



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

Vanessa Pradella Pires

**ADESÃO ÀS PRÁTICAS ALIMENTARES CONFORME O GUIA ALIMENTAR E
GANHO DE PESO: RESULTADOS DE UMA SUBAMOSTRA DA COORTE NUTRINET
BRASIL**

PPGNut

**Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Nutrição**

UFCSPA

**Porto Alegre
2025**

Vanessa Pradella Pires

**ADESÃO ÀS PRÁTICAS ALIMENTARES CONFORME O GUIA ALIMENTAR E
GANHO DE PESO: RESULTADOS DE UMA SUBAMOSTRA DA COORTE NUTRINET
BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências
da Nutrição, à Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa
de Pós- Graduação em Ciências da Nutrição.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Michielin Busnello

Coorientadora: Prof^a Dr^a Francine Silva dos Santos

Porto Alegre

2025

Catálogo na Publicação

Pires, Vanessa Pradella

Adesão às práticas alimentares conforme o guia alimentar e ganho de peso: resultados de uma subamostra da coorte NutriNet Brasil. / Vanessa Pradella Pires. -- 2025.

67 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, 2025.

Orientador(a): Profa. Dra. Fernanda Michielin Busnello ; coorientador(a): Profa. Dra. Francine Silva dos Santos.

1. Guias Alimentares. 2. Práticas alimentares saudáveis. 3. Ganho de peso. 4. Estudos longitudinais. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vanessa Pradella Pires

**ADESÃO ÀS PRÁTICAS ALIMENTARES CONFORME O GUIA ALIMENTAR E
GANHO DE PESO: RESULTADOS DE UMA SUBAMOSTRA DA COORTE NUTRINET
BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciências
da Nutrição, à Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa
de Pós- Graduação em Ciências da Nutrição.

Data da aprovação: Porto Alegre, 18 de Dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniele Botelho Vinholes

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Jussara Carnevale de Almeida

PPG em Ciências Médicas e PPG em Alimentação, Nutrição e Saúde - Universidade Federal do
Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

PPG Saúde da Família - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Simone Morelo Dal Bosco

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dedico este trabalho ao meu noivo Gabriel, que sempre me incentivou, acolheu e apoiou durante todo processo seletivo e desenvolvimento da dissertação. À minha mãe que sempre esteve presente, apoiando e auxiliando durante toda minha trajetória profissional. Ao meu pai (in memoriam), que sempre priorizou e me possibilitou o melhor acesso à educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Professora Dra. Fernanda Michielin Busnello, minha orientadora, por toda confiança ao me entregar a responsabilidade de conduzir um trabalho de tanta importância, assim como por todo incentivo, orientação e auxílio na organização e elaboração de toda a dissertação, assim como todas as oportunidades de crescimento que me disponibilizou ao longo do processo, permitindo minha participação e aprendizado em novos trabalhos e projetos.

Agradeço também à minha coorientadora, Professora Dra. Francine Silva dos Santos por todo apoio e conhecimento compartilhado e por toda paciência para ensinar e colaborar com a construção deste trabalho.

Agradeço aos meus colegas do Programa de Pós-graduação em Nutrição pelo apoio e auxílio durante todas as etapas, compartilhando os períodos de aprendizado durante as aulas e os desafios desta jornada. Assim como, aos professores que compartilharam seu conhecimento e sempre estiveram disponíveis.

Agradeço ao meu noivo, minha mãe, demais familiares, amigos e colegas de trabalho que me apoiaram emocionalmente durante todo o processo, e por fim, a todos que estiveram presentes de alguma forma durante o desenvolvimento deste trabalho.

FORMATO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida com base na Normativa de Instrução para Trabalho Final do Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, a qual pode ser consultada no site institucional <https://www.ufcspa.edu.br/documentos/ppg/nutricao/normativa-instrucao-trabalho-final.pdf>.

O produto desta dissertação foi estruturado em um artigo, intitulado “**Dietary Practices recommended by food-based dietary guidelines and weight trajectory in the NutriNet cohort**” o qual será submetido, após apreciação da Banca, ao periódico Clinical Nutrition (ISSN On-line: 0261-5614 e ISSN Impresso: 1532-1983 ; fator de impacto: JCR IF 2024: 7,4 cujas normas para a submissão podem ser consultadas em <https://www.sciencedirect.com/journal/clinical-nutrition/publish/guide-for-authors>.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
ABESO	Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Corona Virus Disease - 2019
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBPA	Escala Brasileira de Práticas Alimentares
EOSS	Edmonton Obesity Staging System
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low-Density Lipoprotein
MET	Metabolic Equivalent of Task
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da população do estudo de acordo com as práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira -----	56
Tabela 2 – Associação entre as práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e variação do IMC -----	58
Tabela 3 – Associação entre as práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e variação do IMC de acordo com a dimensão da Escala de Práticas Alimentares -----	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Itens da Escala Brasileira de Práticas Alimentares, de acordo com dimensões --	55
Figura 2 - Trajetória de peso de acordo com práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira -----	59
Figura Suplementar 1 - Linha do tempo da coleta de dados, exposição e desfecho -----	61
Figura Suplementar 2 - Fluxograma da Amostra do Estudo -----	62
Figura Suplementar 3 – Adesão por itens de cada dimensão da Escala de Práticas Alimentares -----	63

RESUMO

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial com prevalência e projeções alarmantes. Ela é determinada por múltiplas esferas – econômicas, culturais, territoriais, políticas, raciais e de gênero. Práticas Alimentares são definidas como uma rede de atividades relacionadas à alimentação, desde o planejamento, rotina de aquisição até o consumo e o modo de se alimentar. O aumento global da obesidade ocorreu paralelamente a mudanças no padrão alimentar, com a substituição de alimentos in natura e minimamente processados por alimentos ultraprocessados. Nesse contexto, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) possui recomendações de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis, baseados na cultura nacional. A Escala Brasileira de Práticas Alimentares (EBPA) foi validada para medir a adesão à essas recomendações. Ela é composta por 4 dimensões (planejamento, organização doméstica, modos de comer e escolhas alimentares) que retratam as práticas recomendadas ou desestimuladas pelo GAPB. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre adesão às práticas alimentares recomendadas pelo GAPB e trajetória de peso. Trata-se de um estudo longitudinal com uma subamostra de 2117 participantes da coorte NutriNet Brasil que responderam a EBPA. A pontuação da escala varia de 0 a 72, sendo maior ou igual a 42 o ponto de corte para adesão. A trajetória de peso foi avaliada a partir da variação do Índice de Massa de Corporal (IMC), calculado a partir de peso e altura autorrelatados durante 56 meses de acompanhamento. A associação entre adesão e variação do IMC foi analisada através de modelos lineares mistos. Após ajuste, foi observado que participantes com maior adesão às práticas alimentares recomendadas pelo GAPB ($EBPA \geq 42$) apresentaram menor IMC (-1,67 IC95% -2,11; -1,23) em relação àqueles com menor adesão. Resultado similar foi encontrado ao considerar a EBPA de forma contínua (-0,11 IC95% -0,13; -0,09), apresentando também redução discreta do IMC ao longo do tempo. As quatro dimensões da escala foram negativamente associadas com IMC. A dimensão ‘Modos de Comer’ também foi associada à redução do IMC ao longo do tempo. As recomendações do GAPB devem embasar as ações voltadas para a prevenção e tratamento da obesidade e ganho de peso, sendo a EBPA um importante instrumento para avaliar a adesão ao GAPB e identificar fragilidades para guiar metas e políticas públicas.

Palavras-chave: guias alimentares; práticas alimentares saudáveis; ganho de peso; estudos longitudinais.

ODS 3: Saúde e Bem – Estar

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease with alarming prevalence and projections. It is determined by multiple dimensions—economic, cultural, territorial, political, racial, and gender-related. Eating Practices are defined as a network of activities related to food, ranging from planning and acquisition routines to consumption and eating habits. The global increase in obesity has occurred in parallel with changes in dietary patterns, marked by the replacement of unprocessed and minimally processed foods with ultra-processed products. In this context, the Brazilian Food Guide (BFG) provide recommendations for healthy and sustainable eating practices grounded in national culture. The Food Practices Brazil Scale (FPBr) was validated to measure adherence to these recommendations. It consists of four dimensions (planning, domestic organization, eating modes, and food choices) that reflect the practices recommended or discouraged by the BFG. The aim of this study was to assess the association between adherence to BFG-recommended eating practices and weight trajectory. This longitudinal study included a subsample of 2,117 participants from the NutriNet Brasil cohort who completed the FPBr. The scale ranges from 0 to 72 points, with 42 or higher considered the cutoff for adherence. Weight trajectory was evaluated using Body Mass Index (BMI) change, calculated from self-reported weight and height over a 56-month period. The association between adherence and BMI variation was analyzed using mixed linear models. After adjustment, participants with higher adherence to BFG recommendations (FPBr ≥ 42) presented lower BMI (-1.67; 95% CI: -2.11, -1.23) compared with those with lower adherence. A similar result was observed when considering FPBr as a continuous variable (-0.11; 95% CI: -0.13, -0.09), also showing a modest reduction in BMI over time. All four scale dimensions were inversely associated with BMI. The ‘Eating Modes’ dimension was additionally associated with BMI reduction over time. BFG recommendations should support actions aimed at preventing and treating obesity and weight gain, and the FPBr represents an important tool to assess adherence to the BFG and identify gaps to guide goals and public policies.

