

Impacto da pandemia Covid-19 no comportamento e no consumo alimentar de trabalhadores e profissionais da área da saúde

Impact of the Covid-19 pandemic on the behavior and food consumption of healthcare workers and professionals

Impacto de la pandemia de Covid-19 en el comportamiento y el consumo alimentario de trabajadores y profesionales de la salud

**Luciana Marcolino Cavalcante¹
Eloise Cristiane da Silva Oliveira²
Carla Juliane Martins Rodrigues³
Sabrina Daniela Lopes Viana⁴**

¹Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

²Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

³Instituto de Psicologia-USP, IPUSP

⁴Centro Universitário Adventista de São Paulo, UNASP

RESUMO

Introdução: A pandemia da COVID-19 aumentou a carga de trabalho nos serviços de saúde, impactando os níveis de estresse, a saúde, o estilo de vida e o consumo alimentar. **Objetivo:** Avaliar o impacto da pandemia no comportamento e no consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 111 indivíduos, utilizando amostragem não probabilística do tipo bola de neve. A coleta de dados ocorreu por meio de formulário eletrônico contendo caracterização sociodemográfica, questionário de avaliação do consumo alimentar e a Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Resultados:** Durante a pandemia, 68,47% dos participantes apresentaram alteração no peso corporal, sendo que 51,35% relataram ganho de peso. Observa-se aumento do consumo alimentar em quantidade e volume para 54,95% dos participantes, maior preferência por alimentos ultraprocessados e redução na frequência de consumo de frutas, legumes e verduras. Cerca de 13,51% apresentaram indícios de transtorno de compulsão alimentar periódica. **Conclusão:** A pandemia impactou negativamente o comportamento e o consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde, com destaque para o aumento do peso corporal, especialmente entre mulheres e indivíduos com compulsão alimentar.

Palavras-chave: Coronavírus; Pandemia; Consumo Alimentar; Comportamento Alimentar; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic increased the workload in health services, affecting stress levels, health, lifestyle, and food consumption. **Objective:** To assess the impact of the pandemic on the behavior and food consumption of health professionals and workers. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 111 individuals, using non-probabilistic snowball sampling. Data collection was carried out through an electronic form including sociodemographic characteristics, a food consumption assessment questionnaire, and the Binge Eating Scale (BES). **Results:** During the pandemic, 68.47% of participants experienced changes in body weight, with 51.35% reporting weight gain. An increase in food consumption in quantity and volume was observed in 54.95% of participants, along with greater preference for ultra-processed foods and reduced consumption of fruits and vegetables. About 13.51% showed signs of binge eating disorder. **Conclusion:** The pandemic negatively impacted eating behavior and food consumption among health professionals and workers, with increased body weight, especially among women and individuals with binge eating disorder.

Keywords: Coronavirus. Pandemic. Food consumption. Eating Behavior. Health Professionals.

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 aumentó la carga de trabajo en los servicios de salud, afectando los niveles de estrés, la salud, el estilo de vida y el consumo alimentario. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la pandemia en el comportamiento y el consumo alimentario de profesionales y trabajadores del área de la salud. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado con 111 individuos, utilizando muestreo no probabilístico tipo bola de nieve. La recolección de datos se realizó mediante un formulario electrónico que incluía caracterización sociodemográfica, cuestionario de evaluación del consumo alimentario y la Escala de Compulsión Alimentaria Periódica. **Resultados:** Durante la pandemia, el 68,47% de los participantes presentaron cambios en su peso corporal, de los cuales el 51,35% reportaron aumento de peso. Se observa un incremento en el consumo alimentario en cantidad y volumen en el 54,95% de los participantes, mayor preferencia por alimentos ultraprocesados y disminución en el consumo de frutas, verduras y hortalizas. Aproximadamente el 13,51% presentó indicios de trastorno por compulsión alimentaria periódica. **Conclusión:** La pandemia impactó negativamente el comportamiento y el consumo alimentario de los profesionales y trabajadores del área de la salud, con aumento del peso corporal, especialmente entre mujeres e individuos con trastorno de compulsión alimentaria.

Palabras-clave: Coronavirus. Pandemia. Consumo de alimentos. Comportamiento alimentario. Profesionales de la salud.

1 INTRODUÇÃO

No dia 11 de fevereiro de 2020, a doença infecciosa denominada COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Inicialmente detectada na cidade de Wuhan, na China, espalhou-se para todos os continentes e afetou mais de 190 países, com 524.339.768 casos registrados e 6.281.260 óbitos em

decorrência da doença¹. No Brasil, de acordo com o Painel Coronavírus, site do governo federal, até junho de 2022, foram registrados 31.019.038 casos e 666.676 mortes².

