



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-
GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
GESTÃO E TECNOLOGIA APLICADAS À EDUCAÇÃO –
GESTEC



MARIÂNGELA DE SOUZA RAMOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO:
INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PADRÃO ALIMENTAR DE
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE.**

SALVADOR – BAHIA
2023

MARIÂNGELA DE SOUZA RAMOS

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO:
INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PADRÃO ALIMENTAR DE
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE.**

**LINHA DE PESQUISA/ÁREA DE CONCENTRAÇÃO 1: GESTÃO DA EDUCAÇÃO
E REDES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional Gestão e Tecnologias aplicadas à Educação (GESTEC), do Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Área de Concentração I – Gestão da Educação, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luís de Queiroz Carvalho

**SALVADOR – BAHIA
2023**

FOLHA DE APROVAÇÃO

"EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PADRÃO ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE."

MARIÂNGELA DE SOUZA RAMOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC, em 16 de dezembro de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Professor(a) Dr.(a) FERNANDO LUIS DE QUEIROZ CARVALHO
UNEB

Doutorado em Patologia

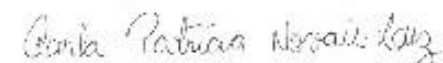
Humana Universidade

Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) PATRICIA LESSA SANTOS COSTA
UNEB

Doutorado em Programa de Pós Graduação Em Ciências Sociais
Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) CARLA PATRÍCIA NOVAIS LUZ
Uesb - UESB

Doutorado em Patologia Humana

Universidade Federal da Bahia

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

d999e

de Souza Ramos, Mariângela

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO:
INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PADRÃO ALIMENTAR DE
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE. / Mariângela de
Souza Ramos. - Salvador, 2023.

99 fls : il.

Orientador(a): Fernando Luis de Queiroz Carvalho.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da
Bahia. Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação em
Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação - GESTEC, Campus I.
2023.

1.Educação em Saúde. 2.COVID-19. 3.Profissionais de Saúde.
4.Hábitos Alimentares.

CDD: 378

Dedico este trabalho aos profissionais da saúde e ao Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e oportunidade de vivenciar amores.

Ao professor Dr. Fernando Luís de Queiroz Carvalho pela acolhida, orientações e alma leve.

À professora Dr^a Hilda Silva Ferreira pelo carinho, pelas primeiras experiências com a pesquisa científica e pelo auxílio na retomada dessa caminhada.

À professora Me Joselita Moura Sacramento, em memória, pelo carinho e pelo legado junto ao Departamento de Ciências da Vida.

Aos colegas do grupo de pesquisa Educação, Saúde e Tecnologia aplicadas à Educação (EDUSAUT) pelo apoio e partilha.

À minha mãe Noêmia de Souza Ramos pelo amor, direcionamento e atenção à educação desde a infância.

Ao meu pai, João Bispo Ramos, em memória, pelo amor e importância para a base da minha formação.

À minha irmã, Marcia de Souza Ramos, por ser exemplo e refúgio.

À minha unidade (minha filha), Mariana Ramos de Oliveira, que transformou o meu mundo em algo espetacularmente melhor.

Ao meu amor e companheiro, Alisson da Silva de Oliveira, por ser meu lugar de paz.

À toda a minha família que representa a base e o suporte de vida.

À eterna líder e amiga Mônica da Silva Fraga pelo carinho e incentivo.

A todos os amigos (não seria possível citar todos os nomes) que são leveza, alegria e alento.

“Não existe imparcialidade, todos são orientados por uma base ideológica. A questão é: sua base ideológica é inclusiva ou excludente?”

(Paulo Freire)

RESUMO

O presente estudo investigou a relação entre a educação em saúde e as mudanças do padrão alimentar de profissionais que atuam na área de saúde, num contexto pandêmico. A investigação teve a pretensão de associar o grau de adesão de profissionais da saúde brasileiros, submetidos às mudanças impostas pelo contexto pandêmico, à padrões alimentares baseados em uma alimentação saudável, com a participação prévia (informada) em atividades educativas sobre o manejo dos hábitos alimentares. Trata-se de uma pesquisa, de base populacional, do tipo aplicada, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, emprego do método estatístico e utilização do dispositivo questionário. Para a execução da pesquisa foi estabelecido um desenho de estudo, capaz de responder aos objetivos da investigação. Esse trabalho previu a participação de profissionais de diferentes níveis de atenção à saúde, como auxiliares de limpeza, vigilância e copa, maqueiros, técnicos de enfermagem, nutrição, laboratório e radiologia, assistente social, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos ou terapeutas ocupacionais, além do pessoal do setor administrativo. O instrumento de coleta permitiu o levantamento de dados sociodemográficos e antropométricos da amostra, a elucidação sobre a participação destes profissionais em atividades educativas sobre o tema proposto e a avaliação de adesão a modelos alimentares adequados. A análise e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia precederam a aplicação do questionário, para que fossem garantidos, aos sujeitos da pesquisa, adequações aos princípios éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Como resultado identificou-se que o grau de compreensão de instrumentos destinados a orientações nutricionais, bem como a participação em atividades educativas se associam com perfis alimentares adequados e que fatores socioeconômicos, como a renda, e relativos à formação profissional, interferem nesta associação. Face ao potencial da educação em saúde na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e frente às especificidades de uma classe amplamente suscetível a infecções, entre elas, as virais, considera-se útil o fomento a ações de promoção da saúde durante e após o momento considerado mais crítico da pandemia da COVID-19 para esse público.

PALAVRAS-CHAVE

COVID-19; Profissionais de saúde; Educação em saúde; Hábitos alimentares.

ABSTRACT

The present study investigated the relationship between health education and changes in the dietary pattern of health professional, in a pandemic context. The investigation aimed to correlate the degree of adherence of health brazilian health professionals subjected to the changes imposed by the pandemic context, to dietary patterns based on healthy eating, with prior (informed) participation in educational activities on the management of eating habits. This is a population-based, applied-type survey, of an exploratory nature, with a quantitative approach, employing the statistical method and using the questionnaire device. For the execution of the research, a study design was established, capable of responding to the objectives of the investigation. This work envisaged the participation of professionals from diferent levels of health care, such as cleaning, surveillance and pantry assistants, stretcher workers, nursing, nutrition, laboratory and radiology technicians, social workers, nurses, pharmacists, physiotherapists, speech therapists, doctors, nutritionists, dentists, psychologists or occupational therapists, in addition to administrative staff. The collection instrument allowed the collection of socio-demographic and anthropometric data from the sample, the elucidation of the participation of these professionals in educational activities on the proposed theme and the evaluation of adherence to adequate dietary models. The analysis and opinion of the Research Ethics Committee of the Bahia State University – UNEB will preceded the application of the questionnaire, so that the research subjects were guaranteed adequacy to the ethical principles that involve research with human beings. As a result, it was identified that the degree of understanding of instruments intended for nutritional guidance, as well as participation in educational activities, are associated with adequate dietary profiles and that socioeconomic factors, such as income, and related to professional qualification, interfere in this association. In view of the potential of health education in improving the quality of life for individuals and in view of the specificities of a class that is widely susceptible to infections, including viral infections, it is considered useful to encourage health promotion actions during and after the moment considered more critical of the COVID-19 pandemic for this audience.

Keywords: COVID-19; Health professionals; Health education; Eating habits.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO

GRÁFICO 1 - Alimentos cujo consumo aumentou (A) ou diminuiu (B) durante a pandemia	
Lado A.....	62
Lado B.....	62

QUADROS

QUADRO 1 - Nutrientes e outros compostos bioativos com possíveis contribuições para a imunidade.....	31
QUADRO 2 - Questões associadas à análise dos <i>dez passos para uma alimentação adequada e saudável</i> do GAPB.....	52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do número de médicos, nutricionistas, odontólogos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por Estado Brasileiro.....	28
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Enzima conversora de angiotensina
ABRAN	Associação Brasileira de Nutrologia
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Dieta do Mediterrâneo
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EPI	Equipamento de proteção individual
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDR	Ingestão Dietética Recomendada
IFN	Interferon
IMC	Índice de massa corporal
INF	Informações não farmacológicas
IPQV	Índice de Perda de Qualidade de Vida
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IL	Interleucina
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
MEDAS	Rastreador de Aderência à Dieta Mediterrânea
MS	Ministério da Saúde
NK	<i>Natural Killer</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PAK1	Serina/treonina proteína quinase
RNA	Ácido ribonucleico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNF	Fator de Necrose Tumoral
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	18
3. HIPÓTESES	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 A pandemia da COVID-19, suas características e manifestações no cenário brasileiro.....	20
4.2 Impactos das escolhas alimentares, num contexto pandêmico, na performance imunológica e condição de saúde de profissionais de saúde	30
4.3 Análise multidimensional da alimentação e o contexto pandêmico.....	42
4.4 Importância da educação em saúde na orientação nutricional de profissionais de saúde frente a ausência de ações farmacológicas de prevenção da COVID-19 e face a evolução da imunização no país.	46
5. METODOLOGIA	51
6. FINANCIAMENTO.....	58
7. RESULTADOS.....	59
8. PRODUTOS GERADOS.....	65
9. DISCUSSÃO GERAL.....	66
10. CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNCIDES.....	85
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA	85
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	86

APÊNDICE C – TCLE	92
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....	94
APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	95
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	96

1. INTRODUÇÃO

A imposição do distanciamento social e da quarentena durante a pandemia da COVID-19 ressoou no estilo de vida da população mundial. Alterações nos hábitos alimentares, entre outros hábitos de vida, são algumas repercussões possíveis na condição de saúde da população.

Cuidados em saúde estão relacionados com maior ou menor suscetibilidade a infecções, pela possibilidade de alterarem a performance imunológica, controlarem doenças crônicas e impactarem no estado inflamatório do organismo.

Alguns indivíduos conforme seus estágios de vida e a influência de determinantes sociais podem apresentar maior vulnerabilidade à degradação da sua saúde física e mental. O trabalho dos profissionais na área da saúde, numa pandemia, além de envolver maior risco para infecção, pode abranger, ainda, maiores níveis de estresse e submissão a circunstâncias laborais degradantes incluindo mudanças na carga de trabalho e renda (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Numa condição pandêmica, diante das lacunas do conhecimento e indefinições quanto ao percurso da enfermidade, ações de educação em saúde são estratégias eficazes para mitigar os impactos da doença e salvaguardar vidas humanas expostas à infecção viral, em função do bem comum.

Na análise de Balanzá-Martínez *et al.* (2021) até a publicação do seu estudo, as modificações no estilo de vida durante a pandemia permaneciam pouco investigadas. O trabalho em tela pretende agregar conhecimentos nessa área e tem o diferencial de analisar o padrão alimentar de um grupo altamente vulnerável à infecção pelo RNA vírus SARS-COV-2 à luz do conhecimento prévio obtido a partir de atividades educativas.

O presente estudo pretende investigar as associações entre educação em saúde e mudanças no perfil alimentar, de profissionais que atuam na área de saúde, provocadas pela pandemia da COVID-19. Compreende-se que para a estruturação de programas voltados para a promoção da saúde são necessárias investigações prévias sobre a condição de saúde e o nível de conhecimento da população.

Trata-se de uma pesquisa, de base populacional, do tipo aplicada, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, emprego do método estatístico apoiado na aplicação do dispositivo questionário para execução de um inquérito nacional virtual. Para a execução da mesma foram analisados nas bases de dados, Pubmed, Scopus Elsevier, Scielo e BVS, referenciais teóricos acerca do tema, e foi estabelecido um desenho de estudo, capaz de responder aos objetivos da investigação.

Como produtos deste trabalho estão apresentados aqui um artigo científico produzido com base nos dados dessa investigação científica, além de um *e-book*, desenvolvido com foco em ações educativas em saúde e seu papel na orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde.

2. OBJETIVOS

GERAL:

Investigar as associações entre educação em saúde e mudanças no padrão alimentar de profissionais que atuam na área de saúde durante a pandemia da COVID-19.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os perfis demográfico e alimentar de profissionais da área de saúde com atuação durante a pandemia da COVID-19;
- Compreender o impacto de ações de educação em saúde, voltadas à orientação nutricional, nas escolhas alimentares de profissionais da saúde, durante a pandemia da COVID-19;
- Relacionar a necessidade de ações de educação em saúde voltadas à orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde durante e após a pandemia da COVID-19;
- Desenvolver um *e-book* com foco em ações educativas em saúde e seu papel na orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde.

3. HIPÓTESES

O distanciamento social e as consequentes adaptações no ambiente profissional e de âmbito pessoal, somadas às orientações veiculadas durante a pandemia da COVID-19, influenciam o padrão alimentar dos profissionais que atuam na área de saúde.

O impacto da pandemia da COVID-19 no consumo alimentar será significativamente menor, em profissionais da saúde que possuem conhecimentos prévios sobre modelos alimentares preocupados com a melhoria da qualidade de vida (QV) e condição pessoal de saúde.

Ações de educação em saúde são fundamentais para auxiliar na orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde, em situações pandêmicas e pós-pandêmicas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A pandemia da COVID-19, suas características e manifestações no cenário brasileiro.

Para Morens, Folkers e Fauci (2009) o registro inicial do termo pandemia data de 1666 e dizia respeito a uma doença vernácula. O termo compreende uma condição capitaneada por um país. Segundo Rezende (1998) o termo foi cunhado por Platão no livro “Leis” e referia-se a acontecimentos com possibilidade de atingir toda a população. A palavra pandemia constituiu-se etimologicamente por um “prefixo neutro” (pan) e um sufixo (demos) que significa povo e foi agregado em definitivo ao dicionário médico no Século XVIII. O registro do termo se deu em 1771 no *Dictionnaire universel français* e em 1873 no dicionário português escrito por Domingos Vieira.

A primeira pandemia do século XXI teve sua origem com um surto de pneumonia viral na cidade de Wuhan, Província de Hubei, na China, notificado em 12 dezembro de 2019, quando um novo coronavírus, posteriormente identificado, o “SARS-CoV-2 / humano / Wuhan / X1 / 2019” – SARS-COV-2, passou a provocar síndromes respiratórias agudas em seres humanos, a doença por coronavírus 2019 (COVID-19), a qual disseminou-se mundialmente (AYSELI *et al.*, 2020; DI RENZO *et al.*, 2020; SILVA, OLIVEIRA, MARTELLI, 2020; VILLELA *et al.*, 2021). Segundo Majumder e Minko (2021), o vírus inicialmente denominado, em 12 de janeiro de 2020, de “2019-nCov” pela Organização Mundial de Saúde (OMS), recebeu posteriormente a designação de SARS-COV-2 (síndrome respiratória aguda grave coronavírus-2) pelo Comitê Internacional de Taxonomia de vírus.

O novo *Betacoronavírus* possui maior transmissibilidade do que o SARS-COV e o MERS-COV. Os patógenos zoonóticos, pertencem à família *Coronaviridae* e são amplamente patogênicos (HARRISON; LIN; WANG, 2020). Os COV’s foram identificados pela primeira vez na década de 1970 (AYSELI *et al.*, 2020) e podem ser transmitidos entre animais-humanos ou humanos-humanos (BHAGAVATHULA *et al.*, 2020). Especula-se que a transmissão inicial animal-humano tenha partido de animais selvagens como os morcegos-ferradura, pangolins e civetas (AYSELI *et al.*, 2020). No entanto, o *Center for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos da América considera baixa a probabilidade de infecção animal-humano para o SARS-COV-2 (RODRIGUEZ-LEYVA; PIERCE, 2021). A transmissão em humanos se dá

através de gotículas, via fecal-oral e contato com superfícies contaminadas. O período de incubação varia de 2 a 14 dias (BHAGAVATHULA *et al.*, 2020) e a meia-vida do vírus, em temperatura ambiente é de cerca de 16h para propileno, 13h para aço, 9h para papel e 2 h para alumínio. Assim como para o SARS-COV e o MERS-COV, segundo o Centro Europeu para a Prevenção e Controle de Doenças (ECDC), não há dados que confirmem a transmissão do SARS COV-2 através do consumo alimentar. Apesar da possibilidade de contaminação alimentar por gotículas (AYSELI *et al.*, 2020), é improvável que a infecção ocorra através da ingestão alimentar (RODRIGUEZ-LEYVA; PIERCE, 2021).

Alguns países beneficiaram-se de experiências prévias sobre políticas públicas e estratégias para o enfrentamento da condição social e de saúde do seu povo. Assim, faz-se necessário compreender outros marcos temporais dessa pandemia até a chegada do vírus e os primeiros diagnósticos da doença no Brasil.

Em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou Estado de Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) e em 3 de fevereiro de 2020 o Brasil reconheceu ser uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional (ESPIN). Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a existência da pandemia. Frente a elevada infectividade do novo vírus, a severidade da doença e a ausência humana de memória imunológica, foram adotadas, por organismos nacionais e internacionais, medidas não farmacológicas na tentativa de reduzir a disseminação da doença e conseqüentemente minimizar os impactos populacionais. As *Informações não farmacológicas* (INF) vislumbram a redução da procura por serviços de saúde e das taxas de morbimortalidade e dizem respeito a medidas individuais, coletivas e ambientais. Na prática, os governos aprovaram leis, a exemplo da Lei nº 13.979 sancionada em 6 de fevereiro de 2020 pelo governo brasileiro, definindo as estratégias para o enfrentamento da doença e elencando as medidas que deveriam ser adotadas pela e para a comunidade. Tais regras alteraram as atividades de vida diária, incluindo atividades laborais, cercearam a liberdade da população, pela real necessidade do isolamento social, tornaram grupos mais vulneráveis à violência doméstica, provocaram prejuízos econômicos e conseqüentemente passíveis de repercussões negativas na saúde, seja física ou mental (GARCIA; DUARTE, 2020).

A título de esclarecimento para o debate a ser feito, interessa diferenciar isolamento de quarentena. Para a lei citada, isolamento diz respeito a separação de pessoas, das demais, ou de material sabidamente infectado. A quarentena, por sua vez, refere-se à restrição de atividade ou

separação de pessoas ou coisas suspeitas de estarem infectadas de modo a evitar a transmissão do novo coronavírus (BRASIL, 2020).

A doença, com características similares à gripe comum, apresenta sintomas leves na maior parte dos infectados (81%), porém possui potencial de evolução para condições críticas em até 5% destes indivíduos e taxa de letalidade de 3,4%. Idosos e indivíduos com doenças pré-existentes constituem o principal grupo de risco (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Uma análise epidemiológica realizada no Brasil, pela Universidade Federal de Juiz de Fora, com dados colhidos até 7 de julho de 2020 demonstrou que houve maior número de óbitos entre idosos (74%). Esse estudo, ao investigar a relação entre idade e comorbidades, observou que para todas as comorbidades identificadas o número de óbitos era significativamente maior em indivíduos idosos, com exceção da obesidade. Os autores concluíram que pacientes diagnosticados com a COVID-19 e obesidade morrem mais jovens do que indivíduos não obesos (GONÇALVES *et al.*, 2021). Adicione-se que a vulnerabilidade da população em geral tem sido demonstrada, a exemplo da experiência nos Estados Unidos da América (EUA) onde 38% dos internados possuíam entre 20 e 54 anos (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado, no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Segundo VILLELA *et al.* (2021) o governo brasileiro implementou medidas de distanciamento e confinamento para a população após o reconhecimento da pandemia pela OMS. No entanto, devido à falta de coordenação do governo federal, tais medidas foram implementadas por governadores e prefeitos, apoiados, em algumas ocasiões, pelo poder Judiciário, uma vez que a autonomia administrativa de Estados e Municípios está prevista na Constituição Federal (AQUINO *et al.*, 2020). A primeira morte no país, pela COVID-19, ocorreu em 17 de março, sendo um homem de 62 anos, diabético e cardiopata (SILVA; OLIVEIRA; MARTELLI, 2020). Já em 20 de março do mesmo ano foi decretada a existência de “transmissão comunitária” no país (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Em julho de 2020, como consequências da pandemia, populações sofriam com superlotações dos sistemas de saúde e com os impactos econômicos, incluindo a perda de emprego e renda, gerados pela estagnação de diversos serviços (NOGUEIRA; ROCHA; AKERMAN, 2021). Em função da redução do número de profissionais disponíveis, com a saída dos que faziam parte dos grupos de risco, algumas cidades precisaram reestruturar seus serviços de saúde (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Segundo a OMS foram confirmados no mundo 630.832.131 casos de COVID-19 e 6.584.104 mortes até 11 de novembro de 2022. No Brasil, segundo a mesma fonte,

considerando o mesmo período, foram contabilizados 34.877.559 casos confirmados da doença e 688.567 óbitos a ela relacionados (OMS, 2022).

A população enfrenta uma crise mundial, ainda em curso, com número de óbitos, nunca presenciado, na era moderna (AYSELI *et al.*, 2020).

Para Nogueira, Rocha e Akerman (2021), a pandemia chega a países da América Latina, a exemplo do Brasil, numa condição de “imunidade social baixa”. O trecho abaixo descreve a situação política à essa época.

“Os movimentos sociais foram criminalizados e enfraquecidos e o neoliberalismo tornou-se mais agudo, resultando no que Achille Mbembe chama de necropolítica, uma lógica que sempre esteve no cerne do neoliberalismo e que opera com a ideia de que uns valem mais que outros” (NOGUEIRA; ROCHA; AKERMAN, 2021, p.118)

Vários autores (CECCON, SCHNEIDER, 2020; NOGUEIRA, ROCHA, AKERMAN, 2021; SILVA, OLIVEIRA, MARTELLI, 2020; VILLELA *et al.*, 2021) ressaltam as consequências desastrosas dos discursos e decisões políticas, no Brasil, durante a pandemia da COVID-19. Ceccon e Schneider (2020) questionam e contrapõem a visão neoliberal, principalmente a postura adotada pelo governo federal em 27 de março de 2020, quando do fomento da campanha “O Brasil não pode parar”, à qual representava uma posição antagônica às medidas e orientações de saúde pública adotadas pela maior parte dos países. Além disso, na contramão das orientações de isolamento, o governo Federal propôs a retomada das atividades normais, incluindo reabertura de serviços mesmo diante do panorama enfrentado.

