



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

TAMARA JUSTIN DA SILVA

**CONSUMO ALIMENTAR DE ADULTOS E IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19 NO SUL DO BRASIL**

**CRICIÚMA
2024**

TAMARA JUSTIN DA SILVA

**CONSUMO ALIMENTAR DE ADULTOS E IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19 NO SUL DO BRASIL**

Projeto de dissertação submetido para aprovação no exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
Coorientadora: Prof. Dra. Camila Dallazen

CRICIÚMA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S586c Silva, Tamara Justin da.

Consumo alimentar de adultos e idosos durante a pandemia de COVID-19 no sul do Brasil / Tamara Justin da Silva. - 2024.
68 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2024.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

Coorientação: Camila Dallazen.

1. Consumo de alimentos. 2. Comportamento alimentar. 3. Hábitos alimentares. 4. COVID-19, Pandemia de, 2020-. I. Título.

CDD 23. ed. 613.2

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

TAMARA JUSTIN DA SILVA

**CONSUMO ALIMENTAR DE ADULTOS E IDOSOS DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19 NO SUL DO BRASIL**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 04 de abril de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br ANTONIO AUGUSTO SCHAFER
Data: 04/04/2024 09:28:32-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Antônio Augusto Schäfer
Doutor – Orientador
Presidente

Documento assinado digitalmente
gov.br LEONARDO POZZA DOS SANTOS
Data: 09/04/2024 15:54:25-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Leonardo Pozza dos Santos
Doutor - UFPel
Membro externo


Profa. Fernanda de Oliveira Meller
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.
Este trabalho foi realizado com dados do estudo de base populacional “Mental Covid: impacto da Covid-19 na saúde mental da população”, realizado em 2020/2021.

A minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir a execução deste trabalho. Sem Ele, nada é possível.

A minha família, ao meu namorado, sogra, sogro e cunhada, por todo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Vocês foram essenciais.

Aos meus amigos de residência e mestrado, por toda troca de conhecimento e momentos especiais que tornaram tudo mais leve.

As amizades feitas durante a atuação da residência e mestrado, pessoas incríveis que levarei sempre comigo e que me apoiaram em toda caminhada.

Aos meus orientadores Antônio e Camila, pelas considerações e orientações ao longo deste período. Certamente foram de suma importância para o crescimento da minha trajetória acadêmica.

A todos aqueles que trabalharam e participaram da pesquisa “Mental Covid: impacto da Covid-19 na saúde mental da população”.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, professores e colaboradores, foram momentos de grandes aprendizados e conversas amigas.

A Universidade do Extremo Sul Catarinense por todo acolhimento desde a graduação até aqui, e pela bolsa parcial de estudos concedida para a realização do mestrado.

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A transição nutricional reflete a evolução dos padrões alimentares ao longo do tempo, que foram influenciados por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais. Dentro do cenário da pandemia de Covid-19, houve mudanças no estilo de vida mundial e, neste período de restrição social, alguns aspectos da sociedade acabaram sendo afetados, inclusive a alimentação. **Objetivo:** Avaliar o consumo alimentar e seus fatores associados em adultos e idosos durante a pandemia de Covid-19 em dois municípios do Sul do Brasil. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal de base populacional, intitulado “Mental Covid: impacto da Covid-19 na saúde mental da população”, realizado entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, com indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes na área urbana dos municípios de Criciúma - SC e Rio Grande – RS. O processo amostral ocorreu através de sorteio dos setores censitários e sorteio dos domicílios. As variáveis dependentes foram: qualidade da dieta, consumo de alimentos *in natura*, minimamente processados e ultraprocessados; mudança na quantidade e qualidade da alimentação durante a pandemia. As variáveis independentes foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, mora sozinho, índice de bens, trabalho atual, qualidade do sono, excesso de peso, prática suficiente de atividade física, sintomas depressivos e estresse. Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis. Análises brutas e ajustadas das associações foram realizadas por Regressão de Poisson, com nível de significância de 5%. Para as análises ajustadas, foi construído modelo hierárquico e consideradas como possíveis fatores de confusão as variáveis independentes que apresentaram nível de significância de 20% (valor $p < 0,20$). Foi utilizado o programa STATA versão 16.1 para todas as análises estatísticas. **Resultados:** Foram estudados 2.170 indivíduos. Cerca de um terço (35,7%) deles apresentou menor consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e 30,1% apresentaram maior consumo de alimentos ultraprocessados. A melhor qualidade da dieta foi identificada em 42,1% dos indivíduos e 30,4% apresentaram pior qualidade da dieta. Um terço dos indivíduos referiram comer mais (31,4%) enquanto 11,4% relataram comer menos. Em relação à qualidade da alimentação, 18,2% reportaram consumir mais alimentos não saudáveis e 18,8% mais alimentos saudáveis. **Conclusão:** Mudanças nos padrões alimentares foram observados no estudo, evidenciando que a pandemia de Covid-19 afetou a alimentação e os hábitos de vida da população. Ressalta-se que houve melhora no consumo de alimentos mais saudáveis, entretanto, o consumo de alimentos ultraprocessados também foi relatado. Os resultados destacam a importância de ações de saúde pública e fortalecimento de políticas públicas visando a promoção de saúde da população afetada durante a pandemia, principalmente aos fatores relacionados à alimentação.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Padrões alimentares. Pandemia. Covid-19. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: The nutritional transition reflects the evolution of dietary patterns over time, influenced by socio-economic, cultural and environmental factors. Against the backdrop of the Covid-19 pandemic, there have been changes in global lifestyles and, in this period of social restriction, some aspects of society have been affected, including food. **Objective:** To assess food consumption and its associated factors in adults and the elderly during the Covid-19 pandemic in two municipalities in southern Brazil. **Methodology:** This is a population-based cross-sectional study entitled "Mental Covid: impact of Covid-19 on the population's mental health", carried out between October 2020 and January 2021, with individuals aged 18 or over, living in the urban area of the municipalities of Criciúma - SC and Rio Grande - RS. The sampling process took place through the drawing of census tracts and the drawing of households. The dependent variables were: diet quality, consumption of fresh, minimally processed and ultra-processed foods; changes in the quantity and quality of food during the pandemic. The independent variables were gender, age, skin colour, schooling, living alone, index of assets, current job, sleep quality, excess weight, sufficient physical activity, depressive symptoms and stress. Descriptive analyses were carried out for all variables. Crude and adjusted analyses of the associations were carried out using Poisson regression, with a significance level of 5%. For the adjusted analyses, a hierarchical model was built and the independent variables with a significance level of 20% (p-value <0.20) were considered possible confounding factors. STATA version 16.1 was used for all statistical analyses. **Results:** 2,170 individuals were studied. 35.7% had a lower consumption of fresh or minimally processed foods and 30.1% had a higher consumption of ultra-processed foods. The best diet quality was identified in 42.1 per cent of the individuals and 30.4 per cent had the worst diet quality. A third of the individuals reported eating more (31.4 per cent) while 11.4 per cent reported eating less. With regard to diet quality, 18.2 per cent reported consuming more unhealthy foods and 18.8 per cent more healthy foods. **Conclusion:** Changes in dietary patterns were observed in the study, showing that the Covid-19 pandemic has affected the population's diet and lifestyle habits. It is noteworthy that there was an improvement in the consumption of healthier foods, however, the consumption of ultra-processed foods was also reported. The results highlight the importance of public health actions and strengthening public policies aimed at promoting the health of the population affected during the pandemic, especially factors related to food.

Keywords: Food consumption. Dietary patterns. Pandemic. Covid-19. Cross-sectional studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo hierárquico dos fatores associados às mudanças do consumo alimentar.....	29
Figura 2. Mudança na quantidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2021. (n=2.170).....	34
Figura 3. Mudança na qualidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2021. (n=2.170).....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos indivíduos estudados. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2021. (n=2.170).....	31
Tabela 2. Alimentação dos indivíduos estudados. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2021. (n=2.170).....	33
Tabela 3. Associação bruta e ajustada entre consumo alimentar, qualidade da dieta e as variáveis independentes estudadas. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2021.....	37

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados.....	57

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Carta de aprovação do Comitê de ética em pesquisa.....	67
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUP	Alimentos ultraprocessados
DCNTs	Doenças Crônicas não Transmissíveis
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SC	Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL	7
2.3 PANDEMIA DE COVID-19	10
2.3.1 Isolamento social.....	12
2.4 CONSUMO ALIMENTAR	13
2.4.1 Alimentação e fatores associados durante a pandemia de Covid-19.....	16
3 JUSTIFICATIVA	19
4 OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5 HIPÓTESES	21
6 MÉTODOS	22
6.1 DESENHO DO ESTUDO	22
6.2 LOCAL DO ESTUDO	22
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	22
6.3.1 Critérios de Inclusão.....	22
6.3.2 Critérios de Exclusão.....	23
6.4 VARIÁVEIS	23
6.4.1 Dependentes	23
6.4.2 Independentes.....	23
6.5 COLETA DE DADOS	24
6.5.1 Procedimentos e logística	24
6.5.2 Instrumento para coleta dos dados	24
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
6.7.1 Riscos e benefícios	29
7 RESULTADOS.....	31
8 DISCUSSÃO	39
9 conclusão.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	57
ANEXO	66
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	67

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 foi ocasionada pela disseminação do coronavírus, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave 2, também conhecido como SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Iniciou em dezembro de 2019 na cidade de Whuan, na China, e rapidamente propagou-se pelo mundo (Singhal, 2020), tornando-se um problema de saúde pública, sendo necessárias ações imediatas de contingência da infecção (Liu *et al.*, 2020). Diante de tal situação pandêmica, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, ressaltou a importância do conhecimento sobre o vírus, bem como as medidas de prevenção à disseminação da doença, como o uso de equipamentos de proteção individual (máscara), uso do álcool em gel, distanciamento social e vacinação. Porém, tais medidas de controle, com enfoque no isolamento, afetaram a população em todos os aspectos da vida (Barros *et al.*, 2020).

O consumo alimentar também sofreu grandes mudanças decorrentes da pandemia de Covid-19. Essas mudanças podem seguir duas direções. Por um lado, ocorreram alterações positivas em relação ao maior tempo disponível em casa para realizar preparações mais saudáveis, bem como a busca por uma alimentação de qualidade para fortalecer o sistema imunológico. Mas também foi observado o aumento de vendas de lanches e *fast food* por aplicativos de *delivery*, caracterizados por serem alimentos ultraprocessados (AUP) com altos índices calóricos e poucos nutrientes. Além de questões relacionadas à redução da renda familiar, o que dificultou o acesso à alimentação adequada (Steele *et al.*, 2020).

Com o período de restrições, o desmonte do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – (NASF) e sobrecarga do sistema acabou dificultando o acesso da população à profissionais de diferentes áreas, fazendo com que dificultasse o trabalho da equipe multiprofissional em relação a ações de saúde neste período, podendo influenciar nas escolhas alimentares atuais (Marra *et al.*, 2021; Santana *et al.*, 2022). As ações de educação alimentar e nutricional, por exemplo, precisaram ser adaptadas ao modelo *on-line* na tentativa de manter a informação sobre a alimentação adequada (Marra *et al.*, 2021).

A mudança no consumo alimentar foi identificada no estudo de Souza *et al.* (2021), que avaliou o estilo de vida e os hábitos alimentares antes e durante a

pandemia de Covid-19 no Brasil, por meio de um questionário *online* cinco meses após o início do isolamento social. Os resultados da pesquisa mostraram diminuição no consumo de frutas e vegetais e aumento de lanches noturnos, produtos de panificação e *fast food* durante o período de quarentena. Além da diminuição de atividades físicas, e aumento no uso de telas, horas de sono, frequência no consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Por outro lado, o estudo de Steele *et al.* (2020), com dados da coorte NutriNet de adultos brasileiros, criada para avaliar a relação entre alimentação e morbimortalidade dor doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), aplicou o questionário em dois momentos, entre janeiro e fevereiro de 2020 e maio de 2020. Os resultados da pesquisa constataram aumento nos marcadores de consumo de alimentos saudáveis em regiões mais desenvolvidas economicamente durante a pandemia de Covid-19.

É válido ressaltar que a restrição social como medida de saúde pública foi efetiva para a redução de transmissão do vírus Sars-CoV-2. No entanto, os resultados desta restrição têm ocasionado danos de médio e longo prazo na saúde da população (Malta *et al.*, 2020). As alterações no comportamento alimentar e no estilo de vida mediante à pandemia de Covid-19 apontam que ações de promoção de saúde e práticas de vida saudável são necessárias para amenizar os impactos decorrentes deste período (Chin; Woon; Chan, 2022).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA E NUTRICIONAL

Devido à transição demográfica em todo mundo, é evidente que o envelhecimento populacional, juntamente com o aparecimento de doenças aumentaram significativamente (Martins *et al.*, 2021). Nos últimos 60 anos, a expectativa de vida mundial aumentou de 47 anos, entre os anos de 1950-1955, para 72 anos entre 2015-2020 (Martins *et al.*, 2021). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, sem considerar os efeitos da pandemia de Covid-19, a expectativa de vida para os homens em 2020 era de 73,3 anos, já para as mulheres, 80,3 anos (IBGE, 2020). De modo geral, a expectativa de vida média no Brasil em 2021 aumentou dois meses em relação a 2020, e, com a crise sanitária, houve o aumento dos óbitos em 2020 e 2021, porém, estima-se que com o controle da pandemia, o nível de mortalidade volte ao patamar pré-crise (IBGE, 2022).

A diminuição das taxas de natalidade, melhores condições de saúde na primeira infância, proporcionando longevidade prolongada, ocasionou grande aumento da população mais idosa, caracterizando o período de transição demográfica (Jakovljevic; Kumagai; Ogura, 2020). No Brasil, a desaceleração do ritmo de crescimento demográfico passou de 2,5% entre 1970 e 1980 para 1,2% entre 2000 e 2010 e, com isso, o tempo para a duplicação do tamanho populacional aumentou para 40 anos. A abrangência do acesso aos serviços de saúde através de campanhas e ações de saúde pública, contribuíram diretamente na redução dos níveis de mortalidade do país (Vasconcelos; Gomes, 2012). Por outro lado, com o crescente envelhecimento da população, o sistema nacional de saúde enfrenta a sobrecarga de demandas ao público idoso, juntamente com a carga das DCNTs associadas à idade (Jakovljevic; Kumagai; Ogura, 2020).

