dietary scores and 13-year weight change and obesity risk in a French prospective cohort. **International Journal of Obesity**, [s. l.], v. 36, n. 11, p. 1455–1462, 2012. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ffh&AN=2013-03-Aj1361&>.

LEMAMSHA, H.; RANDHAWA, G.; PAPADOPOULOS, C. Prevalence of Overweight and Obesity among Libyan Men and Women. **BioMed Research International**, [s. l.], v. 2019, 2019. Disponível em: /pmc/articles/PMC6662481/. Acesso em: 9 maio 2023.

LEVINE, D. M. / BERENSON, M. L. / STEPHAN, David. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LIMA, Alessandra Nunes. Fatores associados ao excesso de peso entre usuários do Serviço de Promoção à Saúde: Academia da Cidade do Distrito Sanitário Leste de Belo Horizonte - Minas Gerais TT - Obesity. [s. l.], p. 114, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-689328>.

LIMA, Yara de Moura Magalhães; MARTINS, Fernanda Andrade; RAMALHO, Alanderson Alves. Factors Associated with Overweight and Obesity in Adults from Rio Branco, Acre in the Western Brazilian Amazon. **Nutrients**, [s. l.], v. 14, n. 5, 2022. Disponível em: /pmc/articles/PMC8912625/. Acesso em: 4 out. 2022.

LIPSCHITZ, D A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, United States, v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994.

LOTFI, Keyhan *et al.* Adherence to the Mediterranean Diet, Five-Year Weight Change, and Risk of Overweight and Obesity: A Systematic Review and Dose–Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. **Advances in Nutrition**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 152–166, 2022.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 1061–1069, 2016.

MARCOS-PARDO, Pablo J. *et al.* Association among Adherence to the Mediterranean Diet, Cardiorespiratory Fitness, Cardiovascular, Obesity, and Anthropometric Variables of Overweight and Obese Middle-Aged and Older Adults. **Nutrients**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 2750, 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ffh&AN=2021-04-Aj6767&>.

MARQUES, Adilson *et al.* Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. **European Journal of Public Health**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 295–300, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/2/295/4210290>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MARTÍ, Ana Zaragoza *et al.* [Adherence to the Mediterranean diet and its relation to nutritional status in older people]. **Nutricion hospitalaria**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 1667–1674, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25795956>. Acesso em: 24 fev. 2023.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel Angel *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. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043134>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MENGES, Ana Paula do Nascimento; CENI, Giovana Cristina; DALLEPIANE, Loiva Beatriz. Fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso / Factors associated with income and education in overweight elderly people. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 6, n. 9, p. 65997–66011, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16273>. Acesso em: 19 nov. 2022.

MESTRE, Marisa *et al.* Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo: estudo comparativo entre homens e mulheres e associação com o índice de massa corporal. **Revista da UI_IPSantarém**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 4–12, 2021. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/26198>. Acesso em: 24 jul. 2023.

MKUU, Rahma *et al.* Prevalence and factors associated with overweight and obesity in Kenya. **Preventive Medicine Reports**, [s. l.], v. 22, p. 101340, 2021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211335521000310>. Acesso em: 6 out. 2022.

MONSIVAIS, Pablo; AGGARWAL, Anju; DREWNOWSKI, Adam. Time Spent on Home Food Preparation and Indicators of Healthy Eating. **American journal of preventive medicine**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 796, 2014. Disponível em: [/pmc/articles/PMC4254327/](https://pmc/articles/PMC4254327/). Acesso em: 17 fev. 2023.

MOREIRA, A. D. et al. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 136–146, jan. 2017.

MORETTI, Gustavo de Souza *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em universitários do município de Rio Branco, Acre - Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 406–418, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372014000400406. Acesso em: 4 out. 2022.

MUSCOGIURI, Giovanna *et al.* Mediterranean Diet and Obesity-related Disorders: What is the Evidence?. **Current Obesity Reports** 2022 11:4, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 287–304, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-022-00481-1>. Acesso em: 18 fev. 2023.

NASCIMENTO, Marcelo de Maio *et al.* Comparação e concordância de critérios à classificação do IMC de idosas fisicamente ativas, residentes no Sertão Nordestino. **Journal of Human Growth and Development**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 342–349, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 dez. 2022.

NG, Carmen D. Global analysis of overweight prevalence by level of human development. **Journal of Global Health**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: </pmc/articles/PMC4676587/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

NOITES, Andreia *et al.* Efeitos da dieta mediterrânea e exercício físico em indivíduos com doença arterial coronária. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, [s. l.], v. 34, n. 11, p. 655–664, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01411575/full>. Acesso em: 4 set. 2022.

