

Comportamento alimentar de trabalhadores de hospitais públicos brasileiros durante a pandemia da COVID-19

Eating behavior of workers in brazilian public hospitals during COVID-19

Ana Paula Perillo Ferreira Carvalho¹, Malaine Morais Alves Machado¹, Ana Clara Martins e Silva Carvalho¹, Inaiana Marques Filizola Vaz¹, Lana Pacheco Franco Gedda¹, Camila Moura Batista Ferro¹, Ana Carolina Rezende de Assis¹, Sebastião Benício da Costa Neto¹

[1] Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás | **Título abreviado:** Comportamento alimentar de trabalhadores na pandemia | **Endereço para correspondência:** Malaine Morais Alves Machado – Rua 235 QD. 68 Lote Área, N° 285, s/n°. Setor Leste Universitário, Goiânia/GO. CEP 74605-050 | **Email:** malainenut@ufg.br | **doi:** org/10.18761/paccg54

Resumo: As condições de estresse e ansiedade enfrentadas por trabalhadores de hospitais na pandemia da COVID-19 têm potencial de desencadear alterações no comportamento alimentar. O objetivo deste estudo foi analisar o comportamento alimentar de trabalhadores da saúde de hospitais públicos e seus fatores associados, durante o estado de pandemia. Trata-se de um estudo multicêntrico realizado com trabalhadores de 14 hospitais públicos brasileiros, distribuídos em todas as regiões do país. A coleta ocorreu de forma *online* entre setembro de 2020 e janeiro de 2021. Foram avaliadas variáveis socioeconômicas e demográficas, aspectos do trabalho, hábitos de vida, condições de saúde, qualidade de vida e o comportamento alimentar. Participaram do estudo 1143 trabalhadores, principalmente mulheres e com elevado nível de escolaridade. Os indivíduos que não tiveram alteração de peso e que melhoraram a qualidade da alimentação durante a pandemia tiveram melhores escores de comportamento alimentar. O comportamento alimentar foi diretamente associado à idade, à cor da pele, ao turno de trabalho, à prática regular de atividade física, à profissão de nutricionista e à qualidade de vida e inversamente associado ao transporte para o trabalho, uso de álcool e ansiolíticos e ao índice de massa corporal.

Palavras-chave: Comportamento alimentar, COVID-19, saúde ocupacional

Abstract: The stress and anxiety conditions faced by hospital workers in the COVID-19 pandemic have the potential to trigger changes in eating behavior. The objective of this study was to analyze the eating behavior of health workers in public hospitals and its associated factors during the pandemic state. This is a multicenter study conducted with workers from 14 Brazilian public hospitals, distributed in all regions of the country. Data collection took place online between September 2020 and January 2021. Socioeconomic and demographic variables, work aspects, lifestyle habits, health conditions, quality of life, and eating behavior were evaluated. A total of 1143 workers participated in the study, mainly women and with a high level of education. Individuals who did not have weight change and who improved their food quality during the pandemic had better eating behavior scores. Eating behavior was directly associated with age, skin color, work shift, regular physical activity, profession as a nutritionist, and quality of life, and inversely associated with transportation to work, use of alcohol and anxiolytics, and body mass index.

Keywords: Feeding behavior, COVID-19, occupational health

A pandemia da COVID-19 é considerada a maior já enfrentada pelo mundo, desde a pandemia da influenza em 1918 (Schmidt et al., 2020). Os profissionais que trabalham em unidades de saúde e hospitais estão expostos a um maior risco de serem infectados pelo coronavírus (SARS-Cov-2) e, consequentemente, sujeitos a um maior estresse físico e mental. Antes da pandemia, evidências científicas já apontavam para a necessidade de desenvolver ações visando à manutenção da qualidade de vida dos profissionais que trabalham na área da saúde, de forma a garantir respostas emocionais e comportamentais adequadas às situações de estresse (Rolim Neto et al., 2020).