Quando a pandemia foi declarada, diversas iniciativas foram tomadas na tentativa de conter a propagação do vírus, que até então não possuía medidas profiláticas eficazes. Somente no final de 2020 e mais intensamente em 2021 começaram as campanhas de vacinação da população. As primeiras medidas adotadas foram o distanciamento social, a higienização constante das mãos com álcool 70% e água e sabão, o uso de máscaras, a paralisação de atividades consideradas não essenciais e, em algumas cidades, a paralisação total, conhecida como lockdown³.

Os efeitos dessas medidas foram percebidos conforme a aceitação e aderência da população. No caso do Brasil, podemos destacar o aumento do número de casos devido ao descumprimento dessas medidas, o que resultou no colapso dos hospitais e unidades de pronto atendimento, que não tinham capacidade para atender à quantidade expressiva de internações⁴. As condições de dimensões continentais, desigualdade populacional e má distribuição dos recursos de saúde agravaram a situação, impedindo que as medidas de distanciamento fossem efetivamente acatadas pela população em geral⁵.

Nesse contexto, encontravam-se as equipes de profissionais e trabalhadores da área da saúde, que foram incluídos entre o grupo de risco por estarem diretamente envolvidos no enfrentamento da doença, tornando-se, portanto, mais suscetíveis à contaminação. Esses profissionais também enfrentaram longas jornadas de trabalho, estresse devido às condições laborais, falta de estrutura em grande parte das unidades de saúde, escassez de mão de obra e os efeitos psicológicos e emocionais causados pela doença infecciosa e potencialmente letal⁶.

Esses fatores afetaram a saúde da população em geral, causando mudanças no estilo de vida, especialmente em relação ao consumo alimentar. Estudos realizados na Polônia⁷ e na França⁸ avaliaram alterações no comportamento alimentar da população, como o consumo de alimentos, a prática de atividades físicas, entre outros, durante o período de isolamento social. Em ambos os estudos, foi identificado um aumento de peso em pessoas com tendência à obesidade e perda de peso em pessoas com tendência à magreza.

Em um estudo realizado no Reino Unido, durante o isolamento social causado pela pandemia do COVID-19, identificou-se que, em média, um terço do grupo pesquisado teve alterações significativas no consumo alimentar⁹. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos observou alterações na alimentação da população logo nos primeiros meses da pandemia, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e de maior densidade energética, como batata frita, pipoca, chocolate e sorvete¹⁰.

No Brasil, uma pesquisa realizada pela UNICEF em parceria com o IBOPE indicou que 49% da população maior de 18 anos teve mudanças no consumo alimentar. Entre os brasileiros que relataram alterações, 23% confirmaram o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, como macarrão instantâneo, biscoitos recheados, chocolates e alimentos enlatados. Além disso, 16% dos entrevistados aumentaram a ingestão de alimentos preparados em restaurantes fast food, como hambúrgueres, esfirras e pizzas¹¹.

Diante desse cenário, o objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da pandemia no comportamento e no consumo alimentar de profissionais e trabalhadores da área da saúde. Assim, pretende-se subsidiar dados pós-pandemia que ainda são úteis para analisar as consequências a longo prazo, especialmente em relação aos hábitos alimentares e às políticas públicas de saúde voltadas para o setor, bem como promover reflexões sobre a importância de medidas de suporte psicossocial para esses profissionais em tempos de crise sanitária global.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, aplicado a dois públicos: profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, e trabalhadores que não têm formação na área, mas atuam nos serviços de saúde, como recepcionistas, copeiros, auxiliares de limpeza e segurança. A pesquisa foi iniciada em novembro de 2021 e finalizada em março de 2022. No total, participaram 111 profissionais e trabalhadores de serviços de saúde de São Paulo e Grande São Paulo.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNASP sob o parecer nº 5.026.927 e CAAE nº 52248221.1.0000.5377. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: concordar e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser maior de 18 anos e estar trabalhando na área da saúde tanto no período pré-pandêmico quanto durante a pandemia.

A seleção dos participantes seguiu a técnica conhecida no Brasil como "amostragem em bola de neve"¹². Foi criado um questionário eletrônico, respondido a partir da plataforma online Google Forms®, com QR code e link de acesso disponibilizados. Inicialmente, foram convidados profissionais com os quais as autoras tinham contato. Estes, por sua vez, enviaram o link para colegas de profissão que também atuavam em serviços de saúde em São Paulo.