Essas mudanças demográficas ocasionaram também modificações nos padrões de doenças e causas de morte, principalmente a partir da década de 70, sendo conceituado como “transição epidemiológica” (Omran, 2005). De modo geral, a transição epidemiológica caracteriza-se como discussão dos padrões de doenças que se modificam ao longo do tempo, alterando de um padrão focado em doenças infecciosas para o padrão prevalentemente de DCNTs (Martins *et al.*, 2021).

Os processos de transição demográfica e epidemiológica estão relacionados, visto que, o declínio da mortalidade por doenças infecciosas acaba beneficiando a população mais jovem, que passa a conviver com os fatores de risco para as doenças crônico-degenerativas e, com isso, o crescente número da população idosa e aumento da expectativa de vida, resulta no frequente aparecimento das DCNTs (Scharamm *et al.*, 2004).

Durante os anos de 1990 a 2019, o Brasil avançou seu processo de transição epidemiológica, reduzindo a mortalidade por doenças infecciosas e causas externas, e aumentando por DCNTs (Filho; França; Malta, 2022). Neste mesmo período as prevalências das doenças infecciosas e parasitárias reduziram de 29% para 16%, com redução de sua mortalidade de 19% para 13%. A mortalidade por causas externas também reduziu, passando de 79% do total de mortes para 84% em 2019 no público masculino (Martins *et al.*, 2021). Em 2019, as DCNTs já representavam 54,7% dos óbitos registrados no Brasil (BRASIL, 2021).

Sendo assim, o perfil da situação de saúde do Brasil tem sido caracterizado, nos últimos anos, pela tripla carga de doenças, que envolve doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, além do aumento das DCNTs e seus fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, estresse), e o crescimento da violência e causas externas (Marinho *et al.*, 2018).

O perfil nutricional da população brasileira, assim como as características demográficas e epidemiológicas, também sofreu alterações. A transição alimentar, juntamente com o avanço dos processos de industrialização e urbanização, ocasionou crescente aumento na ingestão de produtos ultraprocessados e diminuição dos alimentos *in natura*, modificando os hábitos alimentares dos indivíduos (Ablard, 2021; Camargo; Bós, 2022). Nos últimos dez anos, o consumo de AUP teve aumento médio de, aproximadamente, 5,5% representando quase 20% da energia diária total do indivíduo. Enquanto os alimentos típicos brasileiros, como o arroz e feijão, representam, respectivamente, 10,5% e 6,2% (Louzada *et al.*, 2023). É importante ressaltar que a alta prevalência do consumo de AUP, o menor consumo de fibras e baixas taxas de atividade física pela população influenciam de maneira direta para o aumento da prevalência de obesidade (Malta *et al.*, 2016), evidenciando-se o desequilíbrio entre o consumo e gasto energético (Sousa *et al.*, 2021).

Esse processo de transição alimentar envolve o contexto histórico complexo, com influências culturais, econômicas e sociais, bem como o processo de desenvolvimento econômico mundial, trazendo grandes influências do crescimento das indústrias alimentícias (Ablard, 2021). O aumento da população, da expectativa de vida, da participação do setor industrial na economia ocasionou mudanças socioeconômicas e políticas que interferiram na transição alimentar no Brasil (Conde; Silva; Ferraz, 2022). A associação entre o processo de globalização e o padrão de consumo alimentar é evidenciado através do comércio e abastecimento alimentar global, onde a produção, comercialização e distribuição dos alimentos são influenciados pela urbanização e mudanças culturais (Ablard, 2021).

A publicidade das empresas alimentícias reforça a alimentação baseada em “*fast food*”, capaz de influenciar os hábitos alimentares desde a infância, com propagandas atrativas, até a vida adulta (Silva; Almeida; Skrivan, 2021). O uso da mídia social destaca-se como um dos principais fatores de influência nos hábitos alimentares de jovens adultos, propondo comportamentos que podem levar à transtornos alimentares e excesso de peso (Assis; Guedine; Carvalho, 2020).

A transição nutricional pode ser observada em todo o mundo, ela ocorre quando a mudança no padrão alimentar acaba interferindo na condição do estado nutricional do indivíduo, passando do perfil de baixo peso, desnutrição e carências nutricionais para o aumento do sobrepeso e obesidade (Conde; Silva; Ferraz, 2022; Martins *et al*, 2022).

A obesidade sofreu grande avanço desde 2006, onde representava 11,8% da população, passando para 22,4% em 2021, sendo mais frequente entre mulheres, variando de 12,1% para 22,6% (BRASIL, 2022). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicaram que mais da metade da população adulta, cerca de 60,3%, apresentaram excesso de peso (BRASIL, 2021). Assim como publicações da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2021, que apontaram que a população adulta brasileira, em sua maioria, apresentou excesso de peso (57,2%) (BRASIL, 2022). A OMS (2022) ressalta que os altos índices de obesidade mundiais são mais de 1 bilhão de pessoas no mundo, número este que tende a aumentar. Através dessa situação, a

população fica mais propícia para o desenvolvimento das DCNTs e suas complicações (Sousa *et al.*, 2021).

A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco para o surgimento e complicações das DCNTs, sendo um problema em constante crescimento, independentemente do nível de desenvolvimento do país (Malta *et al.*, 2016). Nos últimos anos, as DCNTs foram as principais causa de mortalidade, representando 70% das mortes do mundo, tendo como principais fatores de risco o tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e excesso de peso (Amam; Santos; Gigante, 2019).

É evidente o agravo que a obesidade ocasiona no quadro de saúde, principalmente por estar associada à hipertensão e ao diabetes mellitus (Sousa *et al.*, 2021). Tal relação é encontrada na população brasileira através da pesquisa VIGITEL – 2019, onde 35,7% das pessoas obesas referiram diabetes e 33,2% referiam obesidade associada à hipertensão (BRASIL, 2020).

Além da relação do excesso de peso e obesidade com as DCNTs, reduzindo a qualidade e expectativa de vida, evidências apontaram para o agravamento da Covid-19 nestes indivíduos (BRASIL, 2022). Pacientes com Covid-19 e que possuem excesso de peso apresentaram maior risco de hospitalização e risco cinco vezes maior de mortalidade pela doença, além de apresentar um estado pró-inflamatório mais elevado, aumentando o risco para as complicações da Covid-19 (Almeida *et al.*, 2021).

Em virtude da atual situação e impactos na saúde, o Ministério da Saúde criou o “Plano de Ações estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030” que tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNTs, sendo grande marco das ações referente ao quadro epidemiológico do País.

2.3 PANDEMIA DE COVID-19

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus chamado SARS-CoV-2. Este tipo de vírus é caracterizado como um vírus zoonótico,

da família *Coronaviridae*, que causam infecções respiratórias e foram descritos pela primeira vez em 1965 (Lima, 2020; OMS, 2021). Devido a sua alta taxa de propagação, que pode ser avaliada através do número básico de reprodução, as estimativas para o SARS-CoV-2 ficaram entre 1,6 e 4,1. A epidemia de Influenza (A H1N1) em 2009, por exemplo, apresentou 1,3 a 1,8 (Lana *et al.*, 2020).

O grande aumento do número de casos acabou ocasionando a pandemia no início de dezembro de 2019 na cidade de Whuan, na China, como primeiro local de infecção identificado (OMS, 2021). Segundo a OMS (2021), a pandemia é caracterizada pela disseminação mundial de uma determinada doença, afetando diversos continentes com alta transmissão da doença de pessoa para pessoa. Logo após o surgimento da doença na China em dezembro de 2019, foi confirmado no Brasil o primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020, um homem de 61 anos que havia viajado para a Itália, local onde o número de infectados aumentava de maneira significativa (Morales *et al.*, 2020).

De acordo com a OMS, até março de 2020, foram mais de 214 mil casos confirmados da doença em todo mundo. Em abril, o número de casos aumentou para 1,5 milhão de casos e 85 mil mortes no mundo, no mesmo período no Brasil, foram registrados quase 16 mil casos e 880 mortes desde o início do primeiro caso, em fevereiro (Barreto *et al.*, 2020). Até abril de 2023, o número de casos de Covid-19 no Brasil passava de 37 milhões e 700 mil óbitos (BRASIL, 2023).

O quadro clínico da doença pode variar desde um simples resfriado a uma pneumonia grave, com sintomas gripais iniciais ou até quadros graves de problemas respiratórios e febre (Lana *et al.*, 2020). Dentre os principais sintomas da doença destacam-se a falta de ar e as alterações clínicas que podem variar de alterações leves a graves (Liu *et al.*, 2020).

A falta de informações sobre o vírus, sua alta capacidade de disseminação e o aumento do número de mortes, estratégias de enfrentamento ao vírus começaram a ser debatidas em diferentes partes do mundo (Barreto *et al.*, 2020). A alta infectividade do SARS-CoV-2 e a falta de vacinas para conter o vírus trouxeram o problema de saúde pública mundial (Read *et al.*, 2020). Além disso, pelo contexto de desigualdade social do Brasil, a Covid-19 trouxe ainda mais dificuldade para a saúde

pública conter sua disseminação, já que há populações vivendo em condições precárias de habitação e em situação de aglomeração (Barreto *et al.*, 2020).

Diante do crescente número de casos e agravos provados pela Covid-19, a OMS decretou situação de emergência de saúde pública internacional em 30 de janeiro de 2020 e, em 11 de março do mesmo ano, foi decretado estado de pandemia, sugerindo aos países a fazerem planos de contingência (Souza *et al.*, 2021). Tais situações de emergência para novas doenças criam impacto nos sistemas nacionais de saúde pública, para validarem seu sistema de vigilância e assistência em saúde, promovendo a detecção precoce e diminuindo os efeitos da doença (Lana *et al.*, 2020).

Com um dos objetivos ao enfrentamento à pandemia, foram realizados períodos de mitigação, que são o isolamento dos casos positivos detectados, e o período de supressão, medida mais radical referente ao isolamento de toda a população (Souza *et al.*, 2021). Após um período de constantes casos, mortes e incertezas, foram disponibilizadas vacinas eficazes para a população, visando a redução da mortalidade e morbidade da doença (Passos *et al.*, 2021).

A OMS, desde setembro de 2022, autorizou o uso das vacinas para Covid-19, sendo altamente eficazes na prevenção e agravos dos sintomas contra todas as cepas do vírus SARS-CoV-2. No Brasil, a primeira vacina foi realizada em 17 de janeiro de 2021, em Mônica Calazans, uma mulher negra e enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em São Paulo (Castro, 2021). Toda a população tem direito ao acesso às vacinas de Covid-19, e, durante a vacinação, os profissionais de saúde e os grupos mais vulneráveis foram priorizados diante da situação e agravos da pandemia (OMS, 2023).

Em maio de 2023, com o declínio das mortes, hospitalizações e aumento da cobertura vacinal contra a Covid-19, a OMS decretou fim da emergência de saúde pública, porém não significa que a Covid-19 tenha deixado de ser uma ameaça à saúde (OMS, 2023).

2.3.1 Isolamento social

Durante o período pandêmico, a OMS ressaltou a importância das medidas sanitárias, como o uso de máscara, álcool em gel, deixar o ambiente bem ventilado e evitar aglomerações. Uma das principais medidas de prevenção implantadas a fim de

reduzir os avanços da transmissão do vírus Sars-CoV-2 foi o isolamento social, considerada uma medida básica de saúde pública em relação ao controle de doenças infecciosas (Oliveira *et al.*, 2020).

Tais medidas foram implementadas de maneira gradual nos países, sendo influenciadas por questões socioeconômicas, culturais, sistemas políticos e de saúde, além de apoio governamental às famílias durante a restrição das atividades econômicas (Aquino *et al.*, 2020). A pandemia atingiu desigualmente as pessoas, visto que aquelas em maior vulnerabilidade social apresentaram maior número de casos, hospitalizações e mortes (Passos *et al.*, 2021). Ademais, os riscos para insegurança alimentar que já vinham se apresentando nesta população desde 2016, intensificaram-se pela Covid-19, apresentando redução do acesso à alimentação (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020).

Nos estados brasileiros, a prevalência de contaminação da Covid-19 foi de 3,7% no quintil socioeconômico mais pobre em relação a 1,7% no quintil mais rico (Hallal *et al.*, 2020). Áreas de elevada vulnerabilidade ocasionaram desigualdade no número de casos da Covid-19, já que possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos testes de diagnósticos (Sousa *et al.*, 2020). Além disso, trabalhadores dos setores de saúde e segurança pública também foram mais afetados pelo isolamento social, apresentando respectivamente, 2,46 e 2,25 vezes maior risco de morte por Covid-19 em relação a empregados em outras atividades (Negri *et al.*, 2021).

Os impactos decorrentes do isolamento social atingiram toda a população, aumentando o risco de mais doenças, além de prejudicar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, afetando as habilidades funcionais e comportamentais (Almeida *et al.*, 2021). A restrição social acarretou mudanças no estilo de vida das pessoas, fazendo com diminuíssem os níveis de atividade física, bem como aumentando o consumo de AUP (Malta *et al.*, 2020).

2.4 CONSUMO ALIMENTAR

O consumo alimentar foi relatado, em um primeiro momento histórico, sob um contexto sensorial e comportamental, sendo analisado como construtor de identidades sociais pela alimentação, envolvendo o campo da psicologia, sociologia e

antropologia para compreender os hábitos alimentares (Azevedo, 2017). Sob uma perspectiva mais ampliada, os hábitos alimentares estão diretamente relacionados aos aspectos culturais, psicológicos, socioeconômicos e antropológicos, que envolvem o ambiente em que o indivíduo está inserido (Ferreira; Barbosa; Vasconcelos, 2019). As escolhas alimentares são definidas através de múltiplos fatores, destacando-se os costumes e culturas, os fatores demográficos, a condição socioeconômica, o ambiente familiar e as atividades de marketing relacionados à alimentação (Ceretta; Froemming, 2011).

De acordo com a OMS, os indivíduos não consomem um nutriente ou alimento isolado, mas sim diversos alimentos que definem um padrão alimentar da população (OMS, 2019). A avaliação isolada de nutrientes não leva em consideração a influência multifatorial no consumo alimentar, fazendo com que a investigação entre consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis seja crescente, principalmente quando relacionado ao aumento do consumo de alimentos não saudáveis (Ferreira; Barbosa; Vasconcelos, 2019).