O estresse e a ansiedade interferem no comportamento alimentar (CA), podendo levar a sérias implicações nutricionais, como o desenvolvimento de distúrbios alimentares, tais como o excesso de peso e outras morbidades (Mantzios et al., 2018). Indivíduos com alto grau de ansiedade e estresse tendem a escolher alimentos mais calóricos e que aumentam a sensação de prazer momentâneo, principalmente aqueles ricos em gorduras e açúcares (Di Renzo et al., 2020).

As principais medidas de contenção da pandemia (restrição de locomoção, distanciamento físico e isolamento social) impactaram o cotidiano e o estilo de vida da população mundial, inclusive os seus hábitos alimentares, pois o isolamento social alterou o ambiente alimentar e seus estímulos (Di Renzo et al., 2020; Naja & Hamadeh, 2020; Schmidt et al., 2020). Essas mudanças podem reduzir a alimentação consciente, ou seja, podem afetar negativamente a aplicação da atenção plena aos pensamentos, emoções, sensações corporais e comportamentos relacionados à alimentação (Tapper, 2022). Dessa forma, pode haver um aumento de comportamentos alimentares impulsivos e da alimentação emocional, o que pode resultar em escolhas alimentares inadequadas e aumento da quantidade de alimentos consumidos (Clemmensen et al., 2020).

Assim, considerando a situação de estresse vivenciada por profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19, o objetivo deste estudo foi analisar o CA de trabalhadores da saúde de hospitais públicos e seus fatores associados.

Método

Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico e multicêntrico realizado em 14 hospitais públicos brasileiros (região norte – 01, região nordeste – 08, região centro oeste – 01, região sudeste – 02 e região sul – 02). Foram incluídos no estudo trabalhadores das áreas assistencial, administrativa, docência e residentes atuantes nestes hospitais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (parecer nº 4.173.688), do Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal de Tocantins (parecer nº 4.226.996), da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (parecer nº 4.316.256), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 4.312.294), do Hospital Otávio de Freitas (parecer nº 4.371.528), do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (parecer nº 4.340.016), do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer nº 4.378.746), da Universidade Federal de Sergipe (parecer nº 4.284.816), da Maternidade Climério de Oliveira (parecer nº 4.290.504), da Universidade Federal de Sergipe (parecer nº 4.246.850).

Os participantes consentiram a participação *online*, após a confirmação do consentimento, receberam por e-mail o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que abordou de forma clara os objetivos, benefícios e riscos, bem como a confiabilidade e sigilo dos dados coletados, e as questões da pesquisa. O questionário só ficou disponível para respostas após o consentimento do participante.

Amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado na calculadora de tamanho amostral do CEMEQ – Centro de Métodos Quantitativos – considerando uma prevalência estimada do desfecho (comportamento alimentar alterado) de 50% (não conhecida), erro absoluto de 0,05, coeficiente de confiança de 95%, no universo de 51.422 empregados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e regime jurídico único (abril/2020),

resultando em uma amostra mínima de 382 participantes. No entanto, todos os trabalhadores e residentes vinculados aos hospitais foram convidados, via lista de transmissão para os e-mails dos trabalhadores da Rede EBSEH, e poderiam integrar a amostra.

O cálculo do poder do teste foi calculado *a posteriori*, por meio do *WebPower statistical power analysis online*[®], considerando os parâmetros da análise de regressão e um nível de significância de 0,05. Foi obtido um poder de teste > 99,9%.

Critérios de inclusão e exclusão

Participaram da pesquisa trabalhadores adultos (≥ 18 anos), de ambos os sexos, que estivessem atuando, diretamente ou não, com a assistência a pacientes confirmados com COVID-19. Também foram incluídos os residentes médicos e de equipes multiprofissionais. Foram excluídos os profissionais prestadores de serviço ou de empresas terceirizadas sem vínculo público, os empregados temporários, estagiários, trabalhadoras em licença maternidade, e os trabalhadores de licença médica anterior à data de deflagração do estado de pandemia.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado, via plataforma *online* (*Google Forms*). O questionário ficou disponível para respostas por 60 dias em cada centro participante, entre os meses de setembro 2020 e janeiro de 2021. O link do questionário a ser respondido foi enviado, como um convite, via lista de transmissão para os e-mails de trabalhadores da Rede EBSEH. Transcorrido o prazo da coleta de dados o questionário foi baixado como planilha e foram excluídos os questionários preenchidos em duplicidade.