Os efeitos da pandemia no comportamento e consumo alimentar do grupo pesquisado foram investigados por meio de pesquisa online, utilizando questionários estruturados que incluíam a caracterização sociodemográfica, o Questionário de Avaliação do Consumo

Alimentar¹³ e o Questionário sobre o Comportamento Alimentar¹⁴.

O Questionário de Avaliação do Consumo Alimentar foi baseado no "Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira", criado pelo Ministério da Saúde¹³, e avalia a frequência de consumo das quatro categorias de alimentos indicadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira¹⁵.

Para avaliar características do comportamento alimentar, foi utilizado o Questionário de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP. A ECAP é um questionário autoaplicável, desenvolvido por Gormally et al.¹⁶ traduzido e adaptado para o português por Freitas et al.¹⁴ utilizado para discriminar indivíduos de acordo com a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP).

As respostas do formulário online foram tabuladas na plataforma Google Docs, e transferidas para uma planilha do software Microsoft Excel®. Posteriormente, os dados foram exportados para software "PSPP", onde foram realizadas as análises estatísticas descritivas (frequências, mínimo, média, máximo e desvio padrão - DP), teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e testes estatísticos paramétricos (Teste T e ANOVA), com intervalo de confiança de 95% e p-valor < 0,05.

Ressalta-se que a amostragem por bola de neve pode limitar a representatividade da amostra, uma vez que depende das redes de contato dos participantes.

3 RESULTADOS

A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos participantes: 76,58% (N = 85) eram do sexo feminino e 72,08% (N = 80) tinham idade entre 18 e 39 anos. Em relação à escolaridade e renda: 62,16% (N = 69) dos pesquisados possuíam nível superior e 51,35% (N = 57) remuneração entre um e três salários-mínimos (R\$ 1.100 a R\$ 3.299). A escala de trabalho predominante foi 5 x 2 com 51,35% (N = 57). Majoritariamente estes profissionais e trabalhadores residiam em São Paulo-SP e Grande São Paulo correspondendo a 88,28% (N = 98) da amostra e 68,47% (N = 76) trabalhavam em instituições privadas.

O público-alvo foi dividido em duas categorias: 67,57% (N = 75) eram profissionais de saúde (aqueles com formação na área de saúde) e 32,43% (N = 36) trabalhadores da área de saúde (aqueles com funções administrativas e organizacionais dentro das unidades de saúde). As profissões ou funções com maior participação na pesquisa foram: nutricionista (22,52%); recepcionista e telefonista (13,51%); auxiliar administrativo (10,81%); técnico de enfermagem (10,81%), enfermeiro (7,21%) e fisioterapeuta (7,21%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de profissionais e trabalhadores da área da saúde, em São Paulo-SP e Grande São Paulo, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Feminino	85 (76,58)
Masculino	26 (23,42)
Faixa etária	
18 a 29 anos	41 (36,94)
30 a 39 anos	39 (35,14)
40 a 49 anos	20 (18,02)
50 a 59 anos	8 (7,21)
60 a 69 anos	3 (2,70)
Estado civil	
Solteiro	46 (41,44)
Casado	54 (48,65)
Divorciado	3 (2,70)
União estável	7 (6,31)
Viúvo	1 (0,9)
Turno / escala de trabalho	
Escala 12 por 36	23 (20,72)
Escala 5 por 1	1 (0,9)
Escala 5 por 2	57 (51,35)
Escala 6 por 1	13 (11,71)
Escala 12 por 60	5 (4,5)
Outros	12 (10,81)
Renda	
Menos de 1 salário-mínimo (R\$ 1.099)	7 (6,31)
1 a 3 salários-mínimos (R\$ 1.100 a R\$ 3.299)	57 (51,35)
3 a 5 salários-mínimos (R\$ 3.330 a R\$ 5.499)	25 (22,52)
5 a 10 salários-mínimos (R\$ 5.500 a R\$ 10.999)	13 (11,71)
acima de 10 salários-mínimos (acima de R\$ 11.000)	9 (8,11)
Grau de escolaridade	
Ensino fund. Completo	2 (1,8)
Ensino médio completo	19 (17,12)
Superior incompleto	21 (18,92)
Superior completo	20 (18,02)

Pós-graduação/especialização	44 (39,64)
Mestrado	4 (3,6)
Doutorado	1 (0,9)
Cidade	
São Paulo e grande São Paulo	98 (88,28)
Outros estados	13 (11,72)
Instituição	
Público	35 (31,53)
Privada	76 (68,47)
Profissão	
Agente comunitário de saúde	3 (2,70)
Auxiliar de cozinha/cozinheiro/copeiro	3 (2,70)
Auxiliar de escritório/administrativo	12 (10,81)
Auxiliar de limpeza/rouparia	5 (4,50)
Enfermeiro	8 (7,21)
Farmacêutico	2 (1,80)
Fisioterapeuta	8 (7,21)
Médico	7 (6,31)
Nutricionista	25 (22,52)
Outros profissionais de saúde	3 (2,70)
Psicólogo	7 (6,31)
Recepcionista/telefonista	15 (13,51)
Segurança	1 (0,90)
Técnico de enfermagem	12 (10,81)
Profissionais e trabalhadores	
Profissionais (com formação na área da saúde)	75 (67,57)
Trabalhadores	36 (32,43)
Total	

Fonte: a própria autoria.