Para melhor compreensão da sociedade em relação aos alimentos que seriam saudáveis e não saudáveis, os alimentos são classificados de acordo com o grau de processamento (BRASIL, 2014). São classificados em 4 grupos: alimentos *in natura* ou minimamente processados (grupo 1), preparações culinárias (grupo 2), alimentos processados (grupo 3) e alimentos ultraprocessados (grupo 4) (BRASIL, 2014; Monteiro *et al.*, 2016).

Os alimentos *in natura* baseiam-se nas partes comestíveis de plantas (sementes, frutos, folhas, caules, raízes) ou animais (músculos, vísceras, ovos, leite) e os minimamente processados referem-se aos alimentos *in natura* que sofreram alterações mínimas (grão secos, farinhas, cortes de carne congelados, leite pasteurizado, sem adição de substâncias como sal, açúcar, óleos ou gorduras. Preparações culinárias, que são produtos extraídos dos alimentos *in natura* ou da natureza que são utilizados para temperar e cozinhar (óleos, sal, gorduras, melado, mel) (BRASIL, 2014; Monteiro *et al.*, 2016).

Os alimentos processados são baseados na adição de sal e/ou açúcar, e em alguns casos são adicionados óleo ou vinagre em alimentos *in natura* ou minimamente processados (conservas, frutas em calda, queijos, pães). O último grupo

é denominado como alimentos ultraprocessados, que são constituídos por formulações industriais e não possuem equivalentes domésticos. Apresentam porção reduzida ou nenhum alimento *in natura* ou minimamente processado (refrigerantes, biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, “macarrão instantâneo”, sorvetes, *fast foods*) (BRASIL, 2014; Monteiro *et al.*, 2016).

Por meio do período de transição nutricional, observa-se mudanças nos hábitos alimentares da população (Camargo; Bós, 2022). O crescente consumo de AUP com alta densidade calórica, pobres em fibras e ricos em gorduras e açúcares, traz preocupações no âmbito da saúde, já que estão associados ao risco de obesidade e de DCNTs (Louzada *et al.*, 2023). No Brasil, o consumo de hortaliças é insuficiente, cerca de 42% da população não as consome, principalmente indivíduos que possuem maior ingestão de AUP, evidenciando que o consumo destes alimentos faz com que há diminuição por escolhas mais saudáveis (Canella *et al.*, 2018).

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre os anos de 2017 e 2018, apontou que 53,4% das calorias consumidas ao dia da população brasileira proviam de alimentos *in natura* e minimamente processados, 19,7% de alimentos processados e 15,6% de AUP (IBGE, 2020). Devido ao consumo excessivo de AUP, foi implementado o Guia Alimentar para a População Brasileira, com o intuito de apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis individuais e coletivas, levando em consideração a diversidade biossociocultural e alimentar do país e enfatizando a preferência por *alimentos in natura* ou minimamente processados para ser a base da alimentação (BRASIL, 2014).

O aumento no consumo de AUP trazem preocupações para a saúde como um todo, pois além de estarem relacionados ao risco para DCNTs como, diabetes, dislipidemias, obesidade, problemas cardiovasculares e cânceres, há também grande relação à saúde mental, como o desenvolvimento de sintomas depressivos e estresse (Fusco *et al.*, 2020; Louzada *et al.*, 2023). A adoção de hábitos saudáveis, como manter uma alimentação adequada, praticar atividade física, evitar o consumo de álcool e tabaco auxiliam a manter uma melhor qualidade de vida, diminuindo a exposição ao risco para DCNTs e diversos outros problemas relacionados a saúde física e emocional da população (OMS, 2019).

2.4.1 Alimentação e fatores associados durante a pandemia de Covid-19

A pandemia de Covid-19 trouxe mudanças nos hábitos alimentares da população, uma vez que os hábitos sofrem influências externas, e, numa situação pandêmica, tais fatores podem ser intensificados ainda mais. Diante disso, algumas atividades durante o período de isolamento social, como o fechamento de estabelecimentos alimentícios e períodos de estresse ocasionados por esta restrição, podem afetar de maneira direta as escolhas dos alimentos (Malta *et al.*, 2021).

No que se refere à alimentação, a *Food and Agriculture Organization* (FAO) relata que houve alterações na oferta e demanda nas cadeias de suprimento no mundo, pela diminuição de compras de produtos frescos e a falta de determinados alimentos durante o isolamento social (Ruiz-Roso *et al.*, 2020). Devido ao isolamento social, a parte econômica do Brasil também foi afetada, o que ocasionou a diminuição do Produto Interno Bruto (PIB) e aumento de desemprego, já que grande parte dos comércios/empresas tiveram o fechamento ou diminuição de suas atividades pelo *lockdown* (IBGE, 2022). Com isso, durante o confinamento, acabou-se ampliando as desigualdades sociais, diminuindo as saídas de casa e dificultando o acesso à alimentação pelas famílias mais pobres. Dessa forma, os produtos frescos se tornaram mais difíceis, limitando o consumo de frutas e hortaliças, além da falta de alguns alimentos serem possíveis problemas (Ruiz-Roso *et al.*, 2020; Steele *et al.*, 2020).

O armazenamento dos alimentos em casa foi prolongado a fim de diminuir as idas aos mercados, reduzindo a exposição à Covid-19. Porém, é válido ressaltar que, alimentos com vida útil mais prolongada normalmente apresentam maiores teores de sal, açúcares, gorduras e valor energético, contribuindo para o aumento de peso (Cranfield, 2020). Ao analisar a mudança do estilo de vida da população brasileira durante o período de restrição social, o estudo de Malta *et al.* (2020) apontou diminuição no consumo regular de hortaliças, passando de 37,3% para 33%, assim como o aumento do consumo de congelados, de 10% para 14,6%, salgadinhos de 9,5% para 13,2% e chocolates/biscoitos/doces/pedaços de torta, de 41,3% para 47,1%. Também no Brasil, foi identificado aumento na frequência do consumo de refeições instantâneas e *fast food* quando comparado ao período pré-pandemia (Andrade *et al.* 2023).

Por outro lado, a permanência das pessoas em casa, vinculada ao fechamento de bares, restaurantes e demais estabelecimentos alimentícios, favoreceu o aumento de refeições feitas em casa; opção que tende a ser mais saudável (Steele *et al.*, 2020). A aproximação com os membros da família durante o período de isolamento também contribuiu para mudanças positivas nos hábitos de consumo, uma vez que o ambiente familiar compartilha os momentos de refeições (Ruiz-Roso *et al.*, 2020). O estudo da coorte francês NutriNet-Santé constatou que houve aumento de 40% da ingestão de comida caseira pela população durante o isolamento social (Deschasaux-Tanguy *et al.*, 2020). No Brasil, dados sobre o consumo de alimentos saudáveis durante a pandemia apontam que a frequência do consumo de hortaliças passou de 87,3% para 89,1%, de frutas de 78,3% para 81,8% e de feijão e outras leguminosas, de 53,5% para 55,3% (Steele *et al.*, 2020).

Juntamente com o medo constante referente à questão financeira e abastecimento de alimentos, outro ponto a se destacar nas mudanças dos hábitos refere-se à associação entre a saúde mental com o aumento de consumo de alimentos industrializados, principalmente durante o isolamento, onde a angústia emocional sobre toda a situação pandêmica desencadeou sintomas de ansiedade, estresse, humor, depressão (Barros *et al.*, 2021; Brooks *et al.*, 2020). Tal fato evidencia o comportamento alimentar prejudicado durante a pandemia, uma vez que a busca por alimentos mais açucarados e gordurosos se destaca em períodos de estresse emocional (Barros *et al.*, 2021). Nessas situações, os alimentos palatáveis modulam a expressão do sistema de recompensa cerebral, com isso, a elevação do cortisol acaba estimulando a escolha de alimentos não saudáveis com o propósito de confortar e trazer a sensação de bem-estar através dos alimentos (Fusco *et al.*, 2020).

Acompanhado da piora na saúde da mental, a qualidade o sono também foi afetada durante a pandemia. Apesar do tempo de sono ter aumentado em alguns casos, a demora ao despertar, insônia, cansaço e sonolência diurna foram relatadas durante o isolamento (Ruiz-Herrera *et al.*, 2023). O aumento das horas de sono acaba reduzindo a quantidade das refeições diurnas. Dessa forma, as refeições perto do horário de dormir podem ocasionar despertar noturno e piora da qualidade e rotina do sono (Souza *et al.*, 2021).

Em relação à prática de atividade física, houve aumento do comportamento sedentário durante a pandemia, relacionando a um maior tempo de exposição às telas em virtude do *homeoffice* ou por lazer (Malta *et al.*, 2020). Devido ao período de restrição, academias e ambientes para realização das atividades físicas foram limitados, ocasionando a diminuição da prática dos exercícios (Ammar *et al.*, 2020). Em conjunto com essa diminuição e, aliado ao aumento do consumo de AUP, as chances para o desenvolvimento de possíveis doenças se torna ainda mais preocupante num cenário durante e pós-pandemia (Ammar *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2020).

Os hábitos alimentares geram grande impacto na saúde da população, uma vez que o aparecimento de diversas doenças está relacionado ao consumo de alimentos inadequados. Sendo assim, as consequências das alterações destes hábitos durante a pandemia de Covid-19 podem acarretar diversos problemas de saúde a longo prazo (Renzo *et al.*, 2020).

3 JUSTIFICATIVA

Os hábitos alimentares fazem parte da rotina da população, levando em consideração fatores culturais, socioeconômicos, o modo de vida, a família e tudo aquilo que envolve a alimentação. São muitas vezes passados de geração em geração, e sofrem mudanças constantes devido a diversas influências. O período de transição alimentar envolve o processo de mudança no perfil nutricional da população, evidenciando o aumento de sobrepeso e diminuição das prevalências de desnutrição na população.

Com a grande oferta e acesso de AUP através dos avanços das indústrias alimentícias, o consumo de alimentos *in natura* e minimamente ficam prejudicados, uma vez que estes deveriam ser a base da alimentação. O consumo exagerado destes alimentos pobres em nutrientes e com altos índices de calorias, gorduras e açúcares está relacionado ao aumento das DCNTs, agravando o estado de saúde do indivíduo, tornando um problema para a saúde pública.

A pandemia de Covid-19 ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, fez com que as pessoas enfrentassem situações que não estavam habituadas. O isolamento social, juntamente com o *home office*, possibilitou às pessoas maior tempo em suas residências e, somado ao momento pandêmico com influências econômicas, emocionais e hábitos de vida, ocasionou mudanças na alimentação destes indivíduos. Tais mudanças no perfil alimentar na população podem ocasionar danos à saúde a longo prazo, já que a alimentação impacta de maneira direta a qualidade de vida da população.

Através da pandemia, nota-se que a alimentação foi afetada de diferentes formas. Assim como houve aumento do consumo de alimentos mais saudáveis pelo fato de restaurantes estarem fechados, preocupações com o sistema imunológico, houve também aumento no consumo de AUP por aplicativos de entrega, situações emocionais que levam ao consumo destes alimentos, bem como a questão econômica que afeta a qualidade e quantidade da alimentação.

Deste modo, considerando a relevância da alimentação no impacto da saúde da população e as consequências da restrição social prolongada, a compreensão das mudanças ocasionadas durante a pandemia de Covid-19 torna-se fundamental para futuras ações relacionadas ao âmbito da saúde pública.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o consumo alimentar e seus fatores associados em adultos e idosos durante a pandemia de Covid-19 em dois municípios do Sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde mental dos indivíduos estudados;
- Avaliar o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados durante a pandemia de Covid-19;
- Avaliar o consumo de AUP durante a pandemia de Covid-19;
- Verificar a qualidade da dieta dos indivíduos durante a pandemia de Covid-19;
- Verificar a mudança na quantidade e na qualidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19;
- Analisar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde mental que podem estar relacionados ao consumo alimentar durante a pandemia de Covid-19.

5 HIPÓTESES

- A maioria dos indivíduos estudados é do sexo feminino, idoso, casado, de cor de pele branca, com até 8 anos de escolaridade e apresenta excesso de peso;
- Cerca de metade dos entrevistados relata qualidade do sono regular e dois terços não praticam atividade física;
- Metade dos indivíduos relatam estresse e sentimento de tristeza;
- Cerca de 20% apresentam sintomas depressivos;
- Mais da metade dos entrevistados apresenta maior consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados;
- Cerca de dois terços dos indivíduos apresentam maior consumo de AUP;
- A maioria dos entrevistados apresenta boa qualidade da dieta;
- Boa parte dos indivíduos refere aumento na quantidade da alimentação durante a pandemia;
- A maioria dos indivíduos refere piora na qualidade da alimentação durante a pandemia;
- O aumento na quantidade da alimentação durante a pandemia é observado em mulheres, mais jovens, com menor escolaridade, que não praticam atividade física e que têm sentimento de tristeza;
- A piora na qualidade da alimentação durante a pandemia está relacionada ao sexo masculino, indivíduos com menor escolaridade e índice de bens, que referiram pior qualidade do sono e que têm sintomas depressivos.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal de base populacional, realizado com dados derivados do estudo “Mental Covid: impacto da Covid-19 na saúde mental da população”.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois municípios do sul do Brasil. Criciúma, que fica localizado na região sul do estado de Santa Catarina, a cerca de 200 km da capital, Florianópolis. Sua extensão é de 234,865 km² de área territorial e conta com uma população de 214.493 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,788 e apresenta produto interno bruto (PIB) per capita de R\$ 40.518,91 (IBGE, 2022). Rio Grande, que fica localizado no litoral sul do Rio Grande do Sul, a 317 km da capital Porto Alegre. Possui uma população média de 191.900 habitantes, com área territorial de 2.682,867 km², IDH de 0,744 e PIB per capita de R\$ 47.045,23 (IBGE 2022). Ambos os municípios possuem características semelhantes em relação ao tamanho da população, IDH e PIB per capita.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes na área urbana de Criciúma, Santa Catarina e Rio Grande, Rio Grande do Sul.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, moradores da área urbana dos municípios e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

6.3.2 Critérios de Exclusão

Indivíduos incapazes de responder e/ou completar a entrevista, devido a impossibilidades físicas ou cognitivas.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependentes

- Consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados (em tercil);
- Consumo de AUP (em tercil);
- Qualidade da dieta (em tercil);
- Mudança na quantidade da alimentação durante a pandemia (não, permaneceu igual/Sim, comecei a comer mais/Sim, comecei a comer menos/Não sei informar);
- Mudança na qualidade da alimentação durante a pandemia (não, permaneceu igual/sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis, como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros)/sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis e produtos ultraprocessados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, *fast food*, entre outros)/Não sei informar).