Outra limitação da atuação do governo federal foi a redução do número de testagens, pelo Ministério da Saúde (MS). Essa decisão, que não contribui com a condução das decisões em saúde baseadas em informações epidemiológicas, dificulta o diagnóstico precoce, bem como o isolamento dos infectados. Para Silva, Oliveira e Martelli (2020) o reduzido número de testagens subestimou a magnitude da pandemia no país.

COTRIN *et al.* (2020) incluem a baixa taxa de testagem, e a consequente imprecisão sobre o número total de casos confirmados, como um dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde brasileiros, que à época da publicação conviviam com o elevado risco de contágio, preocupações financeiras e escassez de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual).

Os autores concluíram, no estudo citado, que a maioria dos profissionais de saúde participantes da pesquisa (entre médicos, enfermeiros e odontólogos) não recebeu treinamento adequado com relação ao manejo de pacientes com COVID-19, provavelmente por muitos não terem aderido à formação do programa “Brasil Conta Comigo” do MS. O trabalho que relatou também alterações nos hábitos de sono e condição emocional dos pesquisados não abordou o perfil alimentar e a percepção sobre a condição de saúde ou estado nutricional dos pesquisados.

Sobre o empoderamento da sociedade, cabe a análise impetrada em 1984, na Conferência “Além do cuidado da saúde” no Canadá. Na ocasião foram apresentados à sociedade dois conceitos importantes, o de “Política Pública Saudável” e o de “Cidade Saudável” e com eles percebeu-se que é fundamental a comunidade investir-se de autoridade, para que possa atuar conjuntamente com outros atores sociais nas estratégias de promoção da saúde, que incluem o enfrentamento das injustiças e desigualdades sociais. Do que se compreende o papel das políticas públicas, que entre outros fatores, tem o potencial de produzir saúde ou degradá-la (BRASIL, 2002).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, na cidade de Ottawa (Capital do Canadá) produziu um importante documento, a Carta de Ottawa, o qual defende:

“A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. **Fatores políticos**, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (BRASIL, 2002, p.1 - grifo nosso).

Em 15 de maio de 2020 o país ficou sem Ministro da Saúde. Não havia uma “liderança clara” no país, e havia desencontro de decisões entre governadores e o Presidente da República, quanto a quarentena e uso de fármacos. O cenário de resistência do Presidente da República às recomendações da OMS causava confusão na atuação dos profissionais de saúde (COTRIN *et al.*, 2020). Com a destituição do ministro, os brasileiros viram as medidas restritivas flexibilizadas (VILLELA *et al.*, 2021). Certamente, orientações nesse sentido ampliam a demanda pelos serviços de saúde e exacerbam ainda mais as consequências nefastas da doença.

Em adição ao já complexo contexto explicitado, o mundo experimentou ainda como já exemplificado para o Brasil, a desinformação e o estímulo à adoção de medidas, sem a suficiente evidência científica, para a prevenção da COVID-19. Foi incentivado, por

autoridades ligadas ao governo federal, o uso de medicamentos associados a tratamentos empíricos para a doença. Bhagavathula *et al.* (2020) informam que a desinformação generalizada é uma das causas de xenofobia em todo mundo. Nesse estudo, 33% dos profissionais de saúde utilizavam sites oficiais como ferramenta primária para busca de informações, do que os autores concluíram que as postagens das autoridades do governo tinham implicações positivas na melhoria do conhecimento dos profissionais de saúde. Infelizmente, os profissionais e a população brasileira tiveram que lidar com os desencontros de informações em saúde comparado aos discursos das autoridades mundiais sobre o tema.

Nessa linha, em 16 de março de 2020 o Conselho Federal de Nutrição (CFN) brasileiro emitiu uma nota técnica alertando a população para a necessária análise crítica sobre recomendações denominadas “milagrosas” para suposta prevenção e tratamento de uma possível infecção causada pelo novo coronavírus. Na oportunidade, o CFN solicitou que não fosse exaltado um único nutriente ou composto bioativo isoladamente no manejo das condições de alimentação da população e ressaltou a importância da atualização científica, da alimentação adequada, variada e equilibrada para a população (CFN, 2020). Sobre o tema, Coelho-Ravagnani *et al.* (2021) afirmam que suplementos dietéticos não foram associados positivamente com a prevenção da COVID-19, embora a alimentação adequada seja considerada importante, por promover modulação imunológica, prevenção e controle de doenças crônicas. Em acordo com os autores, AYSELI *et al.* (2020) enfatizam o potencial da ciência da nutrição, em associação com outras terapêuticas, na prevenção e no tratamento de infecções virais. Para Gupta, Jalang'o e Gupta (2020) “a nutrição é o epicentro para o tratamento dessas doenças, que funciona em sinergia com o tratamento médico para uma recuperação melhor e rápida”.

O perfil de consumo mudou durante a pandemia. A fatia da indústria produtora de alimentos e suplementos foi uma das mais impactadas. Aumentaram as aquisições de alimentos funcionais e nutracêuticos, como parte de uma inclinação da população para planos alimentares mais saudáveis (AYSELI *et al.*, 2020).

Estilos de vida inadequados constituem-se em perigos para a saúde. O estado nutricional adequado é importante para as repercussões imunológicas, na hipótese de o organismo precisar se defender. Respostas imunológicas prejudicadas, tornam os indivíduos mais suscetíveis a infecções virais (DI RENZO *et al.*, 2020). Assim, tendo em vista a contribuição de hábitos

alimentares disfuncionais na gênese de doenças, bem como o papel da educação em saúde acerca do cuidado com a alimentação e nutrição, como pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida e condição de saúde da população, pesquisas sobre esse tema com sujeitos amplamente expostos às infecções podem resultar em benefícios para a preservação da integridade física e bem-estar do público em questão.

Os indivíduos elegíveis à participação nesta pesquisa, são os profissionais da área de saúde, por se constituírem em uma parcela da população fortemente suscetível à infecção pelo *Betacoronavírus SARS-COV-2* (PALACIOS *et al.*, 2020).

Profissionais de saúde são o grupo de maior risco de infecção durante a pandemia (BHAGAVATHULA *et al.*, 2020) e constituem 3,5 milhões de trabalhadores no Brasil (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Dados do trabalho de Kavanahg, Pare e Pontus (2020), revelam que na Espanha, a soroprevalência de SARS-CoV-2 em profissionais de saúde (10%) foi o dobro da população em geral (5,2%). Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), até 02 de setembro de 2020, cerca de 570 mil profissionais de saúde já haviam sido infectados e 2,5 mil haviam morrido pela COVID-19 nas Américas. Tendo como público alvo os profissionais de saúde, Teixeira *et al.* (2020), concluíram em seu trabalho que o problema central enfrentado durante a pandemia, pelos trabalhadores, refere-se à maior exposição destes à infecção e sobretudo a uma maior carga viral. Somado a isso, ocorre em grande monta, a degradação da saúde mental, justificada por serem indivíduos já submetidos a relações de trabalho/investimentos precarizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e que precisam prestar assistência a indivíduos, muitas vezes graves, ao passo em que precisam se adaptar a novas rotinas e à expansão dos serviços de saúde.

Nesse diálogo sobre precarização, é importante compreender o papel do SUS e os problemas enfrentados pelo sistema.

Na década de 90 no Brasil, a conjuntura política e as consequentes mudanças constitucionais permitiram que o poder público estivesse implicado na gestão da saúde. Assim, surgiu a proposta de um sistema de saúde que vislumbrasse a melhoria das condições de saúde da população, bem como a equidade de acesso aos serviços através das diretrizes a saber: universalização, integralidade e participação comunitária. Essa construção foi iniciada no Regime Militar, por meio do movimento da Reforma Sanitária e se deu com a participação das

Universidades, dos profissionais de saúde, de especialistas e pessoas vinculadas à saúde, isto é, da sociedade civil organizada. As propostas do SUS foram consolidadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, o qual foi utilizado para discussões na Assembleia Constituinte de 1987. A redação aprovada inseriu e normatizou a atenção à saúde na lei suprema Brasileira, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que instituiu o SUS (PAVÃO, 2016). De forma que ficou estabelecido (art. 196) que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Segundo Teixeira *et al.* (2020), a assistência médica suplementar, através do setor privado, atende apenas ¼ da população brasileira. Logo, cabe ao SUS a maior parte do cuidado em saúde da população. Para os autores trata-se de um desafio para o sistema o enfrentamento da pandemia, tendo em vista a forma como têm sido conduzidas as políticas públicas para a saúde no Brasil.

“Configura-se, de fato, uma crise permanente do sistema de saúde, fortemente afetada pela reorientação das políticas de saúde adotadas a partir da crise econômica e do “golpe do capital” na saúde, marcadas pela financeirização da saúde, pelo ajuste fiscal (EC 95), restauração do neoliberalismo, privatização “por dentro” do sistema público e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), tal como foi proposto e legitimado na Constituição Federal de 1988” (TEIXEIRA *et al.*, 2020, p.3470).

Teixeira *et al.* (2020) consideram ainda que os profissionais ligados à saúde constituem “o nó crítico” relacionado à efetividade do sistema. Os autores elencam diversas condições degradantes que definem como sendo uma “uberização da força de trabalho em saúde” durante a pandemia, a exemplo da aceleração da conclusão de cursos, contratações apressadas por vínculos terceirizados, que embora cruciais para o momento, levam a problemas decorrentes da inexperiência, bem como do desconhecimento de regras institucionais. Existem também, peculiaridades do setor saúde, citadas pelos autores, correspondentes às diferentes condições de trabalho das diferentes categorias profissionais. Na pandemia, essa situação, promove condições diversas de exposição dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado em saúde. Outra importante ressalva dos autores é que na sua revisão não foram encontrados trabalhos que incluíssem profissionais que não possuem formação específica na saúde (maqueiros, serviço de limpeza, motoristas, etc.), mas que estão igualmente expostos a um maior risco de infecção. O que demonstra a importância de trabalhos que abarquem esse público.

A tabela 1 mostra o número, por habitante, de algumas categorias profissionais da saúde, segundo o MS. Essas categorias, entre outras, foram utilizadas para a definição da população do estudo ora proposto.

Tabela 1 – Distribuição do número de médicos, nutricionistas, odontólogos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por Estado Brasileiro.

E.1 Número de profissionais de saúde por habitante					
N. médicos, N. odontólogos, N. enfermeiros, N. nutricionistas, N. téc.aux.enferm. segundo UF					
Período: 1999					
UF	N. médicos	N. odontólogos	N. enfermeiros	N. nutricionistas	N. téc.aux.enferm.
TOTAL	236.668	145.441	73.603	26.427	365.897
Rondônia	599	458	377	31	2.267
Acre	252	171	283	16	842
Amazonas	1.684	915	714	79	2.253
Roraima	232	141	112	16	629
Pará	3.922	1.860	2.027	414	8.697
Amapá	288	149	174	37	796
Tocantins	610	465	377	25	1.993
Maranhão	2.081	1.068	924	88	5.772
Piauí	1.689	1.094	754	296	3.833
Ceará	5.465	2.738	3.636	544	11.563
Rio Grande do Norte	2.543	1.493	1.442	391	5.964
Paraíba	3.306	2.116	2.136	308	5.720
Pernambuco	8.816	4.075	2.473	864	10.627
Alagoas	2.767	1.369	778	302	3.487
Sergipe	1.572	811	598	67	2.399
Bahia	9.870	4.340	4.431	1.097	10.130
Minas Gerais	22.641	19.298	4.663	888	24.787
Espírito Santo	4.215	2.353	677	167	2.624
Rio de Janeiro	44.228	17.421	10.053	5.160	69.573
São Paulo	72.265	51.678	21.034	7.312	104.074
Paraná	10.902	8.503	3.104	973	10.659
Santa Catarina	5.205	4.074	2.370	537	13.531
Rio Grande do Sul	17.263	8.624	6.178	4.721	39.512
Mato Grosso do Sul	2.159	1.898	388	87	2.346
Mato Grosso	1.590	1.315	719	568	2.946
Goiás	4.775	3.678	1.248	482	8.344
Distrito Federal	5.729	3.336	1.933	957	10.529

Fonte: Ministério da Saúde - CGRH-SUS/SIRH

MS (2021)

Para além do supracitado, profissionais de saúde também enfrentam dificuldades na adoção de hábitos de vida saudáveis (FIGUEIRA *et al.*, 2015; HIDALGO *et al.*, 2016). Existem condições de vida que impedem a condução das escolhas humanas em direção a tomadas de decisões assertivas. Condições de vida dizem respeito aos elementos materiais necessários para a adoção de hábitos saudáveis. No entanto, os estilos de vida também permeiam as decisões individuais. O estilo de vida sofre influência das vivências e subjetividades dos sujeitos que são seres sociais influenciados por uma dada cultura. Essa compreensão é necessária para tornar a decisão sobre as intervenções em saúde mais factíveis. Além da condição e do estilo de vida, existem outras possíveis justificativas para a situação identificada. Para adaptarem-se a condições degradantes de trabalho, que envolvem desde questões salariais até violência moral, os profissionais de saúde utilizam mecanismos compensatórios, como por exemplo, o aumento do consumo energético. Além do que, outro fator importante que dificulta um hábito alimentar adequado é, por exemplo, a associação entre alimentos saudáveis e dietas restritivas e o impacto que essa associação causa na adesão às orientações nutricionais (FIGUEIRA *et al.*, 2015). Para

Hidalgo *et al.* (2016) poucos trabalhos na América Latina investigam o estilo de vida dos profissionais de saúde.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2017-2018), o brasileiro investe 14% da sua renda em alimentação. A maior parte do consumo energético provém de alimentos *in natura*. No entanto, a análise do biênio 2002-2003 demonstra uma tendência de redução no consumo destes alimentos e um aumento no consumo de alimentos processados e ultraprocessados, de 8,3% para 9,8% e de 12,6% para 18,4% entre 2002 e 2018, respectivamente. Alimentos ultraprocessados estão associados com um maior número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Tais doenças constituem-se em fator de risco para a COVID-19. Para José Graziano Francisco da Silva, ex-diretor da FAO (Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura) parece haver, durante a pandemia, uma predileção por alimentos industrializados por motivação do isolamento e dos cuidados de higiene, uma vez que possuem maior vida de prateleira. Um estudo de coorte brasileiro (NutriNet) com 10.116 sujeitos, analisou o consumo alimentar antes e durante a pandemia da COVID-19. Como resultado foi identificado, no geral, um aumento no consumo de vegetais, porém também foi constatado o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, nesse caso, especificamente em regiões mais desfavorecidas economicamente e por indivíduos com menor taxa de escolaridade. Do que surge um alerta para a “elitização” do consumo de alimentos *in natura*. Um outro dado demonstrado na POF, diz respeito ao aumento da pobreza de 25,6 para 26,5% entre 2016 e 2017 e aumento do número de famílias em condição de insegurança alimentar de 34,9 para 36,7% entre 2014 e 2019. Sendo que em 2013 esse número havia reduzido para 22,6%. (PROENÇA *et al.*, 2021). As repercussões financeiras da pandemia, constituem-se num agravante dessa tendência.

Segundo Hidalgo *et al.* (2016) existe um plano nacional estratégico do MS (2011-2022) para redução do número de DCNT's no Brasil. Os autores acreditam que até 2016 esse foi o único artigo a mensurar o estilo de vida de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) no país. Como conclusão do estudo com 1600 profissionais, os autores consideraram relevante o quantitativo de profissionais que não aderiam a cuidados em saúde, os quais estavam relacionados à gênese das DCTN's. Mais adiante, corroborando o estudo anterior, Kruger *et al.* (2018) revelaram a dificuldade dos profissionais da saúde de um hospital da região Sul do Brasil em manter hábitos saudáveis. Atente-se que as DCNT's são as

principais causas de morte no mundo e alguns dos fatores causais são modificáveis, entre eles o consumo alimentar, avaliado como inadequado para a amostra estudada pelos autores.

Para Ayseli *et al.* (2020), a orientação nutricional, embora seja o maior fator de risco modificável, é relativamente pouco enfatizada. Segundo dados do *Global Burden of Disease Study 2016*, encontrados na publicação de Rodriguez-Leyva e Pierce (2021), os hábitos alimentares constituem-se o “segundo fator de risco mais importante para determinar a mortalidade e os anos de vida ajustados por incapacidade no mundo”.

As DCNT's como hipertensão e diabetes são fatores de risco para a COVID-19 e altamente prevalentes entre adultos e idosos brasileiros. Para adultos com idade igual ou superior a 35 anos a prevalência de diabetes é de 11,7% e hipertensão de 24,3%. Valores de 54,9% e 19,3% são encontrados para hipertensão e diabetes respectivamente em idosos (≥ 60 anos) (SILVA; OLIVEIRA; MARTELLI, 2020).

Tendo em vista o papel dos hábitos alimentares na gênese das DCNT's e a oportunidade, de através do cuidado com a alimentação, reduzir agravos à saúde, segue um detalhamento do conhecimento obtido em literatura pregressa acerca do papel dos nutrientes e fitoquímicos no cuidado alimentar e sua correlação com a performance imunológica e outras condições de saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

4.2 Impactos das escolhas alimentares, num contexto pandêmico, na performance imunológica e condição de saúde de profissionais de saúde.

Os trabalhos que embasam esse capítulo resultam de investigações científicas com outros vírus com estrutura semelhante à do SARS-CoV-2. Assim, carecem de análises, *in vitro* e/ou *in vivo*, específicas para o novo coronavírus ou mesmo de achados consistentes sobre o tema. Para alguns dos nutrientes citados, os efeitos sugeridos apenas são possíveis através da suplementação alimentar. No entanto, não há o encorajamento dessa prática, de forma indiscriminada, pois o consumo isolado de alguns princípios ativos pode resultar em disfunções orgânicas. As suplementações, quando indicadas por profissional habilitado e em situações específicas, podem beneficiar grupos ou indivíduos com deficiências orgânicas previamente diagnosticadas através de testes bioquímicos (AYSELI *et al.*, 2020; PALACIOS *et al.*, 2020).

Nessa discussão, é preciso esclarecer que apesar de o quadro 1 elencar diferentes alimentos com quantidades distintas de um ou mais compostos bioativos citados em estudos, majoritariamente *in vitro*, correlacionados com a imunocompetência, o consumo destes pode não se reverter em benefícios específicos para a imunidade. Alguns indivíduos, conforme orientação profissional, poderão se beneficiar do consumo, em quantidades individualizadas, e enquanto constituintes de uma alimentação variada, para a obtenção de benefícios orgânicos diversos. É importante a compreensão de que embora os micronutrientes desempenhem funções importantes, conforme será abordado, são limitadas as recomendações sobre suplementação destes elementos com o intuito de prevenir infecções diversas, inclusive as respiratórias. Notadamente, as suplementações são encorajadas em casos de deficiência quando há certificação do status orgânico do micronutriente após testes bioquímicos e a individualização dos requisitos para que ocorram de forma segura.

Quadro 1. Nutrientes e outros compostos bioativos com possíveis contribuições para a imunidade.