Keywords: food guide; feeding behavior; weight gain; longitudinal studies.

SDG 3: Good Health and Well-being

SUMÁRIO

1 REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1 OBESIDADE	13
1.2 PRÁTICAS ALIMENTARES	19
1.2.1 Definição e Conceitos	19
1.2.2 Práticas Alimentares e Excesso de Peso e Obesidade	20
1.2.3 Transição Alimentar e Nutricional	21
1.3 GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA	22
1.3.1 Desenvolvimento e Objetivos	22
1.3.2 Classificação NOVA	23
1.3.3 Escala Brasileira de Práticas Alimentares	24
1.4 NUTRI-NET BRASIL	26
1.4.1 Contextualização e Objetivos do Estudo	26
1.4.2 Estudos Publicados e Colaboração para Saúde Pública	27
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
REFERÊNCIAS	32
4 ARTIGO CIENTÍFICO	38
5 CONCLUSÕES FINAIS	64
ANEXOS	65
A - TERMO DE CONSENTIMENTO ELETRÔNICO NUTRINET BRASIL	65

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 OBESIDADE

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica complexa que é caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura, que leva ao prejuízo à saúde e está relacionada ao aumento do risco de diversas doenças crônicas.(1) De acordo com a Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade, ela é compreendida como um fenômeno complexo determinado por múltiplas esferas – econômicas, culturais, ambientais, territoriais, políticas, raciais e de gênero. Desse modo, a obesidade é compreendida como uma questão social, que atinge de forma desigual os vulnerabilizados, moldando os riscos e trajetórias de saúde.(2)

A nível mundial a prevalência da obesidade entre adultos dobrou desde 1990, enquanto entre adolescentes quadruplicou.(1) Se não houver intervenções significativas para alterar essas tendências, projeta-se que até 2030 50% dos homens e mulheres adultos viverão com sobrepeso ou obesidade. O impacto econômico do sobrepeso e da obesidade, à nível global, mais que dobrará, de US\$ 1,96 trilhão em 2020 para mais de US\$ 4 trilhões em 2035. (3) Além disso, o fenômeno da obesidade coexiste, muitas vezes, com situações de fome, pobreza, vulnerabilidades individuais, sociais e territoriais, exigindo atenção imediata em promover a garantia do acesso à alimentação adequada e aumentar a prevalência de peso saudável na população.(2)

O Vigitel é um inquérito de saúde brasileiro que tem como principal objetivo monitorar fatores de risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) por meio de contato telefônico. O Painel da Obesidade apresenta dados referentes a essa investigação e demonstra que no Brasil, em 2006, a prevalência da obesidade era de 11,8%, e em 2023 este número mais que dobrou alcançando um percentual de 24,3%. Quando estratificado por sexo, em 2023, a frequência é semelhante, 23,8% são homens e 24,8% mulheres, o que demonstra uma abrangência similar entre os sexos. Para o público masculino a faixa etária entre 45 e 54 anos é a de maior prevalência (32,6%), para mulheres é a faixa etária entre 55 e 65 anos (27,7%). Quando observamos por regiões,

a de maior prevalência é a Norte (25,8%) seguida pelas regiões Sul (25,6%), Sudeste (24,4%), Nordeste (24,3%) e Centro Oeste (22,11%). (4) No entanto, mesmo que a obesidade apresente prevalência elevada em todo país e no mundo, o impacto das questões sociais - raça/ cor, etnia, nível socioeconômico, gênero, orientação sexual, nacionalidade - não é o mesmo para todos os indivíduos, afetando de forma desigual o desenvolvimento e agravamento da obesidade.(2)

O Estudo Global sobre Carga de Doenças, Injúrias e Fatores de Risco publicado em 2024 forneceu estimativas abrangentes dos níveis de exposição, riscos relativos à saúde e carga atribuível de doenças para 88 fatores de risco em 204 países de 1990 a 2021, e demonstrou que para as faixas etárias mais elevadas, riscos metabólicos como pressão arterial sistólica elevada, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, glicemia de jejum elevada e colesterol LDL elevado tiveram um maior impacto no desenvolvimento de doenças. Além desses achados, foram demonstrados aumentos preocupantes na glicemia de jejum, no IMC elevado e em outros fatores de risco relacionados à obesidade e à síndrome metabólica, que sinalizam a necessidade urgente de identificar e desenvolver intervenções para redução desses fatores de risco.(5)

A obesidade é uma doença que se tornou uma epidemia global, afetando a saúde pública em muitos níveis. Uma revisão sistemática demonstrou que o excesso de peso e a obesidade em adultos estão fortemente associados a diversas comorbidades, como doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e outras condições crônicas.(6) Isso faz com que atuar na prevenção do ganho de peso, reflita em benefícios gerais na saúde do indivíduo e no desenvolvimento de patologias.

É uma doença crônica, de etiologia multifatorial, influenciada por processos genéticos, neurológicos, metabólicos, entéricos, comportamentais, ambientais e sociais. Sabe-se que um balanço energético positivo leva ao ganho de peso, e fatores genéticos e ambientais também estão envolvidos nesse mecanismo, juntamente com a regulação fisiológica da energia, através de processos sensores-motores entéricos, sinalização hormonal periférica e vias neurológicas periféricas e centrais.(7)

Existe uma relação descrita entre fatores genéticos e ambientais na sua etiologia. Estudos de associação do genoma completo de coortes e biobancos identificaram inúmeras variantes genéticas associadas a comportamentos e processos relacionados à obesidade, como o IMC, preferências alimentares, regulação energética, metabolismo lipídico e vias neurológicas envolvidas no processo de alimentação. Porém, apenas cerca de 5% da variabilidade nas medidas individuais da obesidade pode ser atribuída à carga genética. (8) O que nos permite pontuar que os fatores ambientais possuem uma carga importante na etiologia, e que devem ser contemplados nos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Não se trata somente de um desequilíbrio entre consumo e gasto energético, mas também de uma condição gerada por sistemas alimentares desiguais, ambientes que limitam escolhas saudáveis, formas de trabalho e mobilidade, além de desigualdades estruturais que afetam de maneira distinta os diferentes grupos populacionais. (2)

O ambiente contemporâneo, tende a ser considerado obesogênico, pois estimula comportamentos que favorecem o ganho de peso, destacando-se a maior oferta e disponibilidade de alimentos hiperpalatáveis. Além disso, mudanças no sistema alimentar têm levado ao aumento da ingestão de alimentos ultraprocessados. Outros fatores que também contribuem são a diminuição da prática de atividade física, uso de medicações com potencial efeito adverso de ganho de peso, e alterações nos padrões de sono que afetam o metabolismo. Aspectos sociais e culturais também afetam de forma importante a prevalência da obesidade, determinando o acesso aos alimentos, além de todos os fatores culturais associados que moldam as “escolhas” alimentares da população.(9, 10)

A obesidade é determinada tanto pelos ambientes, quanto pelos sistemas alimentares presentes onde a população vive, assim como pelos determinantes sociais de saúde. A facilidade de acesso aos alimentos, tanto pela proximidade, quanto pelo poder aquisitivo, colabora para o consumo de uma alimentação menos saudável. A promoção de produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde, nesses ambientes alimentares, também fazem parte da sua etiologia complexa. Desta forma, múltiplos fatores influenciam as “escolhas” alimentares e podem predispor o excesso de peso e a obesidade.(10,11)

Ela é tradicionalmente categorizada através do IMC. Para a maioria da população mundial, sobrepeso é definido como um IMC maior ou igual a 25kg/m^2 , enquanto obesidade por um IMC maior ou igual a 30kg/m^2 . (1) No entanto, como um parâmetro isolado e individual, ele tem suas limitações e provavelmente não seja o critério diagnóstico mais adequado quando se trata de uma patologia de etiologia tão complexa e multifatorial. O diagnóstico e manejo devem ser individualizados e considerar parâmetros adicionais como composição corporal, estado metabólico e aspectos psicocomportamentais e sociais.