6.4.2 Independentes

- Sexo (masculino/feminino);
- Idade (coletada em anos completos e categorizada em 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais);
- Cor da pele (de acordo com as categorias do IBGE: branca/preta/parda/amarela/indígena);
- Escolaridade (coletada em anos completos e categorizada em nenhuma, 0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais);
- Mora sozinho (não/sim);

- Índice de bens (menor: mais pobres, intermediário, maior: mais ricos);
- Trabalho atual (Não/Sim/Estava em férias/licença);
- Qualidade do sono (Muito bom/Bom/Regular/Ruim/Muito ruim);
- Excesso de peso (não/sim);
- Prática suficiente de atividade física (não/sim);
- Sentimento de tristeza (não/sim);
- Sintomas depressivos (não/sim);
- Estresse (não/sim).

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Procedimentos e logística

O estudo “Mental Covid: impacto da Covid-19 na saúde mental da população” foi realizado durante a pandemia de Covid-19 entre outubro de 2020 e janeiro de 2021. O processo de amostragem foi realizado em duas etapas, tendo como base os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010).

A primeira etapa consistiu na definição dos setores censitários – que são as unidades primárias - e após, os domicílios – que são as unidades secundárias, ambos feitos de maneira aleatoriamente. O número total dos domicílios foi amostrado proporcionalmente ao tamanho do setor censitário.

Em Criciúma, foram sorteados 60 setores censitários de 307, totalizando 15.765 domicílios, sendo que 607 deles foram incluídos neste estudo. Em Rio Grande, 90 setores censitários de 327 foram sorteados, resultando em 29.734 domicílios, sendo 900 selecionados aleatoriamente para o estudo.

6.5.2 Instrumento para coleta dos dados

Os questionários foram previamente testados pelos entrevistadores para esclarecimento de dúvidas e monitoramento do tempo de aplicação. Cada entrevistador recebeu ainda, um manual de instruções do entrevistador, onde cada pergunta do inquérito era explicada detalhadamente.

Foi utilizado um questionário com tempo médio de aplicação de 30 minutos e com questões sobre dados sociodemográficos, comportamentais, antropométricos e de saúde. As questões utilizadas nesse projeto estão apresentadas no Apêndice B.

O questionário foi aplicado por entrevistadores previamente treinados e todos utilizaram equipamento de proteção individual devido ao momento pandêmico. A coleta de dados foi realizada por meio de tablets, utilizando o software RedCap® para armazenamento dos dados.

Para avaliar a qualidade da dieta, foi utilizado o indicador proposto por Francisco *et al.* (2019) para adultos e idosos brasileiros. Esse indicador foi desenvolvido com base em um conjunto de alimentos considerados saudáveis ou protetores para doenças crônicas (frutas, verduras, leite e leguminosas) e alimentos considerados não saudáveis ou que aumentam o risco de doenças crônicas (doces, refrigerantes ou suco industrializado, e carne vermelha). Através dele, foi considerada, no presente estudo, a frequência de consumo de cada alimento pelas seguintes perguntas: “Quantos dias por semana você costuma comer frutas?”, “Quantos dias por semana você costuma comer pelo menos um tipo de legume como alface, tomate, repolho, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha (não inclui batata ou mandioca)?”, “Quantos dias por semana você costuma tomar leite (não inclui leite vegetal como soja, amêndoa, castanha, arroz)?”, “Quantos dias por semana você costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?”, “Quantos dias por semana você costuma comer alimentos doces, como: sorvete, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?”, “Quantos dias por semana você costuma beber refrigerante ou suco industrializado?”, “Quantos dias por semana você costuma comer carne vermelha (bovina, suína)?” e “Quantos dias por semana você costuma comer frango?”. As opções de resposta eram: “nunca”, “quase nunca”, “um ou dois dias por semana”, “três ou quatro dias por semana”, “cinco ou seis dias por semana” e “todos os dias (incluindo finais de semana)”.

Dependendo do alimento e da frequência de consumo, as respostas receberam pontuação de zero a quatro pontos. Os indivíduos que consumiam alimentos saudáveis todos os dias da semana receberam zero pontos, enquanto aqueles que nunca ou quase nunca os consumiram receberam quatro pontos. Para alimentos não saudáveis, foi calculado um escore inverso, ou seja, zero ponto foi

atribuído aos indivíduos que nunca ou quase nunca os consumiram. O escore total consiste na soma dos itens alimentares, variando de 0 (melhor qualidade alimentar) a 32 pontos (pior qualidade alimentar) (Francisco *et al.*, 2019). No presente estudo, o escore variou de 0 a 28 pontos (Meller *et al.*, 2023), devido à pergunta referente ao consumo de hortaliças ser apenas uma, diferentemente do proposto por Francisco *et al.*, 2019, que avalia em duas perguntas distintas o consumo de hortaliças cruas e cozidas. Por fim, a pontuação total foi categorizada em tercís da distribuição, sendo o tercil 1 a melhor qualidade da dieta e o tercil 3 a pior qualidade da dieta.

O consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e AUP foi analisado considerando as questões sobre os seguintes alimentos: leguminosas (feijão, lentilha, ervilha), verduras ou legumes (como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha), carnes vermelhas (bovina e suína), frango, frutas frescas, leite (sem incluir os leites vegetais), refrigerantes, sucos artificiais, doces (como sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos, doces). A frequência de consumo foi convertida em uma frequência diária, de acordo com método proposto por Cade *et al.* (2002), a fim de que todos os alimentos apresentassem a mesma unidade. Para realizar a conversão foram considerados os seguintes escores da frequência de consumo diária: zero, quando a frequência de consumo era nunca ou quase nunca, 0,21 (1,5/7) na frequência de 1 a 2 vezes por semana, 0,5 (3,5/7) para 3 a 4 vezes por semana, 0,79 (5,5/7) para 5 a 6 vezes por semana e 1 (7/7) para todos os dias (incluindo sábado e domingo).

Posteriormente, os alimentos foram categorizados no sistema NOVA de classificação, proposto por Monteiro *et al.* (2016), que agrupa os alimentos em: *in natura* ou minimamente processados e AUP. As variáveis indicadoras para o escore dos alimentos *in natura* ou minimamente processados foram o consumo de feijão, vegetais, legumes, carne vermelha, carne branca, frutas, suco natural e leite; já para a classe de AUP foram incluídos os sucos artificiais, refrigerantes, salsichas, biscoitos, salgados fritos e doces. Por fim, o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e o consumo de AUP foram categorizados em tercís, sendo o tercil 1 o menor consumo e o tercil 3 o maior consumo (Meller *et al.*, 2023).

A mudança na quantidade da alimentação durante a pandemia foi avaliada através da pergunta: “Durante o período de distanciamento social, você percebeu

alguma mudança na quantidade de alimentos ingeridos em sua alimentação?”, tendo como opção de resposta “não, permaneceu igual”, “Sim, comecei a comer mais”, “Sim, comecei a comer menos”, “Não sei informar”.

A mudança na qualidade da alimentação durante a pandemia foi realizada através da seguinte pergunta: “Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na qualidade de sua alimentação?”, tendo como opção de resposta “não, permaneceu igual”, “sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis, como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros”, “sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis e produtos ultraprocessados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, *fast food*, entre outros)”, “Não sei informar”.

Para identificar o estado nutricional, foram utilizados o peso e a altura autorreferidos pelos participantes através das perguntas “O(a) senhor(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)?” e “O(a) Sr.(a) sabe sua altura?”. A avaliação de excesso de peso foi definida a partir do índice de massa corporal $\geq 25\text{Kg/m}^2$ para adultos até 59 anos de idade e $\geq 27\text{Kg/m}^2$ para idosos a partir de 60 anos, sendo dicotomizado em não e sim (BRASIL, 2006; WHO, 1995).

Em relação à prática suficiente de atividade física, foi avaliada através da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Craig *et al.*, 2005). A variável foi dicotomizada em não e sim, considerando insuficientemente ativos os indivíduos que praticavam < 150 minutos por semana e ativos fisicamente os que praticavam ≥ 150 minutos por semana (WHO, 2020).

O Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), previamente validado para a população brasileira (Santos *et al.*, 2013), foi usado para avaliar os sintomas depressivos. O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”, respectivamente. Foi considerado a presença de cinco ou mais sintomas, com pelo

menos um sendo humor depressivo e/ou anedonia para definição de sintomas depressivos.

O estresse foi avaliado por meio da escala de estresse percebido (PSS-14), escala validada para a população brasileira por Siqueira *et al.* (2010), que consiste em 14 itens que avaliam a percepção de experiências estressantes no mês anterior. A pontuação total consistiu na somatória de pontos que variavam de 0 a 56. Em seguida, a somatória foi categorizada em quintis e os indivíduos pertencentes ao maior quintil foram classificados com maior nível de estresse percebido.

Para avaliar o sentimento de tristeza foi utilizada a escala de faces de Andrews e Withey (2012). Essa escala é composta por sete faces (1 corresponde a muito feliz e 7 muito triste) representando como o indivíduo se sentiu na maior parte do tempo, considerando o último ano. Os indivíduos que escolheram o rosto 5, 6 ou 7 foram classificados como tendo sentimento de tristeza.

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

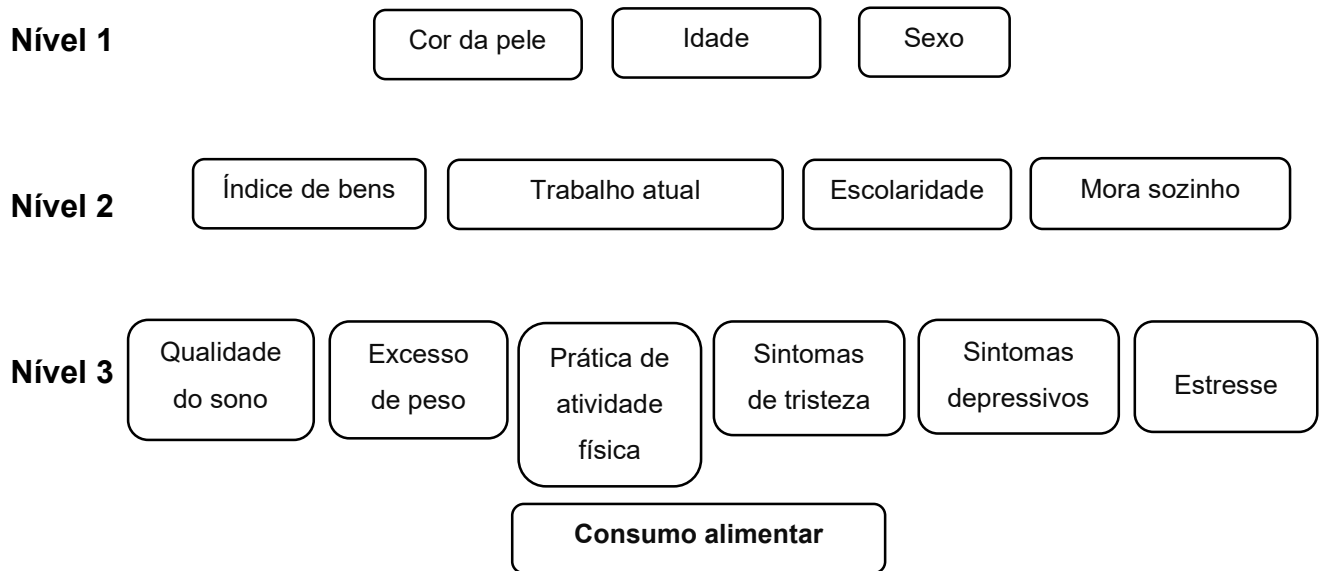
Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis estudadas, através da apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para fins de análise, as variáveis dependentes (consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, consumo de AUP e qualidade da dieta) foram dicotomizadas, ou seja, os tercís 1 e 2 foram agrupados e comparados ao tercís 3.

Análises brutas e ajustadas das associações entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes foram realizadas utilizando Regressão de Poisson, com nível de significância de 5%. Para as análises ajustadas, foi construído modelo hierárquico (Figura 1) e consideradas como possíveis fatores de confusão as variáveis independentes que apresentaram nível de significância de 20% (valor $p < 0,20$).

O programa STATA versão 16.1 foi utilizado para todas as análises estatísticas.

Figura 1 - Modelo hierárquico dos fatores associados ao consumo alimentar.



6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa Mental Covid foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal do Rio Grande (Anexo A) sob protocolo nº 4.162.424, tendo como base a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio do TCLE (Apêndice A).

6.7.1 Riscos e benefícios

A pesquisa pode oferecer riscos mínimos relacionados principalmente a perda da confiabilidade dos dados dos participantes, porém, este é reduzido com a manutenção da privacidade e a não divulgação dos dados pessoais dos entrevistados.

Em relação aos benefícios da pesquisa, destaca-se um estudo de base populacional do município de Criciúma – SC e Rio Grande - RS, com intuito de gerar

evidências sobre as mudanças nos hábitos alimentares decorrentes da pandemia de Covid-19, além de verificar quais fatores possam estar associados a tais mudanças.

Pretende-se com essa pesquisa contribuir para o desenvolvimento de possíveis ações de saúde no enfrentamento dos problemas pós-pandemia, especialmente aos que se relacionam com a má alimentação.