Compostos	Ação ou sintomas de deficiência	Fontes alimentares
Vitamina A	Auxilia a manutenção da secreção, estrutura e função da mucosa nasal e gástrica ¹ . A deficiência de vitamina A altera a produção de muco na árvore respiratória e fragiliza a sua barreira de defesa ² . O retinol (forma biologicamente mais ativa da vitamina) fornece um meio favorável para a predominância do <i>Lactobacillus spp</i> , no intestino, o qual evita a translocação do vírus para a corrente sanguínea ¹ .	Leite e derivados, óleos de peixe, ovos, vísceras e vegetais amarelo alaranjados (esses últimos fonte de carotenóides)
Vitamina B3 (Niacina)	Segundo estudos <i>in vitro</i> e com modelos animais a niacina inibe a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), que atua como receptora para diferentes cepas de coronavírus ² .	Frango, carne vermelha, pescados, nozes e leguminosas
Vitamina B9 (Folato ou ácido fólico)	O ácido fólico auxilia a atividade das células NK (<i>Natural Killer</i>). O folato é essencial para o funcionamento das células T ² .	Vegetais e hortaliças de folha verde, legumes, frutas, nozes e alimentos enriquecidos.
Vitamina C	A vitamina C auxilia na integridade da barreira epitelial ^{1,2} , na atuação das células imunológicas (leucócitos, fagócitos e linfócitos B e T) ² , na	Frutas cítricas, morango, mirtilo, tomate etc.

	modulação de mediadores inflamatórios e na proteção contra o estresse oxidativo ² . Além de regular positivamente a produção de interferons α e β ¹ .	
Vitamina D	A vitamina D atua na modulação do sistema imunológico e na expressão de peptídeos microbianos que melhoram as defesas da mucosa ^{2,3} e auxilia a inibição da produção de substâncias pró-inflamatórias a exemplo das citocinas ² .	Peixes gordurosos, leite e alimentos fortificados.
Selênio	O selênio aumenta a atividade da glutathione peroxidase ^{1,3} (reduz a toxicidade e inflamação do tecido pulmonar em casos de infecção por vírus que atingem o sistema respiratório ¹), enzima antioxidante ³ , a produção de interferon γ ³ , proliferação de células T ^{2,3} , estimulação de antígeno ³ , a toxicidade mediada por linfócitos ² e atividade de células NK ^{2,3} .	Castanha do Brasil, nozes, gergelim, animais marinhos (peixes, mariscos), carnes, aves, peixes, ovos.
Zinco	“A deficiência de zinco diminui os linfócitos T e T auxiliares, prejudica a função de macrófagos e células NK, reduz a imunidade inata, que afeta a produção de interferon gama (IFN- γ), interleucina-2 (IL -2) e fator de necrose tumoral (TNF)” ² “O zinco atua como cofator da superóxido dismutase, uma enzima presente na mitocôndria e no citosol das células que suprime o estresse oxidativo” ³ .	Carnes, ovos, peixes.
Ômega 3	Em modelos animais, o ômega-3, altera as membranas de patógenos, inclusive de vírus revestidos por proteínas. Regula a atividade fagocítica de macrófagos e outros imunócitos ² .	Peixes, linhaça, chia.
Curcumina	Uma “análise emergente” e que precisa de validação com estudos <i>in vitro</i> e <i>in vivo</i> identificou a que a curcumina é capaz de inibir a entrada do SARS-CoV-2 nas células-alvo após a ligação ao nucleocapsídeo viral e às proteínas nsp 10. Saliente-se que a quantidade consumida através da dieta parece ineficaz para a obtenção dos benefícios citados ¹ .	Açafrão-da-terra
Polifenóis	Quercetina, naringina, hesperetina e catequinas afetam a replicação de RNA	chá verde, amoras, cacau,

	<p>e DNA de fungos e vírus². A quercetina possui potencial antioxidante na vigência de quantidades adequadas de glutatona peroxidase. Sua indicação para fases iniciais da infecção viral baseia-se em mecanismos identificados <i>in vitro</i> com outros vírus ou pesquisas preliminares sobre a ação da quercetina-3-rutinosídeo na inibição da protease SARS COV-2 MPro¹.</p> <p>O resveratrol possui eficácia terapêutica <i>in vitro</i> para o SARS-COV-2 por “formar um complexo altamente estável com o receptor da enzima conversora da angiotensina-2 (humano ACE-2), que é exigido pelo COVID-19 para entrar nas células-alvo usando a proteína S”. Os autores salientam que as quantidades oferecidas pela dieta seriam insuficientes para a obtenção do efeito citado.¹</p>	<p>suco de cranberry, cebola e alcaparras. * Fontes de quercetina: morango, couve, couve-flor.</p>
Probióticos	<p>Atuam na modulação imunológica, produção de compostos antimicrobianos e ácidos orgânicos, melhora da integridade da barreira intestinal², formação de enzimas e interação com a microbiota residente³. Em indivíduos saudáveis melhoram a “comunidade bacteriana intestinal”².</p>	<p>Iogurte, leite fermentado.</p>
Acido cafeico	<p>Seu éster (ácido cafeico fenetil éster) pode inibir a PAK1 (quinase 1 ativada por RAC / CDC42) que é a principal quinase que dá origem, por exemplo, a infecções virais¹.</p>	<p>Própolis de abelha</p>

Baseado em Ayseli¹ *et al.*, (2020); Palacios² *et al.* (2020) e Coelho-Ravagnani³ *et al.*, (2021).

A publicação de Palacios *et al.* (2020) é útil às análises empreendidas neste trabalho, por examinar as particularidades da população escolhida para participação nesta investigação. Suas considerações reforçam a necessidade de estudos com o público alvo deste trabalho. Os autores denominam como profissional de primeira linha de atenção à saúde aqueles profissionais da área de saúde com alto risco de infecção pelo novo coronavírus. Segundo a publicação, as atividades desses indivíduos podem repercutir negativamente na imunidade e os tornar suscetíveis a maiores riscos de infecção. O uso de EPI, longos turnos de trabalho, possibilidade de convivência com situações extremas com consequências no tempo de

descanso, alto nível de estresse e má qualidade da alimentação e ingestão hídrica foram associados à repercussão negativa na imunidade. Assim, podem existir nutrientes e outros compostos bioativos relacionados à competência imunológica, cujo *status* orgânico pode ser comprometido em decorrência de situações de estresse e infecção, às quais podem se fazer presentes no âmbito do trabalho em saúde.

Alguns autores mostram-se cautelosos quanto à indicação de suplementos alimentares. Coelho-Ravagnani *et al.* (2021) compreendem que megadoses de vitaminas e minerais podem ocasionar efeitos tóxicos e reações adversas e alertam para o aumento de estresse oxidativo relativo ao excesso de zinco, embora revelem um estudo sobre a suplementação de 30mg por dia de zinco elementar em idosos em virtude do maior risco de deficiência nesse grupo e da correlação entre deficiência de zinco e maior risco de infecções. Ainda sobre os riscos de suplementações, Ayseli *et al.* (2020), informam sobre o impacto das “concentrações supra-fisiológicas” de flavonoides na desregulação endócrina.

O estudo já citado de Palacios *et al.* (2020), definido por estes como um consenso entre *experts* de diferentes países da América Latina, orienta a suplementação das vitaminas C, D e zinco para profissionais de saúde na prevenção da COVID-19, associada ao consumo dos alimentos fonte. As doses recomendadas são citadas no corpo do referido trabalho. No entanto, como a recomendação de suplementação não faz parte do escopo do presente trabalho, face às considerações já enumeradas, os dados não serão reproduzidos nesse texto. Os autores consideram não haver evidências suficientes para a recomendação da suplementação profilática de vitamina A, B3, B9, selênio, ômega 3, polifenóis e probióticos para profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Já os autores Rodriguez-Leyva e Pierce (2021) consideram fraca a hipótese de que a vitamina D pode evitar o contágio e a infecção pelo novo coronavírus, em virtude dos múltiplos fatores confundidores desta correlação.

A revisão bibliográfica sobre diretrizes nutricionais durante a pandemia de Coelho-Ravagnani *et al.* (2021) merece destaque nessa produção, pois baseou-se em documentos de autoridades brasileiras e mundiais, a exemplo da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN), da Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), da FAO e da OMS para propor recomendações e cuidados em alimentação e nutrição. Assim, compreende-se a necessidade de que sejam dedicados alguns períodos seguintes para tratar resumidamente das recomendações elencadas na publicação.

Autoridades mundiais concordam que o adequado consumo de vegetais, frutas e alimentos integrais suporta inúmeras funções orgânicas entre elas a imunidade e recomendam 05 (cinco) porções de frutas e vegetais por dia (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021; HIDALGO *et al.*, 2016). É dada a ênfase no consumo de antioxidantes naturalmente contidos nos alimentos. Já os suplementos, como já discutido, normalmente são designados para o manejo de situações particulares em função de necessidades dietéticas específicas. Assim, o consumo adequado de micronutrientes, com potencial de modulação do sistema imune, pode ser conseguido através da inclusão de carne, peixe, lentilha, feijão, laticínios, nozes, sementes, ovos, frutas cítricas (por exemplo, laranja, limão, toranja), kiwi, morango e vegetais, como como brócolis, couve-flor, abóbora, espinafre, batata doce e cenoura na alimentação (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021). Contextualizando ainda o consumo de alimentos integrais, um estudo prospectivo de coorte humana demonstrou que um aumento de 10g/dia no consumo de fibra dietética pode reduzir a mortalidade por doenças infecciosas e respiratórias (AYSELI *et al.*, 2020).

A Sociedade Italiana de Nutrição Humana orienta a exposição à luz solar por pelo menos 15 a 30 minutos diariamente. E perto de 1/3 dos estudos analisados por Coelho-Ravagnani *et al.* (2020) recomendaram a redução do consumo de cloreto de sódio, gordura saturada, alimentos açucarados, carne, alimentos de origem animal e ultraprocessados, ao passo em que orientaram, também, o consumo de lácteos desnatados e fonte de gordura mono e poli-insaturada, além de ervas e temperos como substitutos do sal, uma vez que o elevado consumo de gorduras saturadas contribui com inflamações de baixo grau via receptores *Toll-like 4* que se associam ao lipopolissacarídeo bacteriano (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021). A maior parte das informações desse último estudo estão presentes no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (BRASIL, 2014).

Ainda sobre as orientações nutricionais, os ácidos graxos ômega 3, presentes em alimentos como frutos do mar, peixes marinhos e linhaça ativam células do sistema imunológico inato e adaptativo, ao passo que os ácidos graxos ômega-9 encontrados no óleo de oliva, girassol, cártamo e nozes tem papel antioxidante, antimicrobiano e antiviral. Para indivíduos adultos a recomendação de 250mg por dia de ômega 3 pode ser conseguida com o consumo de 02 porções de 90g de peixes gordurosos por semana (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021).

A importância da água e o volume recomendado de ingestão de água aparece em várias publicações da área de saúde. Segundo as DRI's (*Dietary Reference Intakes*), em português IDR (Ingestão Dietética Recomendada), a água funciona como solvente para as reações químicas intracelulares, além de ser fundamental para manutenção da volemia, para a absorção do calor resultante do metabolismo endógeno e para o transporte de nutrientes e metabólitos residuais orgânicos (IOM, 2006). O GAPB informa que uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou *minimamente processados* pode oferecer até metade da necessidade diária de água (BRASIL, 2014). Considerando essa informação, a DRI de líquidos para adultos do sexo feminino e masculino são de 2,7 e 3,7 litros/dia, respectivamente (IOM, 2006).

Nesse contexto, bebidas açucaradas, ricas em carboidrato e energia, não devem ser utilizadas como substitutas da água, uma vez que agravam a obesidade e conseqüentemente predis põem às doenças correlacionadas à mesma (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021). Para países cujos dados epidemiológicos foram repassados à OMS as taxas de mortalidade e infecção pela COVID-19 relacionaram-se positivamente com o consumo de frutas e bebidas adoçadas. No entanto, de um modo geral as mudanças no comportamento alimentar variam entre diferentes países (RODRIGUEZ-LEYVA; PIERCE, 2021).

Com relação às bebidas alcoólicas, a Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas recomenda limitar o consumo de álcool, em virtude deste tornar o indivíduo mais vulnerável a pneumonia viral e reduzir a resposta imunológica para infecções virais. Já o consumo moderado (2 doses para homens e 1 dose para mulheres) pode reduzir os riscos de doenças cardiovasculares, bem como auxiliar no enfrentamento do estresse agudo (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021). Verthein e Gaspar (2021) pontuam que guias alimentares espanhóis desconsideram as influências culturais e as práticas alimentares associadas com a identidade da Dieta do Mediterrâneo (DM) quando não recomendam o consumo moderado de álcool, por ponderarem seus potenciais efeitos adversos. Ou seja, ainda que seja um hábito inserido na cultura do consumo ele é negado em prol de um “padrão alimentar saudável”.

Em relação à aquisição dos alimentos, o GAPB não só auxilia o manejo de hábitos alimentares adequados, como orienta sobre locais e formas de aquisição de alimentos ou preparações. Como parte do planejamento alimentar, sugere a adoção de listas de compras para evitar a aquisição não programada de itens alimentares diversos (BRASIL, 2014). No contexto

pandêmico, Coelho-Ravagnani *et al.* (2021) deixam o alerta de que a recomendação de estoques de produtos industrializados durante a pandemia (a exemplo da recomendação da Agência de Saúde Canadense) pode ter gerado um estoque de produtos não saudáveis e concorda que a população precisa ser esclarecida sobre o que comprar.

À despeito das informações veiculadas na mídia, que coadunam com os dados das publicações citadas, sobre a ineficácia dos nutracêuticos, suplementos alimentares e alimentos funcionais na prevenção da infecção pelo SARS-COV-2, o consumo desses produtos, ainda assim, tornou-se popular entre os profissionais mais expostos aos riscos da infecção, a exemplo dos profissionais de saúde (AYSELI *et al.*, 2020). No entanto, a adoção de hábitos saudáveis sempre foi vista como parte do escopo de ações de promoção da saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

A DM pode representar um dos melhores modelos alimentares para restaurar a imunidade inata e adaptativa e pode ser uma “escolha terapêutica adjuvante” do tratamento da COVID-19 (DI RENZO *et al.*, 2020), embora não se configure como prevenção à infecção ou ao agravamento da doença nos indivíduos infectados. Em oposição, a dieta ocidental possui quantidades de alimentos processados industrialmente associadas com consumo reduzido de micronutrientes (AYSELI *et al.*, 2020), algo que pode influenciar negativamente a imunidade, independente do processo infeccioso vigente.

A DM é um padrão alimentar que se estabeleceu nos países da Bacia do Mediterrâneo na década de 50. Nesta época, a região, sob os efeitos da Segunda Guerra Mundial, enfrentava limitações econômicas. Fato esse que somado ao baixo nível de tecnologia, favorecia a adesão a um estilo de vida fisicamente ativo, com predominância no consumo de frutas e vegetais, uma vez que produtos de origem animal eram escassos. Muitos desses hábitos foram preservados, a ponto de constituírem-se como “Patrimônio Cultural Imaterial Mundial” segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (MONTEAGUDO *et al.*, 2015).

Além de frutas e vegetais, outros alimentos compõem a DM. São usuais ainda o consumo de nozes e cereais (no passado, prioritariamente não refinados), o moderado a elevado consumo de peixe (variável de acordo com a proximidade do mar), o baixo consumo de gordura saturada, o elevado consumo de gordura insaturada (principalmente de óleo de oliva), o baixo

a moderado consumo de laticínios, o moderado consumo de álcool (prioritariamente de vinho e geralmente durante as refeições), além de como já citado o baixo consumo de produtos de origem animal e seus derivados. Marcada, então, pela prevalência de produções locais em detrimento dos produtos processados, os alimentos predominantes na DM, constituem-se em importantes fontes de nutrientes e fitoquímicos, entre eles, fibra dietética, ácidos graxos mono e poli-insaturados, vitaminas, minerais e polifenóis (BASTOS, 2019).

Os benefícios da DM envolvem a redução dos níveis de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral (TNF), Interleucinas 6 e 1 β , bem como a proteína C Reativa, a inibição de enzimas envolvidas na produção de espécies reativas de oxigênio, a estimulação da expressão de enzimas antioxidantes, consequentemente redução do estresse oxidativo, a redução da resistência à insulina, a modulação da produção hepática de glicose, a melhora da permeabilidade intestinal, a manutenção das estruturas e funções cerebrais com adequação da síntese de neurotransmissores. Em função disso, a já amplamente estudada DM, está associada a proteção contra a depressão, melhoria da qualidade do sono, retardo de perdas cognitivas e distúrbios neurodegenerativos (BASTOS, 2019).

A adesão à DM correlaciona-se ainda com a redução dos riscos de mortalidade e DCNT, como por exemplo a obesidade, diabetes mellitus tipo 2, inflamação de baixo grau, câncer, doença de Alzheimer e doença de Crohn. Tudo isso faz da DM “um dos padrões dietéticos mais saudáveis do mundo”. Com relação à pandemia, é importante a adoção de hábitos alimentares saudáveis, pois uma dieta “rica em nutrientes com atividades antioxidantes e antiinflamatórias, como a adequada para DM, ajuda a reduzir a virulência do SARS-Cov-2” (DI RENZO *et al.*, 2020).

Vários estudos investigaram a relação entre as restrições impostas pela pandemia da COVID-19 e alterações de hábitos alimentares e outras condições de saúde (DRAGUN *et al.*, 2021).

Com relação às repercussões do isolamento social no padrão alimentar da população, o isolamento pode aumentar o tempo de tela e alterar hábitos relacionados à alimentação dos indivíduos. O inquérito virtual realizado, no Brasil, por Werneck *et al.* (2021) sobre comportamentos sedentários e dietas não saudáveis, com duração de 01 mês, demonstrou associação positiva entre maior tempo de TV e uso de computador/tablet com consumo mais

elevado de *alimentos ultraprocessados*, bem como menor consumo de vegetais durante o isolamento social. Os autores citam, como justificativas, questões relacionadas à maior exposição a anúncios de ultraprocessados. No Brasil, 14,2% dos anúncios de canais de TV aberta do Brasil, à época do estudo, estavam relacionados a alimentos e aproximadamente 90% dos anúncios relacionados a alimentos eram de *alimentos ultraprocessados*. No entanto, como diferencial do estudo aqui proposto, tem-se que essa associação pode se dar de diferentes formas entre profissionais da saúde, tendo em vista, que as rotinas de trabalho foram mantidas.

Por outro lado, a tecnologia, quando adequadamente utilizada, pode melhorar o conhecimento da população, a partir de fontes confiáveis, sobre assuntos diversos. A publicação de 2020 da OPAS intitulada “potencial das tecnologias da informação (TI) de uso frequente durante a pandemia” reconhece a alta penetração da TI e seu uso como recurso para compartilhamento de informações, inclusive entre a população e os setores governamentais, “apoio ao autodiagnóstico e ao monitoramento de sintomas” da COVID-19. Somado a isso, segundo levantamentos do IBGE, em 2018, 79,1% dos domicílios brasileiros utilizavam a *internet* (IBGE, 2020). Essa é uma realidade que facilita a execução de inquéritos populacionais virtuais no contexto pandêmico e proporciona maior capilaridade aos estudos, conforme pretensões da investigação aqui proposta.

No estudo de Di Renzo *et al.* (2020), 1214 dos 3533 participantes sentiram mudanças na percepção da saciedade, com aumento do apetite em 34,4% dos casos durante a pandemia. Indivíduos que não mudaram suas rotinas de trabalho tiveram menor percepção de ganho de peso, assim como aqueles que declararam treinar durante o bloqueio. Houve também melhor adesão a itens típicos da DM, e correlação inversa entre melhor desempenho MEDAS, IMC (Índice de Massa Corporal) e idade. Hábitos alterados de trabalho (suspensão ou *home office*) e gênero feminino impactaram tanto positiva como negativamente o apetite. Jovens apresentaram maior apetite, assim como indivíduos com maior IMC. Diferentes regiões da Itália, onde se deu a investigação, tiveram diferentes resultados com relação ao apetite. Durante o bloqueio houve redução no consumo de “*junk foods*” e não houve diferença significativa entre grupos que declararam comer alimentos mais ou menos saudáveis. Mas houve diferença entre a percepção de ganho de peso para os que mais consumiram “*junk foods*”.

O estudo de Reyes-Olavarría *et al.* (2020) também encontrou associação positiva entre ganho de peso e consumo de “*junk foods*”, para a amostra da população chinesa participante do

estudo, durante a pandemia. Segundo os autores, o consumo de alimentos com conteúdo significativo de carboidratos refinados e gordura saturada se constituem em fator de risco para a obesidade e o estado inflamatório do organismo.

A redução do consumo de “*junk foods*” pode tornar os indivíduos menos propensos ao “ambiente obesogênico”. A obesidade constitui-se numa condição de “inflamação crônica de baixo grau” que contribui para o aparecimento de diversas doenças metabólicas e vulnerabilidade do sistema imune, que não só torna os indivíduos mais vulneráveis a infecções como podem tornar os indivíduos menos responsivos a imunizações. É preciso também considerar que as vivências da pandemia não estão sempre relacionadas a ganho de peso. Para alguns indivíduos essa condição pode “mimetizar” as sensações de saciedade e com isso interferir negativamente no consumo alimentar, ou seja, o isolamento pode tanto aumentar o apetite como reduzi-lo (DI RENZO *et al.*, 2020).

Simonnet *et al.* (2020), em seu estudo de coorte retrospectivo, propuseram uma associação positiva entre a gravidade da COVID-19 e maiores valores de IMC. Para os autores, estados de inflamação de baixo grau, associadas à secreção anormal de adipocinas e citocinas pró-inflamatórias podem prejudicar a resposta imune e desencadear alterações do parênquima pulmonar, o que pode fazer da obesidade um fator de risco independente para a COVID-19.

Os alimentos promovem modulação na expressão gênica das citocinas, dessa forma, conseqüentemente, o estado inflamatório do corpo vincula-se à condição da alimentação fornecida ao indivíduo (DI RENZO *et al.*, 2020).

Hiperinflamação e “tempestade de citocinas”, se não controladas, podem levar à morte (DI RENZO *et al.*, 2020; GUPTA, JALANG’O, GUPTA, 2020). Para Di Renzo *et al.* (2020), as possíveis mudanças da alimentação e a manutenção de um “ambiente obesogênico”, podem levar ao aumento de peso às custas da mudança na composição corporal com aumento da adiposidade e surgimento de um meio pró-inflamatório. Em contrapartida, a alimentação adequada pode modular favoravelmente a expressão gênica das citocinas e conseqüentemente o processo inflamatório. Sendo assim, a alimentação e a manutenção da composição corporal adequadas podem num estágio grave da COVID-19 evitar a exacerbação da inflamação e minimizar desfechos negativos.

Para Rodriguez-Leyva e Pierce (2021) o estado nutricional modula processos infecciosos e inflamatórios e a desnutrição torna os indivíduos mais predispostos à infecção pelo SARS-COV-2 e aos piores resultados clínicos. No entanto, os autores compreendem que a alimentação, com ou sem suplementação adicional, não suprime uma transmissão viral de grande intensidade.