Os dados expressos na Tabela 2 indicam que 53,15% dos profissionais e trabalhadores apresentavam excesso de peso, sendo 32,43% (N = 36) com sobrepeso e 20,72% (N = 23) com obesidade. Durante a pandemia, 68,47% (N = 76) apresentaram alteração de peso, sendo que em média ganharam 2,25 kg. Dentro deste público, 51,35% (N = 57) apresentaram aumento de peso, sendo que o aumento de peso máximo foi de 34 kg.

Quando comparada a alteração de peso com as demais variáveis sociodemográficas e de estado nutricional, apenas sexo apresentou diferença estatisticamente significativa. As mulheres tiveram um ganho médio de 3,23 kg (DP $\pm$ 6,58) e os homens tiveram tendência a perda de peso de 0,92 kg (DP $\pm$ 6,61), sendo $p = 0,006$.

Tabela 2. Índice de Massa Corporal, alteração de peso, altura e peso de profissionais e trabalhadores da área da saúde, São Paulo-SP e Grande São Paulo, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Classificação IMC real	
Baixo Peso	2 (1,80)
Eutrofia	50 (45,05)
Sobrepeso	36 (32,43)
Obesidade	23 (20,72)
<i>IMC médio + Desvio Padrão</i>	26,25 $\pm$ 5,38
<i>(min-máx)</i>	(17,90 - 42,97)
Alteração de peso	N (%)
Aumentou o peso	57 (51,35)
Diminuiu o peso	19 (17,12)
Manteve o peso	35 (31,53)
<i>Alteração de peso média + Desvio Padrão</i>	2,25 $\pm$ 6,79
<i>(min-máx)</i>	-25 a 34
Altura	
<i>Média + Desvio Padrão</i>	1,66 $\pm$ 0,8
<i>(min-máx)</i>	1,50 - 1,90
Peso	
<i>Média + Desvio Padrão</i>	72,71 $\pm$ 16,95
<i>(min-máx)</i>	47 - 130
Total	

Fonte: a própria autoria

As alterações no consumo alimentar foram avaliadas antes e durante a pandemia (tabela 3). A ingestão de feijões praticamente não teve alteração. O consumo de frutas frescas,

verduras e legumes mais de uma vez por dia sofreu decréscimo, de 26,13% para 21,62%. Ao analisar a frequência do consumo de legumes, houve um aumento de 9,91% na frequência semanal, de 1 a 4 vezes.

Os itens ultraprocessados como hambúrguer e/ou embutidos sofreram acréscimo no consumo diário (de 0,89 para 2,68%). Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e biscoitos salgados tiveram um expressivo crescimento no consumo diário (de 0,90 para 5,41%) e em mais de uma vez por dia (de 0,90 para 2,70%). Os biscoitos recheados, doces ou guloseimas tiveram um importante aumento no consumo semanal (de 26,39 para 36,04%), diário (de 6,94 para 11,71%) e mais de uma vez por dia (2,78% para 6,31%).

O item “bebida alcoólica” teve aumento no consumo semanal (de 9,91 para 17,12%) e em mais de uma vez por dia (de 0,90 para 1,80%). A ingestão de bebidas adoçadas diminuiu em mais de uma vez por dia (de 9,01 para 6,42%) e aumentou no consumo de uma vez por dia (de 9,91 para 11,93%).

Ao analisar a frequência do consumo de legumes, houve aumento de 9,91% de pessoas que passaram a consumir com maior frequência semanal, de 1 a 4 vezes. Porém a recomendação de consumo para esse grupo alimentar é três porções diária, e ao avaliar o consumo de pelo menos uma vez por dia ou mais de 1 vez por dia, em ambos, houve redução durante a pandemia²⁶.