7 RESULTADOS

Foram estudados 2.170 indivíduos (taxa de resposta de 80%). A maior parte da amostra era do sexo feminino (59,7%), tinha 60 anos ou mais (31,2%), cor de pele branca (86,4%) e não morava sozinha (89,4%). Dentre os participantes, 40,6% possuíam ensino fundamental completo e mais da metade (51,5%) relataram não estar trabalhando no momento da pesquisa. Além disso, a maioria dos participantes referiu qualidade do sono muito boa ou boa (69,5%). O excesso de peso foi identificado em 59,1% dos participantes, e 75,3% eram insuficientemente ativos. Em relação ao estado de saúde mental, 16,1% relataram sentimento de tristeza, 13%, sintomas depressivos e 38,2%, estresse (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos indivíduos estudados. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2020-2021. (n=2.170)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	875	40,3
Feminino	1.295	59,7
Faixa etária (anos)		
18-29	394	18,2
30-39	335	15,4
40-49	354	16,3
50-59	409	18,9
≥60	678	31,2
Cor da pele		
Branca	1.815	86,4
Preta	223	10,6
Parda	62	3,0
Mora sozinho(a)		
Não	1.880	89,4
Sim	222	10,6
Escolaridade		
Nenhuma	40	1,9
Fundamental	881	40,6

Médio	692	31,9
Superior	555	25,6
Índice de bens (tercil)		
Menor (mais pobres)	719	34,7
Intermediário	673	32,5
Maior (mais ricos)	680	32,8
Trabalha		
Não	1.077	51,5
Sim	1.016	48,5
Qualidade do sono		
Muito boa	230	10,6
Boa	1.279	58,9
Regular	453	20,9
Ruim	156	7,2
Muito ruim	52	2,4
Excesso de peso		
Não	815	40,9
Sim	1.178	59,1
Prática suficiente de atividade física		
Não	1.624	75,3
Sim	532	24,7
Sentimento de tristeza		
Não	1816	83,9
Sim	349	16,1
Sintomas depressivos		
Não	1.879	87,0
Sim	280	13,0
Estresse		
Não	1.330	61,8
Sim	824	38,2

Percentual máximo de observações desconhecidas para a variável excesso de peso: 8,2% (n=177)

Fonte: Autora, 2024.

Em relação à alimentação, 35,7% apresentaram menor consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e 30,1% apresentaram maior

consumo de AUP. Além disso, a melhor qualidade da dieta foi identificada em 42,1% dos indivíduos e 30,4% apresentaram pior qualidade da dieta (Tabela 2).

Tabela 2. Consumo alimentar dos indivíduos estudados. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2020-2021. (n=2.170)

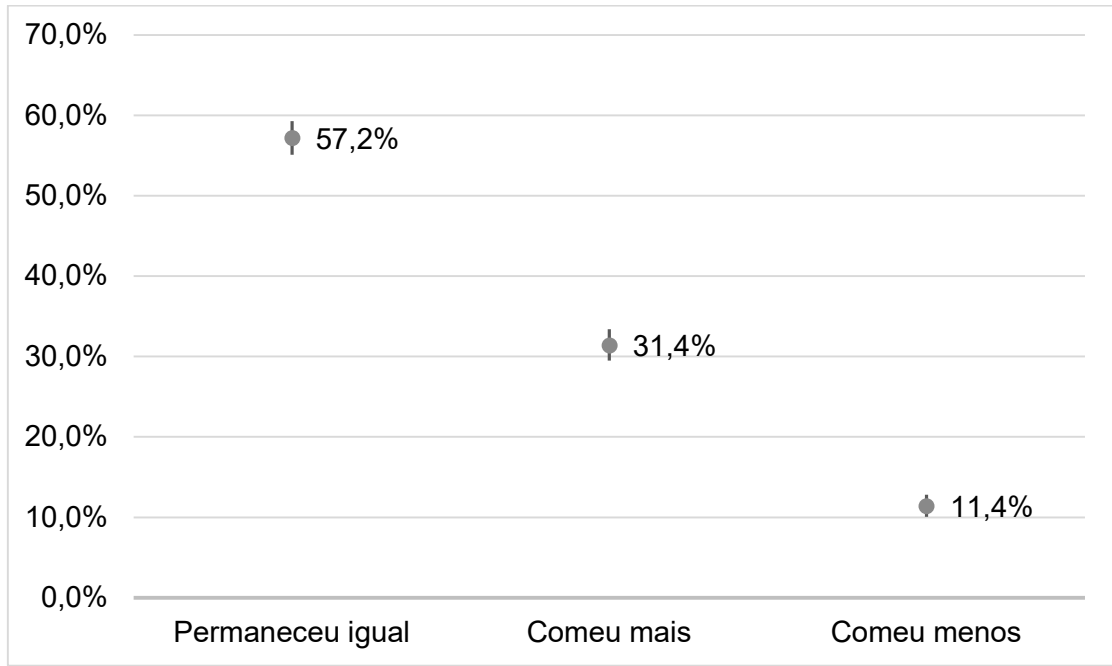
Variáveis	n	%
Consumo de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados* (tercil)		
Tercil 1 (menor consumo)	773	35,7
Tercil 2	747	34,4
Tercil 3 (maior consumo)	649	29,9
Consumo de alimentos ultraprocessados** (tercil)		
Tercil 1 (menor consumo)	880	40,6
Tercil 2	634	29,3
Tercil 3 (maior consumo)	653	30,1
Qualidade da dieta (tercil)		
Tercil 1 (melhor)	912	42,1
Tercil 2	596	27,5
Tercil 3 (pior)	659	30,4

*Alimentos *in natura* ou minimamente processados: feijão, lentilha, ervilha, alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, carne vermelha (rés, porco), frango/galinha, frutas, leite. **Alimentos ultraprocessados: sucos artificiais, refrigerantes, sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces.

Fonte: Autora, 2024.

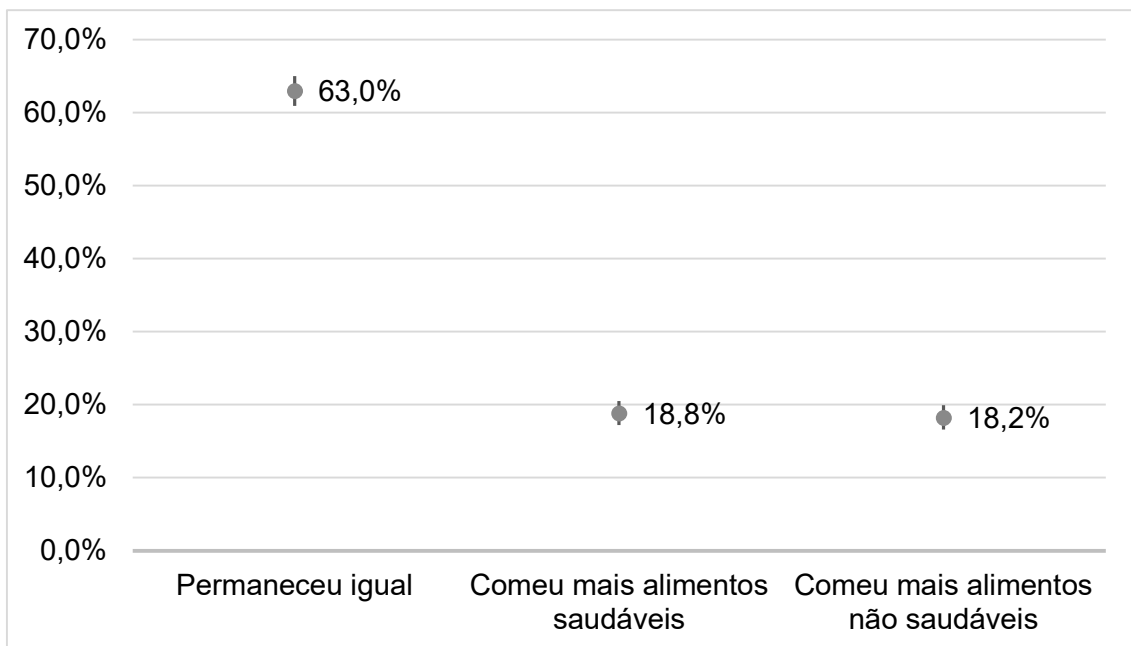
As Figuras 2 e 3 apresentam a mudança na quantidade e qualidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19 em comparação ao período pré-pandêmico. Pode-se observar que um terço dos indivíduos referiram comer mais quantidade (31,4%) enquanto 11,4% relataram comer menos. Em relação à mudança na qualidade da alimentação, 18,2% reportaram consumir mais alimentos não saudáveis e 18,8% mais alimentos saudáveis.

Figura 2. Mudança na quantidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19 em comparação ao período pré-pandêmico. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2020-2021. (n=2.170)



Fonte: Autora, 2024.

Figura 3. Mudança na qualidade da alimentação durante a pandemia de Covid-19. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2020-2021. (n=2.170)



Fonte: Autora, 2024.

Na Tabela 3 são apresentadas as análises bruta e ajustada da associação entre consumo alimentar, qualidade da dieta e as variáveis independentes estudadas. Na análise bruta, observou-se que o maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados foi observado no sexo feminino ($p=0,031$), em indivíduos com 60 anos ou mais ($p<0,001$), que possuíam ensino fundamental completo ($p<0,001$), maior índice de bens ($p=0,046$), que não trabalhavam ($p<0,001$), que não apresentavam excesso de peso ($p=0,011$) e indivíduos que não tinham estresse ($p=0,001$). Todas essas associações permaneceram na análise ajustada. As maiores prevalências de consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados foram evidenciadas no sexo feminino (RP: 1,15; IC95% 1,01;1,31), indivíduos idosos (RP: 1,46; IC95% 1,23;1,74) e com maior índice de bens (RP: 1,39; IC95% 1,13;1,71). Por outro lado, indivíduos mais escolarizados (RP: 0,75; IC95% 0,60;0,93), que trabalhavam (RP: 0,86; IC95% 0,74;0,99), que tinham excesso de peso (RP: 0,81; IC95% 0,70;0,94) e estresse (RP: 0,82; IC95% 0,68;0,99) tiveram menores prevalências de consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

Já em relação aos ultraprocessados, na análise bruta, o maior consumo foi verificado no sexo masculino ($p=0,002$), indivíduos com 18 a 29 anos ($p<0,001$), com cor de pele parda ($p=0,016$), que moravam sozinhos ($p=0,002$), que possuíam ensino médio completo ($p=0,025$), que trabalhavam ($p<0,001$), que não tinham prática suficiente de atividade física ($p=0,006$), e que tinham sintomas depressivos ($p<0,001$) e estresse ($p=0,011$). Após ajuste para possíveis fatores de confusão, o maior consumo de AUP foi evidenciado nos indivíduos com sintomas depressivos (RP: 1,40; IC95% 1,12;1,74). Em contrapartida, o menor consumo foi observado nas mulheres (RP: 0,85; IC95% 0,74;0,98), nos indivíduos com ensino superior completo (RP: 0,77; IC95% 0,63;0,95) e naqueles que tinham prática suficiente de atividade física (RP: 0,77; IC95% 0,63;0,93). Além disso, foi observada uma tendência linear inversa com a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade do indivíduo menor o consumo de ultraprocessados (Tabela 3).

Ao avaliar a qualidade da dieta, evidenciou-se, na análise bruta, que a pior qualidade da dieta foi observada entre sexo masculino ($p<0,001$), indivíduos com 18 a 29 anos de idade ($p<0,001$), que moravam sozinhos ($p=0,021$), que possuíam ensino médio completo ($p<0,001$), que trabalhavam ($p<0,001$), que relataram pior qualidade

do sono ($p=0,001$), que apresentavam excesso de peso ($p=0,009$), que tinham prática insuficiente de atividade física ($p=0,003$), que tinham sentimento de tristeza ($p<0,001$), sintomas depressivos ($p<0,001$) e estresse ($p<0,001$). Na análise ajustada, a pior qualidade da dieta foi observada entre os indivíduos que referiram qualidade do sono ruim ou muito ruim (RP: 1,25; IC95% 1,01; 1,56), que tinham excesso de peso (RP: 1,17; IC95% 1,01;1,35) e aqueles que referiram estresse (RP: 1,31; IC95% 1,12;1,52). Por outro lado, a pior qualidade da dieta foi menos prevalente no sexo feminino (RP: 0,77; IC95% 0,69;0,86) e nos que tinham prática suficiente de atividade física (RP: 0,76; IC95% 0,64; 0,90). Além disso, observou-se tendência linear inversa com a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade do indivíduo menos probabilidade de ter pior qualidade da dieta (Tabela 3).

Tabela 3. Associação bruta e ajustada entre consumo alimentar, qualidade da dieta e as variáveis independentes estudadas. Criciúma-SC e Rio Grande-RS, 2020-2021.

Variáveis	Maior consumo de alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados			Maior consumo de alimentos ultraprocessados			Pior qualidade da dieta		
	Bruta* n (%)	Ajustada** RP (IC95%)	Valor p	Bruta* n (%)	Ajustada** RP (IC95%)	Valor p	Bruta* n (%)	Ajustada** RP (IC95%)	Valor p
Sexo	<i>p</i> =0,031		0,044	<i>p</i> =0,002		0,021	<i>p</i> <0,001		<0,001
Masculino	239 (27,4)	Referência		296 (33,9)	Referência		312 (35,7)	Referência	
Feminino	410 (31,7)	1,15 (1,01;1,31)		357 (27,6)	0,85 (0,74;0,98)		347 (26,9)	0,77 (0,69;0,86)	
Faixa etária	<i>p</i> <0,001		0,002	<i>p</i> <0,001		<0,001 ^a	<i>p</i> <0,001		<0,001 ^a
18-29	106 (26,9)	Referência		177 (44,9)	Referência		167 (42,4)	Referência	
30-39	73 (21,8)	0,81 (0,60;1,07)		124 (37,1)	0,83 (0,68;1,01)		138 (41,3)	0,98 (0,82;1,16)	
40-49	81 (22,8)	0,85 (0,67;1,08)		113 (31,9)	0,69 (0,57;0,85)		133 (35,6)	0,89 (0,74;1,07)	
50-59	120 (29,3)	1,08 (0,89;1,31)		104 (25,4)	0,58 (0,47;0,71)		95 (23,3)	0,56 (0,44;0,70)	
≥60	269 (39,7)	1,46 (1,23;1,74)		135 (19,9)	0,45 (0,36;0,56)		126 (18,6)	0,44 (0,36;0,55)	
Cor da pele	<i>p</i> =0,762			<i>p</i> =0,016		0,272	<i>p</i> =0,130		0,328
Branca	549(30,25)	Referência	0,788	520 (28,7)	Referência		535 (29,5)	Referência	
Preta	65 (29,15)	1,00 (0,80;1,27)		78 (35,0)	1,13 (0,91;1,42)		73 (32,7)	1,02 (0,82;1,28)	
Parda	16 (26,2)	0,90 (0,51;1,61)		26 (41,9)	1,36 (0,94;1,95)		25 (40,3)	1,26 (0,84;1,87)	
Mora com companheiro(a)	<i>p</i> =0,556		0,420	<i>p</i> =0,002		0,203	<i>p</i> =0,021		0,690
Não	552 (29,3)	Referência		590 (31,4)	Referência		590 (31,4)	Referência	
Sim	61 (27,4)	0,90 (0,69;1,17)		47 (21,2)	0,86 (0,68;1,08)		53 (23,9)	0,96 (0,76;1,20)	
Escolaridade	<i>p</i> <0,001		0,006	<i>p</i> =0,025		0,016	<i>p</i> <0,001		0,416
Fundamental	317 (35,9)	Referência		247 (28,1)	Referência		227 (25,8)	Referência	
Médio	169 (24,4)	0,75 (0,62;0,92)		237 (34,3)	0,91 (0,77;1,08)		248 (35,8)	1,05 (0,88;1,25)	
Superior	145 (26,1)	0,75 (0,60;0,93)		162 (29,2)	0,77 (0,63;0,95)		176 (31,8)	0,92 (0,75;1,13)	
Índice de bens (tercil)	<i>p</i> =0,046		0,002	<i>p</i> =0,340		0,236	<i>p</i> =0,700		0,790
Menor (mais pobres)	195 (27,1)	Referência		204 (28,4)	Referência		215 (29,9)	Referência	
Intermediário	180 (26,8)	1,07 (0,89;1,30)		211 (31,4)	1,07 (0,89;1,30)		215 (32,0)	0,98 (0,82;1,17)	
Maior (mais ricos)	219 (32,2)	1,39 (1,13;1,71)		215 (31,7)	1,13 (0,92;1,38)		211 (31,0)	0,97 (0,81;1,17)	