OLIVEIRA, Carla Braga Campelo de *et al.* Obesidade: inflamação e compostos bioativos. **Journal of Health & Biological Sciences**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1–5, 2020. Disponível em: <https://unichristus.homologacao.emnuvens.com.br/jhbs/article/view/2785>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em 26 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A “epidemia” da obesidade na Europa. Disponível em: <https://unric.org/pt/a-epidemia-da-obesidade-na-europa/> Acesso em 26 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Envelhecimento saudável. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel#:~:text=O%20envelhecimento%20saud%C3%A1vel%20%C3%A9%20um,vida%20ao%20longo%20da%20vida.>>. Acesso em 26 abr. 2023.

PALMEIRA, Catia Suely *et al.* Autopercepção de saúde de mulheres com excesso de peso. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 15, p. e499101523151, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23151>. Acesso em: 7 out. 2022.

PANAGIOTAKOS, Demosthenes B. *et al.* Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. **Nutrition**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 449–456, 2006. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ffh&AN=2006-09-Aj2543&>.

PENEDO, Mariana Moreira *et al.* A importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da obesidade infantil: uma revisão integrativa The importance of exclusive breastfeeding in preventing childhood obesity. [s. l.], 2023.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (POF) 2002-2003: Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (POF) 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS): 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS): 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020.

PEREIRA, Flávia; DUARTE, Luana; FREITAS, Júlia. Alimentação por conveniência: impacto no ganho de peso em adultos. [s. l.], 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/20774>. Acesso em: 17 fev. 2023.

PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. Nutritional status of elderly Brazilians: A multilevel approach. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 32, n. 5, p. e00178814, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178814>. Acesso em: 16 set. 2022.

PORTELA PAZ, Carolina *et al.* Obesidade: considerações sobre os fatores genéticos. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS E SAÚDE - RICS**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 106–112, 2017. Disponível em: <https://comunicata.ufpi.br/index.php/rics/article/view/5979>. Acesso em: 27 abr. 2023.

RAKHRA, Varundeep *et al.* Obesity and the Western Diet: How We Got Here. **Missouri Medicine**, [s. l.], v. 117, n. 6, p. 536, 2020. Disponível em: </pmc/articles/PMC7721435/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

REBELLO, C. J.; GREENWAY, F. L.; FINLEY, J. W. A review of the nutritional value of legumes and their effects on obesity and its related co-morbidities. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 392–407, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.12144>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ROBERTS, Susan B. *et al.* Healthy Aging—Nutrition Matters: Start Early and Screen Often. **Advances in Nutrition**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 1438, 2021. Disponível em: </pmc/articles/PMC8994693/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

ROCHA, P.F. *et al.* Obesidade X Sono. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni, jun. 2017.

ROMAGUERA, Dora *et al.* Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. **The American journal of clinical nutrition**, [s. l.], v. 92, n. 4, p. 912–921, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20810975>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RUMAWAS, Marcella E. *et al.* The development of the Mediterranean-style dietary pattern score and its application to the American diet in the Framingham Offspring Cohort. **The Journal of nutrition**, [s. l.], v. 139, n. 6, p. 1150–1156, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19357215/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

SALGUEIRO, Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira *et al.* Avaliação Do Estado Nutricional E Composição Corporal De Idosos De Embú-Guaçu-Sp. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 2, n. 12, p. 588–596, 2018. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/724/555>. Acesso em: 16 set. 2022.

SANTIN, Fernanda *et al.* Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, p. e00118821, 2022.

SANTOS, Patrícia Honório Silva *et al.* Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1917–1924, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/mSmYx6xfgF3bd9CfWSNfLyL/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2022.

SANTOS, Débora Martins dos; SICHIERI, Rosely. Índice De Massa Corporal E Indicadores Antropométricos De Adiposidade Em Idosos. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 163–168, 2005.

SCARBOROUGH, Peter *et al.* Impact of the announcement and implementation of the UK Soft Drinks Industry Levy on sugar content, price, product size and number of available soft drinks in the UK, 2015-19: A controlled interrupted time series analysis. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 2, 2020. Disponível em: [/pmc/articles/PMC7012398/](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003988). Acesso em: 27 abr. 2023.

SCHRÖDER, Helmut *et al.* Adherence to the Traditional Mediterranean Diet Is Inversely Associated with Body Mass Index and Obesity in a Spanish Population. **The Journal of Nutrition**, [s. l.], v. 134, n. 12, p. 3355–3361, 2004. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fsr&AN=15556034&camp>.