Tabela 3. Questionário de avaliação do consumo alimentar antes e durante a pandemia 2021 e 2022

Questões	Nunca ou até 3 vezes por mês (%)	1 a 4 vez por semana (%)	1 vez por dia (%)	Mais de 1 vez por dia (%)
Você costuma comer feijões (feijões, lentilhas, ervilha, grão-de-bico, soja) em suas refeições?				
Antes da pandemia	14,29	33,04	41,07	11,61
Durante a pandemia	17,12	35,14	36,04	11,71
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)?				
Antes da pandemia	14,41	39,64	19,82	26,13
Durante a pandemia	17,12	37,84	23,42	21,62
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)?				
Antes da pandemia	18,02	32,43	29,73	19,82

Durante a pandemia	14,41	42,34	27,03	16,22
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) ?				
Antes da pandemia	54,46	36,61	7,14	0,89
Durante a pandemia	53,57	34,83	8,04	2,68
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)				
Antes da pandemia	49,55	31,53	9,91	9,01
Durante a pandemia	52,29	29,36	11,93	6,42
Bebidas alcoólicas (vinho, cerveja, Whisky)?				
Antes da pandemia	83,87	9,91	5,41	0,90
Durante a pandemia	80,18	17,12	0,90	1,80
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados?				
Antes da pandemia	65,77	32,43	0,90	0,90
Durante a pandemia	66,67	25,23	5,41	2,70
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)				
Antes da pandemia	63,89	26,39	6,94	2,78
Durante a pandemia	45,95	36,04	11,71	6,31
Consumo de água por dia	Menos de 4 copos	4 a 5 copos	6 a 8 copos	8 copos ou mais
Antes da pandemia	18,92	23,42	29,73	27,93
Durante a pandemia	19,82	26,13	27,03	27,03
Costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular				
	Não	Sim	Ocasionalmente	
Antes da pandemia	14,41	64,86	20,72	
Durante a pandemia	15,32	58,56	26,13	

Fonte: a própria autoria

No tocante ao impacto da pandemia no consumo alimentar (Tabela 4), 72,97% (N = 81) dos profissionais e trabalhadores do setor da saúde perceberam que houve mudanças,

sendo que 54,95% (N = 61) relataram que aumentaram seu consumo alimentar durante a pandemia e passaram a comer mais ou fazer mais refeições ao longo do dia. Cerca de 61,26% (N = 68) dos participantes disseram que durante a pandemia tiveram dificuldades de conseguir controlar seu consumo alimentar e 63,96% (N = 71) relataram que o estado emocional afetou seu consumo ou comportamento alimentar.

Nesta pesquisa os dados indicam pela percepção dos participantes que 64,86% (N = 72) perceberam uma preferência por alimentos industrializados durante o período da pandemia. Verifica-se que 61,26% (N = 68) dos participantes relataram consumir refeições ou alimentos com o intuito de promover bem-estar em resposta a sentimentos negativos durante a pandemia.

Cerca de 59,46% (N = 66) dos participantes tiveram mudanças em sua carga horária e passaram a trabalhar de forma mais intensa e 49,55% (N = 55) disseram que a rotina de trabalho acabou gerando impactos que eles consideraram negativos para sua saúde.

Tabela 4. Percepção do comportamento e consumo durante a pandemia, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Você percebeu uma preferência por alimento industrializados durante o período da pandemia, como doces, lanches, fast-food?	
Não	39 (35,14)
Sim	72 (64,86)
Você consumiu refeições ou alimentos durante o período da pandemia com o intuito de produzir bem-estar, em oposição a sentimentos negativos?	
Não	43 (38,74)
Sim	68 (61,26)
Notou alguma mudança no consumo alimentar após o início da pandemia?	
Não	30 (27,03)
Sim	81 (72,97)
Se sim, seu consumo alimentar aumentou ou diminuiu durante o período da pandemia?	
AUMENTO	
Aumentou, passei a fazer mais refeições ao longo do dia	26 (23,42)
Aumentou, passei a comer maior quantidade de comida durante as refeições	19 (17,12)
Aumentou, passei a realizar mais refeições ao longo do dia e a comer mais nessas refeições	16 (14,41)
Total	61 (54,95)