Trabalha	<i>p</i> <0,001		0,049	<i>p</i> <0,001		0,276	<i>p</i> <0,001		0,093
Não	357 (33,1)	Referência		282 (26,2)	Referência		270 (25,1)	Referência	
Sim	257 (25,3)	0,86 (0,74;0,99)		352 (34,7)	1,08 (0,93;1,26)		372 (36,6)	1,15 (0,98;1,35)	
Qualidade do sono	<i>p</i> =0,208		0,374	<i>p</i> =0,137		0,074	<i>p</i> =0,001		0,015
Muito bom/bom	465 (30,8)	Referência		435 (28,9)	Referência		423 (28,1)	Referência	
Regular	132 (29,1)	0,96 (0,80;1,16)		152 (33,6)	1,19 (0,99;1,44)		158 (34,9)	1,17 (1,00;1,37)	
Ruim/muito ruim	52 (25,0)	0,89 (0,69;1,01)		66 (31,9)	1,17 (0,91;1,49)		78 (37,7)	1,25 (1,01;1,56)	
Excesso de peso	<i>p</i> =0,011		0,007	<i>p</i> =0,064		0,163	<i>p</i> =0,009		0,039
Não	258 (31,7)	Referência		223 (27,5)	Referência		223 (27,5)	Referência	
Sim	311 (26,4)	0,81 (0,70;0,94)		369 (31,3)	1,12 (0,96;1,30)		388 (32,9)	1,17 (1,01;1,35)	
Prática suficiente de atividade física	<i>p</i> =0,543		0,115	<i>p</i> =0,006		0,008	<i>p</i> =0,003		0,002
Não	479 (29,5)	Referência		514 (31,7)	Referência		521 (32,1)	Referência	
Sim	164 (30,9)	1,15 (0,97;1,36)		135 (25,4)	0,77 (0,63;0,93)		135 (25,4)	0,76 (0,64;0,90)	
Sentimento de tristeza	<i>p</i> =0,287		0,611	<i>p</i> =0,519		0,935	<i>p</i> <0,001		0,113
Não	551 (30,3)	Referência		542 (29,9)	Referência		524 (28,9)	Referência	
Sim	96 (27,5)	0,94 (0,74;1,19)		110 (31,6)	1,01 (0,82;1,24)		134 (38,5)	1,17 (0,96;1,43)	
Sintomas depressivos	<i>p</i> =0,130		0,531	<i>p</i> <0,001		0,003	<i>p</i> <0,001		0,125
Não	573 (30,5)	Referência		539 (28,7)	Referência		536 (28,6)	Referência	
Sim	73 (26,1)	1,09 (0,83;1,44)		113 (40,5)	1,40 (1,12;1,74)		121 (43,4)	1,16 (0,96;1,41)	
Estresse	<i>p</i> =0,001		0,044	<i>p</i> =0,011		0,458	<i>p</i> <0,001		0,001
Não	433 (32,6)	Referência		372 (28,0)	Referência		342 (25,7)	Referência	
Sim	211 (25,7)	0,82 (0,68;0,99)		273 (33,2)	1,06 (0,91;1,23)		311 (37,8)	1,31 (1,12;1,52)	

RP: razão de prevalência. IC: intervalo de confiança. ^aTeste de Wald para tendência linear. ^{*}Teste Qui-quadrado de Pearson. ^{**}Regressão de Poisson ajustada para as variáveis dessa tabela respeitando modelo hierárquico de determinação (nível 1: sexo, faixa etária e cor da pele; nível 2: mora com companheiro, escolaridade, índice de bens e trabalha; nível 3: qualidade do sono, excesso de peso, atividade física, tristeza, sintomas depressivos e estresse).

Fonte: Autora, 2024.

8 DISCUSSÃO

A presente pesquisa, que teve como objetivo avaliar o consumo alimentar e seus fatores associados em adultos e idosos durante a pandemia de Covid-19 em dois municípios do Sul do Brasil, observou que o período pandêmico influenciou a alimentação dos indivíduos.

Um terço dos indivíduos referiu aumento na quantidade da alimentação, e a maioria começou a consumir mais alimentos saudáveis. Além disso, o maior consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados foi observado nos indivíduos do sexo feminino, idosos e com maior índice de bens. Entretanto, o menor consumo foi visto naqueles mais escolarizados, que trabalhavam e que apresentavam excesso de peso e estresse. Em relação ao consumo de AUP, indivíduos do sexo feminino, com ensino superior, que tinham prática suficiente de atividade física apresentaram menor consumo, enquanto aqueles com sintomas depressivos apresentaram maior consumo de AUP. Além disso, a prevalência de pior qualidade da dieta foi maior entre os que tinham qualidade do sono ruim ou muito ruim, que tinham excesso de peso e estresse, e menor no sexo feminino e naqueles que tinham prática suficiente de atividade física.

Corroborando com nossos achados, outros estudos também mostraram que a pandemia de Covid-19 teve influência na alimentação da população (Renzo *et al.*, 2020; Rodríguez-Pérez *et al.*, 2020; Steele *et al.*, 2020). Steele e colaboradores (2020) observaram maior consumo de alimentos mais saudáveis, em adultos jovens brasileiros, de meia idade e idosos durante a pandemia, além de identificar que nas regiões do país com menor escolaridade houve um padrão menos favorável de mudanças. Similarmente, uma pesquisa na Espanha constatou um padrão alimentar mais saudável no público feminino, com idade entre 51 e 65 anos e com nível educacional mais elevado (Rodríguez-Pérez *et al.*, 2020). Mudanças nos hábitos alimentares, durante a pandemia de Covid-19, também foram observadas na Itália, onde 37,4% da população estudada declarou maior consumo de alimentos saudáveis e 35,8% redução do consumo de alimentação saudável (Renzo *et al.*, 2020).

O aumento do consumo de alimentos saudável, como os *in natura* ou minimamente processados apontados nas pesquisas acima, pode ser devido ao fato de que, diante do isolamento social com a restrição às saídas a bares, restaurantes e

estabelecimento alimentícios, pode ter favorecido o aumento das refeições caseiras refletindo no acréscimo dos alimentos mais saudáveis na rotina da população (Steele *et al.*, 2020). Além disso, as consequências de infecções virais, como a Covid-19, são influenciadas pelo estado nutricional em que o indivíduo se encontra, podendo trazer uma preocupação com o sistema imunológico e induzindo à escolha de alimentos com maior teor de nutrientes (Foolchand; Ghazi; Chuturgoon, 2022).

O público feminino, no presente estudo, apresentou melhores escolhas alimentares entre os indivíduos estudados, aumentando o consumo de alimentos mais saudáveis e menor consumo de AUP. Assim como outras pesquisas já mencionadas, as mulheres possuem um padrão alimentar mais saudável, evidenciando a relação do cuidado com a saúde que as mulheres possuem. Essa busca pelo estado de saúde das mulheres é pautada na demanda fisiológica, como o cuidado com o corpo e a maternidade, já consolidada socialmente (Costa-Júnior; Couto; Maia, 2016). A PNS reflete este comportamento ao constatar que, em 2019, 82,3% das mulheres procuraram assistência médica pelo menos uma vez, enquanto essa prevalência entre os homens foi de 69,4% (BRASIL, 2021).

Além disso, a preocupação das mulheres com a seleção e o preparo dos alimentos mais saudáveis, tarefa essa historicamente mais prevalente no público feminino, é associada a um compromisso contínuo com a saúde e o bem-estar de suas famílias e comunidades (Assumpção *et al.*, 2017). É válido ressaltar que as mulheres apresentam preocupações mais explícitas com seus corpos; com isso, a alimentação passa a ser encarada não apenas como uma necessidade básica, mas como um importante componente para a manutenção da beleza e autoestima feminina (Sauerbronn; Teixeira; Lodi, 2018).

Assim como demonstrado pelo presente estudo, os hábitos alimentares de pessoas mais velhas também tendem ao cuidado maior com a saúde, ressaltando uma alimentação mais saudável nesta faixa etária (Samanta *et al.*, 2022). Pessoas de mais idade tendem a ter uma ampla gama de escolhas alimentares (Machado; Vaz; Mendoza-Sassi, 2019). Além disso, é comum que os idosos limitem a ingestão de certos alimentos como parte de uma abordagem preventiva ou terapêutica em relação a doenças crônicas, resultando em uma alimentação mais saudável (Machado; Vaz; Mendoza-Sassi, 2019; Powell-Wiley *et al.*, 2014).

Ademais, o aumento do consumo de alimentos mais saudáveis também foi observado em indivíduos com maior índice de bens. Corroborando esses resultados, Nascimento-Souza e colaboradores (2022) também ressaltam em seu estudo que indivíduos com maior renda apresentavam maiores prevalências de marcadores de alimentação saudável. Sabe-se que, durante o isolamento social, o impacto na renda afetou o abastecimento, preço e acesso dos alimentos, favorecendo aqueles que possuem uma renda estável a ter um consumo alimentar mais adequado (Alpino *et al.*, 2020).

Através do presente estudo, observou-se que indivíduos mais escolarizados apresentaram menor consumo de alimentos mais saudáveis, porém também apresentaram menor consumo de AUP. Diversos estudos apontam o menor consumo de alimentos saudáveis em indivíduos menos escolarizados (Rodríguez-Pérez *et al.*, 2020; Steele *et al.*, 2020). Crepaldi e colaboradores (2022) também ressaltam em sua pesquisa com a população brasileira o consumo de AUP mais frequente entre as pessoas com escolaridade mais baixa. O padrão alimentar na população menos favorecida de escolaridade e renda, reflete na busca por alimentos mais baratos e, conseqüentemente, mais calóricos e pobres em nutrientes (Crepaldi *et al.*, 2022). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, alimentos não saudáveis estão se tornando mais disponíveis, além do crescente aumento de preço de frutas e verduras (Batista *et al.*, 2021).

Do mesmo modo, dentre os participantes que referiram estar trabalhando durante o período pandêmico também se notou um menor consumo de alimentos saudáveis. A estabilidade de renda durante este período, bem como a sobrecarga de trabalho de alguns setores influenciaram opções de alimentação rápida, como os *fast foods*, devido à conveniência e disponibilidade imediata (Santos *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2023).

É válido ressaltar que, durante o período pandêmico, as desigualdades econômicas se sobressaíram, impactando de maneira direta a alimentação da população. As restrições deste período, o fechamento de empresas e a perda de empregos deixaram muitas famílias sem recursos financeiros para adquirir alimentos básicos. Importante destacar que a insegurança alimentar durante a pandemia não se limitou apenas à falta de acesso físico aos alimentos; questões como a elevação dos

preços dos alimentos, a incerteza econômica e as restrições logísticas contribuíram para agravar a situação e influenciar o padrão alimentar da população (Ribeiro-Silva *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao excesso de peso, no presente trabalho, foi observado diminuição do consumo de alimentos saudáveis e pior qualidade da dieta nos indivíduos que apresentavam excesso de peso. Similarmente, Pellegrini e colaboradores (2020), em sua pesquisa com pacientes portadores de obesidade, destacam que indivíduos com maior escolaridade, que autorreferiram ansiedade/depressão e tiveram má qualidade da dieta aumentaram de peso durante a pandemia. A associação entre o excesso de peso e o consumo de alimentos não saudáveis também é relatada na pesquisa de Liu *et al.* (2018), ao evidenciar que o padrão alimentar ocidental é mais prevalente em indivíduos que apresentam excesso de peso. Outros estudos mostram alterações no perfil nutricional durante o período pandêmico, havendo acréscimo de peso para indivíduos que já apresentavam sobrepeso e obesidade, além de ser um fator de risco para pacientes portadores da Covid-19 (Bolsoni-Lopes A, Furieri LB, Alonso-Vale; 2021; Renzo *et al.*, 2020).

A saúde mental esteve associada às escolhas alimentares da população durante a pandemia de Covid-19, visto que o presente estudo identificou menor consumo de alimentos saudáveis e pior qualidade da dieta em indivíduos estressados, assim como o aumento do consumo de AUP esteve relacionado a sintomas depressivos. Corroborando com esses achados, Coletro *et al.* (2022) apontaram menor consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados em indivíduos com sintomas depressivos e maior consumo de AUP naqueles com sintomas de ansiedade e sintomas depressivos. Carmo e colaboradores (2023) também ressaltam em sua pesquisa sobre os efeitos da pandemia de Covid-19 no comportamento alimentar e na saúde mental a associação entre o consumo de AUP e maiores níveis de ansiedade.