Embora a obesidade global represente fatores de risco para desfechos negativos, a distribuição da gordura corporal também é um fator contribuinte. (12) Excesso de adiposidade visceral e aumento da circunferência abdominal podem estar relacionados à resistência à insulina e risco cardiovascular. (13) Quando se trata de indivíduos com IMC na faixa de obesidade, mas sem comorbidades associadas, utiliza-se o termo “obesidade metabolicamente saudável” (ou “ativa”). Apesar de não haver uma definição totalmente consensual, esse quadro costuma ser descrito pela ausência de síndrome metabólica, ausência de resistência à insulina, ausência de adiposidade abdominal ou pela presença de bom desempenho cardiorrespiratório. (14) No entanto, a relação desta condição com fatores de risco cardiovasculares e desfechos clínicos negativos ainda é controversa na literatura. Entre os indivíduos com obesidade, este fenótipo parece exercer efeito protetor para o desenvolvimento de doenças metabólicas, porém quando comparado com indivíduos metabolicamente saudáveis sem obesidade, esses indivíduos ainda apresentam maior fator de risco para morbidade. (14,15)

Observando por outro espectro, um IMC elevado e a presença de fatores de risco metabólicos podem não ser suficientes para identificar risco elevado de mortalidade entre os indivíduos com obesidade. Nesse contexto, o Edmonton Obesity Staging System (EOSS) estratifica o risco em categorias de acordo com perfil de morbidade e risco à saúde, considerando aspectos clínicos relacionados como presença de hipertensão arterial, alterações de glicemia de jejum e lesões em órgãos-alvo, além de sintomas físicos, psicopatológicos e limitações funcionais. Indivíduos com obesidade em estágios de classificação mais elevados apresentam maior risco cardiovascular e de mortalidade do que indivíduos com peso normal e estágios menores. (16)

Em 2022, a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) juntamente com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) publicaram uma nova proposta para a classificação da obesidade baseada na trajetória de peso do indivíduo. Neste documento se considera o maior peso alcançado em vida como referência e a perda de peso do indivíduo a partir de 5, 10 e 15% já significa uma melhora clínica e controle da obesidade, independente do IMC final. Os indivíduos são categorizados em obesidade reduzida ou controlada de acordo com o percentual de perda de peso a partir do peso máximo alcançado. Ele enfatiza a importância e os benefícios clínicos de uma perda ponderal significativa, mesmo que o IMC ainda seja de obesidade, além de incentivar estratégias de manutenção de peso. Na prática clínica ajuda na definição de metas de perda de peso individualizadas e realistas, que serão mais facilmente alcançadas e sustentadas. (17)

A publicação de 2025 da Lancet Diabetes & Endocrinology Commission propôs novos critérios para definição e diagnóstico da obesidade, estratificando em obesidade clínica e pré-clínica. A obesidade clínica é definida como uma condição em que o excesso de peso já ocasionou risco ou dano para saúde, evidenciado por sinais e sintomas que vão refletir na doença existente e em curso. Por outro lado, a obesidade pré-clínica é definida pelo excesso de adiposidade com funções orgânicas e teciduais preservadas, que pode indicar um risco aumentado para a obesidade clínica e outras doenças crônicas não transmissíveis. Essa nova proposta de classificação evita a generalização da obesidade como condição homogênea, facilitando a priorização e direcionamento da prevenção e tratamento, norteados de melhor forma programas e políticas públicas e impactando na redução do estigma relacionado ao peso do indivíduo.(18)

O tratamento para a obesidade envolve uma abordagem intersetorial e multiprofissional, O estigma relacionado ao peso pode ser uma barreira ao cuidado e pode comprometer a adesão ao tratamento. Assim, o uso de uma linguagem centrada nos indivíduos, que evite rótulos e priorize o paciente, ao invés da condição, reduz o preconceito, promove acolhimento e fortalece o vínculo entre profissional e paciente. (19) Estudos demonstram que o estigma do peso pode impactar na qualidade do cuidado entre os profissionais da saúde, através de atitudes negativas, discriminação e julgamentos, que impactam decisões, comunicação e adesão aos cuidados.(20) O estigma e o preconceito sofrido pelas pessoas que vivem com obesidade são ainda maiores quando se considera

os fatores raciais, gênero e do nível socioeconômico.(2) Uma revisão sistemática demonstra que o estigma da obesidade impacta a vida das mulheres, não somente no acesso à saúde, mas também no mundo do trabalho, com menor probabilidade de serem empregadas e com salários mais baixos. (21)

A intervenção para mudanças no estilo de vida é um ponto para manejo da obesidade. Essas intervenções devem ter o objetivo principal de atuar na promoção e mudança de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física. A intervenção intensiva no estilo de vida é definida pelas recomendações como pelo menos 14 sessões de acompanhamento em 6 meses e produz uma maior perda e controle do peso quando comparada com intervenções de baixa ou média intensidade.(22) A abordagem no estilo de vida deve ser multiprofissional, personalizada e centrada no paciente. Alguns pacientes podem se beneficiar da associação de terapia comportamental, além de orientações quanto a duração e qualidade do sono, que também podem ser abordadas durante o processo de tratamento.(10,23)

Existem diferentes tipos de padrões alimentares saudáveis e recomendados para o manejo do controle e perda de peso. Segundo uma revisão sistemática publicada, em comparação com a dieta habitual, alguns padrões demonstraram efetividade na redução da pressão arterial e perda ponderal em 6 meses, como a dieta DASH, Atkins ou Ornish. No entanto, quando avaliado aos 12 meses, as dietas teriam diferenças pequenas, o que leva a conclusão de que diversos padrões de dietas podem estar associados à perda ponderal e podem ser utilizados no tratamento do excesso de peso, considerando a individualidade e padrões culturais do paciente. (24) No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) é um grande aliado, pois contém orientações tendo em vista os padrões culturais nacionais, além de considerar o grau de processamento dos alimentos, fatores ambientais, econômicos e sociais.

Os Protocolos baseados nas diretrizes do GAPB para aconselhamento alimentar individual são ferramentas que apoiam os profissionais da saúde no aconselhamento nutricional em diversas fases da vida. Eles foram desenvolvidos entre 2020 e 2022 e são organizados por ciclos da vida específicos.(25) O primeiro passo é avaliação dos padrões alimentares do indivíduo através de questionário de marcadores de consumo alimentar e, a partir disso, recomendações direcionadas e

prioritárias são traçadas, abordando o consumo de alimentos in natura e minimamente processados. O consumo de alimentos ultraprocessados e como evitá-los, também é pontuado. No último passo são realizadas recomendações de acordo com condições de vida e obstáculos apresentados por cada indivíduo. Os planos alimentares baseados nas recomendações do GAPB priorizam padrões alimentares com uma variedade de preparações, enfatizando escolhas saborosas, acessíveis e culturalmente adequadas, que posteriormente podem ser personalizados de acordo com as necessidades energéticas individuais.(26) Essa ferramenta combina avaliação de práticas alimentares, orientações de alimentação saudável e cuidados individualizados de acordo com as condições de vida.

A Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade também possui diretrizes que auxiliam na construção de ambientes que promovam uma alimentação mais adequada e saudável: incentivar amamentação exclusiva até os seis meses, com seguimento até dois anos ou mais; incentivar a diversidade de alimentação complementar e redução de exposição à alimentos ultraprocessados; promover ambientes alimentares e espaços urbanos mais saudáveis; promover a prática de atividade física e redução do sedentarismo; conscientizar a população sobre os impactos sociais da obesidade. O objetivo final é reduzir a prevalência tanto de obesidade infantil, quanto em adultos, além de reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados.(2)

1.2 PRÁTICAS ALIMENTARES

1.2.1 Definição e Conceitos

Práticas alimentares podem ser definidas como uma rede de atividades relacionadas à alimentação, desde o planejamento das refeições, rotina de aquisição de alimentos até o consumo alimentar em si e o modo de se alimentar. Não dependem somente do acesso aos alimentos e das habilidades de preparo, mas também dos significados atribuídos à alimentação, preocupações com seus impactos na saúde e o prazer atribuído ao consumo. Elas também podem ser moldadas por contextos políticos, econômicos, culturais e da sociedade, impactando no consumo alimentar do indivíduo. (27)

Além do tipo de alimento escolhido, o tempo e a atenção dedicados ao ato comer, o ambiente em que as refeições são realizadas, assim como o compartilhamento das tarefas relacionadas ao preparo e ao consumo do alimento também são aspectos importantes. Já que, além de interferirem nas quantidades ingeridas, também influenciam na sensação de prazer proporcionada pela alimentação. (28,29)