Variáveis do estudo

Foram avaliadas as variáveis socioeconômicas e demográficas idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, renda familiar, região do país que reside/trabalha e prática religiosa (sim ou não). Quanto aos aspectos relacionados ao trabalho, avaliou-se a área de atuação (administrativa, assistência à saúde, docência/pesquisa, residência) tipo de trabalho durante a pandemia (presencial, remoto ou parcialmente remoto), turno (diurno, noturno

ou misto), transporte e outros vínculos empregatícios (sim ou não).

Também foram avaliados hábitos de vida e condições de saúde. Foram eles: o tabagismo (não, parei de fumar; sim – iniciei antes da pandemia; sim – iniciei durante a pandemia), o consumo de bebida alcoólica no período (não mudou, aumentou, reduziu), a prática regular de atividade física (não; 1 – 2x/semana; ou $\geq 3x$ /semana), a realização de acompanhamento nutricional (não; sim; ou sou nutricionista), a presença de comorbidades (não ou sim), diagnóstico de COVID-19 no período (não ou sim) e o uso de medicações ansiolíticas (não ou sim).

O CA foi avaliado por meio do MEQ - *Mindful Eating Questionnaire*. O questionário contém 28 itens, cujas respostas são em escala Likert: 1 – nunca/raramente; 2 – algumas vezes; 3 – muitas vezes; e 4 – quase sempre/sempre. O questionário foi avaliado globalmente e por domínios *awareness* (7 questões), *distraction* (3 questões), *disinhibition* (8 questões), *emotional* (4 questões) e *external* (4 questões). O objetivo do questionário é avaliar a alimentação consciente, de modo que valores crescentes retratam maior consciência/atenção do indivíduo ao se alimentar. Foi calculado o escore final e, também, os escores por domínios. Para esse cálculo, as questões 1,2,6,7,9,11,13,17,18,19,27 e 28 tiveram suas pontuações invertidas (Fransom et al., 2009).

As variáveis antropométricas peso e altura foram autorreferidos (Peixoto, Benício & Jardim, 2006) e utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Avaliou-se, também, a qualidade de vida, por meio do questionário WHOQOL-BREF, em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. Adicionalmente, o instrumento apresenta duas questões sobre a qualidade de vida geral e a satisfação com a própria saúde (WHO, 1996).

Análise dos dados

Primeiramente foi avaliada a distribuição das variáveis por meio do teste de *Shapiro Wilk*. Foi realizada a estatística descritiva dos dados expressa em média \pm desvio padrão e em frequências. Os testes U de *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis* foram utilizados para avaliar as diferenças entre o desfecho principal (CA) e as variáveis independentes analisadas. Um

modelo de regressão linear múltipla foi construído para buscar entender se o CA pode ser previsto com base nas variáveis socioeconômicas e demográficas, aspectos relacionados ao trabalho, hábitos de vida e condições de saúde e qualidade de vida.

Utilizou-se o software SPSS® (Versão 25 – IBM Security) para a análise dos dados. Todos os testes foram realizados considerando-se um nível de significância de 5%.