SILVA, Deisiane dos Santos *et al.* Alterações metabólicas e cardiovasculares e sua relação com a obesidade em idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 4357–4369, 2020.

SILVA, Vladimir Schuindt da *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. **Revista brasileira de atividade física e saúde**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 289–294, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/617/624>.

SILVEIRA, Fabiana Marques da *et al.* INFLUÊNCIA DO “IMPRINTING METABÓLICO” NO DESENVOLVIMENTO PONDERAL DE NEONATOS. ESTUDO EXPERIMENTAL. **Revista da JOPIC**, [s. l.], v. 6, n. 10, 2022. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/2779>. Acesso em: 10 maio 2023.

SILVEIRA, Erika Aparecida; KAC, Gilberto; BARBOSA, Larissa Silva. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 1569–1577, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/8Nm6jgxWTpnLSm5kRqF7KHh/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVEIRA, Taismara; POLL, Fabiana Assmann. Identificação de alterações nos mecanismos sensoriais, no padrão alimentar e corporal de ex-tabagistas. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 10, n. 58, p. 205–211, 2016. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/445>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SIMÕES, Bárbara dos Santos *et al.* O consumo de alimentos ultraprocessados e nível socioeconômico: Uma análise transversal do estudo longitudinal de Saúde do Adulto, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 34, n. 3, 2018.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 18(2):385-95, 2015.

SOARES, Wellington Danilo *et al.* Estado Nutricional em Idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 01, n. 02, p. 146–155, 2016. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2381>. Acesso em: 16 set. 2022.

SOUZA, Luís Paulo Souza E. *et al.* Alcohol consumption and overweight in brazilian adults – cume project. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 4835–4848, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/K4KF4qfbdHWTXgSvCYbtPRs/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

SOUZA, Bianca Bittencourt De *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1463–1472, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LXbcKRjL5ZqznQjM4KPxtNy/?lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2023.

TANG, Kun; ZHAO, Yingxi; LI, Chunyan. The association between self-rated health and different anthropometric and body composition measures in the Chinese population. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4249-0>. Acesso em: 7 out. 2022.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 913–922, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NvdzyxkVjflCb9xQvcBqYTf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

THE WORLD FACTBOOK. Obesity – adult prevalence rate -. *www.cia.gov*. Consultado em 23 de setembro de 2022

TIER, Cenir Gonçalves *et al.* Health conditions of elderly in Primary Health Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 15, n. 4, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4914/3615>.

TORRES, Gabrielle Guidoni *et al.* Consumo de bebidas alcoólicas e obesidade abdominal:

resultados da linha de base do ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 737–746, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/kYKN6PHBfGNDn7dQnNnNRyM/>. Acesso em: 21 nov. 2022.

TRICHOPOULOU, Antonia *et al.* Diet and overall survival in elderly people. **BMJ**, [s. l.], v. 311, n. 7018, p. 1457–1460, 1995. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/311/7018/1457>. Acesso em: 21 dez. 2022.

TROVÃO, Raianny de Paula; SILVA, Renan da Mota Rodrigues. Azeite de oliva e suas propriedades funcionais: uma revisão bibliográfica / Olive oil and its functional properties: a literature review. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 8, n. 6, p. 44245–44254, 2022.

TYROVOLAS, Stefanos *et al.* Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. **International journal of food sciences and nutrition**, [s. l.], v. 60 Suppl 6, n. SUPPL. 6, p. 137–150, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19672745/>. Acesso em: 21 nov. 2022.

URQUIAGA, Inés *et al.* Origen, componentes y posibles mecanismos de acción de la dieta mediterránea. **Revista médica de Chile**, [s. l.], v. 145, n. 1, p. 85–95, 2017. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 15 jul. 2023.

VAISI-RAYGANI, Aliakbar *et al.* The prevalence of obesity in older adults in Iran: A systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1396-4>. Acesso em: 25 abr. 2023.

VIGITEL BRASIL 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

VIGITEL BRASIL 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

VILARNAU, Cristina *et al.* Worldwide adherence to Mediterranean Diet between 1960 and 2011. **European journal of clinical nutrition**, [s. l.], v. 72, n. Suppl 1, p. 83–91, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487566/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevalence of overweight among adults, BMI \geq 25 (age-standardized estimate) (%), 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight. Geneva: WHO, 2021.

YUAN, Fan *et al.* Association of Physical Activity and Sitting Time with Overweight/Obesity in Chinese Occupational Populations. **Obesity Facts**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 141, 2021. Disponível em: /pmc/articles/PMC7983591/. Acesso em: 9 fev. 2023.