A alteração da dinâmica social e o maior risco do tédio, resultante do confinamento, somado ao estresse gerado pelas notícias massivas sobre a pandemia, pode acarretar em mais estresse ainda. Tal condição estressora causa maior consumo alimentar, especialmente de ‘*comfort foods*’, que são classificados como alimentos prioritariamente compostos por carboidratos simples, os quais potencializam a produção de serotonina e interferem no humor. Ao mesmo tempo, são alimentos que normalmente possuem elevado índice glicêmico e, por conseguinte estão relacionados com a gênese de doenças como obesidade, doenças cardiovasculares e inflamação crônica. Essas condições clínicas estão, por sua vez, elencadas entre as situações com maior risco para o desenvolvimento da COVID-19. Em resumo, os “comportamentos alimentares disfuncionais” podem ser desencadeados pelas respostas emocionais resultantes da pandemia, onde os alimentos podem servir de fator de compensação para as vivências negativas a essa época (DRAGUN *et al.*, 2021). Em contrapartida, o consumo de alimentos ricos em triptofano, e, portanto, precursores de serotonina, a exemplo dos alimentos-fonte de proteína, como leite, iogurte, além das sementes e nozes pode auxiliar no controle da saciedade e ingestão de calorias (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021).

O estudo de Dragun *et al.* (2021) encontrou alterações leves na qualidade de vida, estresse e felicidade da população estudada (adolescentes e estudantes de medicina) durante o isolamento social. Os autores apontam na discussão as possíveis causas e elencam entre elas a “reorganização da vida familiar, aumento do estresse e medo da morte de parentes idosos”. Di Renzo *et al.* (2020), reforçam que o medo da doença e da morte pode ocasionar estresse, o qual impacta na mudança de hábitos alimentares e de vida.

Di Renzo *et al.* (2020), apesar de compreenderem que o confinamento pode ocasionar maior sedentarismo, encontraram um aumento discreto na atividade física na população estudada durante a pandemia. Os autores discutem que baixos níveis de atividade física podem desregular o apetite, além disso tem relação com a adiposidade corporal e conseqüentemente com as discussões relacionadas à inflamação e ganho de peso já abordadas neste trabalho.

Dragun *et al.* (2020) encontraram resultados positivos a respeito da percepção elevada da própria condição de saúde na população estudada. Na Itália, as estratégias de enfrentamento na pandemia parecem ter se aproximado mais daquilo que pode ser considerado adequado e, dessa forma, podem ter contribuído com os resultados, uma vez que houve maior duração de tempo de sono, manutenção de atividade física regular e aumento no consumo de frutas e vegetais.

A adesão a DM, demonstra correlação positiva com o sono (DI RENZO *et al.*, 2020). Possuir boa qualidade de sono relaciona-se positivamente com a saúde física e mental e com menores riscos de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade. Problemas com o sono, por sua vez, impactam negativamente o aprendizado e a memória (DRAGUN *et al.*, 2021). Assim, incentivar a adoção de hábitos alimentares adequados e a prática de atividade física auxiliam os indivíduos a melhorarem a qualidade do sono, ao mesmo tempo em que dormir melhor impacta positivamente a saúde mental. Todas essas condições estão imbricadas e relacionadas às restrições impostas pela pandemia.

As discussões entre a obesidade e seu papel no deslocamento da incidência da COVID-19 para faixas etárias mais jovens (COELHO-RAVAGNANI *et al.*, 2021) enfatizam a importância da educação em saúde, por, nesse contexto, tornar-se fundamental para propor uma reconstrução, multidimensionalmente referenciada, de estilos de vida, entre eles os hábitos alimentares, implicados na gênese da obesidade e demais DCNT's.

4.3 Análise multidimensional da alimentação e o contexto pandêmico

O tratamento dado a um problema de natureza coletiva, a exemplo do contexto pandêmico, envolve discussões abrangentes, bem como a ação conjunta de diversos setores, Instituições e atores sociais (CECCON; SCHNEIDER, 2020). O enfrentamento da pandemia requer uma abordagem complexa, onde faz-se necessária a comunhão entre uma pluralidade de domínios, no manejo da situação de saúde da população. Ações em prol da saúde, demandam intervenções de diferentes setores para a satisfação de seus objetivos (BRASIL, 2010).

A política Nacional de Promoção da Saúde elenca como determinantes da saúde “modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. A alimentação além de constituir-se num direito humano básico é uma construção social. Logo, a compreensão sobre a alimentação passa pela interlocução com as

ciências sociais e humanas (BRASIL, 2010, 2014; GONZÁLVEZ, ROJAS, COELHO-DE-SOUZA, 2018; VERTHEIN; GASPAR, 2021).

Para Schroder *et al.* (2011), estimar a qualidade da dieta constitui-se num “desafio para a epidemiologia nutricional”. De fato, como veremos, não se trata de uma tarefa simples. Existem particularidades inerentes às diferentes idades, regiões do globo, fases da vida e como já abordado condições e estilos de vida, que impactam na aquisição dos alimentos e adoção de determinados hábitos. Assim sendo, é impossível falar de alimentação sem a necessária consideração das diferentes dimensões destas, a saber: biológicas, comportamentais, culturais, socioeconômicas e ambientais. Todas essas dimensões estão presentes no Guia Alimentar Para a População Brasileira (GAPB). O GAPB de 2006, com o objetivo de prevenir DCNT, abordava a recomendação quantitativa de alimentos através de grupos, privilegiando um enfoque bioquímico, que pode não contemplar os aspectos socioculturais e históricos da alimentação. Assim, na sua atualização em 2014 o GAPB amplia o escopo de referencial teórico das ciências humanas e nesse sentido tenta abarcar a complexidade da vida humana, abandonando qualquer tipo de quantificação (OLIVEIRA; SANTOS, 2020).

Este estudo populacional com metodologia no campo da estatística utilizará de um lado o arcabouço metodológico empregado em diferentes trabalhos realizados durante a pandemia, que utilizaram a DM como padrão alimentar de referência, para definição do grau de adesão a uma alimentação adequada e saudável e por outro lado a partir de estudos híbridos e interseccionais entre alimentação e humanidades tentará, ainda que não pretenda exaurir, compreender as motivações intrínsecas e extrínsecas, bem como os fatores limitadores para mudanças no hábitos alimentares dos participantes do estudo. Para tanto, o GAPB lastreou a construção do instrumento de coleta.

A abordagem qualitativa do GAPB necessariamente far-se-á presente em diferentes fases da pesquisa (instrumento de coleta, discussão dos resultados, proposição de informações em saúde com vistas à educação da comunidade), pela necessária apropriação dos aspectos culturais brasileiros nas análises sobre essa temática.

Verthein e Gaspar (2021) realizaram a avaliação de quatro guias alimentares, sendo dois deles produzidos por Instituições Brasileiras (ABRAN e Núcleo de Alimentação, Saúde e Ambiente - Nasa/Fiocruz), que propunham a realização de orientações nutricionais no contexto

da pandemia da COVID-19. Os autores consideraram que os guias reproduziam um conjunto de informações resultantes de estudos de análise bromatológica, clínica e experimental da ciência da nutrição, resultando em aconselhamentos descontextualizados das experiências no mundo concreto, deixando, portanto, lacunas referentes às dimensões de gênero, classe e étnico-raciais, que, por sua vez, são determinantes das escolhas alimentares. A análise multidimensional da alimentação, a partir das dimensões já citadas, e acrescente-se ainda a dimensão ética, aparecem em diferentes documentos e estudos brasileiros que tentam compreender, ainda que de forma incipiente, a integralidade dos sujeitos no que concerne às decisões em saúde.

Nesse diálogo, González, Rojas e Coelho-de-souza (2018) discorreram sobre a “multidimensionalidade da segurança alimentar e nutricional (SAN)” a partir da conexão de diferentes campos (social, econômico, ecológico, político, cultural, ético e nutricional) que alicerçam a discussão sobre SAN.

SAN é definida pela lei 11.346 de 15 de setembro de 2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN como:

“A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, **tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis**” (BRASIL, 2006, p.1 - grifo nosso).

O GAPB elenca inúmeros outros documentos oficiais brasileiros que discorrem sobre os determinantes da saúde e da nutrição, os quais dialogam sobre hábitos alimentares a partir da compreensão da comunhão entre esta pluralidade de domínios que são necessários à compreensão da saúde e das heranças sociais que de algum modo repercutem nas escolhas alimentares.

Assim, este trabalho não se priva da compreensão sobre a imbricação de componentes “econômicos, políticos, sociológicos, psicológicos, afetivos e mitológicos” que para Sander (2007) contribuem para atender as demandas da educação por intermédio de uma abordagem multidimensional, mas que aqui extrapola-se para a compreensão das questões que nascem das necessidades humanas e impactam a saúde. Assim as contribuições deste trabalho embora

contemplem em alguma medida as dimensões aqui discutidas são apenas parte de uma construção sabidamente complexa, mas que pertence ao contexto plural citado.

Dada a vinculação da pandemia a questões socioculturais e ambientais, não é possível reduzir essa discussão apenas ao âmbito sanitário ou biomédico. Nesse sentido, o professor Veiga-Neto, a partir de neologismos sobre o termo *sindemia*, propõe a expressão *sindemia covídica*, a qual possui aderência à análise empreendida, até aqui, sobre os determinantes da saúde (VEIGA-NETO, 2020).

Adicione-se, nesse diálogo, que em situações que envolvem o adoecimento em massa, como é o caso da pandemia da COVID-19, o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e as considerações sobre os pré-requisitos para a melhoria de saúde são fundamentais, visto que medidas não farmacológicas podem auxiliar na adoção de atitudes individuais, coletivas e ambientais capazes de retardar a disseminação da doença (GARCIA; DUARTE, 2020).

Em 1986, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida na cidade de Ottawa (Capital do Canadá) produziu um importante documento, a Carta de Ottawa, que em seu texto já considerava que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal” e fazia a ressalva de que “fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos” e suas inter-relações precisam ser compreendidas como fundamentais no manejo das condições de saúde da população (BRASIL, 2002).

Essa perspectiva fica clara na pandemia do novo coronavírus.

" Por ser um problema coletivo, ainda desconhecido e de caráter global, é necessário um amplo escopo de ações intersetoriais articuladas, especialmente de âmbito econômico, social e sanitário. No campo da saúde, faz-se necessário, como já mencionado no texto, ações em dois âmbitos: (1) macropolítico, principalmente a aquisição e garantia de leitos hospitalares, respiradores e medidas farmacológicas; e (2) práticas educativas e ações de cuidado pautadas nas tecnologias leves” (CECCON; SCHNEIDER, 2020, p.8).

O discurso de Di Renzo *et al.* (2020), coaduna com esse pensamento quando defende a adoção de estratégias de saúde pública para enfrentamento da doença, incluindo além de estudos da área biomédica, trabalhos na área de ciências humanas que abordam estilos de vida, hábitos alimentares e o comportamento. De forma similar, Ayseli *et al.* (2020) defendem a existência de “uma compreensão mais abrangente e diferenciada de fatores relevantes da dieta e estilo de

vida para os profissionais de saúde e o público em geral”, nesse sentido, propuseram uma revisão da literatura sobre informações nutricionais específicas para profissionais de saúde, durante a pandemia. Como resultados, os autores identificaram que a maior comercialização de nutracêuticos e alimentos funcionais e elaboração de preparações saudáveis relacionavam-se com uma maior preocupação da população com aspectos relacionados ao estilo de vida com vistas à prevenção de agravos. Além disso, para a realidade da população estudada havia pouco enfoque na orientação nutricional, à despeito da sua importância no manejo de fatores de vida modificáveis. Para os autores, o estado nutricional e o *status* do sistema imune de pessoas predispostas à infecção devem ser cuidadosamente investigados.

Todas as discussões supracitadas têm em comum o fato de estarem incluídas no escopo das ações de promoção da saúde.

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de **capacitação da comunidade** para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (OMS, 2002,p.1 - grifo nosso).

No que concerne à educação em saúde, a mesma é concebida, portanto, como oportunidade para promoção da autonomia dos sujeitos e prestação de esclarecimentos, frente ao desencontro de informações vivenciado na pandemia. Para tanto, profissionais da saúde, gestores e a população são categorias que precisam estar envolvidas nesse processo de promoção da saúde (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

O capítulo seguinte dedica-se ao aprofundamento dessa análise.

4.4 Importância da educação em saúde na orientação nutricional de profissionais de saúde frente a ausência de ações farmacológicas de prevenção da COVID-19 e face à evolução da imunização no país.

Segundo a publicação *As Cartas da Promoção de Saúde* do MS, em 2002, a educação é pré-requisito para a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2002). Nessa discussão, o presente trabalho concorda com a ideia de que a educação em saúde possibilita o “desenvolvimento das potencialidades humanas” (PEREIRA, 2003).

A educação em saúde, no contexto pandêmico, é fundamental para que os conhecimentos relativos às características do vírus, da doença e das estratégias de prevenção cheguem à população. Nesse contexto, a OMS recomendou a educação do “público em geral sobre a seriedade da COVID-19 e do seu papel na prevenção da propagação da doença” (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

A Declaração de Sundsvall, fruto da Terceira Conferência Internacional de Saúde ocorrida em 1991 na Suécia, define adequadamente o papel da educação na superação dos desafios para a promoção da saúde: “A educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos” (BRASIL, 2002).

As análises de Ceccon e Schneider (2020) coadunam com esse pensamento, na medida em que compreendem que “as tecnologias leves e a educação em saúde” são condições fundamentais para a disseminação das recomendações presentes nos decretos governamentais. Os autores discutem a sua importância como oportunidade de “produção de sentido”, especialmente no que se refere às precauções necessárias para que seja evitado o contágio da doença. Para tanto, os autores trazem em seu trabalho as definições de educação em saúde e tecnologias leves, como segue.

“A educação em saúde, neste caso, caracteriza-se como o processo educativo de construção de conhecimentos para a apropriação por parte da população das medidas necessárias ao enfrentamento do Coronavírus. Assim, o foco são as estratégias de promoção de saúde, prevenção da doença, sinais e sintomas e orientação quanto à rede de atenção à saúde, centrada na prática do isolamento social (...) Mehry (2002) toma a definição de tecnologia incluindo, também, os saberes utilizados na produção singular nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos (...). As *tecnologias leves* são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização” (CECCON; SCHNEIDER, 2020, p. 13).

É necessário promover formas de propagar as informações em saúde, particularmente num momento de fragilidade de toda a população mundial, em especial dos trabalhadores de saúde.

Ceccon e Schneider (2020) compreendem o papel de educadores dos profissionais de saúde. E para estes esperam sensibilidade quanto às subjetividades do sujeito, até para que possam intervir de forma assertiva na sensibilização sobre o tema proposto. Os autores

complementam que todos os atores (profissionais de saúde, gestores e comunidade) devem ter a oportunidade de intervir, questionar, propor e permitir que a educação possa ser construída a partir de “uma postura dialógica em que se desenvolvem rupturas, conflitos e aberturas para novas configurações subjetivas na vida dos sujeitos, como é o caso do isolamento social” (CECCON E SCHNEIDER, 2020). Assim:

“A educação em saúde, neste caso, não se trata apenas de atos de transmissão de conhecimento sobre o Coronavírus, mas um processo ético, estético, político e pedagógico que requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e implementar ações inovadoras, como é o caso do isolamento social. Busca emancipar o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si e da coletividade” (CECCON; SCHNEIDER, 2020, p. 13).

Nesse contexto, o presente trabalho pretende colocar os profissionais de saúde, sejam gestores ou não, na posição de educandos. No lugar de indivíduos que precisam de suportes educacionais, numa área com categorias diversas, cujos conhecimentos lamentavelmente nem sempre se cruzam, embora se complementem.

“A aprendizagem acontece quando se ensina e aprende o conhecimento já produzido e quando o mesmo é descoberto, sem uma produção *a priori*” (CECCON; SCHNEIDER, 2020). Nasceram, desse pensamento, duas reflexões. Primeira, de que é preciso compreender as limitações dos profissionais da área de saúde na adoção de estilos de vida saudáveis a partir da narrativa do público em questão, num momento singular das suas vidas profissionais, sem julgamentos ou inferências prévias a respeito de uma condição jamais vivenciada por estes. Segunda, de que a compreensão do estado de saúde da população estudada evita que se incorra no erro de criar um instrumento de educação em saúde, pautado na transferência de conhecimento/conteúdos que não representem a necessidade do público-alvo.

Na publicação de Silva, Bonfim e Massena (2018), embora os autores discorram sobre alimentação a partir do enfoque em outra temática, que não a COVID-19, existe uma discussão importante sobre a definição de ideologia e o seu impacto nas preferências humanas. Para os autores, a ideologia diz respeito a um “conjunto de significados e práticas que fazem parte da cultura vivenciada” e que condiciona a manifestação de escolhas. Nesse contexto, os autores atribuem à escola o papel de reconstrução contínua da ideologia, podendo a mesma fortalecer práticas ideológicas dominantes ou modificá-las. Dialogando com o tema aqui proposto,

embora existam inúmeras situações que incidem sobre as escolhas alimentares, é possível, então, que a educação influencie a reconstrução ou o fortalecimento das preferências.

A análise crítica da realidade, conforme preconizada pela pedagogia libertadora de Paulo Freire, contribui com a execução de programas com a comunidade, gerando orientações políticas e técnicas que proporcionam benefícios à saúde dos indivíduos (PEREIRA, 2003). Dada a singularidade das experiências com impactos negativos para a saúde durante a pandemia da COVID-19 é preciso reconhecer como as diferentes populações conduzem seus cuidados em saúde à essa época. Pesquisas na área das ciências humanas têm o potencial de investigar comportamentos disfuncionais e propor estratégias de promoção da saúde para o enfrentamento das condições insalubres identificadas. Assim como para Freire, nesse trabalho, aspira-se tomar “a cotidianidade e a forma como nela se move o mundo como objeto de reflexão” (FREIRE, 2001). Nesse caso em particular, as experiências num contexto pandêmico e sua correlação com os hábitos alimentares dos profissionais de saúde brasileiros.

Existem peculiaridades da realidade brasileira que retardam o adequado enfrentamento da doença. Muitas delas já foram discutidas no primeiro capítulo deste trabalho. A esse diálogo pretende-se adicionar aqui mais um papel da educação em saúde, que é o de fomento à imunização.

A redução da circulação do vírus (SARS-COV-2) somente será possível através de adesão em massa ao calendário de vacinação dos países. Interesses políticos e desconfiança nas pesquisas com os imunizantes são alguns dos fatores que podem retardar a adesão aos planos nacionais de vacinação (BIVAR *et al.*, 2021). Essas circunstâncias somadas às implicações negativas da definição tardia de consórcios para aquisição/produção de vacinas no Brasil (PAES-SOUSA, 2021), bem como do moroso planejamento do Plano Nacional de Imunização, marcado por avanços e regressos até a sua implementação (MACEDO; STRUCHINER; MACIEL, 2021) pode arrastar ainda mais o curso da doença. Com isso, mais pessoas contaminadas necessitarão de suporte, em diferentes níveis de saúde e mais ações de incentivo à proteção individual, coletiva e ambiental. Nesse contexto, é crucial o empoderamento e a promoção da autonomia dos sujeitos sobre essa e todas as outras circunstâncias já discutidas.

Ademais, as consequências de longo prazo, da pandemia da COVID-19, carecem de investigações futuras (DI RENZO *et al.*, 2020). O presente trabalho movimenta-se nesse

sentido, principalmente no que se refere à orientação nutricional dos profissionais alvo do estudo, não só ao longo do período pandêmico, mas considerando o período pós-pandemia que, para o qual espera-se, não esteja muito distante.

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Foram estudadas as relações entre a educação em saúde e o padrão alimentar de profissionais que atuam na área de saúde, no contexto pandêmico. A pesquisa previa a participação de todas as categorias profissionais, mas participaram efetivamente auxiliares de limpeza, vigilância e copa; maqueiros; técnicos de enfermagem, nutrição, laboratório e radiologia; assistente social; enfermeiros; farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; nutricionistas; odontólogos; psicólogos e terapeutas ocupacionais. Os sujeitos participantes declararam idade superior a 22 anos, no momento do preenchimento do questionário, e assinalaram profissões cujas atividades formais relacionavam-se com ações desenvolvidas em serviços de saúde. Compuseram a amostra final, participantes que após leitura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), concordaram com o estudo e realizaram o preenchimento do questionário, de forma anônima. No TCLE foram esclarecidos os objetivos, riscos e os benefícios da pesquisa (Apêndice D). Foram disponibilizados *e-mail* e endereço institucionais para que os participantes tivessem acesso aos pesquisadores

O instrumento de pesquisa correspondeu a um questionário estruturado para preenchimento *online*, através da Plataforma *Google Forms* (*Google Inc, Mountain View, CA, EUA*), composto por quatro seções adaptadas dos trabalhos de Quemelo *et al.* (2017), Di Renzo *et al.* (2020), Veirthein e Gaspar (2021), além do GAPB (BRASIL, 2014).

As seções contemplaram dados sociodemográficos e das características profissionais da amostra, dados antropométricos, perfil alimentar e educação em saúde. Para a seção 1 foram coletadas informações sobre idade, gênero, localização geográfica, característica étnico-racial, atividade profissional, renda familiar e nível de escolaridade. Através da seção 2 foram levantados dados antropométricos. A seção 3 previu a avaliação dos hábitos alimentares dos sujeitos, a partir do instrumento MEDAS (Rastreador de Aderência à Dieta Mediterrânea), que após tradução foi considerado um instrumento adaptado (MEDAS-adaptado), além de questões que auxiliaram a compreensão dos determinantes da saúde e da alimentação baseadas nos *dez passos para uma alimentação adequada e saudável* e outras orientações do GAPB. A seção 4 dedicou-se à compreensão do grau de conhecimento dos profissionais sobre educação em saúde,

capacidade de busca de informações e esclarecimentos de dúvidas relativas ao tema da alimentação.