DIMINUIÇÃO	
Diminuiu, passei a fazer menos refeições ao longo do dia	9 (8,11)
Diminuiu, passei a comer menos quantidade de comida durante as refeições	8 (7,21)
Diminuiu, passei a realizar menos refeições ao longo do dia e a comer menos nessas refeições	3 (2,70)
Total	20 (18,02)
O comportamento alimentar não foi alterado	30 (27,03)
A pandemia gerou dificuldades em controlar seu consumo alimentar?	
Não gerou nenhuma dificuldade	43 (38,74)
Sim, gerou dificuldades	47 (42,34)
Sim, aumentou dificuldades que já existiam	21 (18,92)
Você considera que seu estado emocional durante a pandemia afetou seu consumo e/ou comportamento alimentar?	
Não, não afetou	40 (36,04)
Sim, afetou	71 (63,96)
Sua rotina de trabalho foi alterada durante a pandemia?	
Não, minha rotina de trabalho continuou a mesma	33 (29,73)
Sim, passei a ter uma carga horária mais intensa de trabalho	66 (59,46)
Sim, passei a ter uma carga menos intensa de trabalho	12 (10,81)
Sua rotina de trabalho durante a pandemia gerou impacto no seu comportamento e/ou consumo alimentar?	
Não, não gerou nenhum impacto	40 (36,04)
Sim, gerou impacto que considero positivo para minha saúde	16 (14,41)
Sim, gerou impacto que considero negativo para minha saúde	55 (49,55)

Fonte: a própria autoria

Cerca de 13,51% (N = 15) dos participantes apresentam indícios de transtorno da compulsão alimentar periódica (Tabela 5), sendo: 9,01% (N = 10) com compulsão moderada e 4,5% (N = 5) com compulsão grave. Aqueles que não tinham compulsão alimentar, tiveram

menor ganho de peso em média de 1,57 kg ($DP \pm 6,19$), do que aqueles que têm o transtorno da compulsão alimentar, sendo o ganho de peso 5,10 kg ($DP \pm 6,82$) entre aqueles com compulsão moderada e 9,40 kg ($DP \pm 12,52$) entre aqueles com compulsão grave. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,015$). No entanto, a maior variação de peso esteve presente entre aqueles que não apresentaram compulsão alimentar: perda de 25 kg e aumento de 34 kg.

Tabela 5. Compulsão alimentar periódica de profissionais e trabalhadores da área da saúde, durante a pandemia, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
Presença de Compulsão Alimentar	
Sem compulsão	96 (86,49)
Compulsão moderada	10 (9,01)
Compulsão grave	5 (4,5)
Alteração de Peso	
Sem compulsão	1,57 kg ($\pm 6,19$)
Compulsão moderada	5,10 kg ($\pm 6,82$)
Compulsão grave	9,40 kg ($\pm 12,52$)

Fonte: a própria autoria

4 DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 apresentou desafios em diversos âmbitos, principalmente para os profissionais e trabalhadores da área da saúde. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres jovens (18 a 39 anos), com nível superior completo, remuneração média entre um e três salários-mínimos e empregadas na rede privada.

Um dos principais impactos da pandemia identificados nesta pesquisa foi a alteração de peso. Mais da metade dos participantes apresentou acréscimo de peso e IMC correspondente a excesso de peso e obesidade. Esses dados são coerentes com o perfil da população brasileira, segundo a VIGITEL, a qual aponta que 55,4% da população adulta brasileira está com excesso de peso¹⁷.

Cerca de três quartos dos participantes perceberam que, durante a pandemia, seu consumo alimentar foi alterado, fator que contribuiu para o aumento de peso. Foram classificadas três alterações no padrão alimentar, indicando o aumento do consumo: mais

refeições ao longo do dia, maior quantidade de comida em cada refeição, ou mais refeições com maior quantidade de comida.

Um estudo realizado em Araçatuba-SP, com mais de 500 participantes, avaliou o comportamento alimentar durante a pandemia e apresentou dados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, apontando aumento de peso na maioria dos participantes (45,3%). O mesmo estudo indicou aumento do consumo de alimentos em maior quantidade, do comer relacionado às emoções e do consumo de alimentos fora dos horários das refeições, com preferência por doces¹⁸. Verificou-se também que o comer emocional, ou seja, o comer associado à ansiedade e a sentimentos negativos, constituiu fator relacionado ao aumento do consumo alimentar.

De acordo com Haddad et al.¹⁹ e Kalkan Uğurlu et al.²⁰, o isolamento social teve como consequência a evidência da pressão psicológica sobre os indivíduos, o que influenciou mudanças comportamentais, como o uso do alimento como um meio de escape para enfrentar sentimentos intensificados de medo e insegurança durante a pandemia. Em um estudo realizado durante a pandemia, com mais de 45 mil brasileiros de todo o país, revelou-se que os sentimentos frequentes de tristeza, depressão, isolamento e ansiedade foram reportados por grande parte da população estudada, e como esses sentimentos podem levar também ao consumo excessivo de alimentos, principalmente os ricos em açúcares, como forma de buscar alívio emocional pela comida²¹.