As práticas alimentares também são afetadas pelos sistemas de distribuição alimentar, incluindo os sistemas de produção, modos de distribuição, preparo e comercialização de alimentos, podendo ser moldadas por padrões internacionais, relações comerciais, governos, economia, política e regulamentações nacionais e internacionais. (30) Os padrões alimentares refletem diretamente a forma como a sociedade se organiza. A alimentação é um fenômeno tanto individual como coletivo, resultante da combinação de aspectos culturais e sociais, hábitos, regras, regulamentações, acesso, tecnologias disponíveis, entre outros. Uma mudança nestes fatores pode gradualmente alterar padrões e práticas alimentares a curto e a longo prazo.(31)

1.2.2 Práticas Alimentares no Excesso de Peso e Obesidade

Preferências alimentares e comportamento alimentar parecem estar relacionados com o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade. (32) Um estudo realizado em 2024 no Japão sugeriu que preferências por alimentos ricos em gordura e carboidratos estão relacionados com o desenvolvimento da obesidade, destacando o papel das escolhas alimentares nessa etiologia complexa. (33) Esses resultados também alertam para o fato do processamento de alimentos, já que os alimentos ultraprocessados são ricos nesses componentes citados e estão cada vez mais presentes no consumo diário da população mundial.

Evidências demonstram que características típicas dos alimentos ultraprocessados como a textura macia, a alta densidade energética e o sabor hiperpalatável facilitam a ingestão excessiva de energia e calorias alterando a ingestão alimentar, o controle da saciedade e ativando sistemas de recompensa. (34) Estudos também destacam que provavelmente outros compostos presentes nos alimentos ultraprocessados como, por exemplo, aditivos alimentares, contaminantes de materiais

de processamento e embalagens, podem contribuir para o risco de desenvolvimento da obesidade. Os autores citam como principais mediadores desse processo as vias fisiológicas de absorção, de resposta glicêmica e de alteração da composição da microbiota intestinal, entre outros, demonstrando um impacto global na saúde do indivíduo. Meta-análises demonstraram consistentemente que uma maior ingestão de alimentos ultraprocessados está associada a um maior risco de obesidade (18 – 39%), sobrepeso (19-55%) e obesidade central (41-49%) em indivíduos adultos. (34,35)

1.2.3 Transição Alimentar e Nutricional

Durante décadas tem sido consenso na área de epidemiologia nutricional que o chamado “padrão alimentar ocidental”, caracterizado pelo consumo frequente de bebidas com alto teor de açúcar, fast food, produtos refinados e com açúcar adicionado, aumenta o risco de obesidade, como já demonstrado em diversos estudos. (36) Em 2009, um grupo de pesquisadores brasileiros introduziram a hipótese de que a mudança global para dietas baseadas em alimentos ultraprocessados, definidos como formulações de ingredientes, muitos de uso exclusivamente industriais, foi um dos principais impulsionadores da pandemia da obesidade. (37,38)

As vendas e o consumo de ultraprocessados aumentaram consideravelmente em todo o mundo a partir das décadas de 1980 e 1990, refletindo em uma transição global para padrões alimentares cada vez mais baseados em ultraprocessados.(9,34). Nesse contexto, a classificação de alimentos NOVA se configurou como uma metodologia para avaliação dos padrões alimentares contemporâneos, considerando a presença crescente de alimentos ultraprocessados na alimentação da população mundial e, tem expandido sua aplicabilidade e relevância para as políticas públicas de alimentação e nutrição.(9)

O consumo de alimentos ultraprocessados, também reflete desigualdades sociais. Esses produtos possuem um custo acessível, durabilidade e são amplamente disponíveis na maioria dos ambientes, e muitas vezes, acabam se tornando parte central da alimentação de grupos mais vulneráveis. Áreas com menor presença de feiras e mercados livres, também apresentam maior consumo desses alimentos, reforçando diferenças regionais e de renda. (39,40) No Brasil, essa

relação também é demonstrada, com oferta desigual de alimentos in natura e minimamente processados entre populações de menor renda e com piores indicadores socioeconômicos. (41,42) Nesse contexto, se fazem necessárias estratégias e políticas públicas que ampliem o acesso à uma alimentação mais saudável e adequada, juntamente com a regulamentação efetiva de produtos ultraprocessados.

1.3 GUIA ALIMENTAR PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA

1.3.1 Desenvolvimento e Objetivos

Os Guias Alimentares Baseados em Alimentos são instrumentos que expressam os princípios da alimentação e nutrição através de orientações práticas e de fácil entendimento, com objetivo de guiar a população e subsidiar políticas públicas voltadas à prevenção DCNT e comorbidades associadas. (43) No Brasil, foram publicadas duas edições do Guia Alimentar para a População Brasileira, em 2006 e 2014. Ambas as edições representam os significados sociais e culturais das práticas alimentares, na quais se inserem os indivíduos e a população, no entanto, possuem algumas diferenças em relação ao seu referencial teórico e sistema de classificação de alimentos. (44)

No Guia Alimentar para a População Brasileira de 2006 os principais referenciais teóricos buscavam relação entre os alimentos, grupos alimentares e nutrientes no risco de ocorrência de DCNT. O sistema de classificação de alimentos baseava-se em grupos alimentares, nos quais os alimentos eram organizados de acordo com suas características nutricionais ou biológicas. Além disso, utilizava-se o conceito de porções alimentares, não considerando a complexidade de fatores relacionados à sociedade e ambiente onde o indivíduo se insere. (45)

Já o GAPB de 2014 incorporou estudos sociológicos e antropológicos, além dos saberes populares para construção do seu referencial. Nessa edição, foi adotada a classificação de alimentos NOVA que categoriza os alimentos conforme sua natureza, extensão e propósito do processamento, considerando processos desde antes da aquisição, preparo e consumo. Diferente do guia anterior, nessa versão não é utilizado o conceito de porções alimentares, e as refeições tradicionais e

preparações culinárias brasileiras são apresentadas considerando significados históricos, sociais e culturais. As orientações, de caráter não quantitativo, visam promover a autonomia dos indivíduos na organização de uma alimentação baseada majoritariamente de uma variedade de produtos in natura e minimamente processados, construindo seus padrões alimentares conforme o meio em que se inserem, com o foco também na sustentabilidade e o cuidado com impactos ambientais.(46,47)

Em 2014, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar uma abordagem ampla para uma alimentação saudável, incluindo a sustentabilidade ambiental, econômica e sociocultural como princípios norteadores para a segunda edição do seu Guia. Além da classificação NOVA baseada na extensão e finalidade do processamento industrial, o tempo e a atenção dedicados ao comer, o ambiente e a presença de distrações, o compartilhamento de refeições e de tarefas relacionadas ao ato, também foram temas abordados. (47)

O novo GAPB foca em práticas de alimentação saudável e sustentável, contendo orientações de "10 passos para uma alimentação saudável" que não englobam somente consumo alimentar, mas também aspectos socioculturais do ato de alimentar-se. Suas recomendações abrangem práticas relacionadas a todo o ato de comer, levando em conta obstáculos impostos pelos modos de vida contemporâneos. O documento considera aspectos biológicos, impactos socioculturais e ambientais gerados por diferentes padrões e práticas alimentares. (47,48)

1.3.2 Classificação NOVA

Ao longo das últimas décadas, consolidou-se um sistema alimentar industrial global, caracterizado pela ampla produção e comercialização de alimentos ultraprocessados. Países de alta renda, como os Estados Unidos, passaram a ter grande parte da sua alimentação baseada em produtos prontos para consumo e embalados. Rapidamente esses produtos se espalharam aos demais países e, muitas vezes, substituem os padrões alimentares tradicionais baseados em alimentos naturais minimamente processados e preparações culinárias típicas. (49,50)

Acompanhando esta mudança nos sistemas e padrões alimentares, as taxas de obesidade e algumas DCNT também apresentaram crescimento. Com isso, levantou-se o questionamento sobre

se avaliar somente o alimento em si e seus nutrientes seria suficiente para garantir recomendações de padrões alimentares saudáveis na sociedade atual e seus impactos na saúde da população. A maioria das recomendações dietéticas até esse período utilizavam classificações que ignoravam ou minimizavam a importância do grau de processamento dos alimentos. Nesse contexto, em 2009 foi proposto um novo sistema para classificar alimentos e produtos alimentícios com base na extensão e na finalidade dos processos industriais aplicados para preservá-los, extraí-los, modificá-los ou criá-los, que foi denominada classificação NOVA. (49)

A classificação NOVA organiza os alimentos em quatro grupos com base na extensão e finalidade do processamento industrial. O primeiro grupo são os alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas ou vegetais frescos, secos ou congelados, grãos, legumes, carne, peixe e leite. O segundo grupo são os ingredientes culinários, incluindo açúcar, óleos, gorduras, sal entre outros, que são usados e adicionados em preparações culinárias. O terceiro grupo são alimentos processados, incluindo peixes e vegetais enlatados, alguns pães e queijos artesanais e quarto grupo são os alimentos ultraprocessados. (49,47)

Os alimentos ultraprocessados são definidos como formulações industriais resultantes da desconstrução dos alimentos em suas partes componentes, modificando-os e recombinao-os com aditivos, tornando-os altamente palatáveis e de longa durabilidade.(49) O GAPB reforça a importância de evitar o consumo desses alimentos em suas orientações, apresentando sua regra de ouro que é basear a alimentação preferindo sempre alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados, que devem ser evitados.