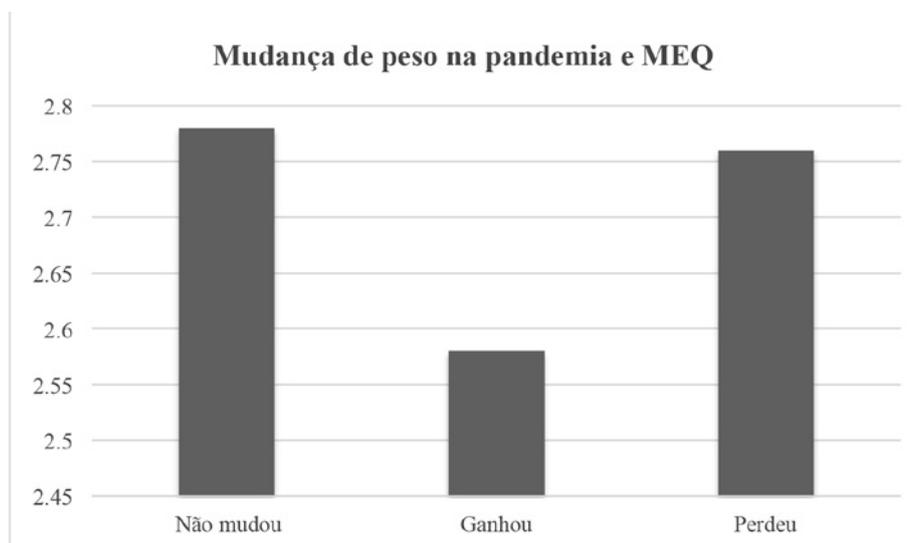


Figura 1. Auto relato, de trabalhadores de hospitais públicos brasileiros, sobre a mudança de peso durante a pandemia e o escore do MEQ.

Nota. As barras correspondem aos valores do escore MEQ para cada categoria de mudança de peso avaliada. Não mudou peso > Ganhou peso ($p < 0,001$); Ganhou peso < Perdeu peso ($p < 0,001$). *Teste de *Kruskal Wallis*.

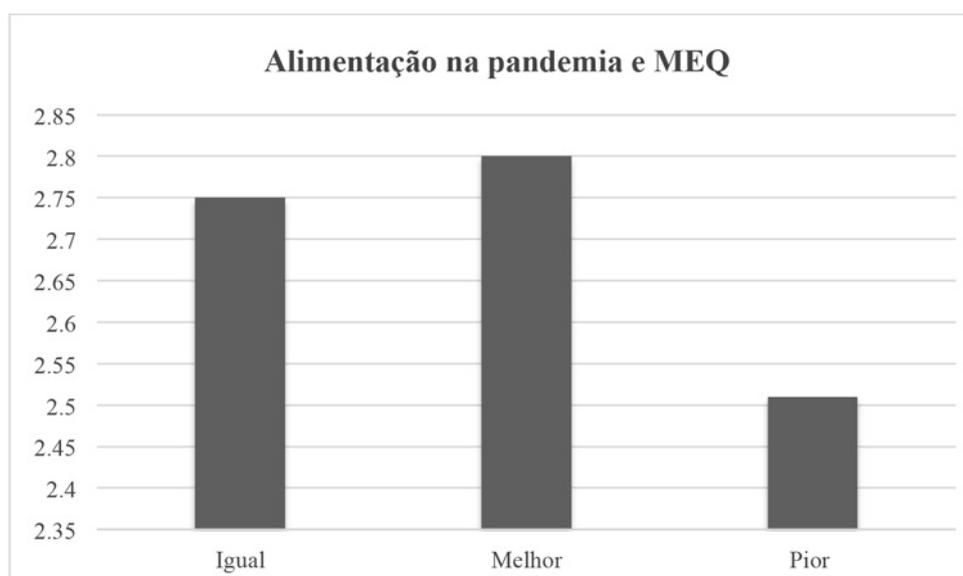


Figura 2. Auto relato, de trabalhadores de hospitais públicos brasileiros, sobre a qualidade da alimentação durante a pandemia e o escore do MEQ.

Nota. As barras correspondem aos valores do escore MEQ para cada categoria de alimentação avaliada. Alimentação igual < Alimentação melhor ($p < 0,001$); Alimentação igual > Alimentação pior ($p < 0,001$); Alimentação melhor > Alimentação pior. *Teste de *Kruskal Wallis*.

Resultados

Participaram do estudo 1143 indivíduos. Entre os participantes, 11,7% (n=134) eram da região Norte, 50,5% (n=577) da região Nordeste, 15,7% (n=180) da região Centro-Oeste, 4,4% (n=50) da região Sudeste e 17,7% (n=202) da região Sul. Demais dados de caracterização estão descritos na Tabela 1.

Foi identificada diferença entre o autorrelato de mudança de peso e da qualidade da alimentação durante a pandemia com os escores de CA (Figuras 1 e 2, respectivamente).

