

**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**

**ASSOCIATION BETWEEN ADHERENCE SCORE TO THE MEDITERRANEAN
DIET PATTERN AND OVERWEIGHT AMONG PEOPLE AGED 50 YEARS OR
OLDER: RESULTS OF A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS**

Ciências da Saúde • 30/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782636871](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782636871)

Orence Ian Finagnon Couthon¹

Douglas Oliveira Vieira²

Núbia Carelli Pereira de Avelar³

Francieli Cembranel⁴

RESUMO

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. Conhecer a associação entre a adesão ao padrão alimentar Mediterrâneo e o excesso de peso em pessoas com 50 anos de idade ou mais. 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”. 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. 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; Estudo transversal.

ABSTRACT

The Mediterranean diet is considered one of the healthiest dietary

patterns in the world for preventing excess weight, as it includes fresh, unprocessed, and minimally processed foods. This study aimed to understand the association between adherence to the Mediterranean dietary pattern and excess weight in people aged 50 years or older. A cross-sectional study with non-probabilistic convenience sampling was conducted with 122 individuals of both sexes participating in the research project "Knowing to Prevent: Multidimensional Assessment of the Elderly." Data collection was performed using an online questionnaire. The outcome was excess weight, 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". For each 1-point increase in the adherence score to the Mediterranean diet, there was a 5.9% reduction in the prevalence of overweight according to the Lipschitz classification and a 6.2% reduction according to the WHO classification. In our sample, greater adherence to the Mediterranean diet was associated with the benefit of a lower prevalence of overweight. Therefore, we recommend that these results be confirmed in further studies with probabilistic samples so that they can be used in nutritional interventions for the management of overweight.

Keywords: Mediterranean diet; Overweight; Adults; Elderly; Cross-sectional study.

1. INTRODUÇÃO

Considerando as características atuais da transição demográfica no mundo, estima-se que a população mundial atingirá 10,4 bilhões de

peças 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.

2. 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 N° 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.

2.1. Desfecho

Excesso de peso: este desfecho foi gerado a partir de dados autorreferidos de peso e altura, que foram aplicados na fórmula do IMC ($\text{peso(Kg)/altura(m)}^2 = \text{IMC em kg/m}^2$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). A partir do resultado do cálculo o excesso de peso foi determinado utilizando-se dois distintos pontos de corte: 1) $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ segundo a WHO (1995), e 2) $\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$ 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 quanto categórica (sim, não).

2.2. 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.

2.3. 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, \geq 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).

2.4. 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*.

3. 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	67 (54,9)	18 (64,3)	49 (52,1)

cebola, alho-poró ou alho e azeite de oliva (n= 122)			
Pontuação média (\pm 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	33,3%	56,7	40,5
5. Consumo diário inferior a 1 porção de carne vermelha	59,3	43,9	53,3	51,2

ou de derivados de carne (presunto, salsicha, etc.)				
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,	45,8	21,4 [§]	53,3	26,5 [£]

incluindo amendoim)				
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).

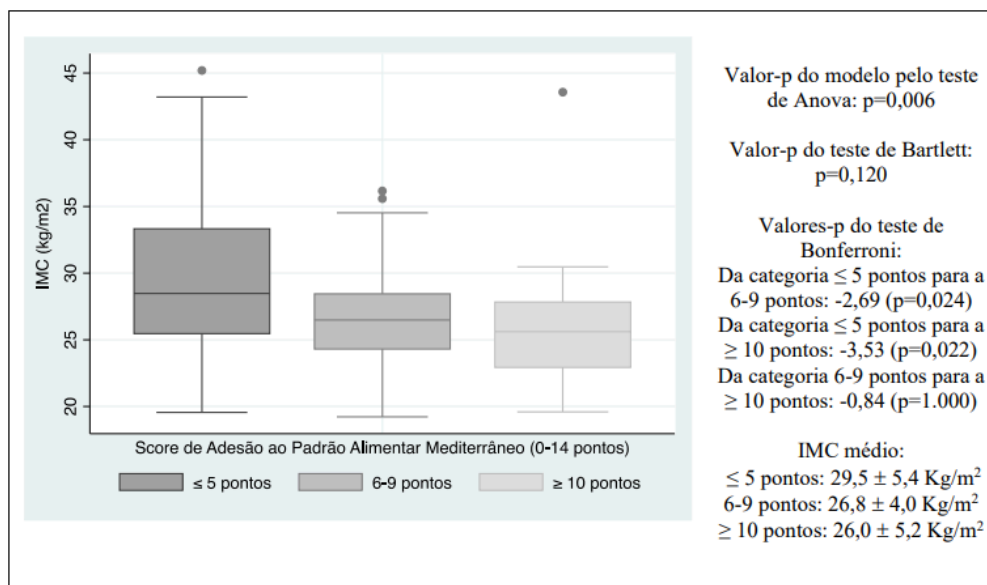
ϕ valor-p = 0,023; ‡ valor-p = 0,003; § valor-p = 0,006;

¥ 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).

4. 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 diminuiu 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 BIBLIOGRÁFICAS

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.

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.

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-obesityrisk/CC6617A4BEDAC914046C5179F66D1992>. Acesso em: 29 abr. 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. ; KEYS, M. How to eat Well and Stay Well the Mediterranean Way, new York (n.Y.), doubleday, 1975.

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

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: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3512625/>. 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&>.

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.

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&>.

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: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35691704/>. 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 \geq 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>.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina Campus Florianópolis. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3393-8989>.

² Discente do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina Campus Florianópolis. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5263-5484>.

³ Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Catarina Campus Araranguá. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4212-4039>.

⁴ Docente do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina Campus Florianópolis. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1205-0449>.