Mudanças nas escolhas alimentares durante o período pandêmico podem estar relacionadas ao estado emocional do indivíduo, como o humor, ansiedade e tédio (Ammar *et al.*, 2020; Bhutani *et al.*, 2021). Sendo este um período de aumento do estresse, ansiedade e depressão devido a preocupações com a saúde, isolamento social e incertezas econômicas, é comum que algumas pessoas recorram a alimentos

não saudáveis devido aos momentos de dificuldades emocionais (Ammar *et al.*, 2020; Fusco *et al.*, 2020). As emoções negativas refletem na busca por alimentos palatáveis, na maioria das vezes os ultraprocessados que são ricos em açúcares e gorduras, pois modulam os sinais de fome e saciedade e ativam o sistema de recompensa cerebral. Sentimentos como estresse e ansiedade elevam o cortisol plasmático e estimulam o consumo de AUP, com o intuito de confortar e regular as emoções negativas (Fusco *et al.*, 2020; Ribeiro; Santos, 2013).

Em relação à atividade física, nota-se que a prática suficiente de atividade física esteve relacionada ao menor consumo de AUP e à melhor qualidade da dieta. Ammar e colaboradores (2020) relatam que a diminuição da atividade física neste período de pandemia esteve associada ao consumo inadequado de alimentos saudáveis. O estudo de Santos e Conde (2021) também aponta a associação entre um padrão alimentar inadequado em pessoas sedentárias ou pouco ativas. Segundo Florindo *et al.* (2016), indivíduos que praticam atividade física tendem a cuidar mais da alimentação visando o cuidado do corpo de maneira adequada para obterem melhor desempenho, recuperação e resultados físicos, refletindo em melhores escolhas alimentares.

Outro resultado encontrado na presente pesquisa foi que a pior qualidade do sono esteve associada à pior qualidade da dieta. Corroborando esse resultado, Muscogiuri *et al.* (2020) constataram que pessoas que tinham uma boa qualidade do sono possuíam maior adesão ao padrão de alimentação saudável quando comparados a indivíduos que dormiam mal. É fato que a pandemia interferiu na qualidade de sono da população, sendo pelo aumento das horas de sono, ou também pela má qualidade do sono através da insônia, sonolência e cansaço excessivo (Ruiz-Herrera *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2021).

Aumentar as horas de sono pode levar a uma diminuição no número de refeições durante o dia. Além disso, comer próximo à hora de dormir pode resultar em despertares noturnos e prejudicar tanto a qualidade do sono quanto a rotina alimentar (Souza *et al.*, 2021). As mudanças nos padrões de sono, especialmente o hábito de dormir tarde, afetam a hora e a qualidade das refeições, e o desejo de comer, portanto, manter uma alimentação regular promove a harmonização do ritmo circadiano contribuindo para uma saúde metabólica adequada (Pot, 2018).

Por fim, é válido ressaltar que o período de isolamento social devido à pandemia de Covid-19 afetou a população de maneira geral, impactando nos hábitos de vida e, conseqüentemente, afetando a saúde física e mental. A restrição social como medida de contingência da doença foi efetiva para diminuição da propagação do vírus. Entretanto, como discutido anteriormente, os resultados desta restrição ocasionaram danos à saúde, podendo acarretar problemas futuros devido às alterações comportamentais apresentadas (Almeida *et al.*, 2021; Chin; Woon; Chan, 2022; Malta *et al.*, 2020).

Importante destacar algumas limitações do estudo. Não é possível determinar a causalidade dos resultados apresentados devido ao delineamento transversal do estudo que favorece o viés de causalidade reversa. Os questionários utilizados para a avaliação da saúde mental (PHQ-9 e PSS-14) não são instrumentos diagnósticos, mas são ferramentas de rastreio essenciais para a avaliação em estudos populacionais devido sua praticidade de aplicação, além de serem amplamente utilizados (Santos *et al.*, 2013; Siqueira; Hino; Añez, 2010). Além disso, o consumo alimentar é uma variável passiva ao viés de recordatório, onde as pessoas podem acabar sub ou superestimando sua ingestão alimentar.

Como fortalezas do estudo, destaca-se que se trata de dois estudos de base populacional representativos de adultos e idosos dos municípios. Ademais, as entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes, de forma presencial, logística que difere da maioria dos estudos conduzidos em meio à pandemia de Covid-19, que geralmente foram realizados de maneira *online*.

9 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados, nota-se que a pandemia de Covid-19 acarretou mudanças no consumo alimentar da população. Houve aumento na quantidade da alimentação, bem como maior consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. Também se observou que algumas características sociodemográficas e de saúde estiveram relacionadas à alimentação.

As mudanças no consumo alimentar enfatizam o processo de transição epidemiologia e nutricional, e evidenciam que eventos específicos, como o caso da pandemia de Covid-19, podem intensificar e alterar tanto a alimentação como os hábitos de vida da população.

Esses achados contribuem para a construção de dados epidemiológicos e evidências científicas relacionadas ao tema do consumo alimentar e os danos causados pelo período pandêmico. Além disso, os resultados destacam a importância de ações de saúde pública e políticas públicas, mediante a uma equipe multiprofissional a frente dos serviços de saúde, visando a promoção da saúde da população no período pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

ABLARD, J. D. Framing the Latin American nutrition transition in a historical perspective, 1850 to the present. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 233-253, 2021. Doi:10.1590/S0104-59702021000100012.

ALMEIDA, I. L. L. *et al.* Isolamento social e seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, 2021. Doi:10.1590/1984-0462/2022/40/2020385

ALPINO, T.M.A. *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00161320

AMANN, V.R; SANTOS, L.P; GIGANTE, D.P. Associação entre excesso de peso e obesidade e mortalidade em capitais brasileiras e províncias argentinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, 2019. Doi: 10.1590/0102-311X00192518

AMMAR, A. *et al.* Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. **Nutrients**, v. 12, n. 1583, 2020. Doi:10.3390/nu12061583

ANDREWS, F. M., & Withey, S. B. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. **Springer**, 2012. Doi:10.1007/978-1-4684-2253-5

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, 2020. Doi:10.1590/1413-81232020256.1.1050202

ASSIS, L. C.; GUEDINE, C. R.C; CARVALHO, P. H. B. Uso da mídia social e sua associação com comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes de Nutrição. **J Bras Psiquiatr.**, v. 69, n. 4, 2020. Doi: 10.1590/0047-2085000000288

ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 347–358, 2017. Doi: 10.1590/1413-81232017222.16962015

AZEVEDO, E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. **Sociologias**, v. 19, n. 44, 2017. Doi.org/10.1590/15174522-019004412

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Revista brasileira de epidemiologia**, v, 23, 2020. Doi: 10.1590/1980-549720200032

BARROS, M. B. A. *et al.* Associação entre comportamentos de saúde e depressão: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 24, p. 1-15, 2021. Doi: 10.1590/1980-549720210010.supl.2

BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-

19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. Doi: 10.1590/S1679-49742020000400018

BATISTA, C.A. *et al.* Caracterização do ambiente alimentar de uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2023. Doi:10.1590/1414-462X202331010492

BHUTANI, S., *et al.* Energy Balance-Related Behavior Risk Pattern and Its Correlates During COVID-19 Related Home Confinement. **Frontiers in nutrition**, v. 8, 2021. Doi: 10.3389/fnut.2021.680105

BOLSONI-LOPES, A.; FURIERI, L. B.; ALONSO-VALE, M. I. C. Obesity and covid-19: a reflection on the relationship between pandemics. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200216

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**: programa saúde da família: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Doenças Crônicas: Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Guia Alimentar para População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Secretária de Vigilância Sanitária, 2023.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 – Ciclos de Vida**. 2021.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006-2021 - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BROOKS, S. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, p. 912 – 920, 2020. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

CADE J., *et al.* Development, validation and utilization of food-frequency questionnaires - a review. **Public Health Nutr**, v. 5, n. 4, 2002. Doi: 10.1079/PHN2001318.

- CARMO, S.G. et al. Impact of Final Phase Social Isolation and the COVID-19 Pandemic on Eating Behavior, Sleep Quality, and Anxiety Level. **Nutrients**, v. 15, n. 9, 2023. Doi: <https://doi.org/10.3390/nu15092148>
- CAMARGO, L.; BÓS, A. JG. Disponibilidade de alimentos segundo o grau de processamento em famílias com idosos jovens e longevos (POF 2017-2018). **Revista de Nutrição**, v. 35, 2022. Doi: 10.1590/1678-9865202235e210251
- CANELLA, D. S. et al. Consumo de hortaliças e sua relação com os alimentos ultraprocessados no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 50, 2018. Doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000111
- CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021. Doi: 10.1590/S0103-73312021310100.
- CERETTA, S.B., FROEMMING, L.M. Geração Z: compreendendo os hábitos de consumo da geração emergente. **RAUnP**, v. 3, n. 2, 2011. Doi: 10.21714/raunp.v3i2.70
- CHIN, Y.S.; WOON, F.C.; CHAN, Y.M. The impact of Movement Control Order during the COVID-19 pandemic on lifestyle behaviours and body weight changes: Findings from the MyNutriLifeCOVID-19 online survey. **PlosOne**, 2022. Doi:10.1371/journal.pone.0262332
- COLETRO, H. N. et al. Ultra-processed and fresh food consumption and symptoms of anxiety and depression during the COVID - 19 pandemic: COVID Inconfidentes. **Clinical nutrition**, p.206-214, 2022. Doi: 10.1016/j.clnesp.2021.12.013
- CONDE, W. L.; SILVA, I. V.; FERRAZ, F. R. Undernutrition and obesity trends in Brazilian adults from 1975 to 2019 and its associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022. Doi: 10.1590/0102-311Xe00149721.
- COORDENAÇÃO DE CONTAS NACIONAIS, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contas nacionais trimestrais. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022.**
- COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 23, p. 97-117, 2016. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a
- CRAIG, C. L., IPAQ RESEARCH COMMITTEE. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. [S.l: s.n.], 2005.
- CRANFIELD, J. A. L. Framing consumer food demand responses in a viral pandemic. **Canadian Journal of Agricultural Economics**, v. 68, p. 135-258, 2020. Doi: 10.1111/cjag.12246

- CREPALDI, B.V.C. *et al.* Educational inequality in consumption of *in natura* or minimally processed foods and ultra-processed foods: The intersection between sex and race/skin color in Brazil. **Frontiers in nutrition**, n. 9, 2022. Doi: 10.3389/fnut.2022.1055532
- DESCHASAUX-TANGUY, M. *et al.* Diet and physical activity during the COVID-19 lockdown period (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. **MedRxiv**, 2020. Doi.org/10.1101/2020.06.04.20121855
- FERREIRA, R.C., BARBOSA, C.B., VASCONCELOS, S.M.L. Estudos de avaliação do consumo alimentar segundo método dos escores: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, 2019. Doi: 10.1590/1413-81232018245.12362017
- FILHO, A. M. S.; FRANCA, G. V. A.; MALTA, D. C. Tripla carga de doenças no Brasil, 1990-2021: mudanças, inflexões e o fator covid-19. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 26, 2022. Doi: 10.35699/2316-9389.2022.39410.
- FLORINDO, A. A. *et al.* Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 4, p. 913–924, 2016. Doi:10.1590/1807-55092016000400913
- FOOLCHAND, A.; GHAZI, T.; CHUTURGOON, A. A. Malnutrition and Dietary Habits Alter the Immune System Which May Consequently Influence SARS-CoV-2 Virulence: A Review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 5, p. 2654, 2022. DOI: 10.3390/ijms23052654
- FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 86, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053001142.
- FUSCO, S. F. B. *et al.* Anxiety, sleep quality, and binge eating in overweight or obese adults. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, 2020. doi.org/10.1590/S1980-220X2019013903656
- HALLAL, P.C. *et al.* SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **Lancet**, v.8, 2020. Doi: 10.1016/ S2214-109X(20)30387-9
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil: Criciúma. 2010.**
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil: Rio Grande. 2010.**
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Metodologia do Censo Demográfico 2010.** 2ª edição. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017-2018): Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. **Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2020.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábua completa de mortalidade, 2020.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábua completa de mortalidade.** Nota técnica n. 01/2022. **2022.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. INDICADORES (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. 2022**

JAKOVLJEVIC, M. *et al.* COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit. **Psychiatr Danub**, v. 32, n. 1, p. 6-14, 2020. Doi: 10.24869/psyd.2020.6.

LANA, R.M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36. N.3, 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00019620

LIMA, C. M. A. O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras**, 2020. Doi: 10.1590/0100-3984.2020.53.2e1

LIU, D. *et al.* Dietary Patterns and Association with Obesity of Children Aged 6–17 Years in Medium and Small Cities in China: Findings from the CNHS 2010–2012. **Nutrientes**, v. 11, n. 1, 201. Doi: 10.3390/nu11010003

LIU, Y. *et al.* Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 6, p. 656-657, 2020.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Ultraprocessed food consumption in Brazil: distribution and temporal evolution 2008-2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, 2023. Doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004744

MACHADO, K. P.; VAZ, J. DOS S.; MENDOZA-SASSI, R. A. Autopercepção positiva da alimentação: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 3, 2019. Doi:10.5123/S1679-49742019000300005

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. Doi:10.1590/S1679-49742020000400026

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Doi:10.1590/1980-549720210009

MALTA, D. C. *et al.* Tendências temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, 2016. Doi:10.1590/1413-81232015214.12292015

- MARRA, R.L. *et al.* Mapeamento das ações de educação em saúde, alimentação e nutrição no período de distanciamento social pela pandemia de Covid-19. **Demetra**, n. 16, 2021. Doi:10.12957/demetra.2021.54340
- MARINHO *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, 2018. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2.
- MARTINS, K. P. S. *et al.* Transição Nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **Asklepion: informação em saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-132, 2022. Doi: 10.21728/asklepion.2021v1n2.p113-132
- MARTINS, T. C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021. Doi:10.1590/1413-812320212610.10852021
- MELLER F. O. *et al.* Consumo alimentar e sua associação com saúde mental: Resultados de estudos brasileiros de base populacional. **Rev Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, 2023. Doi: 10.21527/2176-7114.2023.47.14702
- MONTEIRO C.A., *et al.* NOVA: A estrela brilha: Classificação dos alimentos. **World Nutrition**, v. 7, n. 1-3, 2016.
- MORALES, A. J. R. *et al.* COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 35, 2020. Doi:10.1016/j.tmaid.2020.101613
- MUSCOGIURI, G. *et al.* Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. **European journal of clinical nutrition**, v. 74, n. 6, p. 850–851, 2020. Doi:10.1038/s41430-020-0635-2
- NASCIMENTO-SOUZA, M. A. *et al.* Food consumption of Brumadinho Health Project participants. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. e220008, 2022. Doi: 10.1590/1980-549720220008.supl.2.1
- NEGRI, F. *et al.* Socioeconomic factors and the probability of death by Covid-19 in Brazil. **Journal of Public Health**, v. 43, p. 493–498, 2021. Doi:10.1093/pubmed/fdaa279
- OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Doi:10.5123/S1679-49742020000200023.
- OMRAN A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Q.** v. 49, n. 4, p. 731-57, 2005. Doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Alimentação Saudável – Folha informativa. Brasília, Brasil. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Hábitos saudáveis: aconselhamento a pacientes. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente ao covid-19 – Folha informativa. 2023.