ZAPPALÀ, Gaetano *et al.* High adherence to Mediterranean diet, but not individual foods or nutrients, is associated with lower likelihood of being obese in a Mediterranean cohort. **Eating and Weight Disorders**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 605–614, 2018. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85034669409&doi=10.1007%2Fs40519-017-0454-1&partnerID=40&md5=646e4a0f5a8be0131970ba252e08a09b>.

ZHANG, X. *et al.* Prevalence and associated factors of overweight and obesity in older rural Chinese. **Internal Medicine Journal**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 580–586, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1445-5994.2007.01529.x>. Acesso em: 20 nov. 2022.

**ANEXO A - Questionário completo do projeto “Conhecendo para Prevenir:
Avaliação Multidimensional do Idoso (2021-2022)”.**

IDENTIFICAÇÃO

2. Nome

3. Idade

4. Telefone

5. e-mail

6. Cidade a qual reside atualmente

7. Está fazendo algum curso no Núcleo de estudos da terceira idade (NETI) na UFSC?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 9*

8. Qual curso?

Dados sociodemográficos

9. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro: _____

10. Estado Civil

Marcar apenas uma oval.

Casado(a)

Solteiro (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Com companheiro (a)

11. Auto-declaração de cor da pele/Raça

Marcar apenas uma oval.

- Branca
- Parda
- Negra
- Amarela
- Indígena
- Não sabe

12. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação

13. Renda Mensal (soma de Rendimento de todos os residentes da casa)

Marcar apenas uma oval.

- 1 salário mínimo
- entre 1 e 3 salários mínimos
- entre 4 e 10 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

14. Como você percebe sua saúde?

Marcar apenas uma oval.

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

Atividades de vida diária

15. Por causa da sua saúde ou condição física, você já deixou de fazer compras?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não faço compras por outros motivos que não a saúde

16. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas da sua casa?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não controlo o dinheiro por outros motivos que não a saúde

17. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não faz trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde

Atividades básicas de vida diária

18. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Cognição

19. Algum familiar já comentou que você está ficando esquecida?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

20. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

21. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do dia-a-dia?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Humor

22. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

23. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em fazer atividades que gostava antes?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Mobilidade

24. Você é capaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

25. Você é capaz de segurar/manusear pequenos objetos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

26. Você perdeu peso de forma não-intencional de 4,5kg no último ano?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

27. Você perdeu peso de forma não-intencional de 6 kg nos últimos 6 meses?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

28. Você perdeu peso de força não-intencional de 3 kg no último mês?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

29. Qual seu peso?

30. Qual sua altura/estatura?

31. Você tem dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. Você caiu no último ano?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Comunicação

34. Você tem problemas de visão que impeçam de realizar alguma atividade? É permitido usar óculos

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

35. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade? É permitido o uso de aparelhos de audição

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

COVID

36. Já teve COVID-19? Coronavírus?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Pular para a pergunta 42*

37. Qual o mês e ano foi diagnosticado com COVID?

38. Ficou internado (Ambulatório) devido a COVID?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

39. Ficou internado (CTI/UTI) devido a COVID?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

40. Ficou com alguma sequelas da COVID?

Marcar apenas uma oval.

- Fadiga
 Falta de ar
 Dores de cabeça
 Queda de cabelo
 Perda temporária do paladar (sentir gosto)
 Perda temporária do olfato (cheiro)
 Perda definitiva do paladar (sentir gosto)
 Dor no peito
 Tontura
 Trombose
 Palpitações
 Depressão
 Ansiedade
 Dificuldade de raciocínio, memória

41. Você teve reinfecção por COVID?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

MORBIDADES

42. Você tem medo em cair para realizar suas atividade do dia-a-dia?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

43. Algum médico já falou que você tem doença na coluna/costas?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

44. Algum médico já falou que você tem Artrite ou reumatismo?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

45. Algum médico já falou que você tem Câncer?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

46. Algum médico já falou que você tem Diabetes?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

47. Algum médico já falou que você tem Bronquite ou asma?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

48. Algum médico já falou que você tem Doença do coração ou cardiovascular?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

49. Algum médico já falou que você tem Insuficiência renal crônica?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

50. Algum médico já falou que você tem Tuberculose?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

51. Algum médico já falou que você tem Cirrose?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

52. Algum médico já falou que você tem Derrame/AVC/Isquemia Cerebral?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

53. Algum médico já falou que você tem Osteoporose

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

54. Algum médico já falou que você tem Hipertensão arterial (pressão alta)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