O instrumento MEDAS-adaptado (questões 13 a 26 do apêndice B) concentra informações de diversas classes de alimentos de acordo com a pirâmide da dieta do mediterrâneo. A ferramenta origina-se do rastreador MEDAS, o qual constitui-se num dispositivo validado para levantamento do grau de adesão à DM. Seguindo a proposta do trabalho de Di Renzo et al. (2020), os valores MEDAS, classificaram os participantes em 03 categorias de adesão à DM: baixa adesão (pontuação 0 a 5), adesão média (pontuação 6 a 9) e alta adesão (pontuação igual ou superior a 10). Embora o instrumento tenha sua origem em pesquisas com indivíduos entre 55-80 anos (SCHRÖDER *et al.*, 2011), já havia sido utilizado em seus trabalhos com indivíduos possuindo entre 12 e 86 anos.

As questões que contemplaram os *dez passos para uma alimentação adequada e saudável*, do GAPB, encontram-se sinalizadas no quadro 2. Com isso a caracterização das necessidades da amostra pôde acontecer de forma mais efetiva, tornando a discussão dos resultados mais robusta.

Quadro 2: Questões associadas à análise dos *dez passos para uma alimentação adequada e saudável* do GAPB.

Passo 1 – Fazer de <i>alimentos in natura</i> ou <i>minimamente processados</i> a base da alimentação.	MEDAS, questões 27 e 28
Passo 2 – Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades.	Questão 29
Passo 3 – Limitar o consumo de <i>alimentos processados</i> .	MEDAS, questões 27 e 28
Passo 4 – Evitar o consumo de <i>alimentos ultraprocessados</i> .	MEDAS, questões 27 e 28
Passo 5 – Comer com regularidade e atenção e, sempre que possível, com companhia.	Questão 32
Passo 6 – Fazer compras em locais que ofertam variedades de alimentos <i>in natura</i> ou <i>minimamente processados</i> .	Questão 34
Passo 7 – Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.	Questões 35 e 41

Passo 8 – Planejar o uso do tempo para dar a alimentação o espaço que ela merece.	Questão 31 e 41
Passo 9 – Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.	Questão 37
Passo 10 – Ser crítico quanto às informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.	Análise da seção 4

BRASIL (2014) – Baseado no GAPB.

Todas as questões, além das citadas, serviram para compor a análise multidimensional da alimentação.

Para a última seção, 07 de um total de 10 questões foram baseadas no trabalho de Quemelo *et al.* (2017), sobre *Literacia em saúde* definida pelos autores como “capacidade de obter, processar e interpretar informações básicas em saúde para tomar decisões adequadas”.

Tendo em vista a originalidade do trabalho, a maior parte das questões relacionadas à compreensão do grau de conhecimento dos profissionais sobre educação em saúde e sobre a importância das ações educativas em geral, bem como àquelas voltadas a orientação nutricional, com a exceção daquelas oriundas do trabalho de Quemelo *et al* 2020, foram elaboradas pelos autores.

A divulgação do questionário ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia - CEP – UNEB, conforme parecer consubstanciado de número 5.133.204. O mesmo foi enviado por *links* utilizando o *WhatsApp* e ficou disponível para preenchimento por um período de 60 dias. Com o intuito de aumentar as taxas de respostas, foi solicitado aos Conselhos Federais Representantes das diversas Categorias Profissionais da Área de Saúde e afins a divulgação da pesquisa em todos os Estados do Brasil. Porém, por não se tratar do escopo das suas atividades, as solicitações foram negadas.

Para essa proposta de estudo, de base populacional, do tipo aplicada, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, emprego do método estatístico e utilização do dispositivo questionário, os dados obtidos foram arquivados em dispositivo eletrônico local, de

máquinas sob responsabilidade dos pesquisadores, bloqueadas com senhas pessoais e intransferíveis, uma vez que após o *download*, todas as informações foram apagadas do ambiente virtual utilizado para a coleta. Após tabulação em planilha do *Microsoft Excel*, os dados foram submetidos a tratamento estatístico conforme será explicitado adiante.

5.2 Tamanho amostral

Foi adotada a amostragem não probabilística por meio da técnica de “bola de neve”, sendo, portanto, obtida uma amostra de conveniência com 121 participantes, após a exclusão de 1 participante que não declarou concordância com o TCLE.

5.3 Análise dos dados

Para avaliação de desfecho entre as diferentes formações profissionais, os participantes foram subdivididos em quatro grupos que originaram categorias nomeadas como administrativa, apoio, nível técnico e nível superior. Compuseram o grupo de apoio profissionais do serviço de copa e de limpeza, maqueiros e agentes de portaria. Técnicos de enfermagem, laboratório, nutrição e radiologia foram agrupados no grupo de nível técnico. Os graduados foram agrupados no grupo de nível superior. Os profissionais do setor administrativo foram todos aqueles que informaram exercer atividades administrativas na área da saúde.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico e passaram por análise descritiva para a apresentação do perfil profissional, alimentar, das características sociodemográficas e educativas da amostra.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir dos dados de peso e altura referidos, para os quais foram geradas médias de peso e IMC, para dois momentos, antes da pandemia e na data de preenchimento do questionário (período pandêmico), para a população total, bem como para as quatro categorias de formação profissional definidas no estudo. O Teste T de Student foi usado para a comparação das médias das variáveis quantitativas contínuas (peso e IMC) e discretas (canais de busca de informações sobre alimentação adequada e saudável). O Teste do Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher foram utilizados para testar a independência entre as variáveis qualitativas. Logo, foram aplicados para avaliação das associações entre o desempenho no rastreador MEDAS e os diferentes fatores investigados

(compreensão de guias, folhetos e cartilhas; renda; formação profissional e participação em atividades educativas), bem como da frequência de participação em atividades educativas com o consumo adicional de cloreto de sódio, *alimentos in natura* ou *minimamente processados*, *processados* e *ultraprocessados*. Os resultados foram considerados significativos para valores de $p < 0,05$.

Para a identificação dos grupos com diferença estatística, foi realizada a comparação par a par por meio da aplicação da Correção de Bonferroni. Para estas últimas análises foram considerados novos valores de significância, conforme o número de cruzamentos necessários, onde foram classificados como significativos valores de $p < 0,008$ para as variáveis renda e formação profissional e $p < 0,005$ para a variável compreensão de guias, folhetos e cartilhas.

A análise estatística foi realizada usando o *software* R, versão 4.2.1.

5.4 Critérios de Inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão possuir 22 anos de idade ou mais, concordar com o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e realizar o preenchimento do questionário.

5.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo menores de 22 anos e trabalhadores sem exercício direto de função ligada ao setor saúde.

5.6 Pré-teste

Como no inquérito virtual aplicado por Cotrin *et al.* (2020) foi realizado um pré-teste para validação interna do instrumento de coleta de dados. Como em Bhagavathula *et al.* (2020) foram definidos os itens: clareza, relevância, viabilidade e aderência como sendo critérios de avaliação, para as quatro seções do questionário. Foi acatada a sugestão, de um juiz, de padronização das respostas, ao passo em que todos foram orientados quanto à classificação das respostas conforme a descrição abaixo:

Para o item clareza: excelente, muito bom, bom ou ruim

Para o item relevância: alta, média, baixa, irrelevante

Para o item viabilidade: viável, pouco viável e inviável

Para o item aderência: com ou sem

Foi enviado, por *e-mail*, o resumo do projeto de pesquisa e uma ficha de avaliação contendo os critérios citados, além de campo para sugestões, para 10 profissionais doutores e pesquisadores, sendo 5 da área de saúde e 5 das ciências humanas, escolhidos aleatoriamente, que concordaram em participar da validação interna. Destes, 04 responderam a ficha de avaliação, sendo 03 da área de saúde e 01 da área de educação e constituíram-se nos juízes.

Do total das avaliações a seção de coleta de dados sociodemográficos foi considerada de baixa relevância por apenas 01 juiz e para a terceira seção (perfil alimentar) 01 juiz, pelas características sociodemográficas da população brasileira, especialmente da região nordeste, alertou quanto à possibilidade de viés de consumo por baixa adesão ao padrão alimentar do mediterrâneo anterior à pandemia. Todas as demais avaliações foram exitosas. As orientações quanto aos ajustes nas questões foram acolhidas, gerando o instrumento final.

5.7 Riscos

Apesar de tratar-se de uma pesquisa anônima, embora raros, existem riscos, não intencionais, inerentes à quebra de sigilo por parte da identificação do IP da máquina utilizada para acesso ao formulário *Google*. Além de ser possível a existência de sentimentos diversos, como constrangimento, confusão, desconforto, cansaço, aborrecimento ou quaisquer outros sentimentos negativos evocados pelas questões que compõem o questionário *web*. Dessa forma, a participação foi totalmente livre e espontânea e o TCLE salvaguarda o direito do participante em desistir de fazer parte do estudo em tela.

5.8 Benefícios

A participação na pesquisa ocorreu de forma anônima. Foi declarada no TCLE a ausência de benefícios diretos para os participantes em relação ao desempenho, orientações sobre estilo de vida ou quaisquer ganhos financeiros. Existe o benefício para o grupo de profissionais elencados no escopo do trabalho, bem como para a comunidade referente à

geração de conhecimentos que tem o potencial de auxiliar na promoção da saúde dos profissionais atuantes na área da saúde. Como contribuição, será pleiteada a publicação do *e-book*, concebido enquanto produto desse projeto, em editora que permita acesso livre ao conteúdo.

6. FINANCIAMENTO

A pesquisa foi desenvolvida com recursos próprios. Assim, não foram estabelecidas parcerias com agências financiadoras, o que coaduna com a política dos autores de isenção de interesses.

7. RESULTADOS

A maior parte dos achados estão descritos nos produtos gerados pela pesquisa. O primeiro produto corresponde a um artigo científico. O trabalho discute a avaliação de interferentes da adesão a padrões alimentares considerados saudáveis, bem como a possível segregação de oportunidades (renda, formação e conhecimento) entre as diferentes categorias profissionais que conformam os recursos humanos da saúde. Sendo assim, incorpora discussões sobre a educação e a renda enquanto determinantes sociais da saúde e da alimentação. Da metodologia do artigo foram suprimidas questões referentes à análise multidimensional da alimentação, tendo em vista a especificidade e o delineamento dos objetivos.

O segundo produto, o *e-book*, leva em consideração os interesses levantados pelos participantes e uma das conclusões do primeiro produto quanto ao potencial de guias e orientações nutricionais para melhores desfechos na saúde da população estudada. Para tanto, incorpora discussões, relativas ao comportamento e as escolhas alimentares, para abarcar uma avaliação mais abrangente resultante da análise multidimensional da alimentação. Fundamentado no GAPB, oferece um racional que permite aos leitores tomadas de decisões com relação à alimentação, como por exemplo montagem de cardápios, listas de compras e desenvolvimento de habilidades culinárias com vistas à *alimentação adequada e saudável*. No entanto, o conteúdo disponibilizado não substitui o acompanhamento e/ou as intervenções sugeridas por profissionais da área de nutrição, visto que uma produção literária não avalia situações singulares de saúde e, por este motivo, não permite individualizações de consumo necessários para tratamentos de saúde específicos.

O conteúdo dos produtos não apresenta todos os resultados da pesquisa, tendo em vista a extensão do questionário aplicado. Além disso, algumas questões serviram aos autores para adaptações do conteúdo do *e-book* baseadas na compreensão das necessidades dos profissionais da saúde. Ademais, em atendimento às particularidades de cada produto, a forma de apresentação dos resultados suprimiu alguns achados. Assim, para análise completa dos levantamentos, os resultados serão descritos, na íntegra.

7.1 Perfil sociodemográfico e profissional da amostra:

A amostra é composta por uma população prioritariamente de profissionais com idade entre 22 e 59 anos (n=110;91,6%), residentes na região nordeste do país (n=115;95%); identificados biologicamente com o sexo feminino (n=97;80,2%) e autodeclarados negros ou pardos (n=83;68,6%). Entre os graduados há uma distribuição entre diferentes áreas de atuação, com predomínio de nutricionistas (n=51;42,1%), seguido por enfermeiros (n=19;15,7%). Os profissionais participantes possuem experiência considerável na área, uma vez que 65,3% dos indivíduos informaram ter mais de 10 anos de experiência laboral. A maior parte da população estudada referiu possuir pós-graduação e renda familiar entre 3 a 10 salários-mínimos.

Dados da análise descritiva demonstraram ainda que apesar de 94,2% dos profissionais classificarem a alimentação como importante ou muito importante em suas vidas, 5% do público estudado já não conseguia, antes da pandemia, adquirir alimentos em quantidade e qualidade suficientes para a preservação da sua condição de saúde individual. Este valor aumentou para 7,4 em razão do contexto pandêmico. Corroborando com este dado, 57% dos profissionais informou que o custo dos alimentos atrapalha as suas escolhas alimentares, sendo este o maior fator interveniente dentre os demais analisados (informação, acessibilidade física, tempo envolvido na aquisição e preparo, preparo centrado em uma pessoa da família, habilidade culinária, questões emocionais e publicidade).

Para 36,4% dos respondentes, más condições de trabalho constituem-se nos fatores que mais impactam a qualidade de vida.

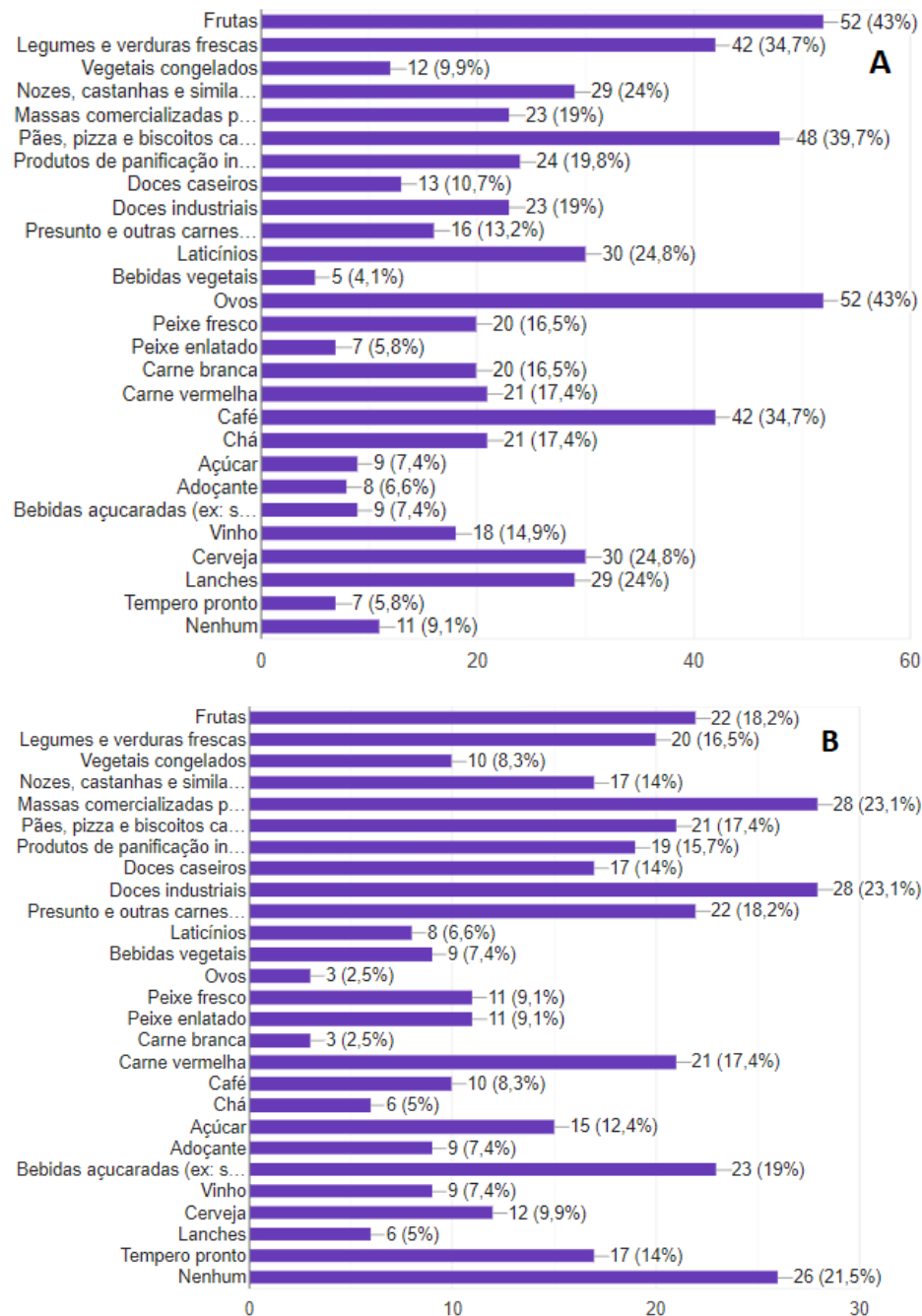
7.2 Antropometria:

O percentual de obesos, da amostra estudada, aumentou de forma não significativa de 16,5% para 17,35% durante a pandemia. Na estratificação por gênero e idade não houve diferença dos valores de peso e IMC antes e durante a pandemia. Já para indivíduos atuantes na área administrativa foram identificados aumentos significativos na média do peso (p=0,047; p<0,05) e do IMC (p=0,048; p<0,05) no recorte temporal proposto.

7.3 Perfil alimentar:

A investigação dos hábitos alimentares, baseada na DM, demonstra um consumo abaixo do esperado de azeite de oliva (n=95;78,5%) e pescados (n=88;72,7%) e, em contrapartida, adequado para todas as demais componentes da DM e *ingredientes processados* como cloreto de sódio (n=113;93,4%) e sacarose (n=93;77,5%). Este fato se reproduz na avaliação do rastreador de adesão à DM onde a maior parte dos participantes obteve médio (n=70;57,9%) a alto desempenho no instrumento (n=31;25,6%). Do total da amostra, apenas 16,5% dos respondentes foram classificados como “baixa adesão à DM”. Para cloreto de sódio e sacarose foram considerados adequados registros de adição de menos de 5 e 50 gramas por dia, respectivamente. Para a água 71,9% ingerem entre 1 e 2 litros por dia, 15,7% ingerem mais que 2 litros por dia e 12,4% ingerem menos que 1 litro por dia.

O gráfico 1 demonstra a mudança no perfil do consumo de diversos alimentos durante a pandemia. Os cinco alimentos mais relacionados com o incremento do consumo, foram as frutas e ovos (43%); pães, pizzas e biscoitos caseiros (39,7%); café (34,7%); legumes e verduras frescas (34,7%). Em contrapartida, a maior parte dos alimentos cujo consumo reduziu foram massas comercializadas prontas e doces industrializados (23,1%); bebidas açucaradas (19%); embutidos e frutas (18,2%). Notadamente, o número de profissionais que assinalou que o consumo de frutas aumentou foi maior que o quantitativo que sinalizou a redução deste consumo. No geral, todos os alimentos *in natura* ou *minimamente processados* tiveram seu consumo aumentado, com exceção da carne vermelha, cujo percentual de consumo se manteve. O contrário ocorreu para *ingredientes processados, alimentos processados e ultraprocessados*, com a exceção do pão, para o qual apesar de ter havido aumento na produção caseira, houve também aumento na aquisição dos industrializados.

Gráfico 1. Alimentos cujo consumo aumentou (A) ou diminuiu (B) durante a pandemia.

As associações demonstraram diferença significativa, na adesão à DM, entre a menor faixa de renda (1 salário mínimo) e as duas faixas salariais mais elevadas (3 a 10 e maior que 10 salários-mínimos; $p=0,006$ e $p=0,001$; respectivamente; $p<0,008$). Da mesma forma, participantes que declararam renda familiar entre dois e três salários mínimos pontuaram menos, neste instrumento, do que indivíduos com renda superior a dez salários mínimos ($p=0,006$; $p<0,008$). Quando estratificado por categoria profissional, grupos de apoio à saúde

($p=0,007$; $p<0,008$) e profissionais técnicos ($p=0,006$; $p<0,008$) tiveram menor desempenho no MEDAS-adaptado quando comparados aos profissionais de nível superior.

Parte das análises dedicaram-se à caracterização do perfil alimentar da amostra à luz das orientações do GAPB e dos determinantes em saúde. Os resultados demonstram que 75% dos participantes possuem acessibilidade física a locais de plantação e venda de itens que consideram essenciais para a alimentação. Com esta finalidade, o supermercado foi o estabelecimento mais escolhido (85,1%) pela maioria dos profissionais. No tange à aquisição de alimentos, 62% optam, com frequência, por alimentos típicos da região. Quando o assunto são refeições prontas, 52,1% dos participantes, quando fora da residência, realizam refeições em restaurantes à quilo, demonstrando uma predileção por este espaço, quando comparado a restaurantes *à la carte*, lanchonetes e lojas de *fast food*, dentre outros estabelecimentos. Apenas 4,1% da amostra opta por refeições em *fast foods*. No geral, há satisfação quanto aos ambientes destinados ao consumo alimentar, uma vez que 83,5% os consideraram adequados. Sobre a produção de refeições na residência, há demonstração de interesse, por aproximadamente 78% da amostra, no desenvolvimento de habilidades culinárias, embora 28,9% tenham registrado que a elaboração das refeições, quando centrada em apenas um integrante da família, atrapalha as escolhas alimentares. O consumo das refeições, independente do ambiente, normalmente acontece na presença de alguma companhia (69,4%). Acerca da colaboração entre os gêneros, em torno de 91% acreditam que mulheres sofrem maiores impactos negativos para a sua condição física e emocional, durante a pandemia, por precisar dedicar maior tempo para o cuidado com as pessoas da família, as tarefas domésticas, além do trabalho formal. Quando o assunto foi a motivação para a adesão a hábitos alimentares saudáveis, a manutenção de boas condições de saúde apareceu como o item, com maior frequência de respostas (79,3%).