1.3.3 Escala Brasileira de Práticas Alimentares

O GAPB de 2014, como instrumento promotor de autonomia da população para escolhas alimentares mais saudáveis apresenta recomendações e orientações em linguagem acessível. As recomendações quantitativas como número de porções de consumo ou frequência ideal, são representadas em formato não quantitativo, utilizando termos como "evite", "prefira" ou "limite". (48) Recomendações qualitativas facilitam a disseminação e implementação para a população, pois são mais simples e de fácil entendimento, no entanto, apresentam um desafio para mensuração.

Frente a esse desafio, Gabe e Jaime validaram uma escala autoaplicável que permite mensurar a adesão a práticas alimentares saudáveis, baseada nas recomendações do Guia Alimentar para População Brasileira. (51)

A Escala Brasileira de Práticas Alimentares (EBPA) (**Anexo B**) desenvolvida e validada em 2019 é composta de 24 itens divididos em 4 dimensões (planejamento, organização doméstica, modos de comer e escolhas alimentares) que retratam as práticas alimentares recomendadas ou desestimuladas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. As respostas são indicadas a partir da frequência de adesão dos participantes a tais práticas no seu cotidiano. Ela pode ser utilizada como ferramenta de coleta de dados em pesquisas científicas, sendo recomendada para o manejo da obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde.(51,52)

É uma escala autoaplicável que contém os itens listados e opção para seleção de 4 respostas (“nunca”, “raramente”, “frequentemente”, “sempre”). Cada um dos 24 itens é descrito separadamente por dimensão e a pontuação é calculada a partir da soma da resposta de cada item “Nunca” = 0, “Raramente” = 1, “Frequentemente” = 2 e “Sempre” = 3 para os itens diretos (planejamento e organização doméstica), ou o contrário para itens invertidos nas dimensões modos de comer e escolhas alimentares, nos quais a resposta “Nunca” representa a prática mais adequada. Assim, a pontuação da EBPA varia de 0 a 72. (53). Conforme material do Ministério da Saúde a adesão pode ser classificada de forma tricotômica, até 31 pontos evidenciando a necessidade de mudanças, de 31 a 41 pontos demonstrando que o participante estaria em evolução para uma melhor adesão e acima dos 41 pontos já classifica como uma boa adesão às recomendações do Guia e uma provável alimentação saudável.(54)

Alguns estudos publicados usaram a Escala Brasileira de Práticas Alimentares. Gabe et al investigou o alinhamento da adesão às práticas alimentares com qualidade da dieta e demonstrou que, no geral, a adesão promove uma dieta de maior qualidade. (55) Outros dois estudos publicados descrevem sobre estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde de grupos populacionais no Brasil (56,57). Estudo publicado em 2020 descreve fatores sociodemográficos associados ao escore da escala e demonstra que a adequação às práticas alimentares recomendadas pelo GAPB esteve

diretamente associada à idade, sendo maior entre participantes das regiões Norte e Nordeste do Brasil. (58).

Em 2025, estudo que avaliou a adesão entre pessoas com obesidade demonstrou que a alta adesão foi associada a ser idoso, ter maior renda e melhor percepção de saúde.(59) Estudo que avaliou as práticas alimentares entre usuários de uma Unidade Básica de Saúde no Sul do país identificou que os escores de adequação foram maiores em pardos/pretos e praticantes de atividade física no lazer. (60) Outro estudo publicado em 2025, avaliou adesão e características sociodemográficas e concluiu que ser do sexo feminino e idoso predizem maior adesão, enquanto uma baixa renda per capita prediz menor adesão. (61) No entanto, não foram identificados estudos que tenham avaliado a relação entre as práticas alimentares e desfechos em saúde.

1.4 NUTRINET – BRASIL

1.4.1 Contextualização e Objetivos do Estudo

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são grandes preocupações globais e de saúde pública. Elas vêm em aumento crescente associadas à exposição a fatores de risco metabólicos, como alto índice de massa corporal, glicemia de jejum elevada e pressão arterial sistólica elevada, além de dietas inadequadas, tabagismo e sedentarismo. (5)

Entre os estudos já existentes, algumas lacunas surgem, como o fato dessas descobertas não serem generalizáveis para padrões alimentares e culturais diferentes. Além disso, os métodos de avaliação de consumo alimentar costumam não considerar o grau de processamento dos alimentos e não há um número expressivo de estudos que explorem padrões alimentares diferentes dentro dos graus de processamento na relação entre dieta e DCNT. Nesse contexto, o estudo NutriNet Brasil foi desenvolvido em 2017, inspirado no Estudo NutriNet-Santé iniciado na França em 2009, com o objetivo de estudar prospectivamente a influência que a qualidade da dieta exerce sobre morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, incluindo obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemia, doenças, câncer, distúrbios gastrointestinais e respiratórios, enxaqueca, transtornos de saúde mental, doença renal crônica, doenças hepáticas, lúpus, osteoporose e distúrbios da tireoide. (62)

É um estudo em larga escala, baseado na internet, que visa avaliar prospectivamente o efeito dos padrões alimentares e do processamento de alimentos em DCNT. Pessoas com 18 anos ou mais que residem no país e com acesso à internet participam voluntariamente, com dados coletados por meio de formulários autoaplicados com periodicidade de cada 3 - 4 meses. (55) A plataforma online facilita o recrutamento e a coleta de dados dos participantes, assim como a permanência destes no estudo. O recrutamento de voluntários iniciou em janeiro de 2020 por meio de divulgação na mídia, apoio de organizações de saúde e alimentação e estratégias de divulgação digital. Os questionários respondidos incluem recordatórios alimentares de 24 horas simplificados e completos, bem como questionários sobre o estado de saúde e aspectos potencialmente associados à saúde e à alimentação, como características sociodemográficas, atividade física, tabagismo e outros comportamentos relacionados. (62)

1.4.2 Estudos Publicados e Colaboração para Saúde Pública

Os resultados obtidos pelo estudo NutriNet Brasil podem ser dados importantes para embasar políticas públicas e intervenções baseadas em evidências direcionadas para nossa população. Estudo realizado com uma subamostra de 1.309 participantes da coorte NutriNet Brasil, avaliou a validade convergente e a invariância da Escala Brasileira de Práticas Alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. As práticas alimentares mensuradas pela escala se mostraram associadas ao consumo alimentar saudável, demonstrando validade convergente. O escore na escala esteve relacionado com maior consumo de alimentos in natura e minimamente processados e menor consumo de alimentos ultraprocessados. Em análise de invariância, a escala se mostrou equivalente para diferentes grupos e características.(53)

Outro estudo, de delineamento transversal, com uma subamostra de 2.052 participantes foi realizado para avaliar a associação entre a adesão às práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e a qualidade da dieta. A ferramenta utilizada para mensurar a adesão às práticas alimentares recomendadas pelo GAPB também foi validada em uma subamostra da coorte. (53) A subamostra foi composta de 4.206 participantes que foram notificados, dos quais 2.145 preencheram a escala. Foram excluídos participantes com valores energéticos discrepantes no recordatórios de 24h (n:23), além daqueles que não preencheram nenhum dos quatro recordatórios de 24h do acompanhamento da coorte (n:70). Nosso estudo fará

seguimento ao estudo citado e será realizado com a mesma subamostra coletada, utilizando como desfecho a trajetória de peso dos participantes. (55).

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a prevalência mundial e projeções, a obesidade é uma epidemia global representando um problema importante de saúde pública em diversos níveis. (3) No Brasil e no Rio Grande do Sul, as taxas também se mostram elevadas.(4) Para direcionar da melhor forma as recomendações é preciso compreender a etiologia complexa e multifatorial da obesidade. Ainda, é necessário entender que mesmo que o IMC seja um bom parâmetro para estudos populacionais, no diagnóstico individual pode ser limitado. Nesse contexto, trabalhar com desfechos alternativos como trajetória de peso pode amparar novas discussões sobre diagnóstico da obesidade, identificar mais precocemente aqueles que estão em aumento de peso e IMC, além de reduzir estigmas associados ao peso.