55. Algum médico já falou que você tem Labirintite?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

56. Algum médico já falou que você tem Incontinência urinária?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

57. Algum médico já falou que você tem Incontinência fecal?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

58. Algum médico já falou que você tem Doença de Parkinson?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

59. Algum médico já falou que você tem Doença de Alzheimer/Demência?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

60. Algum médico já falou que você tem Comprometimento cognitivo leve? (alterações ou perda de memória frequente mas que não compromete suas atividades da vida diária)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

61. Você sente que seu olfato está reduzindo?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

62. Você sente que seu paladar vem reduzindo?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Internação

63. Ficou internado nos últimos 6 meses?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Pular para a pergunta 66*

64. Quanto tempo precisou ficar internado em sua última internação?

65. Qual motivo precisou ser internado?

Hábitos de vida

66. Você fuma?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Já fumel, mas parei

67. Quantos cigarros fuma por dia?

68. Você bebe?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Já bebi, mas parei

69. Qual frequência ingere a bebida alcoólica?

70. Em média, quantas horas por dia você costuma assistir televisão?

71. Em um dia, quantas hora do seu tempo livre, você costuma usar computador, tablet, celular (para ver vídeo, jogar, usar redes sociais)?

72. Em um dia quantas horas do seu tempo, você costuma utilizar para bordar, jogar cartas, fazer artesanato ou outra atividade de lazer?

73. Em um dia, quantas horas do seu tempo, você consoma utilizar durante transporte motorizado?

74. Em um dia, quantas horas do seu tempo, você costuma utilizar pra alimentação?

75. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

76. Você pratica exercício físico pelo menos uma vez por semana?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

77. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte?

Marcar apenas uma oval.

1-2 dias/semana

3 dias/semana

mais de 3 dias/semana

78. No dia que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

79. Você trabalha?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

80. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

81. Quanto tempo você gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

82. Utiliza algum medicamento que foi recomendado por amigo ou parente?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

83. Quantos medicamentos DIFERENTES você toma por dia?

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 Mais de 4 medicamentos por dia

84. Quais medicamentos você utiliza por dia?

Marcar apenas uma oval.

- Para baixar o colesterol (exemplo sinvastatina)
 Para tratar a ansiedade, acalmar, ajudar a dormir (exemplo diazepam)
 Para tratar a depressão, melhorar o humor, ajudar a dormir (exemplo fluoxetina)
 Para baixar a pressão, tratar o coração (exemplo atenolol)
 Outros

85. Descreva quais outros tipos de medicamentos você utiliza

86. Para o quê você utiliza esse medicamento recomendado por amigo ou parente?

SARC-F

87. Quanta dificuldade você tem para carregar 5 kilos?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Alguma
- Muita dificuldade
- Não consigo carregar 5 kilos

88. O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo na sua casa?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Uso apoios
- Não consigo

89. Quanta dificuldade você tem para levantar da cama ou cadeira?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Preciso de ajuda

90. Quanta dificuldade você tem para subir 10 degraus?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não consigo

91. Quantas vezes você caiu no último ano?

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- de 1 a 3 quedas
- Mais de 4 quedas

Adesão à Dieta Mediterrânea

Considerando seus hábitos alimentares, responda:

92. 1. Você utiliza azeite como principal gordura culinária?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

93. 2. Que quantidade de azeite você consome em um dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

- < 4 colheres sopa
 ≥ 4 colheres sopa

94. 3. Quantas porções de vegetais você consome por dia? (1 porção: 200 g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)

Marcar apenas uma oval.

- 1 porção por dia ou menos
 ≥ 2 porções por dia (ou ≥ 1 porção crua ou em salada)

95. 4. Quantas porções de fruta (incluindo sucos de fruta natural) você consome por dia?

Marcar apenas uma oval.

- < 3 porções por dia
 ≥ 3 porções por dia

96. 5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, salame, etc.) você consome por dia? (1 porção: 100-150 g)

Marcar apenas uma oval.

- ≥ 1 porção por dia
 < 1 porção por dia

97. 6. Quantas porções de manteiga, margarina ou nata você consome por dia? (1 porção: 12 g)

Marcar apenas uma oval.

- ≥ 1 porção por dia
 < 1 porção por dia

98. 7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas você bebe por dia? (refrigerantes, sucos industrializados, refrescos, águas industrializadas saborizadas, etc.)

Marcar apenas uma oval.

- ≥ 1 por dia
 < 1 por dia

99. 8. Quantos copos de vinho você bebe por semana?

Marcar apenas uma oval.

- < 7 copos por semana
 ≥ 7 copos por semana

100. 9. Quantas porções de leguminosas você consome por semana? (1 porção: 150 g)

Marcar apenas uma oval.