7.4 Educação em saúde:

Na seção educação em saúde, 93,4% da população do estudo, não citou a informação enquanto obstáculo para as escolhas alimentares adequadas. Inclusive, 72% dos profissionais declarou possuir condição de auxiliar pessoas no esclarecimento de dúvidas acerca do tema e 86% informou ter condição de buscar canais de orientações acerca do assunto. Nesse sentido, a *internet* apareceu como recurso mais utilizado (61,2%) para busca de informações e os nutricionistas, como os profissionais mais requisitados (61,2%) para esse fim. Cabe o destaque de que 71,1% dos pesquisados pressupõe ter condição de discernir entre fontes de baixa ou alta

qualidade, para resultados mais confiáveis. Sobre o assunto foi realizada a análise sobre os canais de busca de informações mais acessados pelas diferentes categorias profissionais estudadas. Houve diferença significativa, quanto a pesquisas sobre o tema, em consensos e publicações científicas, para o grupo de profissionais com nível superior. Ou seja, não há diferença estatística quanto a seleção dos demais canais investigados (consensos, guias e publicações científicas; folhetos e cartilhas; internet; amigos; família; profissionais da saúde), para orientações acerca da temática, entre as diferentes categorias profissionais, que compuseram a análise.

Neste estudo não houve diferença estatística, relativa à adesão à DM, para grupos com diferentes frequências declaradas de participação em atividades educativas acerca do tema investigado, porém houve diferença quanto à redução no consumo de *alimentos ultraprocessados*, com distribuição, em termos percentuais, indicando que a redução do consumo ocorre, com maior magnitude, para indivíduos que relatam maior frequência de participação em atividades educativas. Cabe salientar que apenas 32,2% dos respondentes declaram participar frequentemente ou sempre de atividades educativas, isto é, 67,8% dos profissionais ou nunca participaram ou declaram participação rara ou eventual neste tipo de atividade. Já para diferentes graus de compreensão de guias, folhetos e cartilhas foi identificada diferença estatística quanto à adesão à DM ($p=0,039$; $p<0,05$). Porém, quando aplicada a Correção de Bonferroni, não foi possível identificar quais grupos relacionavam-se com as diferenças. O elevado número de comparações entre os grupos, somado ao número desproporcional de participantes entre os grupos analisados podem ter reduzido o poder da amostra e influenciando o resultado final.

8. PRODUTOS GERADOS

Os produtos gerados pela pesquisa encontram-se em fase de publicação e por este motivo foram suprimidos desta versão da dissertação.

9. DISCUSSÃO GERAL

Grande parte dos resultados foram discutidos nos produtos gerados. Sendo assim, este item pretende realizar a complementação destas discussões.

A pandemia leva a repercussões orgânicas não apenas motivadas pela disseminação de uma doença viral de elevada transmissibilidade (HARRISON; LIN; WANG, 2020), mas também por promover desarranjos econômicos e na vida social que incidem sobre a saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2020), incluindo a saúde física e emocional (ARDEBILI *et al*, 2020). Não foi objetivo deste trabalho discorrer sobre a saúde mental dos trabalhadores, mas para a análise multidimensional da alimentação, faz-se necessário considerar que as escolhas alimentares são permeadas pela condição emocional e conjuntura social em que o indivíduo está inserido. Então, embora não tenham sido avaliados os impactos na saúde mental, considerando a literatura pregressa sobre o assunto, o *status* pandêmico, e não apenas a doença COVID-19, está implicado nesta discussão.

A análise de Nogueira, Rocha e Akerman (2021) sobre a chegada da pandemia em países da América Latina numa condição de “imunidade social baixa”, denota que diferentes populações são envolvidas no contexto pandêmico em condições particulares de enfrentamento. Fatores intervenientes, limitantes ou com potencial para melhores desfechos à saúde foram levantados a partir da caracterização da situação socioeconômica, avaliação do acesso a determinantes em saúde, análise do comportamento alimentar, da seleção dos alimentos, pela amostra, bem como do conhecimento em saúde. Os achados sinalizam discrepâncias fundamentalmente calcadas nas diferenças de oportunidades entre as categorias profissionais participantes. Como limitadores para melhores padrões de consumo de alimentos foram identificados no primeiro produto (artigo científico) a renda, a formação profissional e o conhecimento em saúde. Da análise destes fatores segue a proposição de que a educação em saúde, a equidade do acesso à educação formal e a luta por “políticas públicas saudáveis” (BRASIL, 2002) podem favorecer melhores e mais equitativas condições de saúde e, dessa forma, auxiliar na forma como os indivíduos são afetados e reagem ao contexto pandêmico.

A forma como ocorre a exploração da força de trabalho (intelectual x braçal) e o desgaste físico e emocional, além de outros desdobramentos resultantes das relações desniveladas de oportunidades podem culminar em condições díspares de superação das

adversidades provocadas pela pandemia da COVID-19 e piores condições de trabalho. A Fundação Oswaldo Cruz desenvolveu pesquisas para o levantamento das condições de trabalho dos profissionais de saúde brasileiros, ao longo desta pandemia. Algumas das dificuldades enumeradas dizem respeito a problemas com a infraestrutura; terceirização; renda; jornada de trabalho; sensação de desproteção para a doença COVID-19 e insuficiência de apoio institucional, especialmente para os grupos classificados neste trabalho nas categorias de apoio, administrativo e técnico em virtude do silenciamento das necessidades dos mesmos frente a autoridade dos gestores (FIOCRUZ, 2021; FIOCRUZ, 2020).

Dada a complexidade do contexto analisado, intencionou-se abarcar o maior número de levantamentos com vistas à problematização das decisões sobre a alimentação. O valor dos estudos que avaliam padrões alimentares reside no fato de que é possível analisar um conjunto de interações entre os componentes da alimentação, as práticas alimentares e as repercussões na saúde, o que é inviável em estudos com alimentos isolados (BASTOS, 2019).

Além das associações apresentadas no primeiro produto, um volume significativo de dados foi gerado a partir da estatística descritiva e parte deles fundamentou o *e-book*. Conforme apresentado no segundo produto, para a maior parte das orientações do GAPB há correspondência positiva no estudo. Não foram identificados fatores que pudessem sugerir algum grau de desacordo para oito dos *dez passos para a alimentação saudável*. Dois deles, relativos à compra de itens essenciais para a alimentação em supermercados e o uso racional do tempo foram avaliados como possíveis interferentes na adesão a melhores escolhas alimentares. Considerando a taxa de respostas foram avaliados como adequados o aumento, durante a pandemia, do consumo de alimentos *in natura* ou *minimamente processados*, o consumo reduzido de *ingredientes processados* (cloreto de sódio/sal de cozinha e sacarose/açúcar de mesa), a predisposição para o desenvolvimento de habilidades culinárias, a realização de refeições em estabelecimentos que ofertam variedade de alimentos que constituem a base da alimentação e que os produzem diariamente, a criticidade quanto às informações veiculadas sobre a alimentação saudável e a partilha do momento da refeição.

Cabe nessa discussão, uma análise mais criteriosa relativa ao comportamento alimentar, especialmente do compartilhamento de habilidades culinárias e da refeição, frente às mudanças impostas por diferentes momentos do contexto pandêmico. Na medida em que foi normatizado o afastamento social, conforme protocolos estaduais (AQUINO *et al*, 2020), especialmente no

início da pandemia, os indivíduos, e especialmente os profissionais da saúde, perceberam suas rotinas relativas ao comportamento alimentar modificadas, no âmbito das suas unidades de trabalho, fato esse demonstrado pelo reforço às orientações formais sobre produção e distribuição de refeições em ambientes coletivos no ano de 2020 (ANVISA, 2020), bem como pelas novas logísticas de distribuição de alimentos em Unidades de Saúde (MARQUES, 2020). Somado a isso, a forma de transmissão viral por si só exige distanciamento, em casos onde o mesmo se faz possível, ou como para os profissionais de saúde, promove a perda do contato visual e tátil por motivação da etiqueta respiratória e do uso de EPI's necessários à proteção individual e da saúde da coletividade. O comportamento alimentar defendido pelo GAPB e que prevê o incentivo a tradições e a comunhão do momento da escolha, produção e do consumo alimentar (GAPB, 2014) foi em algum grau esvaziado, especialmente para os infectados que precisam comer isoladamente e para grupos de trabalhos que devem manter um afastamento que permita o consumo seguro, sem o risco de contaminação por gotículas, na medida em que as máscaras são retiradas para o consumo dos alimentos. Assim, não apenas as recomendações quanto à higiene do alimento, do ambiente e do manipulador de alimentos para empresas produtoras de alimentos foram enaltecidas (ANVISA, 2020) como foram sugeridas técnicas apropriadas às particularidades do momento (pandêmico) no manejo dos alimentos em muitos ambientes profissionais que não puderam estagnar suas atividades (MARQUES, 2020), e mesmo nas residências, onde as estratégias educativas chegavam e onde havia condição material para transpô-las na prática (FAOUR-KLINGBEIL *et al*, 2021). Nesse sentido, talvez por motivação da flexibilização quanto ao uso de máscaras e interação social, na ocasião da coleta de dados, os achados não tenham captado esse recorte e podem sinalizar um movimento de resgate, pelas famílias de trabalhadores, das condições pré-pandêmicas, pelo menos no que diz respeito ao consumo alimentar compartilhado.

A mudança sinalizada na forma de compartilhamento ou no grau de interação durante a refeição, aparenta seguir em acordo com as demais flexibilizações adotadas por autoridades sanitárias e governos brasileiros, como por exemplo a retomada da visitação a centros culturais e estabelecimentos de apoio espiritual que por um tempo estiveram desocupados. Considerando que esses e outros espaços, como as escolas, configuram-se para além das suas funções primárias em ambientes para a interação, o convívio humano e o apoio emocional, a pandemia durante algum tempo reduziu as possibilidades de recorrência a recursos físicos de enfrentamento para as dificuldades do cotidiano, mexendo sobremaneira na vida social e com isso na condição emocional e de saúde (MASHAPU *et al*, 2021). Dada a imersão no contexto

pandêmico, as consequências dessas rupturas sociais só serão melhor compreendidas ao longo dos anos. Assim, o impacto da pandemia na forma como os profissionais vão lidar com as habilidades culinárias que envolvem o cultivo, a aquisição, a produção, a distribuição ou o compartilhamento das refeições precisarão de acompanhamentos futuros. Conforme documentado pela maior parte da amostra, considerando situações onde não haja infecção, e notadamente no núcleo familiar, o incentivo às tradições e o estímulo à partilha das habilidades culinárias pode ser efetivado. Guias e outros instrumentos que discutem o tema da alimentação saudável podem apoiar esta conduta tendo em vista os benefícios, já discutidos no *e-book*, para a saúde física e mental.

Comparando os produtos das associações com os dados da análise descritiva, que em conjunto investigaram o perfil e o comportamento alimentar a partir da adesão à DM, a mudança no perfil de consumo de alimentos *in natura*, *minimamente processados* e *ultraprocessados*, e dos *ingredientes processados* pode-se reafirmar que os resultados são prioritariamente positivos. Conforme destacado anteriormente, o conhecimento em saúde esteve também associado com melhores escolhas alimentares visto que a mudança no consumo das classes de alimentos citadas quando analisada em conjunto com a participação em atividades educativas, demonstrou que maiores frequências de participação se associaram com a redução do consumo de *alimentos ultraprocessados*. Da mesma forma, a compreensão de guias, folhetos e cartilhas estiveram associados a melhores desfechos no que tange à *alimentação adequada e saudável*. Sendo assim, analisando o resultado geral, a pandemia da COVID-19, cujas possibilidades de implicações negativas para a saúde foram discutidas, não se associou com piores desfechos para as escolhas alimentares para a maior parte da amostra ou para o diagnóstico nutricional dos participantes, à exceção dos profissionais de menor renda, daqueles cuja formação não exige graduação em áreas da saúde e dos profissionais do setor administrativo.

Observa-se pelo exposto que resultados que envolvem variáveis relativas à educação em saúde também se destacam positivamente no conjunto de desfechos, pela associação com melhores escolhas alimentares. Logo, num cenário onde a difusão do conhecimento ocorre de maneira desigual, o livro virtual constitui-se em veículo de conhecimento e democratização de informações.

A labilidade de informações sem evidências científicas que circulam, durante a pandemia, seja pela incipiência dos estudos para uma doença com diagnóstico recente ou a

forma como cada governo aderiu às recomendações das agências mundiais de fomento a ações em prol da saúde, pode tornar a população exposta a maiores riscos para a saúde, incluindo a automedicação (COTRIN *et al.*, 2020) e o uso indiscriminado de nutracêuticos (AYSELI *et al.*, 2020) sem indicação profissional como medida heróica, e empírica, para salvaguardar a saúde. Assim, a publicação de dispositivos, como o *e-book*, desde que possuam bases científicas robustas, pode ir de encontro à desinformação gerada no contexto pandêmico.

Para efeito de esclarecimento, o *e-book* discute os fundamentos da alimentação saudável, mas não incorpora orientações formais sobre o consumo de água. Não menos importante que todos os diferentes grupos alimentares, o consumo adequado de água envolve benefícios à saúde (IOM, 2006; BRASIL, 2014). No entanto, apesar de ter sido parte do levantamento, os dados gerados não puderam associar-se com recomendações quanto ao seu consumo, pois não houve no questionário, levantamento sobre diagnóstico prévio de doenças com limitações para o seu consumo. Também não houve espaço para que a população especificasse grau de atividade física ou características da atividade laboral que se relacionassem com maiores ou menores necessidades de hidratação. Além disso, não foi investigado o consumo de outros líquidos que pudessem impactar no estado de hidratação do corpo. O GAPB não estabelece, para a população geral, quantificações relativas ao consumo de água em virtude de as recomendações levarem em consideração essas e outras particularidades, mas sinaliza o considerável conteúdo de água dos alimentos que constituem a base da alimentação (BRASIL, 2014).

Segundo a literatura, para alguns profissionais da saúde as jornadas de trabalho podem impactar nos cuidados em saúde (MIRON; MALATSKEY; ROSEN, 2019). É possível que, durante a pandemia da COVID-19, para aqueles que conviveram ou ainda convivem com situações de exaustão no desempenho das suas funções (FIOCRUZ, 2021), as interferências no cuidado individual com a própria saúde, sejam ainda maiores. Baseado neste racional, a manutenção da rotina de trabalho ou ainda o incremento de protocolos e sobrecarga na assistência, em situações específicas, dependo da situação de cada Unidade de Saúde, pode também culminar em piores condições quanto à implementação ou manutenção do cuidado individual com a saúde. As oportunidades de cuidado podem ser limitadas nos casos onde não há *letramento em saúde* suficiente para que tomadas de decisões sejam amparadas pelo conhecimento técnico ou onde minimamente, não existam condições, para busca e interpretação de informações em fontes confiáveis. Este trabalho demonstrou que graduados em cursos da

área da saúde se destacam quanto à busca de informações de saúde em publicações científicas, guias e consensos. A condição de interpretação destes materiais torna a apropriação dos dados mais confiável. No entanto, nem todas as categorias profissionais, durante a formação, dispõem do mesmo tempo de imersão em conteúdos relativos à *educação alimentar e nutricional*, logo o fomento à participação em atividades educativas implicadas com o repasse de informações qualificadas e respaldadas pela ciência, e do acesso a materiais físicos, que preservem a mesma qualidade de conteúdo, podem auxiliar na difusão do conhecimento e no cuidado individual com a saúde de um grupo que sinalizou interesse pela temática e que tem como maior agente motivacional, para a adesão a melhores hábitos alimentares, a manutenção de boas condições de saúde.

Tecnologias leves incluídas em guias, *e-books* e outros instrumentos para orientação *alimentar e nutricional*, tendo como base elementos da educação em saúde podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida de grupos de trabalhadores, particularmente daqueles cujas características do campo de trabalho os tornam mais sujeitos às circunstâncias degradantes da saúde. Para além disso, podem ainda ajudar a mitigar os efeitos causados, pelo contexto pandêmico, os quais parecem ocorrer de formas distintas entre diferentes grupos, aparentemente com impactos mais negativos para a saúde de grupos mais vulneráveis.

No contexto da propagação de informação em saúde vinculada à alimentação, Downing *et al.* (2021) discutem a insuficiência do tempo destinado para a *educação alimentar e nutricional* em diferentes programas dos cursos vinculados à área da saúde e ausência de padronização do conteúdo onde para algumas formações há abordagens centradas na bioquímica médica sem espaço para o aconselhamento nutricional. Sobre a temática, Razavi (2021) que desenvolveu um trabalho com a DM em famílias com crianças discute a contribuição dos pais, considerando a família, no envolvimento em abordagens mais precoces sobre a temática. Para o Brasil, a busca em bases de dados públicos não permitiu a identificação quanto a formalização de carga horária, ementa e abordagens para a educação nutricional em diferentes cursos da área de saúde. Em quaisquer uma dessas circunstâncias a *educação alimentar e nutricional*, enquanto parte da abordagem da educação em saúde esteve, muitas vezes, associada a melhores desfechos para a saúde da população.

Sem a pretensão de esgotar a discussão sobre o contexto pandêmico; o declínio financeiro e a piora do nível de pobreza podem também, impactar o acesso à alimentação suficiente para o desempenho das atividades e manutenção das reservas orgânicas da população (PEREIRA; OLIVEIRA, 2020). Trabalhos com alimentação saudável envolvem grande número de variáveis e exigem uma análise multidimensional da alimentação que envolve entre outras questões a avaliação das características sociodemográficas e condições de acessibilidade física e financeira aos alimentos. Embora o acesso físico não interfira, para a maioria dos respondentes, nas escolhas alimentares, o custo dos alimentos aparece como o principal fator impeditivo. Esta discussão não inicia e nem termina no campo da saúde, de forma que, não se reduz ao âmbito sanitário e/ou biomédico. A educação implica além do conhecimento nutricional o empoderamento para reivindicação por mudanças políticas e econômicas que culminem em melhores condições de vida e saúde (BRASIL, 2010; MS, 2013). Segundo os dados da mais recente da Pesquisa de Orçamentos Familiares do Brasil (POF 2017-2018), a região nordeste, onde reside grande parte dos participantes desse trabalho, é a que mais contribui com o Índice de Perda de Qualidade de Vida (IPQV) no país (IBGE, 2021), existindo razões para que a população se movimente no sentido da maior e melhor participação na vida pública.

A educação financeira e em saúde (RAZAVI *et al*, 2020), bem como a participação na vida pública podem atenuar a forma como cada população responde às alterações impostas pelo contexto pandêmico. E no nível individual, quando outros determinantes da saúde são garantidos, as *tecnologias leves* podem auxiliar na relação de cada indivíduo, em especial os mais expostos a contaminações, com as suas próprias escolhas em saúde (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

Considerando os dados epidemiológicos para a região do país que concentra a maior parcela dos profissionais da saúde que compuseram a amostra, pode haver um quantitativo significativo de trabalhadores em saúde brasileiros que entraram no contexto pandêmico de forma menos organizada, do ponto de vista econômico e de conhecimento em saúde. Mas ainda que não haja correspondência destes achados do estudo na prática, o direito à saúde, conforme garantido pela Constituição Federal de 1988, não pode ser negado a nenhum indivíduo. Assim, na hipótese de existir um profissional da saúde ou qualquer pessoa em situação de *insegurança alimentar e nutricional* há violação deste direito humano. Logo, tão importante quanto os bons resultados é o alerta deixado sobre a parcela dos trabalhadores que pode estar vivendo nesta

situação, à qual limita a adesão à padrões alimentares que conferem proteção contra doenças infecciosas e DCNT's, que por sua vez configuram-se como fator de risco para a COVID-19 e relacionam-se com elevadas prevalências de óbitos, no mundo.

Quanto à secção por gênero, os achados da pesquisa coadunam com a pauta da feminilização do trabalho no setor saúde, em alguns países, como os EUA (DILL; HODGES, 2019). O levantamento de Machado *et al.* (2022) ratifica essa condição no Brasil, onde a maior parte da força humana da saúde é constituída por mulheres. A concordância por 91% da amostra de que a mulher sofreu mais com os efeitos da pandemia por dedicar maior tempo para o cuidado com as pessoas da família, as tarefas domésticas e o trabalho formal pode sinalizar uma gestão inadequada do tempo com impactos no cuidado com a alimentação. Esta circunstância pode afetar não só as escolhas alimentares individuais como também a saúde de todos os componentes da família. Sobre o assunto, o GAPB incentiva o compartilhamento de tarefas no âmbito doméstico, e com isso a partilha de todas as etapas que interferem na alimentação, desde a seleção, aquisição, elaboração até o consumo dos alimentos.

Ainda sobre o assunto, durante a pandemia da COVID-19, com o fechamento de escolas e creches, algumas mulheres foram impulsionadas para a condição de cuidadoras, não receberam incentivos financeiros públicos calculados e seccionados por gênero e em alguns casos estiveram mais expostas à violência doméstica (CONNOR *et al.*, 2020). Lamentavelmente dez participantes, deste estudo, relatam o impacto negativo da violência, seja física ou simbólica, em suas vidas, sete destes identificaram-se biologicamente com o gênero feminino. Assim, é importante dar atenção aos sinais de violência reconhecidos por uma parcela dos participantes. Essa informação incorre na análise já estabelecida sobre a participação da esfera pública e participação comunitária no diálogo sobre melhores condições de vida e saúde.