É importante destacar que as práticas alimentares estão presentes dentro das esferas ambientais e comportamentais da etiologia da doença e podem ser moldadas por orientações adequadas e mudanças no estilo de vida. O GAPB entra como uma importante ferramenta de orientações, considerando os aspectos culturais da nossa população, além do grau de processamento de alimentos, que como demonstrado em estudos impactam no desenvolvimento da obesidade. A EBPA foi desenvolvida e validada para mensurar a adesão às práticas estimuladas e desestimuladas pelo GAPB. Com isso, auxilia a identificação de indivíduos que podem estar necessitando de mudanças em hábitos alimentares.

Gabe et al investigou o alinhamento da adesão às práticas alimentares com qualidade da dieta. (55) Outros estudos descrevem sobre estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde de grupos populacionais no Brasil e fatores sociodemográficos associados ao escore da escala.(56–61) Avaliar a associação da adesão a essas recomendações não quantitativas com trajetória de peso dos participantes demonstraria o impacto na saúde do indivíduo e no risco de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade e comorbidades associadas. Assim como, ao associar a trajetória de peso com as dimensões da escala (planejamento, organização doméstica, modos de comer, escolhas alimentares) será possível observar as relações entre comportamentos específicos e o desenvolvimento e impacto no ganho de peso.

Por fim, utilizar uma subamostra da coorte NutriNet Brasil, que é um estudo com dados da população brasileira, com uma exposição desenvolvida e validada para nossa população a partir de

recomendações também desenvolvidas para nosso país e cultura, faz com que o estudo seja capaz de gerar resultados que possam embasar a construção de políticas públicas e intervenções mais fidedignas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão às práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e a associação com a trajetória de peso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico da população estudada, através da análise descritiva das variáveis.
- Descrever a adesão às práticas alimentares conforme recomendação do GAPB.
- Construir a trajetória de peso dos participantes ao longo do tempo, utilizando a variação do IMC como indicador.
- Associar a adesão às práticas alimentares, de forma contínua e categórica, com a trajetória de peso.
- Associar domínios da Escala Brasileira de Práticas Alimentares com a trajetória de peso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesidade e sobrepeso [Internet]. 2025 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [acesso em 01 out. 2025].
2. Brasil. Obesidade como questão social e interseccional. Brasília, DF; 2025.
3. Powis J, Thompson R, Jackson-Leach R. Atlas Mundial da Obesidade 2025 [Internet]. Londres: World Obesity Federation; 2025 [acesso em 12 out. 2025]. Disponível em: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-223-atlas-25>
4. Ministério da Saúde. Painel Obesidade — Ministério da Saúde [Internet]. 2023 [citado 2 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/obesidade> Acesso em: 01.10.2025
5. Brauer M, Roth GA, Aravkin AY, Zheng P, Abate KH, Abate YH, et al. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet [Internet]. maio de 2024;403(10440):2162–203.
6. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. Vol. 136, Computers in Biology and Medicine. Elsevier Ltd; 2021.
7. Busebee B, Ghusn W, Cifuentes L, Acosta A. Obesity: A Review of Pathophysiology and Classification. Vol. 98, Mayo Clinic Proceedings. Elsevier Ltd; 2023. p. 1842–57.
8. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. Vol. 130, Clinical Science. Portland Press Ltd; 2016. p. 943–86.
9. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: What they are and how to identify them. Vol. 22, Public Health Nutrition. Cambridge University Press; 2019. p. 936–41.
10. Kong Y, Yang H, Nie R, Zhang X, Zuo F, Zhang H, et al. Obesity: pathophysiology and therapeutic interventions. Mol Biomed. 2025;6(1).
11. Gupta N, Deshmukh V, Verma S, Puri S, Tandon N, Arora NK. Food environment framework in low- and middle-income countries - An integrative review. Glob Food Sec [Internet]. 1o de dezembro de 2023 [citado 27 de novembro de 2025];39:100716.

12. Stefan N, Kantartzis K, Machann J, Schick F, Thamer C, Rittig K, et al. Identification and characterization of metabolically benign obesity in humans [Internet]. *Arch Intern Med*. 2008 [acesso em 02 out. 2025]. Disponível em: <http://archinte.jamanetwork.com/>
13. Lé B, Wajchenberg O. Subcutaneous and visceral adipose tissue: their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev*. 2000;21(6):697–738.
14. Eckel N, Meidtner K, Kalle-Uhlmann T, Stefan N, Schulze MB. Metabolically healthy obesity and cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. Vol. 23, *European Journal of Preventive Cardiology*. SAGE Publications Inc.; 2016. p. 956–66.
15. Wildman RP, Muntner P, Reynolds K, Mcginn AP, Rajpathak S, Wylie-Rosett J, et al. The Obese Without Cardiometabolic Risk Factor Clustering and the Normal Weight With Cardiometabolic Risk Factor Clustering [Internet]. Disponível em: www.jamaarchivescme.com – Acesso em 04.11.2025
16. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, et al. Edmonton obesity staging system: Association with weight history and mortality risk. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. Agosto de 2011;36(4):570–6.
17. Halpern B, Mancini MC, De Melo ME, Lamounier RN, Moreira RO, Carra MK, et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: An official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(2).
18. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen R V., Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Vol. 13, *The Lancet Diabetes and Endocrinology*. Elsevier Ltd; 2025. p. 221–62.
19. Gallagher C, Corl A, Dietz WH, Schoof B, Hester C, Peterson ED, et al. Weight Can't Wait: A Guide to Discussing Obesity and Organizing Treatment in the Primary Care Setting. *Obesity*. 1o de maio de 2021;29(5):821–4.
20. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Vol. 16, *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 319–26.
21. Kesaite V, Greve J. The impact of excess body weight on employment outcomes: A systematic review of the evidence. *Econ Hum Biol* [Internet]. 1o de agosto de 2024 [citado 27 de novembro de 2025];54:101398.
22. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task

- force on practice guidelines and the Obesity Society. *Circulation*. 2014;129:102–38. Saavedra R, Ramirez B, Jay B. Strategies to manage obesity: lifestyle. *Methodist DeBakey Cardiovasc J*. 2025;21:53–61.
23. Yanovski SZ, Yanovski JA. Approach to Obesity Treatment in Primary Care: A Review. Vol. 184, *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association; 2024. p. 818–29.
 24. Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, Da Costa BR, Hitchcock CL, Svendrovski A, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2020;369:m696.
 25. Louzada MLDC, Tramontt CR, De Jesus JGL, Rauber F, Hochberg JRB, Santos TSS, et al. Developing a protocol based on the Brazilian Dietary Guidelines for individual dietary advice in the primary healthcare: Theoretical and methodological bases. *Fam Med Community Health*. 9 de fevereiro de 2022;10(1).
 26. Silva Couto VDC, da Costa Louzada ML, Jaime PC. Translating the Brazilian Dietary Guidelines into clinical practice: innovative strategies for healthcare professionals. *Arch Endocrinol Metab*. 2025;69(2)
 27. Castelo AFM, Schäfer M, Silva ME. Food practices as part of daily routines: A conceptual framework for analysing networks of practices. *Appetite*. 1o de fevereiro de 2021;157.
 28. Scagliusi FB, da Rocha Pereira P, Unsain RF, de Moraes Sato P. Eating at the table, on the couch and in bed: An exploration of different locus of commensality in the discourses of Brazilian working mothers. *Appetite*. 1o de agosto de 2016;103:80–6.
 29. Stroebele N, De Castro JM. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition*. 2004;20(9):821-8.
 30. Holm L, Ekström MP, Gronow J, Kjærnes U, Lund TB, Mäkelä J, et al. The modernisation of Nordic eating. *Anthropology of food*. 22 de outubro de 2019;S7.
 31. Paddock J, Warde A, Whillans J. The changing meaning of eating out in three English cities 1995–2015. *Appetite*. 1o de dezembro de 2017;119:5–13.
 32. Feraco A, Lombardo M, Armani A. *The Effect of Lifestyle and Eating Habits on Obesity*. *Nutrients*. 2025;17(1)
 33. Nagai N, Fujishima Y, Tokuzawa C, Takayanagi S, Yamamoto M, Hara T, et al. Food Preference Assessed by the Newly Developed Nutrition-Based Japan Food Preference Questionnaire and Its Association with Dietary Intake in Abdominal-Obese Subjects. *Nutrients* . 1o de dezembro de 2024;16(23).