- < 3 porções por semana
 ≥ 3 porções por semana

101. 10. Quantas porções de peixe ou marisco você consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)

Marcar apenas uma oval.

- < 3 porções por semana
 ≥ 3 porções por semana

102. 11. Quantas vezes por semana você consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?

Marcar apenas uma oval.

- ≥ 3 vezes por semana
 <3 vezes por semana

103. 12. Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, castanhas, incluindo amendoins) você consome por semana? (1 porção 30 g)

Marcar apenas uma oval.

- < 3 porções por semana
 ≥ 3 porções por semana

104. 13. Você consome preferencialmente frango, peru ou coelho ao invés de carne de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

105. 14. Quantas vezes por semana você consome vegetais, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?

Marcar apenas uma oval.

- < 2 vezes por semana
 ≥ 2 vezes por semana

Percepção da memória

106. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade para lembrar o nome de uma pessoa que acabou de conhecer?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
 Um pouco melhor agora
 Igual
 Um pouco pior agora
 Muito pior agora

107. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade para lembrar o número de telefone que usa pelo menos uma vez por semana?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
 Um pouco melhor agora
 Igual
 Um pouco pior agora
 Muito pior agora

108. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade para lembrar onde colocou objetos (ex. chaves)

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
- Um pouco melhor agora
- Igual
- Um pouco pior agora
- Muito pior agora

109. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade para lembrar notícias de uma revista ou da televisão?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
- Um pouco melhor agora
- Igual
- Um pouco pior agora
- Muito pior agora

110. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade para lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local de compras?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
- Um pouco melhor agora
- Igual
- Um pouco pior agora
- Muito pior agora

111. Comparado quanto você tinha 18-20 anos, como descreveria sua capacidade lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local de compras?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
- Um pouco melhor agora
- Igual
- Um pouco pior agora
- Muito pior agora

112. Em geral, como descreveria sua memória comparada a que tinha aos 18-20 anos de idade?

Marcar apenas uma oval.

- Muito melhor agora
- Um pouco melhor agora
- Igual
- Um pouco pior agora
- Muito pior agora

APGAR DA FAMÍLIA

113. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está incomodando ou preocupando

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
 Às vezes
 Raramente

114. Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
 Às vezes
 Raramente

115. Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou realizar mudanças no meu estilo de vida

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
 Às vezes
 Raramente

116. Estou satisfeito com a maneira que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
 Às vezes
 Raramente

117. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos

Marcar apenas uma oval.

- Quase sempre
 Às vezes
 Raramente

Encerramento

Finalizamos a aplicação do questionário. Agradecemos a sua atenção e colaboração com a pesquisa e nos disponibilizamos para qualquer esclarecimento ou dúvida que você tenha.

Pedimos que clique na opção "ENVIAR" para termos a sua resposta registrada.

Qualquer dúvida, entre em contato conosco através do e-mail: nubja_carelli@ufsc.br

Atenciosamente,

Equipe de pesquisa.

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional do Idoso”, para a qual foi escolhido por preencher os critérios de inclusão do estudo e sua participação não é obrigatória. Essa pesquisa está sendo coordenada pela professora Dra. Núbia Carelli Pereira de Avelar com colaboração das professoras Ana Lúcia Danielewicz, Francieli Cembranel, Helena Cismaroti, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Aline Arakawa e Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa. Você também poderá desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. O objetivo desta pesquisa será investigar condições frequentes na saúde do idoso e relacioná-las com variáveis sociodemográficas, antropométricas, nutricionais, medicamentosas, familiares e de saúde.

Em nosso protocolo de investigação, você responderá a questionários específicos sobre a avaliação de forma ampla (multidimensional) de idosos e condições associadas a saúde (por exemplo se possui alguma doença, se utiliza algum medicamento, nível de atividade física e comportamento sedentário, dieta). Para isso, haverá questões sobre identificação, informações sociodemográficas (escolaridade, idade, renda mensal), atividades do seu dia-a-dia, sobre seu humor e cognição, mobilidade (capacidade de realizar alguns movimentos na sua vida), comunicação, sobre hábitos de vida, medicamentos, alimentação e relação familiar.