Os profissionais e trabalhadores analisados nesta pesquisa relataram estar mais ansiosos, tensos, com medo, estressados e com maiores preocupações consigo mesmos e com o próximo. Por esses motivos, muitos acabaram encontrando alívio e conforto no comer, principalmente alimentos ricos em gordura e açúcares, que são mais palatáveis e menos saudáveis, mas que proporcionam sensações de bem-estar.

O comportamento alimentar inclui o que comemos, como comemos, com quem, onde, quando, por que, em quais situações comemos, e o que pensamos e sentimos em relação ao alimento. As ações e condutas ligadas ao comer emocional alteram diretamente o comportamento alimentar²².

Dessa maneira, o comportamento alimentar alterado, se não tratado e acompanhado adequadamente, pode ser nocivo à saúde e iniciar o desenvolvimento de transtornos alimentares. No público avaliado, 13,51% apresentaram pontuação na ECAP que indica a presença de compulsão alimentar. O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos em um período delimitado (até duas horas), acompanhado pela sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. Para

caracterizar o diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), esses episódios devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a características de perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios voltados para a perda de peso²³.

Vários fatores podem ter contribuído para a fragilidade do estado emocional desses profissionais e trabalhadores. A possibilidade iminente de contágio, devido ao número elevado de doentes, as incertezas sobre o contágio, a falta de medicamentos imunizantes, o número elevado de mortes, a escassez de profissionais e recursos para realizar o trabalho, entre outros. A rotina de trabalho e a quantidade de horas trabalhadas também foram fatores preponderantes que contribuíram para que esses trabalhadores da saúde tivessem alterações no seu estado emocional, no comportamento e consumo alimentar.

Em uma pesquisa realizada com médicos de um hospital na China, muitos profissionais demonstraram sinais de irritabilidade e angústia, bem como relataram preocupação com a transmissão da doença, aumentando as chances de sobrecarga das unidades hospitalares²⁴. No presente estudo, cerca de 59,46% tiveram alteração na carga horária de trabalho. Aproximadamente 49,55% perceberam que sua rotina de trabalho teve impactos negativos em sua saúde.

Embora o ganho de peso tenha sido mais frequente, os dados indicam que 17,12% dos participantes relataram perda de peso, com reduções de até 25 kg. Foram classificadas três alterações que indicaram a diminuição do consumo alimentar entre 18,02% dos participantes: menos refeições ao longo do dia, menor quantidade de comida, ou menos refeições com menor quantidade de comida. Esse consumo diminuído, em conjunto com os fatores citados anteriormente, somados às dificuldades relatadas por alguns profissionais que tinham receio de retirar os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) e, por isso, cumpriam todo o plantão sem pausas para alimentação, são fatores a serem considerados para entender o estado físico desses profissionais durante os períodos críticos da pandemia.

Em relação ao consumo alimentar, os dados indicam redução de 5,03% no consumo diário de feijão quando comparados os períodos pré-pandemia e pandemia. Esses dados reforçam a redução do consumo desse grupo alimentar na população brasileira, conforme apontado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF²⁵, já que o Guia Alimentar (2008) recomenda a ingestão de uma porção de feijão por dia²⁶.

Ao analisar o consumo de frutas frescas, verduras e legumes, verificou-se que os participantes não atingiram a recomendação diária desses grupos alimentares, nem no período pré-pandemia nem durante a pandemia. Os dados indicam, ainda, uma redução de quase 3%

na frequência de consumo de verduras e legumes, tanto nas refeições diárias quanto no consumo geral. Segundo a OMS²⁷, o consumo de 400g/dia de frutas, legumes e verduras, equivalente a cinco porções diárias de 80g cada, está associado à redução de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de fornecer vitaminas, minerais, antioxidantes e nutrientes que favorecem a imunidade. Além disso, o Guia Alimentar recomenda evitar a ingestão de alimentos ultraprocessados, dado seu perfil nutricional desbalanceado, com excessos de açúcar, sódio e gordura¹⁵.

Os dados evidenciam aumento na ingestão de alimentos ultraprocessados, os quais estão diretamente associados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, sobrepeso, obesidade, distúrbios gastrointestinais, depressão e mortalidade²⁸. Este cenário traz à tona uma grave problemática: a pandemia não apenas intensificou as dificuldades psicológicas e emocionais dos profissionais de saúde, mas também gerou mudanças no comportamento alimentar que podem ter efeitos duradouros na saúde pública. O aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, aliado à redução de alimentos saudáveis, configura uma preocupação significativa para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, que já representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo.