34. Juul F, Martinez-Steele E, Parekh N, Monteiro CA. *The role of ultra-processed foods in obesity*. Nat Rev Endocrinol. 2025;21(3)
35. Pagliai G, Dinu M, Madarena MP, Bonaccio M, Iacoviello L, Sofi F. Consumption of ultra-processed foods and health status: A systematic review and meta-Analysis. Vol. 125, British Journal of Nutrition. Cambridge University Press; 2021. p. 308–18.
36. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR Jr, Ludwig DS. *Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis*. Lancet [Internet]. 2005;365(9453):36-42. Disponível em: <https://www.thelancet.com>
37. Monteiro CA. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. Vol. 12, Public Health Nutrition. 2009. p. 729–31.
38. Vandevijvere S, Jaacks LM, Monteiro CA, Moubarac JC, Girling-Butcher M, Lee AC, et al. Global trends in ultraprocessed food and drink product sales and their association with adult body mass index trajectories. Obesity Reviews. 10 de novembro de 2019;20(S2):10–9.
39. Pineda E, Stockton J, Scholes S, Lassale C, Mindell JS. Food environment and obesity: A systematic review and meta-analysis. BMJ Nutr Prev Health. 27 de junho de 2024;7(1):204–11.
40. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr [Internet]. 1o de janeiro de 2004 [citado 27 de novembro de 2025];79(1):6–16.
41. Borges CA, Cabral-Miranda W, Jaime PC. Urban food sources and the challenges of food availability according to the Brazilian dietary guidelines recommendations. Sustainability (Switzerland). 6 de dezembro de 2018;10(12).
42. Borges DC, Canuto R, Pasqual FM, Rosa GL, Vargas JCB. Social and ethnic-racial inequities of physical accessibility to farmers' markets in Porto Alegre, Brazil. Ciencia e Saude Coletiva. 2025;30(2).
43. Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), Pan American Health Organization (PAHO). *Developing Food-based Dietary Guidelines: A Manual from the English-speaking Caribbean*. Kingston: CFNI/PAHO; 2007.
44. Oliveira MS da S, Santos LA da S. Dietary guidelines for Brazilian population: An analysis from the cultural and social dimensions of food. Ciencia e Saude Coletiva. 1o de julho de 2020;25(7):2519–28.
45. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

46. Gabe KT, Tramontt CR, Jaime PC. Implementation of food-based dietary guidelines: conceptual framework and analysis of the Brazilian case. *Public Health Nutr.* 16 de dezembro de 2021;24(18):6521–33.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2_ed.pdf Acesso em: 22 out 2025.
48. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. Vol. 18, *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2015. p. 2311–22.
49. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica.* 2010;26(11):2039-49.
50. Scrinis G, Monteiro C. From ultra-processed foods to ultra-processed dietary patterns. Vol. 3, *Nature Food*. Springer Nature; 2022. p. 671–3.
51. Gabe KT, Jaime PC. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Public Health Nutr.* 1o de abril de 2019;22(5):785–96.
52. Ministério da Saúde. Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
53. Gabe KT, Jaime PC. Validade convergente e análise de invariância de uma escala de adesão a práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:e220023.
54. Como está a sua alimentação? Versão para impressão [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2021 [acesso em 22 out. 2025]. Disponível em: https://www.fsp.usp.br/lcsoabcpaulista/wp-content/uploads/2021/08/guiadebolso_folder.pdf
55. Gabe KT, Costa C dos S, Dos Santos FS, Souza TN, Jaime PC. Is the adherence to the food practices recommended by the dietary guidelines for the Brazilian population associated with diet quality? *Appetite.* 1o de novembro de 2023;190.
56. Guimarães NS, de Paula W, de Aguiar AS, Meireles AL. Absence of religious beliefs, unhealthy eating habits, illicit drug abuse, and self-rated health is associated with alcohol and tobacco use among college students — PADu study. *Journal of Public Health (Germany).* 1o de junho de 2022;30(6):1447–55.

57. dos Santos Quaresma MV, Marques CG, Magalhães ACO, dos Santos RVT. Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. *Nutrition*. 1o de outubro de 2021;90.
58. Gabe KT, Jaime PC. Dietary practices in relation to the Dietary guidelines for the brazilian population: Associated factors among Brazilian adults, 2018. *Epidemiologia e Servicos de Saude*. 2020;29(1).
59. Lopes MS, Silva VMSM, Ferreira NL, Carvalho MCR, Freitas PP, Lopes ACS. Adesão às práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira entre pessoas com obesidade: linha de base de ensaio comunitário realizado no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, 2022–2023. *Epidemiol Serv Saúde*. 2025;34:e20240287.
60. Alves MN, Gigante DP, Mintem GC, Santos FS dos. Estudo transversal das práticas alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira em usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas, 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2025;34.
61. Fernandes MEM, Lima SCVC, Barbosa SS, Oliveira Neta RS, Sousa LCM, Bezerra MS, et al. Adesão ao Guia Alimentar da População Brasileira e aspectos sociodemográficos: Estudo Bazuca. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e16.
62. Costa CDS, Gabe KT, Dos Santos FS, Leite MA, Quinta FP, Torquato BMDA, et al. NutriNet-Brasil, a web-based prospective study on dietary patterns and risk of chronic diseases: Cohort profile. *BMJ Open* . 25 de julho de 2025;15(7).

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Dietary Practices recommended by food-based dietary guidelines and weight trajectory in the NutriNet cohort.

Vanessa Pradella Pires RD¹, Rafaela Souza Camerini², Francine Silva dos Santos RD, PhD³, Kamila Tiemann Gabe RD, PhD⁴, Fernanda Michielin Busnello RD, PhD⁵

1. Graduate Program in Nutrition Sciences, Department of Nutrition, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Brazil.
2. Undergraduate Student of Nutrition, Department of Nutrition, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Brazil. E-mail: rafaelacamerini@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-7816-0346>
3. Center for Epidemiological Research in Nutrition and Health (NUPENS), School of Public Health, University of São Paulo, Brazil. Graduate Program in Nutrition Sciences, Department of Nutrition, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Brazil.
4. Center for Epidemiological Research in Nutrition and Health (NUPENS), School of Public Health, University of São Paulo, Brazil.
5. Graduate Program in Nutrition Sciences, Department of Nutrition, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Brazil.

Corresponding author: Fernanda Michielin Busnello, RD, PhD. Department of Nutrition and Graduate Program in Nutrition Sciences, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA).

245 Sarmiento Leite St, Building 3, Room 507.

Porto Alegre, RS, Brazil. Zip Code: 90050-170.

Phone: +55 (51) 3303-8867. E-mail: fernandab@ufcspa.edu

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico."

Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico."

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [acesso em 01 out. 2025]
- [2] Brasil. Estratégia Intersetorial de Prevenção da Obesidade. Obesidade como questão social e interseccional. Brasília (DF); 2025.
- [3] Powis J, Thompson R, Jackson-Leach R. Atlas Mundial da Obesidade 2025 [Internet]. London: World Obesity Federation; 2025 [cited 2025 Oct 12]. Available from: <https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-223-atlas-25>
- [4] Ministério da Saúde (BR). Painel Obesidade — Ministério da Saúde [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/obesidade>
- [5] Juul F, Martinez-Steele E, Parekh N, Monteiro CA. *The role of ultra-processed foods in obesity*. Nat Rev Endocrinol. 2025;21(3)
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- [7] Castelo AFM, Schäfer M, Silva ME. Food practices as part of daily routines: A conceptual framework for analyzing networks of practices. Appetite 2021;157. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104978>.
- [8] Holm L, Ekström MP, Gronow J, Kjærnes U, Lund TB, Mäkelä J, et al. The modernization of Nordic eating. Anthropology of Food 2019; S7. <https://doi.org/10.4000/aof.6997>.