Os riscos dessa pesquisa são: Constrangimento ou vergonha ao responder algumas perguntas a respeito de seu estilo de vida; cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários; desconfortos; alterações de autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por esforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos; divisão de trabalho familiar; satisfação profissional. Contudo, salientamos que para minimizar qualquer constrangimento, esse questionário será respondido de forma online e sua identificação será preservada. Se houver constrangimento e desconforto emocional, você pode entrar em contato com a responsável pela pesquisa para receber orientações sobre possibilidade de intervenções emocionais. Ainda, em caso de desconforto ao responder as questões dos questionários, você pode interromper a participação e retornar quando estiver mais confortável, ou, ainda, desistir, sem prejuízos.

Os benefícios e vantagens de participar deste estudo serão identificação de quais fatores de risco para a redução de sua funcionalidade. Além disso, tem-se o benefício indireto, pois os dados da presente pesquisa poderão auxiliar na formulação de propostas de prevenção e tratamento para idosos.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados referente à pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, sendo que você poderá solicitar informações durante as fases da pesquisa e até mesmo após seu término. Os resultados dos seus exames serão confidenciais e só poderão ser tornados públicos com a sua permissão.

Não estão previstas despesas durante sua participação. A legislação não permite qualquer tipo de remuneração pela participação na pesquisa. Caso haja alguma despesa decorrente da pesquisa declaramos a garantia de ressarcimento. Garantimos indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Também garantimos direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, ressaltando que a senhora não sofrerá nenhuma penalidade. Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome. A pesquisadora responsável por este estudo declara que este TCLE está em cumprimento com as exigências contidas do item IV. 3 da Resolução 466/12.

Você vai demorar de 10 a 15 minutos no preenchimento deste questionário que deverá ser respondido somente 1 única vez!

É importante que você faça download deste documento devidamente assinado pelo pesquisador e guarde-o em seus arquivos, para esclarecimento de eventuais dúvidas.

DADOS DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:

Nome: Núbia Carelli Pereira de Avelar
Telefone: (48)37212167
E-mail: nubia.carelli@ufsc.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos que tem autorizado a presente pesquisa: Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade. CEP: 88.040-400. Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Araranguá, 23 de Abril 2021

Núbia Carelli Pereira de Avelar
Pesquisadora
Rodovia Governador Jorge Lacerda, nº 3201 - Km 35,4
Bairro: Jardim das Avenidas
Cep: 88906-072
Araranguá – SC
Telefone: (48)37212167

*Obrigatório

1. D E C L A R A Ç Ã O - Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa “Conhecendo para Prevenir: Avaliação Multidimensional Do Idoso”, sob responsabilidade da Dra. Núbia Carelli Pereira de Avelar com colaboração das professoras Ana Lúcia Danielewicz, Francieli Cembranel, Helena Cismaroti, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Aline Arakawa e Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa (pesquisadoras responsáveis) que garantem que a pesquisa será desenvolvida dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares. *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, concordo em participar da pesquisa
- Não concordo em participar da pesquisa *Pular para a seção 19 (Encerramento)*

**ANEXO C - Termo de aprovação do projeto “Conhecendo para Prevenir:
Avaliação Multidimensional do Idoso” no Comitê de Ética em Pesquisa com
Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECENDO PARA PREVENIR: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

Pesquisador: Núbia Carelli Pereira de Avelar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46193521.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.712.366

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Núbia Carelli Pereira de Avelar, do CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE DO CAMPUS ARARANGUÁ/UFSC.

As informações que seguem e as elencadas nos campos “Objetivo da pesquisa” e “Avaliação dos riscos e benefícios” foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 1739532.pdf, de 25/04/2021, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Objetivo: Investigar, de forma remota, condições frequentes na saúde do idoso e relacioná-las com variáveis sociodemográficas, nutricionais, antropométricas, familiares e de saúde. **Metodologia:** Tratar-se-á de uma pesquisa do tipo transversal com abordagem quantitativa, realizada de forma não presencial, por via digital, com 397 idosos comunitários. Para o desenvolvimento do estudo será utilizado um formulário online, com as informações divididas nos seguintes tópicos: caracterização (idade e local de residência), dados sociodemográficos (sexo, estado civil, autodeclaração de cor de pele, escolaridade e renda salarial), Índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), dados referente a internação, hábitos de vida (alcoolismo, etilismo, nível de atividade física e comportamento sedentário), avaliação do risco de sarcopenia (SARC-F), questionário de adesão a dieta mediterrânea e APGAR familiar. **Resultados esperados:** Espera-se

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.712.366

traçar o perfil antropométricos, de saúde, sintomas depressivos e hábitos de vida dos idosos amostrados.

Hipótese:

A avaliação multidimensional do idoso contemplará informações sobre caracterização antropométrica, perfil de saúde, sintomas depressivos e hábitos de vida.