De acordo com o modelo final de regressão linear múltipla (Tabela 3) pode-se verificar que, a cada ano de vida do trabalhador, houve um incremento de 0,247 unidades no escore de CA ($p < 0,001$). Quanto a cor da pele, foi verificada uma associação positiva entre a categoria “outros” (amarelo, indígena, não sei, não desejo declarar) e o escore de CA.

Quando avaliado o tipo de transporte utilizado pelos trabalhadores para deslocamento ao trabalho,

aqueles que utilizam bicicleta ou vão caminhando tiveram uma associação inversa com o escore de CA ($\beta = -0,077$; $p=0,008$). Os indivíduos que trabalham somente no período noturno demonstraram um aumento de 0,079 no escore de CA ($\beta = 0,079$; $p=0,006$) quando comparados àqueles com trabalho diurno ou misto.

A prática de atividade física em três ou mais dias da semana resultou em um aumento de 0,126 unidades no escore de CA ($p<0,001$). Ser nutricionista elevou o escore de CA em 0,130 unidades ($p<0,001$). O aumento do consumo de álcool durante a pandemia ($\beta= -0,059$, $p=0,037$) e o uso de medicações ansiolíticas ($\beta= -0,076$, $p=0,010$) foram inversamente associados ao escore de CA. O aumento de uma unidade no escore de qualidade de vida resultou em um incremento de 0,283 unidades no escore de CA ($p<0,001$). Além disso, a cada aumento de uma unidade no IMC houve uma redução de 0,192 pontos no escore de CA ($p<0,001$).

Tabela 1. Características socioeconômicas e de trabalho da amostra, hábitos de vida e condições de saúde (n= 1143)

Variável	Valores1
Idade (anos)	38,82 ± 9,2
Sexo	
Feminino	927 (81,1 %)
Masculino	216 (18,9 %)
Cor da pele	
Branco	475 (41,6%)
Pardo ou preto	641 (56,1%)
Outros	26 (2,3%)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	2 (0,2 %)
Ensino médio completo ou ensino superior	421 (36,8%)
Pós graduação (Especialização / Pós-graduação completa, Mestrado completo, Doutorado completo, Pós-doutorado completo)	720 (63,0 %)
Estado civil	
Solteiro	386 (33,8%)
Casado/União estável	656 (57,4%)
Divorciado/separado/viúvo	101 (8,8%)

Renda familiar total²	
Até R\$ 2.090,00	6 (0,5%)
R\$ 2.090,01 a R\$ 4.180,00	241 (21,2%)
R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00	561 (49,1%)
R\$ 10.450,00 a R\$ 15.675,00	162 (14,2%)
Maior que R\$ 15.675,00	173 (15,1%)
Prática religiosa	
Não	494 (43,2%)
Sim	649 (56,8%)
Área de atuação	
Área administrativa	279 (24,4%)
Assistência à saúde (clínica, ambulatórios)	719 (62,9%)
Docência e ou pesquisa	21 (1,8%)
Residente médico/multiprofissional	124 (10,8%)
Tipo de trabalho durante pandemia	
Presencial	1000 (87,5%)
Remoto	58 (5,1%)
Parcialmente remoto e presencial	85 (7,4%)
Turno de trabalho	
Diurno	924 (80,8%)
Noturno	145 (12,7%)
Misto	74 (6,5%)
Transporte para ir ao trabalho	
Carro ou moto	826 (72,3%)
Transporte público	155 (13,6%)
Aplicativos de transporte	55 (4,8%)
Caminhando/Bicicleta	104 (9,1%)
Outros vínculos de trabalho	
Não	760 (66,5%)
Sim	383 (33,5%)
Tabagismo	
Não	1091 (95,5%)
Parei de fumar	25 (2,2%)
Sim, iniciei antes da pandemia	20 (1,7%)
Sim, iniciei durante a pandemia	7 (0,6%)
Consumo de bebida alcoólica	
Não mudou	887 (77,6%)
Aumentou a quantidade/frequencia	158 (13,8%)
Diminuiu a quantidade/frequencia	98 (8,6%)
Prática regular de atividade física	

Não	497 (43,5%)
1 – 2x/semana	255 (22,3%)
≥ 3x/semana	391 (34,2%)
Acompanhamento nutricional	
Não	930 (81,4%)
Sim	150 (13,1%)
Sou nutricionista	63 (5,5%)
Presença de comorbidades	
Não	634 (55,5%)
Sim	511 (44,5%)
Diagnóstico de COVID-19 no período	
Não	809 (70,8%)
Sim	334 (29,2%)
Uso de ansiolítico	
Não	949 (83,0%)
Sim	194 (17,0%)
Índice de Massa Corporal (kg/m²)	26,1 ± 4,95

1 Variáveis contínuas estão apresentados como média ± desvio padrão e variáveis categóricas como frequências e percentuais.