- [9] Gabe KT, Jaime PC. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Public Health Nutr* 2019; 22:785–96. <https://doi.org/10.1017/S1368980018004123>.
- [10] Gabe KT, Costa C dos S, Dos Santos FS, Souza TN, Jaime PC. Is the adherence to the food practices recommended by the dietary guidelines for the Brazilian population associated with diet quality? *Appetite* 2023;190. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2023.107011>.
- [11] Guimarães NS, de Paula W, de Aguiar AS, Meireles AL. Absence of religious beliefs, unhealthy eating habits, illicit drug abuse, and self-rated health is associated with alcohol and tobacco use among college students — PADu study. *Journal of Public Health (Germany)* 2022; 30:1447–55. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01440-7>.
- [12] Dos Santos Quaresma MV, Marques CG, Magalhães ACO, dos Santos RVT. Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. *Nutrition* 2021;90. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111223>.
- [13] Gabe KT, Jaime PC. Dietary practices in relation to the Dietary guidelines for the Brazilian population: Associated factors among Brazilian adults, 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2020;29. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100019>.
- [14] Alves MN, Gigante DP, Mintem GC, Santos FS dos. Estudo transversal das práticas alimentares do Guia Alimentar para a População Brasileira em usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Pelotas, 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2025;34. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222025v34e20240420.pt>.
- [15] Lopes MS, Silva VMSM, Ferreira NL, Carvalho MCR, Freitas PP, Lopes ACS. Adesão às práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira entre pessoas com obesidade: linha de base de ensaio comunitário realizado no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, 2022–2023. *Epidemiol Serv*

Saúde. 2025;34:e20240287. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v34e20240287.pt>

[16] Fernandes MEM, Lima SCVC, Barbosa SS, Oliveira Neta RS, Sousa LCM, Bezerra MS, et al. Adesão ao Guia Alimentar da População Brasileira e aspectos sociodemográficos: Estudo Brazuca. Rev Saúde Pública. 2025;59:e16.

[17] Costa CDS, Gabe KT, Dos Santos FS, Leite MA, Quinta FP, Torquato BMDA, et al. NutriNet-Brasil, a web-based prospective study on dietary patterns and risk of chronic diseases: Cohort profile. BMJ Open 2025;15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095683>.

[18] Gabe KT, Jaime PC. Validade convergente e análise de invariância de uma escala de adesão a práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. Revista Brasileira de Epidemiologia 2022;25. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220009.2>.

[19] Ministério da Saúde (BR). Como está sua alimentação? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 Jan 9]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf

[20] Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, de Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. The Lancet 2016; 388:776–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1).

[21] Beslay M, Srouf B, Méjean C, Allès B, Fiolet T, Debras C, et al. Ultra-processed food intake in association with BMI change and risk of overweight and obesity: A prospective analysis of the French NutriNet-Santé cohort. PLoS Med 2020;17. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003256>.

- [22] Andridge RR, Little RJA. A review of hot deck imputation for survey non-response. *International Statistical Review* 2010; 78:40–64. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00103.x>.
- [23] Costa CDS, Steele EM, Leite MA, Rauber F, Levy RB, Monteiro CA. Body weight changes in the NutriNet Brasil cohort during the covid-19 pandemic. *Rev Saúde Publica*. 2021; 55:1. doi:10.11606/s1518-8787.2021055003457
- [24] Santos FS Dos, Martinez Steele E, Costa CDS, Gabe KT, Leite MA, Claro RM, et al. Nova diet quality scores and risk of weight gain in the NutriNet-Brasil cohort study. *Public Health Nutr* 2023; 26:2366–73. <https://doi.org/10.1017/S1368980023001532>.
- [25] Robinson E, Kersbergen I, Higgs S. Eating “attentively” reduces later energy consumption in overweight and obese females. *British Journal of Nutrition* 2014;112:657–61.<https://doi.org/10.1017/S000711451400141X>.
- [26] Lassale C, Péneau S, Touvier M et al. (2013) Validity of web-based self-reported weight and height: results of the NutriNet Santé study, *J Med Internet Res* 15, e2575

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

“Página omitida temporariamente para proteção de direitos pendentes do artigo científico.”

5 CONCLUSÕES FINAIS

A obesidade tem etiologia complexa e seu diagnóstico não deve ser feito por parâmetros isolados. É preciso observar não somente o IMC, mas o percurso desse indivíduo e sinais que possam estar colaborando para o ganho de peso e maior risco de desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, com impacto no desenvolvimento de doenças.

As práticas alimentares fazem parte dessa etiologia complexa e, à nível nacional, o Guia Alimentar para a População Brasileira entra como importante ferramenta de orientações não quantitativas direcionadas para nossa cultura e alimentação. A Escala Brasileira de Práticas Alimentares mensura a adesão a essas recomendações tão importantes, sendo uma ferramenta valiosa para aplicação em estudos e para auxiliar no tratamento e prevenção de comorbidades.

Nosso estudo demonstrou que houve associação entre adesão às práticas alimentares e menor IMC, e quando avaliada de forma contínua, a adesão também se relacionou com uma trajetória de peso mais favorável ao longo do tempo. Em relação à associação com as dimensões da escala de práticas, todas apresentaram associação com menor IMC, mas somente a dimensão modos de comer foi estatisticamente significativa em relação à mudança do IMC ao longo do tempo, chamando atenção para a esfera comportamental no desenvolvimento do ganho de peso e etiologia da obesidade.

Pode-se concluir com o presente estudo que as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira devem embasar as ações voltadas para a prevenção e tratamento da obesidade e ganho de peso, sendo a Escala Brasileira de Práticas Alimentares um importante instrumento para avaliar a adesão a essas recomendações e identificar fragilidades, para guiar metas e auxiliar na construção de políticas públicas.

ANEXOS

A- TERMO DE CONSENTIMENTO ELETRÔNICO NUTRINET BRASIL

ESTUDO NUTRINET BRASIL

- **CADASTRO/ IDENTIFICAÇÃO***

E-MAIL
 CONFIRMAÇÃO DO E-MAIL
 SENHA
 CONFIRMAÇÃO DA SENHA
 NOME COMPLETO
 SEXO
 DATA DE NASCIMENTO dd/mm/aaaa
 ESTADO EM QUE RESIDE
 MUNICÍPIO EM QUE RESIDE
 CELULAR (WHATSAPP/SMS)

- **TCLE – disponível para download**



Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “Coorte NutriNet Brasil – Alimentação e Doenças Crônicas não Transmissíveis”, que tem como objetivo estudar comportamentos alimentares e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.

Participação no estudo – A minha participação no estudo será voluntária e concordo em responder questionários curtos a intervalos regulares através de plataforma na internet.

Riscos e benefícios – Estou ciente de que terei que dedicar algum tempo para responder os questionários da pesquisa, mas em compensação irei colaborar para gerar conhecimentos importantes sobre a relação entre alimentação e saúde no Brasil.

Sigilo e privacidade – Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados.

Autonomia – Declaro que fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e que, se desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Remuneração – Estou ciente de que não haverá despesas pessoais em qualquer fase da pesquisa, nem compensação financeira relacionada à minha participação.

Em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, poderei contatar o pesquisador responsável, Carlos Augusto Monteiro, no telefone: (11) 3061-7133. Para dúvidas referentes a aspectos éticos do estudo, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – email: coep@fsp.usp.br.

B - ESCALA BRASILEIRA DE PRÁTICAS ALIMENTARES

Como está a sua alimentação?

(Versão para impressão)

Depois de responder, leia as instruções e volte para marcar seus pontos

1. Quando faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.	() A () B () C () D
2. Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	() A () B () C () D
3. Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos	() A () B () C () D
4. Costumo levar algum alimento comigo em caso de sentir fome ao longo do dia.	() A () B () C () D
5. Costumo planejar as refeições que farei no dia.	() A () B () C () D
6. Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico	() A () B () C () D
7. Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.	() A () B () C () D
8. Costumo comer fruta no café da manhã.	() A () B () C () D
9. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa	() A () B () C () D
10. Procuro realizar as refeições com calma.	() A () B () C () D
11. Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.	() A () B () C () D
12. Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	() A () B () C () D
13. Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua	() A () B () C () D

continua

continuação

14. Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.	() A () B () C () D
15. Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.	() A () B () C () D
16. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.	() A () B () C () D
17. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e/ou jantar).	() A () B () C () D
18. Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	() A () B () C () D
19. Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.	() A () B () C () D
20. Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.	() A () B () C () D
21. Tenho o hábito de “beliscar” no intervalo entre as refeições.	() A () B () C () D
22. Costumo beber refrigerante.	() A () B () C () D
23. Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza	() A () B () C () D
24. Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar	() A () B () C () D

PARA AS QUESTÕES DE 1 A 13

[A] = 0 ponto

[B] = 1 ponto

[C] = 2 pontos

[D] = 3 pontos

PARA AS QUESTÕES DE 14 a 24

[A] = 3 pontos

[B] = 2 pontos

[C] = 1 ponto

[D] = 0 ponto

A: Nunca **B:** Raramente **C:** Frequentemente **D:** Sempre

Fonte: Como está sua alimentação? (versão para impressão)

Nota: Essa versão para impressão foi adaptada do documento do Ministério da Saúde:

https://www.fsp.usp.br/lcsoabcpaulista/wp-content/uploads/2021/08/guiadebolso_folder.pdf

conclusão