A análise positiva para a maioria dos parâmetros analisados não pode ofuscar a discussão sobre os impactos negativos da pandemia da COVID-19, pelo impacto que podem causar na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Como discutido, há situações que incorrem em maiores riscos à saúde onde a educação, especialmente libertadora, tem o potencial de auxiliar o enfrentamento, ainda que a resolução se associe às intervenções de saúde pública, para as quais não se pode reduzir somente à condição individual a responsabilidade pela solução do problema. Em paralelo, existem medidas capazes de propagar as recomendações em saúde

e promover a equidade do acesso ao conhecimento, ou nesta discussão, às orientações nutricionais, não para que estas se configurem numa imposição, mas para que as tomadas de decisões, que como levantado neste trabalho, ao serem condicionadas pelo estilo e pelas condições de vida (FIGUEIRA *et al.*, 2015), possam ser lastreadas pelo conhecimento. Nesse sentido, cabe a reflexão de que ideologias podem ser reconstruídas no âmbito escolar (SILVA; BONFIM; MASSENA, 2018), e sendo assim, por intermédio da educação podem ser conformados novos modos de vida para as futuras gerações.

10. CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados com o presente estudo, podemos concluir que:

- Os perfis sociodemográficos apontam para disparidades nos aspectos socioeconômicos, ao tempo em que, do ponto de vista alimentar houve um bom resultado global na amostra estudada.
- Ações de educação em saúde tem papel fundamental nas escolhas alimentares de profissionais de saúde no geral e, especificamente no período pandêmico, percebendo-se claramente que fatores como o nível de escolaridade e a apropriação de conhecimento em saúde favorecem melhores resultados de adesão a alimentação saudável.
- Faz-se importante a implementação em ato contínuo de ações de educação em saúde para profissionais de saúde, considerando as experiências relatadas ao longo da pandemia, como fator de proteção à saúde dos mesmos, não só no contexto da COVID-19, mas em toda a sua vida e na relação com o trabalho.
- O *e-book* apresentado representa um instrumento inicial capaz de abrir as portas do conhecimento sobre os cuidados com a alimentação nesse grupo de profissionais, com vistas a melhoria nutricional e conseqüentemente da qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ANVISA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Atualização de orientações para Empresas Produtoras de Alimentos**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/anvisa-atualiza-orientacoes-para-empresas-de-alimentos>. Acesso em 18 nov. 2022.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2020.
- ARDEBILI, M. *et al.* Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **American Journal of Infection Control**, EUA, v. 49, n. 5, p.547-554 may, 2021. Disponível em: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(20\)30896-8/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(20)30896-8/fulltext). Acesso em: 30 de set. 2022.
- AYSELI, Y. I. *et al.* Food policy, nutrition and nutraceuticals in the prevention and management of COVID-19: Advice for healthcare professionals. **Trends in Food Science and Technology**. Amsterdam, v.105, p. 186-199, nov, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33519086/>. Acesso em: 28 fev. 2021.
- BALANZÁ-MARTÍNEZ, V. *et al.* The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, v. 14, n. 1, p. 16–26, aug, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456305/>. Acesso em: 05 fev. 2021.
- BASTOS, A. A. *et al.* Association between the adherence to the Mediterranean dietary pattern and common mental disorders among community-dwelling elders: 2015 Health Survey of São Paulo, SP, Brazil. **Journal of Affective Disorders**. São Paulo, v. 265, p. 389-394, mar, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32090764/>. Acesso em: 11 nov. 2022.
- BASTOS, A. A. . **Adherence to the Mediterranean dietary pattern and Common mental disorders in elderly living in São Paulo-SP-Brazil: population-based study**. p. 1–83, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-10062019-104012/publico/Amalia_Almeida_Bastos_ME_Original.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.
- BHAGAVATHULA, A. S. *et al.* Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers: Cross-sectional study. **JMIR Public Health and Surveillance**, v. 6, n. 2, p. 1-9, apr, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320381/>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- BIVAR, G. C. C. *et al.* Covid-19, the anti-vaccine movement and immunization challenges in Brazil: A review. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, p. 1–8, jan-dez 2021. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/39425/26610>. Acesso em: 26 jul. 2020.
- BRAGA, A. C. G. *et al.* Interactionist view of circumstances that interfere with nurses' lifestyle. **Revista brasileira de enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 72, p.74-79, out, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/mBFtsqftBWPT3jXB9GDPYjv/?lang=en&format=pdf>.

Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. **Cartas da Promoção da Saúde**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº 11346, de 2006**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm. Acesso em: 11 nov. 2022

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei Nº 13979, de 2020**. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.

Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 set. 2019.

CARRARA, Ana; SCHULZ, Peter J. The role of health literacy in predicting adherence to nutritional recommendations: A systematic review *Patient Education and Counseling*. **Patient Educ Couns**, Noruega, v. 101, p. 16-24, jan, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28739178/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CECCON, Roger F.; SCHNEIDER, Ione C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **Scielo Public Health**. São Paulo, v. 91, n. 5, p. 287, 2020.

CFN. **Nota oficial: Orientações à população e para os nutricionistas sobre o novo**

coronavírus. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/index.php/destaques/19913/>. Acesso em: 08 out. 2021.

COTRIN, P. *et al.* Healthcare Workers in Brazil during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Online Survey. **Inquiry**, EUA, v.57, Jan-Dec, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7550936/>. Acesso em: 28 jan. 2021.

COELHO-RAVAGNANI, Christianne F.; CORGOSINHO, Flavia C.; SANCHES, Fabiane L. F. Z.; PRADO, Carla M.M.; LAVIANO, Alessandro; MOTA, João F.. Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic. **Nutr. Rev**, EUA, v. 79, p.382–393, jul, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32653930/>. Acesso em: 14 fev. 2021.

COSTA, Carolina. *et al.* Nova score for the consumption of ultra-processed foods: description

and performance evaluation in Brazil. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 55, p.1-9, apr, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33886951/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DI RENZO, L. et al. Eating habits and lifestyle changes during Covid-19 lockdown: as Italian survey. **J Transl Med**, Califórnia, v.18, p.229-244, Jun, 2020. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513197>. Acesso em: 24 jan. 2020.

DILL, Janette; HODGES, Melissa. Is healthcare the new manufacturing?: Industry, gender, and “good jobs” for low- and middle-skill workers. **Social Science Research**. EUA, v. 84, p.102350, nov, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049089X18308044?via%3Dihub>. Acesso em: 18 nov. 2022.

DOWNING, Michael A. *et al.* Dietary views and habits of students in health professional vs. non-health professional graduate programs in a single university. **Journal of Osteopath Med**, Berlin, v. 121, p.377-383, feb. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33694352/>. Acesso em: 06 de nov. 2022.

DRAGUN, Ruzica. *et al.* Have lifestyle habits and psychological well-being changed among adolescents and medical students due to COVID-19 lockdown in Croatia? **Nutrients**, Suíça, v. 13, n. 1, p.1-18, dec, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/1/97>. Acesso em 11 nov. 2022.

FAOUR-KLINGBEIL, Dima *et al.* An on-line survey of the behavioral changes in Lebanon, Jordan and Tunisia during the COVID-19 pandemic related to food shopping, food handling, and hygienic practices. **Food Control**. Germany, v.125, p. 1-10, jul, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7862026/pdf/main.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FIGUEIRA, Taís. R. *et al.* Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 181–200, jan-apr, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100181. Acesso em: 20 jan. 2021.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Pesquisa analisa os impactos da pandemia entre profissionais de saúde [Internet]. 2021 [citado em 22 mar 2021]. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 20 nov, 2022.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Pesquisa analisa os impactos da pandemia entre profissionais de saúde [Internet]. 2022 [citado em 10 fev 2022]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude#:~:text=A%20pesquisa%20Os%20trabalhadores%20invis%3%ADveis,aus%3%AAncia%20de%20direitos%20sociais%20e>. <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 20 nov. 2022.

FREIRE, P. **Política e Educação**. 5a. ed. São Paulo: Ensaio/Paulo Freire, 2001.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Validade convergente e análise de invariância de uma escala de

adesão a práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tDWN85TfJGt8cFpCT4cz9jL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2022.

GARCIA, Leila. P.; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 2, p. e2020222, abr, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020222/pt/>. Acesso em: 31 jan. 2020.

GÓMEZ-OCHOA, Sérgio A. *et al.* COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. **American Journal of Epidemiology**. Reino Unido, v. 190, p.161/175, jan, 2021.

GONÇALVES, Diego A. *et al.* COVID-19 and Obesity: An Epidemiologic Analysis of the Brazilian Data. **International Journal of Endocrinology**, v. 2021, p.1-10, may, 2021. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2021/6667135/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

GONZÁLEZ, Shirley R.; ROJAS, Xinia E.F.; COELHO-DE-SOUZA, Gabriela. Evolução da multidimensionalidade da segurança alimentar e nutricional (SAN) nos Países Latino-americanos, Costa Rica e Brasil: Proposta de um sistema de indicadores. **Desenvolvimento Rural Interdisciplinar**, Porto Alegre, v.1, n.2, p.203-237, dez/2018 – abr/ 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revpgdr/article/view/87265>. Acesso em: 26 jul. 2021.

GUPTA, Lovely; JALANG'O, Grace A.; GUPTA, Piyushi. Nutritional management and support in COVID-19: Emerging nutrivicilance. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Pakistan, v. 70, n. 5, p.124-S130, may, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32515395/>. Acesso em: 07 fev. 2021.

HARRISON, Andrew. G.; LIN, Tao; WANG, Pengua. Mechanisms of SARS-CoV-2 Transmission and Pathogenesis. **Trends in Immunology**, v. 41, n. 12, p. 1100–1115, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33132005/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

HIDALGO, Karen. D. *et al.* Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. **BMC Public Health**, Califórnia, v. 16, n. 1, p.1-10, Oct, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776496/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

IBGE. **Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101886.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Segundo Trimestre de 2022**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2022_2tri.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022

IOM. **Dietary reference intakes; the essential guide to nutrient requirements.**

Washington (DC): National Academy Press; 2006. Disponível em:

https://www.nal.usda.gov/sites/default/files/fnic_uploads/DRIEssentialGuideNutReq.pdf.

Acesso em: 26 jul. 2021.

KAVANAGH, K. T.; PARE, J.; PONTUS, C. COVID-19: through the eyes through the front line, an international perspective. **Antimicrobial Resistance and Infection Control**, v. 9, n. 1, p. 1–5, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7647875/>.

Acesso em: 07 mar. 2021

KRUGER, Mônica. *et al.* Evaluation of life habits and eating health professionals in a hospital in the city of south of Brazil. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, v. 38, n. 4, p. 204–208, sep, 2018. Disponível em: <https://www.revistanutricion.org/abstract/evaluation-of-life-habits-and-eating-health-professionals-in-a-hospital-in-the-city-of-south-of-brazil-76327.html>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MACEDO, L. R.; STRUCHINER, C. J.; MACIEL, E. L. N. Backdrop to the development of Brazil's national covid-19 immunization plan. **Ciencia e Saude Coletiva**. São Paulo, v. 26, n. 7, p. 2859–2862, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n7/2859-2862/pt/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MACHADO, Maria. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, São Paulo, p. 283–295, fev 2022. Disponível em:

<https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=uufdTugx>. Acesso em: 07 de nov. 2022.

MAJUMDER, J.; MINKO, T. Recent Developments on Therapeutic and Diagnostic Approaches for COVID-19. **AAPS Journal**, Londres, v. 23, n. 1, p.23:14, jan, 2021.

Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7784226/pdf/12248_2020_Article_532.pdf.

Acesso em: 22 de jul. 2021.

MARQUES, Marlice *et al.* **Orientações para boas práticas em alimentação e nutrição hospitalar no enfrentamento da Covid-19**. Goiânia: Cegraf UFG, 2020. *E-book*. Disponível em: https://www.crn7.org/Arquivos/Uploads/2020/Fanut_Covid-19.pdf. Acesso em: 18 nov. 2022.

MASHAPU, Sibongile *et al.* Mental Health, Culture and Resilience—Approaching the COVID-19 Pandemic From a South African Perspective. **Frontiers in Psychiatry**. v. 19, p. 1–5, jul, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34305663/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

MICHOU, Maria; PANAGIOTAKOS, Demóstenes. B.; COSTARELLI, Vassiliki. Low health literacy and excess body weight: A systematic review *Central European Journal of Public Health*, **Cent Eur J Saúde Pública**, Praga, v.26, p. 234-241, sep, 2018. Disponível em: http://cejph.szu.cz/artkey/cjp-201803-0014_low-health-literacy-and-excess-body-weight-a-systematic-review.php. Acesso em 12 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

MIRON, Rachel. W.; MALATSKEY, Lilach; ROSEN, Laura. J. Health-related behaviours and perceptions among physicians: Results from a cross-sectional study in Israel. **BMJ Open**, v. 9, n. 9, sep, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31542761/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

MONTEAGUDO, Celia. *et al.* Proposal of a mediterranean diet serving score. **PLoS ONE**. França, v.10, n.6, p.1-15,jun, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128594>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. What is a pandemic? **Journal of Infectious Diseases**, v. 200, n. 7, p. 1018–1021, out, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/200/7/1018/903237>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MS. Dados do dataSus. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqe01.htm>. Acesso em 19 jan. 2021.

NOGUEIRA, J.; ROCHA, D. G.; AKERMAN, M. Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. **Glob Health Promot**, v.28, p.117-126, dec, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975920977837>. Acesso em: 07 nov. 2022.

OLIVEIRA, Maiara. S. DA S.; SANTOS, Lígia. A. DA S. Dietary guidelines for Brazilian population: An analysis from the cultural and social dimensions of food. **Ciencia e Saude Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 7, p. 2519–2528, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n7/2519-2528/>. Acesso em: 29 jan. 2020.

OMS. Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. **Journal of Chemical Information and Modeling**, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-16522>. Acesso em: 11 nov. 2022.

OMS. **Painel COVID-19**. Disponível em: <<https://covid19.who.int>>. Acesso em 11 nov. 2022

ONU. **Mortes de profissionais da saúde por COVID-19**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/152760-ate-180-mil-profissionais-de-saude-morreram-de-covid-19-informa-oms#:~:text=19%2C%20informa%20OMS-,At%C3%A9%20180%20mil%20profissionais%20de%20COVID-19%2C%20informa%20OMS&text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%ADde,2020%20e%20maio%20de%202021>. Acesso em: 9 nov. 2022.

OPAS. **Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-9-2020-cerca-570-mil-profissionais-saude-se-infectaram-e-25-mil-morreram-por-covid-19>. Acesso em: 12 nov. 2022.

OPAS. **Soroprevalência de SARS-COV-2 em profissionais da saúde**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-

americas&Itemid=812. Acesso em: 11 nov. 2022.

OPAS; OMS. Política e gestão da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia da COVID-19 Orientação provisória. **Opas**, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53295/OPASWB RAPHECOVID-19210009_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 11 nov. 2022.

PAES-SOUSA, Romulo. Brevíssimo inventário dos fracassos no enfrentamento da covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 38, p. 1–5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/ZPtSzGh3RF4HKNRZBPq3P7y/?lang=pt>. Acesso em 27 jul. 2021.

PALACIOS, Cristina. *et al.* Recomendaciones nutricionales para el personal de salud y el personal esencial expuesto a la COVID-19 en Latinoamérica. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 69, n. 4, p.245-258, dec, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1103670>. Acesso em: 01 fev. 2021

PAVÃO, Ana. L. B. SUS: em construção ou desconstrução? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 3–5, jul-set, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16982/2/2.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

PEDRONI, C. *et al.* The Cost of Diets According to Nutritional Quality and Sociodemographic Characteristics: A Population-Based Assessment in Belgium. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 121, n. 11, nov 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175255/>. Acesso em 11 nov. 2022.

PEREIRA, Adriana L. DE F. Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527 – 1534, out, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000500031&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2019.

PEREIRA, Marcos; OLIVEIRA, Ana M. Poverty and food insecurity may increase as the threat of COVID-19 spreads. **Public Health Nutrition**. Inglaterra, v.23, p.3236-3240, sep, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32895072/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

PROENÇA, Rossana. P. DA C. *et al.* Cenário e perspectivas do sistema alimentar brasileiro frente à pandemia de Covid-19. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, p., 1-14, ago, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/55953/38889>. Acesso em: 08 out. 2021.

QUEMELO, Paulo. R. V. *et al.* Literacia em saúde: Tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ptg7Lm4fbxZP8fV5BR6vQrx/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 nov. 2022.

RAZAVI, Alexandre C. *et al.* Effect of culinary education curriculum on Mediterranean diet adherence and food cost savings in families: A randomised controlled trial. **Public Health Nutrition**, Inglaterra, v.24, p. 2297–2303, aug, 2020. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744215/#:~:text=Conclusions%3A%20Community%2Dbased%20culinary%20medicine,a%20diverse%20sample%20of%20families>. Acesso em: 07 nov. 2022.

REYES-OLAVARRÍA, D. *et al.* Positive and negative changes in food habits, physical activity patterns, and weight status during covid-19 confinement: Associated factors in the chilean population. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 1–14, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432624/>. Acesso em: 24 de jul. 2021.

REZENDE, J. M. DE. Epidemia, Endemia, Pandemia. Epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology**, v. 27, n. 1, p. 14–15, jan-jun, 1998. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/17199>. Acesso em: 01 fev 2021.

RODRIGUEZ-LEYVA, Delfin; PIERCE, Grant N. The impact of nutrition on the covid-19 pandemic and the impact of the covid-19 pandemic on nutrition. **Nutrients**, Suíça, v.6, p.1-9, mar, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/6/1752/htm>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SANDER, B. Administração da Educação no Brasil: Genealogia do conhecimento. **Liber Livro**. ed. Brasília: 2007. 11-71p.

SCHRÖDER, H. *et al.* A Short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older spanish men and women. **Journal of Nutrition**, v. 141, n. 6, p. 1140–1145, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21508208/>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SILVA, Francislene N. S.; BONFIM, Roberta C; MASSENA, Elisa P. Os princípios do MST e a alimentação escolar: o escrito e o vivenciado sob o olhar dos professores. CONGRESSO INTERNACIONAL DE FORMACION DE PROFESORES DE CIENCIAS PARA LA CONSTRUCCION DE SOCIEDADES SUSTENTABLES, 8., 2018, Bogotá. **Anais [...]** Bogotá: Revista Tecné, Episteme y Didaxis, 2018. Disponível em: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/TED/article/view/9270/6965>, Acesso em: 01 fev. 2021.

SILVA, Ana; OLIVEIRA, Eduardo, A.; Martelli, H. Coronavirus Disease Pandemic Is a Real Challenge for Brazil. **Frontiers in Public Health**, v. 8, n. 4, p. 8:268, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00268/full>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SIMONNET, Arthur. *et al.* High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. **Obesity**, v. 28, n. 7, p. 1195–1199, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271993/>. Acesso em: 26 de jul de 2021.

SPRONK, Inge. *et al.* Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. **British Journal of Nutrition**, Inglaterra, v.111, p. 1713-1726, mai, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24621991/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

TEIXEIRA, Carmem. F. DE S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000903465&script=sci_arttext. Acesso em: 17 fev 2021.

TONG, Tammy. Y. N. *et al.* Dietary cost associated with adherence to the Mediterranean diet, and its variation by socio-economic factors in the UK Fenland Study. **British Journal of Nutrition**, Inglaterra, v. 119, n. 6, p. 685-694, jun 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5999016/>. Acesso em 12 nov. 2022.

USP. **Classificação NOVA**. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/nupens/a-classificacao-nova/>. Acesso em 10 nov. 2022.

VEIGA-NETO, Alfredo. A further lesson: The covid syndemic and education. **Educacao and Realidade**, v. 45, n. 4, p. 1–20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/FtpkV5RY3Q64nvBdvxbSXwg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 12 nov. 2022.

VERTHEIN, U. P.; GASPAR, M. C. DE M. P. Standardizing eating habits: A critical analysis of Brazilian and spanish food norms in the context of the covid-19 pandemic. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1429–1440, apr 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zsSmqzT6zJzcG7m9JXx34gN/>. Acesso em 26 jul. de 2021.

VILLELA, Edlaine. *et al.* COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812554/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

WERNECK, André. O. *et al.* Associations of sedentary behaviours and incidence of unhealthy diet during the COVID-19 quarantine in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 3, p. 422–426, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33087204/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

WU, Tianchen. *et al.* Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders** v. 281, p.91-98, fev, dez, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33310451/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

YUEN, Eva. Y. N.; THOMSON, Maria; GARDINER, Heather. Measuring Nutrition and Food Literacy in Adults: A Systematic Review and Appraisal of Existing Measurement Tools. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 2, n. 3, ago, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31294289/>. Acesso em: 12 nov 2022



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-
GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO*
SENSU EM GESTÃO E TECNOLOGIA APLICADAS**



APÊNDICE A

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE
PESQUISA**

Eu, Fernando Luís de Queiroz Carvalho, orientador do projeto de título “EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE” declaro estar ciente do compromisso firmado com a orientação de Mariângela de Souza Ramos, mestranda do Mestrado Profissional em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação – GESTEC – UNEB. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* vinculado ao Departamento de Educação – DEDC, Campus I, da Universidade do Estado da Bahia.