Assim, é crucial refletir sobre como as políticas públicas de saúde, junto com a educação alimentar, podem intervir para mitigar esses impactos e promover escolhas alimentares mais saudáveis, especialmente em um período pós-pandemia, quando os efeitos das mudanças comportamentais podem ainda ser sentidos.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A utilização da amostragem por bola de neve pode limitar a representatividade da amostra, uma vez que a seleção dos participantes depende das redes de contato dos respondentes. Além disso, os dados foram obtidos por meio de questionários autoaplicáveis, o que pode introduzir vieses de memória e de percepção. Esses fatores podem influenciar a generalização dos resultados.

5 CONCLUSÃO

A pandemia afetou o comportamento e o consumo alimentar dos profissionais e trabalhadores da área da saúde. Houve alteração do peso corporal, sendo mais proeminente o ganho de peso, principalmente, entre as mulheres e os indivíduos com o transtorno de compulsão alimentar.

Os dados indicam que os participantes passaram a consumir alimentos em maior quantidade e com maior frequência, com preferência por alimentos ultraprocessados, além de apresentarem dificuldade no controle do consumo alimentar. Fatores intensificados pela pandemia, como aumento do estresse, ansiedade, carga excessiva de trabalho, medo em relação ao futuro, medo de se contaminar e contaminar amigos e familiares e o próprio distanciamento social tiveram impacto negativo no comportamento alimentar.

Além dos danos diretos causados pela pandemia e a forma como esses profissionais e trabalhadores foram afetados, cabe a preocupação dos prejuízos a longo prazo, tendo em vista o que a má alimentação, o estresse e a compulsão alimentar podem causar a saúde.

Os achados reforçam a necessidade de estratégias institucionais e políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental e alimentar de profissionais e trabalhadores da saúde. Intervenções que incluam apoio psicossocial, educação alimentar e nutricional e melhoria das condições de trabalho podem contribuir para minimizar os impactos de situações de crise sanitária sobre o comportamento alimentar e a saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087335/portal-una-sus-especial-covid-19.pdf>
4. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Observatório COVID-19: Boletim extraordinário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf
5. Aquino EML, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Cien Saude Colet. 2020;25(supl 1):2423-2446. doi:10.1590/1413-81232020256.1.10502020
6. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade L, Esperidião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Cien Saude Colet. 2020;25(9):3465-3474.
7. Sidor A, Rzymiski P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. Nutrients. 2020;12(6):1657. doi:10.3390/nu12061657
8. Deschasaux-Tanguy M, Druesne-Pecollo N, Esseddik Y, et al. Diet and physical activity during COVID-19 lockdown: results from the French NutriNet-Santé cohort study. Am J Clin Nutr. 2021;113(4):924-938. doi:10.1093/ajcn/nqaa336
9. Herle M, Smith AD, Bu R, Steptoe A, Fancourt D. Trajectories of eating behavior during COVID-19 lockdown. Clin Nutr ESPEN. 2021;42:158-165. doi:10.1016/j.clnesp.2021.01.046

10. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. The COVID-19 pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020407. doi:10.1590/S1679-49742020000400026
11. UNICEF. Impactos primários e secundários da COVID-19 em crianças e adolescentes. Brasília: UNICEF; 2020. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/media/9966/file/impactos-covid-criancas-adolescentes-ibope-unicef-2020.pdf>
12. Penrod J, Preston DB, Cain RE, Starks MT. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *J Transcult Nurs*. 2003;14(2):100-107. doi:10.1177/1043659602250614
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de uso do Guia Alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf
14. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):100-107. doi:10.1590/S1516-44462001000400008
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
17. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf
18. de Aro F, Pereira BV, Bernardo DNDA. Comportamento alimentar em tempos de pandemia por COVID-19. *Braz J Dev*. 2021;7(6):59736-59748.
19. Haddad C, Zakhour M, Bou Kheir M, et al. Association between eating behavior and quarantine stressors during COVID-19. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(4):1-12.
20. Kalkan Ugurlu Y, Mataraci Degirmenci D, Durgun H, Gok Ugur H. Eating behaviors and psychological status during COVID-19 isolation. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):507-516. doi:10.1111/ppc.12703
21. Malta DC, Mascarenhas MDM, Lima MG, et al. Distanciamento social e estilos de vida durante a pandemia. *Cad Saude Publica*. 2021;37(supl 1):e00323020. doi:10.1590/0102-311X00323020
22. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. Nutrição comportamental. 2ª ed. Barueri: Manole; 2019.
23. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2013.
24. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff during COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X
25. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
27. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2002.
28. Louzada MLC, Costa CS, Souza TN, Cruz GL, Levy RB, Monteiro CA. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde. *Cad Saude Publica*. 2022;37(supl 1):e00323020.