Critério de Inclusão:

A população do estudo será composta por idosos (> 60 anos) residentes no estado de Santa Catarina.

Critério de Exclusão:

Serão considerados critérios de exclusão idosos institucionalizados, hospitalizados e com declínio cognitivo incapazes de responder ao questionário online.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar, de forma remota, condições frequentes na saúde do idoso e relacioná-las com variáveis sociodemográficas, nutricionais, antropométricas, familiares e de saúde.

Objetivos Secundários:

Conhecer a dieta dos idosos usando uma ferramenta de 14 itens de adesão à Dieta Mediterrânea e sua relação com desfechos autorreferidos, tais como comprometimento cognitivo leve, doença cardiovascular, sobrepeso/excesso de peso e diagnóstico de COVID-19, dentre outros; Verificar a associação entre suporte familiar e comprometimento cognitivo leve, automedicação, fragilidade, hospitalizações, quedas e morbidades; Verificar a prevalência de automedicação e associação com desfechos negativos em saúde, tais como COVID, fragilidade, hospitalizações, quedas e pouco suporte familiar;

Verificar as associações do comportamento sedentário com prevalência de COVID, internação, fragilidade, sarcopenia e fatores demográficos e antropométricos; Verificar a associação entre o rastreio de sarcopenia com COVID, internações, quedas e suporte familiar. Verificar a tipologia do comportamento sedentário com diferentes desfechos em saúde;

Verificar a associação da função familiar da pessoa idosa com o distanciamento social no período

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

pandêmico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os pesquisadores: "O presente estudo está sujeito a ocorrência de alguns riscos, sendo eles: constrangimento ou vergonha ao responder algumas perguntas a respeito de seu estilo de vida, cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários, desconfortos, alterações de autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por esforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional. Contudo, para minimizar qualquer constrangimento, o questionário será respondido de forma online e a identificação dos voluntários será preservada. Além disso, existe o remoto risco de quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei".

Benefícios:

Segundo os pesquisadores: "A execução do projeto implicará em alguns benefícios diretos aos voluntários, como a identificação de quais fatores de risco para a redução da funcionalidade o participante apresenta. Além disso, tem-se o benefício indireto, pois os dados da presente pesquisa poderão auxiliar na formulação de propostas de prevenção e tratamento para idosos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tratar-se-á de uma pesquisa do tipo transversal com abordagem quantitativa, realizada por via digital através de um link a ser divulgado nas mídias sociais, projetos vinculados ao Núcleo de estudos da Terceira Idade (NETI) da UFSC, dentre outros.

Número de Participantes: 397

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1) Folha de Rosto assinada por Núbia Carelli Pereira de Avelar, pesquisadora responsável, e Ana Lúcia Danielewicz, chefe de departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.712.366

Catarina, Campus Araranguá em 20/04/2021.

- 2) Carta de anuência: assinada por Eugênio Simão, diretor do Centro de Ciências, Tecnologias e Saúde do Campus Araranguá, em 23/04/2021.
- 3) TCLE: apresenta um TCLE para o participante da pesquisa (idoso), que contempla as exigências da resolução 466/2012.
- 4) Consta os instrumentos de coleta de dados a serem aplicados aos participantes da pesquisa.
- 5) Cronograma: A coleta de dados iniciará em 07/06/2021. O término do estudo está previsto para 27/02/2023.
- 6) Orçamento: informa despesas de R\$ 1.300,00 com financiamento próprio.

Recomendações:

Solicita-se a inclusão, no sistema da Plataforma Brasil, dos nomes de todos os/as pesquisadores/as envolvidos/as no estudo como membros da equipe de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Entende-se que a ausência de informações no TCLE, como: a) a garantia de via do TCLE assinado (item IV.3.f) e b) a informação de que foi elaborado em duas vias, rubricadas e assinadas (item IV.5.d) (com as duas assinaturas na mesma página), está amparada no documento SEI/MS - 0014250573 – Comunicado emitido pela CONEP em 01 de abril de 2020, o qual flexibiliza a aplicação do TCLE durante a pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) e o ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS).

Informamos aos pesquisadores a necessidade de enviar, por meio de notificação, relatórios parciais e final da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.712.366

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1739532.pdf	25/04/2021 16:55:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2021 16:54:23	Núbia Carelli Pereira de Avelar	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicao.pdf	25/04/2021 16:52:58	Núbia Carelli Pereira de Avelar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/04/2021 16:51:57	Núbia Carelli Pereira de Avelar	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada_assinado.pdf	25/04/2021 16:50:48	Núbia Carelli Pereira de Avelar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Maio de 2021

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br