Salvador,de.....de 2021

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientando



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE
PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO
SENSU EM GESTÃO E TECNOLOGIA
APLICADAS À EDUCAÇÃO – GESTEC



APÊNDICE B

Estrutura de questionário para preenchimento no *Google Forms*

Seção 1 - Dados pessoais	
1. Idade	Inserir em número
2. Identidade de gênero. Para a resposta considerar as informações que seguem. Cis = pessoas que se identificam com o gênero designado ao nascimento Trans = pessoas que se reconhecem com um gênero diferente do designado ao nascimento Não binário = não se encaixa na classificação de gênero masculino ou feminino	Mulher Cis/ Mulher Trans/ Homem Cis/ Homem Trans/ Não binário/ Outras/ Prefiro não informar
3. Região do Brasil em que reside	Norte/ Nordeste/ Centro-oeste/ Sudeste/ Sul
4. Caracterização étnico-racial/ classificação quanto à cor ou raça/etnia	Branca/ Preta/ Parda/ Amarela/ Indígena
5. Escolaridade	Nível fundamental/ Nível médio/ Nível técnico/ Nível superior/ Pós graduado (a)
6. Emprego atual	Desempregado/ Atuo na assistência direta a pacientes COVID/ Atuo em contato direto com pacientes não COVID/ Profissional da área de apoio à saúde sem contato direto com pacientes/ Exerço função administrativa em Unidade de Saúde/ Aposentado
7. Formação profissional	Auxiliar de enfermagem/ Maqueiro/ Motorista/ Trabalhador do serviço de limpeza/ Técnico de enfermagem/ Técnico de nutrição/ Técnico de laboratório/ Técnico de enfermagem/ Técnico de radiologia/ Assistente social/ Enfermeiros / Farmacêuticos, Fisioterapeutas/ Fonoaudiólogos/ Médicos/ Nutricionistas/ Odontólogos/ Psicólogos/ Terapeutas ocupacionais / Copeiro / Trabalhador da área administrativa da saúde / Vigilante ou profissional do serviço de portaria de Unidades de Saúde
8. Tempo de atuação na profissão da área de saúde	Inserir em número

9. Renda total da família	1 salário mínimo/ 1-3 salários mínimos/ 3-10 salários mínimos / > 10 salários mínimos
Seção 2 – Antropometria	
10. Peso referido	Peso em kg
11. Altura referida	Altura em cm
12. Qual era o seu peso ANTES da pandemia de Covid-19?	Peso em kg
Seção 3 - Hábitos Alimentares – Entre 13 e 26 questões do instrumento MEDAS	
13. O azeite de oliva é a principal gordura culinária utilizada	Sim/ Não
14. São utilizadas ≥ 4 colheres de sopa de azeite de oliva por dia	Sim/ Não
15. ≥ 2 porções (de 200g cada) de vegetais são consumidos todos os dias	Sim/ Não
16. São consumidas ≥ 3 porções de frutas (de 80g cada) todos os dias	Sim/ Não
17. < 1 porção (100-150g) de carne vermelha/ hambúrguer/ outros produtos de carne são consumidos todos os dias	Sim/ Não
18. < 1 porção (12g) de manteiga/ margarina ou creme vegetal são consumidos todos os dias	Sim/ Não
19. < 1 porção (330ml) de bebidas gaseificadas ou adoçadas com açúcar são consumidos todos os dias	Sim/ Não
20. São consumidos ≥ 3 copos (de 125ml cada) de vinho por semana	Sim/ Não
21. São consumidos ≥ 3 porções (de 150g cada) de leguminosas (feijões, grão de bico, lentilha, ervilha) por semana	Sim/ Não
22. São consumidos ≥ 3 porções de peixe (100 – 150g) ou frutos do mar (200g) a cada semana?	Sim/ Não
23. < 3 porções de doces ou produtos de pastelaria comerciais são consumidos a cada semana?	Sim/ Não
24. É consumida ≥ 1 porção (de 30g) de oleaginosas (nozes/ castanhas/ amêndoas/ amendoim) por semana?	Sim/ Não
25. Costuma-se comer frango em vez de hambúrguer ou embutidos ou carne vermelha ou porco?	Sim/ Não

26. Pratos de massa, vegetais ou arroz aromatizados com cebola, alho ou tomate são consumidos ≥ 2 vezes por semana?	Sim/ Não
27. Durante a pandemia, quais desses alimentos você está consumindo MAIS do que antes?	Nenhum/ frutas/ legumes e verduras frescas/ vegetais congelados/ nozes, castanhas e similares/ massas comercializadas prontas (lasanha, massas recheadas, pizza, para pastel etc)/ pães, pizza e biscoitos caseiros/ produtos de panificação industriais/ doces caseiros/ doces industriais / presunto e outras carnes processadas (embutidos)/ laticínios/ bebidas vegetais/ ovos/ peixe fresco/ peixe enlatado/ carne branca/ carne vermelha/ café/ chá/ açúcar/ adoçante/ bebidas açucaradas (ex: sucos com açúcar, achocolatado com açúcar)/ vinho/ cerveja/ lanches/ tempero pronto
28. Durante a pandemia, quais desses alimentos você está consumindo MENOS do que antes?	Nenhum/ frutas/ legumes e verduras frescas/ vegetais congelados/ nozes, castanhas e similares/ massas comercializadas prontas (lasanha, massas recheadas, pizza, para pastel etc)/ pães, pizza e biscoitos caseiros/ produtos de panificação industriais/ doces caseiros/ doces industriais / presunto e outras carnes processadas (embutidos)/ laticínios/ bebidas vegetais/ ovos/ peixe fresco/ peixe enlatado/ carne branca/ carne vermelha/ café/ chá/ açúcar/ adoçante/ bebidas açucaradas (ex: sucos com açúcar, achocolatado com açúcar)/ vinho/ cerveja/ lanches/ tempero pronto
29. Qual a quantidade de sal que você adiciona diariamente a alimentos prontos para consumo? Ex: em saladas, ovos, alimentos já servidos no prato.	Até uma colher de chá rasa de sal / Mais que uma colher de chá rasa de sal / Não adiciono sal às preparações
30. Quanto de açúcar você adiciona diariamente aos líquidos que consome? Ex.: em café, suco, vitamina etc	Até duas colheres de sopa cheias (ou até 50g) / Mais que duas colheres de sopa cheias (mais que 50g) / Utilizo adoçantes / Não adoço os líquidos que consumo.
31. Qual a quantidade de água que você bebe por dia?	< 1litro/ entre 1 a 2litros/ >2 litros

32. Qual a importância da alimentação na sua vida?	Muito importante/ Pouco importante/ Não consigo responder
33. Na maioria das vezes você dispõe de companhia durante o consumo das refeições?	Sim/ Não
34. Você considera o ambiente onde faz a maior parte das suas refeições apropriado (limpo, tranquilo, confortável) para que você possa comer com atenção?	Sim/ Não
35. Onde você compra sua comida e itens essenciais durante a pandemia?	Eu saio para fazer compras/ Supermercado/ Merceria/ Mercado local/ Feiras livres/ Loja de alimentos orgânicos ou Casas de produtos naturais/ Outros
36. Caso não possua, você se interessa em desenvolver habilidades culinárias que auxiliem na elaboração de receitas caseiras saudáveis?	Sim/ Não
37. Sobre a acessibilidade financeira para a aquisição de alimentos, você diria que:	() Consegue adquirir os alimentos em quantidade e qualidade suficientes, da mesma forma que fazia antes da pandemia () Consegue adquirir os alimentos em quantidade e qualidade suficientes às custas de sacrifícios de outros gastos familiares durante a pandemia () Durante a pandemia não é possível adquirir alimentos em quantidade e qualidade suficientes para a preservação da sua condição de saúde individual. () Antes da pandemia já não era possível adquirir alimentos em quantidade e qualidade suficientes para a preservação da sua condição de saúde individual
38. Quando está fora de casa, onde você prefere realizar as suas refeições?	Restaurantes à <i>la carte</i> / Restaurantes de comida a quilo/ Fast food/ Outros
39. Como você avalia o seu acesso a locais de venda ou plantação (se for o caso) dos alimentos ou produtos alimentícios que você considera essenciais para a sua alimentação?	Fácil acesso/ Difícil acesso
40. Com qual periodicidade você seleciona alimentos típicos da sua região para compor o seu cardápio?	Muito frequentemente / Frequentemente / Ocasionalmente / Raramente / Nunca
41. Você acredita que a mulher sofreu maiores impactos negativos para a sua condição física e emocional, durante a pandemia, por precisar dedicar maior tempo para o cuidado com as pessoas da	Sim/ Não

<p>família, as tarefas domésticas e o trabalho formal?</p>	
<p>Para as três últimas questões marque quantas alternativas desejar. Sugerimos que você reflita sobre o que realmente afeta a sua vida e não sobre o que você já leu ou te disseram sobre o assunto.</p> <p>42. Quais dos itens citados abaixo atrapalham as suas escolhas alimentares?</p>	<p>() Falta de informação sobre alimentos saudáveis () Acesso aos locais de plantação ou comercialização () Custo dos alimentos () Tempo envolvido na aquisição e preparo das refeições () Preparo da refeição centrada em apenas 01 integrante da família () Habilidades culinárias () Questões emocionais () Limitações funcionais (Não consigo me locomover adequadamente) () Publicidade de produtos ultraprocessados () Outras</p>
<p>Para a próxima pergunta considere como hábitos sustentáveis “Racionamento de água e energia na elaboração de preparações/ aquisição de alimentos provenientes de agricultura familiar e <i>minimamente processados</i> ou <i>in natura</i> que não fortalecem as grandes indústrias altamente mecanizadas e dependentes de elevado consumo de água, fertilizantes, agrotóxicos e antibióticos entre outros compostos”.</p> <p>43. Quais dos elementos seguintes te motivam para aderir a melhores hábitos alimentares. Marque o número de respostas que desejar.</p>	<p>() Manutenção de uma boa condição de saúde () Adoção de hábitos sustentáveis que permitam a criação ou manutenção de ambientes melhores para a sua geração e para as gerações futuras () Satisfação com o corpo () Controle de doenças () Manejo de sintomas emocionais/humor () Envelhecimento com preservação da funcionalidade / independência funcional () Melhoria da qualidade do sono () Outros</p>
<p>44. Quais dos <i>determinantes da saúde</i> citados impactam negativamente a sua qualidade de vida</p>	<p>() Condição de trabalho () Habitação () Condições ambientais () Educação () Lazer () Cultura () Acesso a serviços essenciais como transporte, serviços de saúde, alimentação () Discriminação () Violência física e/ou simbólica</p>
<p>Seção 4 - Educação em saúde</p>	
<p>45. Você se interessa por atividades educativas sobre o tema “hábitos alimentares adequados e saudáveis”?</p>	<p>(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre</p>

46. Você participa de atividades educativas sobre “alimentação adequada e saudável”?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre
47. Você entende as informações sobre “alimentação adequada e saudável” de folhetos/cartilhas ou guias alimentares?	(1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (6) Eu não leio estas informações
48. Você compreende as recomendações veiculadas sobre “alimentação adequada e saudável” em TV’s e outros meios eletrônicos (ex: internet), Congressos, Atividades educativas?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência
49. Quando você tem dúvida sobre “alimentação adequada e saudável”, sabe onde pode encontrar essas orientações?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência
50. Você acredita que consegue ajudar familiares, amigos ou outros indivíduos sob a sua orientação a esclarecer dúvidas sobre “alimentação adequada e saudável”?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência
51. Quando você teve dúvidas sobre problemas na sua alimentação, quantas vezes você conseguiu acessar informações que esclareceram as suas dúvidas?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (0) Nunca tive este tipo de experiência
52. Quanto você acredita que sabe escolher os conselhos ou recomendações sobre “alimentação adequada e saudável” que sejam melhores para a sua vida?	(1) Muito mal (2) Mal (3) Moderadamente (4) Bem (5) Muito bem (6) Eu não leio essas informações
53. Em relação às informações sobre “alimentação adequada e saudável” veiculadas na Internet, você é capaz de determinar quais fontes são de alta ou baixa qualidade?	(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente
54. Em quais canais você busca, com maior frequência, informações sobre “alimentação adequada e saudável”? Marque quantas alternativas desejar.	Internet/ Amigos/ Família/ Consensos, Guias Alimentares e outras publicações científicas/ Profissionais de nutrição/ Outros profissionais da saúde/ Folhetos ou cartilhas/ Não me interessa por estas informações



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-
GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM GESTÃO E TECNOLOGIA APLICADAS À
EDUCAÇÃO – GESTEC**



APÊNDICE C

TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) disponibilizado na tela principal da plataforma (*Google Forms*) antes do acesso ao questionário online.

Olá,

Seja bem-vindo à pesquisa **“EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE”** desenvolvida pela **Universidade do Estado da Bahia (UNEB)**.

Esse levantamento pretende investigar as relações entre educação em saúde e mudanças no padrão alimentar de profissionais que atuam na área de saúde provocadas pela pandemia da COVID-19. Trata-se de um inquérito nacional, visando à compreensão sobre as melhores estratégias de intervenção voltadas aos cuidados relacionados aos hábitos alimentares desses profissionais, durante e após a pandemia e destina-se aos seguintes profissionais: **Pessoal do setor administrativo, trabalhadores do serviço de limpeza e copa, maqueiros, vigilantes, técnicos de enfermagem, técnicos de nutrição, técnicos de laboratório, técnicos de radiologia, assistente social, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos ou terapeutas ocupacionais.**

Trata-se de uma pesquisa **anônima**, cujos resultados serão utilizados exclusivamente para cumprimento do objetivo citado. É nosso dever, alertá-los sobre os riscos, não intencionais, embora raros, inerentes às limitações das tecnologias utilizadas. São eles: quebra de sigilo por parte da identificação do IP da máquina utilizada para acesso ao formulário *Google*, existências de sentimentos diversos, como constrangimento, confusão, desconforto, cansaço, aborrecimento ou quaisquer outros sentimentos negativos evocados pelas questões que compõem o questionário *web*. Sinta-se à vontade caso não deseje responder a alguma questão. Se preferir, a sua participação poderá ser encerrada a qualquer momento durante o preenchimento do questionário. Para a sua segurança, guarde em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. Por se tratar de um instrumento de coleta anônima, o participante, não poderá pleitear posteriormente a exclusão dos dados registrados eletronicamente na pesquisa, bem como do consentimento.

A participação é voluntária e não há benefícios diretos para os participantes no tocante ao desempenho, orientações individuais sobre estilo de vida ou quaisquer ganhos financeiros. Existe o benefício para a comunidade referente à geração de conhecimentos com potencial de auxiliar na promoção da saúde dos profissionais atuantes na área. Não haverá, também, qualquer pagamento relacionado à participação e de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNS/MS caso se sinta prejudicado pelo estudo, seus direitos serão respeitados.

Informamos, ainda, que em caso de dúvidas você poderá a qualquer momento contatar os pesquisadores responsáveis pelo projeto que são a Mestranda Mariângela de Souza Ramos e o Dr. Fernando Luís de Queiroz Carvalho na Universidade do Estado da Bahia – UNEB; GESTEC - Departamento de Educação; Rua Silveira Martins, n. 2555, Cabula, Salvador, BA, CEP: 41150-000, ou o Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia CEP/UNEB, telefone 71 3117 2445, cepuneb@uneb.br. - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/SEPN 510 norte, bloco a 1º subsolo, edifício ex-INAN - unidade i - Ministério da Saúde – CEP 70750-521 - Brasília-DF telefone: (61) 3315-5878, telefax: (61) 3315-5879, e-mail: conep@saude.gov.br

Ao clicar em *concordo*, fica declarada a sua anuência para responder ao inquérito. Isso pode levar cerca de 30 minutos.

Agradecemos a sua participação e esperamos em breve conseguir propor estratégias que impactem favoravelmente a vida dos profissionais atuantes da saúde.

Parabéns pelo trabalho desempenhado em prol da saúde da população brasileira. Vocês são essenciais.



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE
PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO
SENSU* EM GESTÃO E TECNOLOGIA
APLICADAS À EDUCAÇÃO – GESTEC**



APÊNDICE D

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Mariângela de Souza Ramos, declaro estar ciente das normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto “EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE” sob minha responsabilidade será desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNE/MS, respeitando a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a equidade. Garantindo assim o zelo das informações e o total respeito aos indivíduos pesquisados. Ainda, nesses termos, assumo o compromisso de:

- Apresentar os relatórios e/ou esclarecimentos que forem solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia – CEP- UNEB;
- Tornar os resultados dessa pesquisa públicos, independentemente de serem favoráveis ou não;
- Comunicar ao CEP/UNEB qualquer alteração no projeto de pesquisa em forma de relatório ou emenda, comunicação protocolada ou alterações encaminhadas via Plataforma Brasil.

Salvador,de.....de 2021

Assinatura do Pesquisador Responsável pelo Projeto



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-
GRADUAÇÃO – PPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM GESTÃO E TECNOLOGIA APLICADAS À
EDUCAÇÃO – GESTEC**



APÊNDICE E

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE”

Pesquisadores responsáveis: Dr. Fernando Luís de Queiroz Carvalho

Mariângela de Souza Ramos

Instituição/Departamento: Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/ Departamento de Ciências da Vida

Local da coleta de dados: Plataforma *Google Forms*

Os pesquisadores do projeto “EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE” se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados através da Plataforma *Google Forms* e concordam, com a utilização dos dados única e exclusivamente para execução do presente projeto. A divulgação das informações só será realizada de forma anônima e os dados coletados bem como os termos de consentimento livre e esclarecido serão apagados do ambiente virtual, após download, em dispositivo eletrônico local, para arquivamento, cujas máquinas físicas ficarão exclusivamente sob responsabilidade dos pesquisadores, bloqueadas com senhas pessoais e intransferíveis na sala de nº ____ do Departamento de Ciências da Vida, Campus I da Universidade do Estado da Bahia, por um período de 05 anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Fernando Luís de Queiroz Carvalho. Após este período, os dados serão destruídos.

Salvador, de.....de 2021

Nome do Membro da Equipe Executora	Assinatura

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO: INFLUÊNCIA DA COVID-19 NO PERFIL ALIMENTAR DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DE SAÚDE **Pesquisador:** Fernando Luís de Queiroz Carvalho **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 52456921.3.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.133.204

Apresentação do Projeto:

O projeto é vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GESTÃO E TECNOLOGIA APLICADAS À EDUCAÇÃO – GESTEC, da UNEB de Salvador, Bahia.

Resumo informando pelo autor.

"Trata-se de uma pesquisa, de base populacional, do tipo aplicada, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, emprego do método estatístico apoiado na aplicação do dispositivo questionário para execução de um inquérito nacional virtual. Para a execução da mesma foram analisados nas bases de dados, Pubmed, Scopus Elsevier, Scielo e BVS, referenciais teóricos acerca do tema, e foi estabelecido um desenho de estudo, capaz de responder aos objetivos da investigação".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as relações entre educação em saúde e mudanças no padrão alimentar de profissionais que atuam na área de saúde provocadas pela pandemia da COVID19.

Objetivo Secundário:

Endereço:	Rua Silveira Martins, 2555		
Bairro: Cabula		CEP: 41.195-001	
UF: BA	Município: SALVADOR		
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399	E-mail: cepuneb@uneb.br	

a) Caracterizar os perfis demográfico e alimentares de profissionais que atuam na área de saúde durante a pandemia da COVID-19;B) Compreender o impacto de ações de educação em saúde, voltadas à orientação nutricional, nas escolhas alimentares de profissionais da saúde, durante a pandemia da COVID-19;c) Relacionar a necessidade de ações de educação em saúde voltadas à orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde durante e após a pandemia da COVID19;d) Desenvolver um e-book com foco em ações educativas em saúde e seu papel na orientação nutricional de profissionais que atuam na área de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da eticidade, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Consta no protocolo em conformidade;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Encontra-se adequada;
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Dispensada por não haver instituições envolvidas no registro dos dados;
- 5 – Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – TCLE: Dentro dos aspectos éticos por se tratar de um projeto de dados não identificáveis;
- 7 – Termo de Concessão: Dispensado por não haver registro de dados secundários não publicados;
- 8 – Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos: Dispensado por não haver registro de dados não publicados;
- 9 – Declaração de concordância com a execução do projeto de pesquisa: É preciso ajustar o texto para um compromisso em executar o projeto de acordo com o delineado apresentado ao CEP e sua aprovação - a ser entregue no relatório final da pesquisa.

Recomendações: Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final com a declaração de concordância ajustada. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Endereço:	Rua Silveira Martins, 2555	
Bairro: Cabula		CEP: 41.195-001
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399	E-mail: cepuneb@uneb.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.52456921.3.0000.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1821789.pdf	08/10/2021 17:00:34		Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	08/10/2021 17:00:10	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_PROPOSITIVA.pdf	14/09/2021 21:09:47	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_assinada.pdf	14/09/2021 21:08:49	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	06/09/2021 13:57:38	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta.pdf	06/09/2021 13:56:05	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia_desenvolvimento_pesquisa.pdf	06/09/2021 13:54:51	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_Pesquisadores.pdf	06/09/2021 13:54:38	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/09/2021 13:54:18	Fernando Luís de Queiroz Carvalho	Aceito

Endereço:	Rua Silveira Martins, 2555	
Bairro: Cabula	CEP: 41.195-001	
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399	E-mail: cepuneb@uneb.br

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

SALVADOR, 29 de Novembro de 2021

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito (Coordenador(a))

Endereço:	Rua Silveira Martins, 2555	CEP: 41.195-001
Bairro: Cabula	Município: SALVADOR	
UF: BA		
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399	E-mail: cepuneb@uneb.br