PASSOS, V. M. A. *et al.* Maior mortalidade durante a pandemia de COVID-19 em áreas socialmente vulneráveis em Belo Horizonte: implicações para a priorização da vacinação. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Doi:10.1590/1980-549720210025

PELLEGRINI, M. *et al.* Changes in Weight and Nutritional Habits in Adults with Obesity during the "Lockdown" Period Caused by the COVID-19 Virus Emergency. **Nutrients**, v. 12, n. 7, 2020. Doi:10.3390/nu12072016

POT, G. K. Sleep and dietary habits in the urban environment: the role of chrononutrition. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 77, n. 3, p. 189–198, 2018. doi:10.1017/S0029665117003974

POWELL-WILEY, T.M. *et al.* Perceived and objective diet quality in US adults: a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). **Public Health Nutr**, v. 17, n. 12, 2014. Doi: 10.1017/S1368980014000196

READ, J. M. *et al.* Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. **MedRxiv**, 2020. Doi:10.1101/2020.01.23.20018549

RENZO, L. D. *et al.* Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: na Italian survey. **Journal of Translational Medicine**, v. 18, n. 229, p. 1-15, 2020. Doi:10.1186/s12967-020/02399-5

RIBEIRO, G. SANTOS, O. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. **Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, v. 8, n. 2, p. 82-88, 2013. Doi: 10.1016/j.rpedm.2013.09.001

RIBEIRO-SILVA, R.C. *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3421-3430, 2020. Doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020

RODRÍGUEZ-PÉREZ, C. *et al.* Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1730, 2020. DOI:10.3390/nu12061730

RUIZ-HERRERA, N. *et al.* Sleep Patterns during the COVID-19 Lockdown in Spain. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 20, n. 4841, 2023. Doi:10.3390/ijerph20064841

RUIZ-ROSO, M. B. R. *et al.* Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. **Nutrients**, v. 12, n. 1807, p. 2-18, 2020. Doi:10.3390/nu12061807

- SAMANTA, S. *et al.* Alteration of dietary habits and lifestyle pattern during COVID-19 pandemic associated lockdown: An online survey study. **Clinical Nutrition and Metabolism**, n. 48, 2022. Doi: 10.1016/j.clnesp.2022.02.007
- SANTANA, M.P. *et al.* Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no context da pandemia de Covid-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 17, n. 44, 2022. Doi:10.5712/rbmfc17(44)3033
- SANTOS, I.K.S.; CONDE, W.L. Variação de IMC, padrões alimentares e atividade física entre adultos de 21 a 44 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3853-3863, 2021. Doi: 10.1590/1413-81232021269.2.23562019
- SANTOS, G. N. A. *et al.* Timing of sugar introduction in diet and early childhood caries: a population-based study in preschoolers. **Revista de Odontologia da Unesp**, v. 50, p. 1-9, 2021. Doi:10.1590/1807-2577.00721
- SANTOS, I. S., *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013. Doi: 10.1590/S0102-311X2
- SAUERBRONN, J. F. R.; TEIXEIRA, C. S.; LODI, M. D. F. Saúde, estética e eficiência: relações entre práticas de consumo de alimentos as mulheres e seus corpos. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 2, p. 389–402, 2019. Doi:10.1590/1679-395173205
- SCHRAMM, L. M. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Doi:10.1590/S1413-81232004000400011
- SILVA, E. N.; ALMEIDA, G. D.; SKRIVAN, A. G. A influência da publicidade da indústria alimentícia nos hábitos alimentares infantis: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021. Doi:10.33448/rsd-v10i14.22668
- SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). **Indian J Pediatr**, v. 87, n. 4, p. 281-286, 2020. Doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.
- SIQUEIRA, R.R. *et al.* Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, 2010. Doi:10.1177/1359105309346343COMPETINGINT
- SOUSA, A. P. M. *et al.* Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 3, 2021. Doi: 10.1590/s1679-49742021000300014.
- SOUSA, T. C. M. *et al.* Using RT-PCR testing to assess the effectiveness of outbreak control efforts in são paulo state, the pandemic's epicenter in Brazil, according to socioeconomic vulnerabilities. **MedRxiv**, 2020. Doi:10.1101/2020.10.29.20221960

SOUZA, T. *et al.* Lifestyle and eating habits before and during COVID-19 quarantine in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 25, n. 1, p. 65-75, 2021. Doi: 10.1017/S136898002100255X.

STEELE, E.M. *et al.* Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Doi:10.11606/s1518-8787.2020054002950

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, 2012. Doi:10.5123/S1679-49742012000400003

WANG, Q., *et al.* Deep neural network for prediction of diet quality among doctors and nurses in North China during the COVID-19 pandemic. **Frontiers In Public Health**, 2023. Doi: 10.3389/fpubh.2023.1196090

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Expert Committee on Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 1995

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNESC
 Universidade do Extremo Sul Catarinense - Hospital Universitário
 E-mail: cética@unesc.net - Telefone: (48) 3431 2606

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Responsável: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
E-mail: antonioaschafer@unesc.net

Você está convidado (a) a participar do estudo “*Impacto da COVID- 19 sobre a saúde mental da população*”. Trata-se de pesquisa aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e desenvolvida com o financiamento da FAPERGS.

O objetivo geral é avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população adulta e idosa. A sua participação é voluntária. Cabe a você decidir se aceita ou não participar. Caso desejar, podemos encaminhar por e-mail uma cópia do TCLE. Ao aceitar, você responderá a um questionário com duração aproximada de 20 a 30 min. Ao completar o questionário, considerar-se-á que você leu o termo de consentimento e aceitou voluntariamente participar da pesquisa. **Havendo qualquer dúvida você ou seus familiares poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (48) 34312609.**

As informações prestadas serão utilizadas sem identificação pessoal. A identificação, endereço e telefone só serão utilizados caso haja necessidade do contato dos pesquisadores com você.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

BLOCO A - GERAL

1- Qual o seu nome completo?

2- Sexo (observado pelo entrevistador)

- Masculino
 Feminino

3- Qual a sua idade?

4- Qual a sua data de nascimento?

8- A sua cor ou raça é:

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 Não sabe ou não quis responder

ORIENTAÇÃO PARA O(A) ENTREVISTADOR(A):

- 1º GRAU: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série.
2º GRAU: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano.
3º GRAU: ensino superior, ou seja, faculdade.
4º GRAU: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.

10- Até que GRAU o(a) Sr.(a) estudou?

- 1º GRAU: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série.
 2º GRAU: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano.
 3º GRAU: ensino superior, ou seja, faculdade.
 4º GRAU: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.
 Nenhum.

11.1- Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

1º Grau:
(* Considerar séries concluídas)

- Pré-escola (Jardim de Infância)
 1ª série do Ensino Fundamental
 2ª série do Ensino Fundamental
 3ª série do Ensino Fundamental
 4ª série do Ensino Fundamental
 5ª série do Ensino Fundamental
 6ª série do Ensino Fundamental
 7ª série do Ensino Fundamental
 8ª série do Ensino Fundamental

11.1- Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

2º GRAU:
(Considerar séries CONCLUÍDAS)

- 1º ano do Ensino Médio
 2º ano do Ensino Médio
 3º ano do Ensino Médio

11.1- Até que série você estudou?

- Estou cursando Ensino Superior/Técnico
 Já concluí o Ensino Superior

13- O(a) Sr.(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? (em quilos)

Atenção: Se estiver grávida, pergunte o peso antes de engravidar:

(999 = Não sabe ou não quis informar)

14- O(a) Sr.(a) sabe sua altura? (em centímetros)

(999 = Não sabe ou não quis informar)

BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida.**

5- Como o(a) Sr.(a) considera a qualidade do seu sono?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

BLOCO C - SOCIOECONÔMICO**Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.**

6- Contando com o(a) Sr.(a), quantas pessoas moram neste domicílio?

9- Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)?
(SE NECESSÁRIO, LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Menos de R\$ 500,00
- De R\$ 500,00 a 1.000,00
- De R\$ 1.001,00 a 2.000,00
- De R\$ 2.001,00 a 4.000,00
- De R\$ 4.001,00 a 6.000,00
- De R\$ 6.001,00 a 8.000,00
- De R\$ 8.001,00 a 10.000,00
- De R\$ 10.001,00 a 20.000,00
- Mais de R\$ 20.000,00
- Não tem renda
- Não quis informar

Bloco D - Covid19**BLOCO 08: Trabalho e renda**52) Como o distanciamento social devido a pandemia de Covid-19 afetou a sua ocupação/trabalho?
(* Marque uma única alternativa.)

- NÃO TRABALHAVA ANTES E CONTINUEI SEM TRABALHAR
- CONTINUEI TRABALHANDO NORMALMENTE
- CONTINUEI TRABALHANDO, MAS EM CASA (HOME OFFICE)
- COMECEI A TRABALHAR DURANTE A PANDEMIA
- PERDI O EMPREGO OU PAREI DE TRABALHAR
- OUTRO

BLOCO H - CONSUMO ALIMENTAR**Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares.**

1- Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer:
(* Pode ser marcado mais de um item.)

- Café da manhã
- Lanche no meio da manhã
- Almoço
- Lanche ou café da tarde
- Jantar ou café da noite
- Ceia ou lanche antes de dormir

2- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

3- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame)

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

4- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer frango/galinha?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

6- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

7- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

8- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar leite (não inclui leite vegetal, como soja, amêndoa, castanha, arroz)?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

9- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

11- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na quantidade de alimentos ingeridos em sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais
- Sim, comecei a comer menos
- Não sei informar

12- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na qualidade de sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis (como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros)
- Sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis (produtos industrializados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, fast foods, entre outros)
- Não sei informar

Bloco J - ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que:

ATIVIDADES FÍSICAS FORTES são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal; **ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS** são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido do que o normal.

Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu TEMPO LIVRE (de LAZER).

1- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre?

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

1.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

(99 = NÃO SABE)

MINUTOS:

(99 = NAO SABE)

2- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

2.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades fortes, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

MINUTOS:

3- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

3.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades moderadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

HORAS:

MINUTOS:

_____ (0 = Nenhum - 99 = Não sabe)

Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro.

Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.

4- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

4.1- Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia?

HORAS:

MINUTOS:

5- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar a outro?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

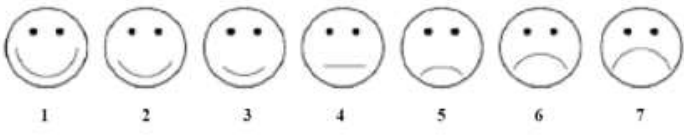
5.1 Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminha por dia?

HORAS:

MINUTOS:

6. Durante o período de distanciamento social, a sua prática de atividades físicas:
(* Ler opções)

- Aumentou
 Diminuiu
 Continuou igual

<i>BLOCO M – SAÚDE MENTAL</i>	
→ MOSTRAR CARTÃO-RESPOSTA COM OS ROSTOS PARA O(A) ENTREVISTADO(A)	
Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (APONTAR PARA O ROSTO 1) até uma pessoa que se sente muito triste (APONTAR PARA O ROSTO 7)	
M1. Qual desses rostos mostra melhor como o(a) senhor(a) se sentiu na maior parte do tempo, no último ano?	M1 __
 <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>	
Agora vamos falar sobre como o(a) senhor(a) tem se sentido no último mês.	
→ MOSTRE O CARTÃO-RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)	
M2. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M2 __
M3. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M3 __
M4. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido nervoso e “estressado”? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M4 __
M5. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M5 __
M6. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M6 __

<p>M7. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M7 __
<p>M8. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M8 __
<p>M9. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M9 __
<p>M10. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M10 __
<p>M11. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M11 __
<p>M12. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M12 __
<p>M13. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M13 __
<p>M14. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M14 __
<p>M15. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M15 __

ANEXO

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população

Pesquisador: Samuel de Carvalho Dumith

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 30955120.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.162.424

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539476.pdf".

INTRODUÇÃO

A infecção causada pelo novo coronavírus, denominado COVID-19, iniciou em uma província da China no final do ano 2019. De lá para cá, o que era um surto (âmbito local), se transformou numa epidemia em alguns países, até virar uma pandemia em nível global. No dia 15 de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em seu sítio eletrônico, relatório apontando 1.914.016 casos confirmados da COVID-19 mundialmente e 70.082 óbitos pela doença (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports/>). No Brasil, foram confirmados, até a presente data, 25.262 casos, dos quais 1.532 foram a óbito, conferindo uma letalidade de 6% (<https://covid.saude.gov.br/>). O Rio Grande do Sul é o nono estado do Brasil com o maior número de casos, havendo 747 casos confirmados e 19 óbitos, atingindo 88 municípios do estado (<http://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>). Apesar de recente, é bem provável que esta seja a terceira pior pandemia da história da humanidade, atrás da peste negra ou bubônica (século XIV) e da gripe espanhola (século XX), que exterminaram milhões de vidas. Não se sabe qual será a extensão temporal da COVID-19, ou seja, até quando este vírus assolará a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

desde que se tenha uma equipe qualificada para atender a população.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539476.pdf	06/07/2020 10:46:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_sem_destaque.pdf	06/07/2020 10:46:10	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID_CONEP.pdf	06/07/2020 10:40:31	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_PB_assinadas.pdf	30/06/2020 17:53:03	Priscila Arruda da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_estudos.pdf	22/06/2020 17:08:52	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Outros	Carta_resposta_CONEP.pdf	21/06/2020 22:40:24	Priscila Arruda da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br