2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 2 – Comportamento alimentar e qualidade de vida (n= 1143).

Variável	Valores ¹
Mindfull Eating Questionnaire - MEQ	
Final	2,67 ± 0,34
<i>Awareness</i>	2,49 ± 0,55
<i>Distraction</i>	2,61 ± 0,70
<i>Disinhibition</i>	2,90 ± 0,67
<i>Emotional</i>	3,08 ± 0,73
<i>External</i>	2,28 ± 0,61
Qualidade de vida – WHOQool-Bref	
Final	61,89 ± 14,09
Físico	65,99 ± 17,20
Psicológico	58,47 ± 17,98
Social	61,60 ± 18,48
Ambiente	61,51 ± 15,01

1 Variáveis contínuas estão apresentados como média ± desvio padrão e variáveis categóricas como frequências e percentuais.

Tabela 3. Associação entre o comportamento alimentar e as variáveis independentes (n=1.143).

Variáveis independentes	Comportamento alimentar (<i>Mindful Eating Questionnaire</i>)	
	Coefficiente de regressão β (Intervalo de confiança 95%)	p-value
Idade (anos)	0,247 (0,007 – 0,012)	<0,001
Cor		
Branca	0,000	
Pardo ou negro	0,009 (-0,035 – 0,047)	0,766
Outros	0,075 (0,049 – 0,309)	0,007
Transporte		
Carro ou moto	0,000	
Público	0,039 (-0,019 – 0,096)	0,188
Aplicativos de transporte	- 0,022 (-0,126 – 0,053)	0,419
Caminhando ou bicicleta	- 0,077 (-0,159 – -0,024)	0,008
Turno de trabalho		
Diurno	0,000	
Noturno	0,079 (0,023 – 0,138)	0,006
Misto	-0,010 (-0,091 – 0,062)	0,717
Prática de atividade física		
Não	0,000	
1 – 2x/semana	0,025 (-0,027 – 0,068)	0,401
≥ 3x/semana	0,126 (0,047 – 0,133)	<0,001
Consumo de álcool durante a pandemia		
Não mudou o consumo	0,000	
Aumentou a quantidade e/ou frequência	-0,059 (-0,113 – -0,004)	0,037
Reduziu a quantidade e/ou frequência	0,010 (-0,054 – 0,079)	0,717
Realização de acompanhamento nutricional		
Não	0,000	
Sim	0,013 (-0,042 – 0,069)	0,629
Ser nutricionista	0,130 (0,109 – 0,270)	<0,001
Uso de ansiolítico – sim	-0,076 (-0,125 – -0,017)	0,010
Índice de Massa Corporal (kg/m²)	-0,192 (-0,018 – -0,009)	<0,001
Qualidade de vida – WHOQool-Bref	0,283 (0,006 – 0,008)	<0,001

R² = 0,282, Adj. R² = 0,249, F (47, 1019) = 8,514, p < 0,001).

Discussão

Na amostra do presente estudo predominaram as mulheres (81,1%) e pessoas com elevado nível de escolaridade (63% com pós-graduação). Essas características também foram relatadas em uma revisão sistemática (Gherardi-Donato et al., 2020) sobre instrumentos de medição do CA, e por três outros estudos sobre o tema durante a pandemia (Ammar et al., 2020; Bezerra et al., 2020; Di Renzo et al., 2020), e um sobre saúde do trabalhador de uma universidade pública brasileira (Farias et al., 2021).

Existe uma forte e complexa conexão entre a comida, as emoções e o comportamento. O estresse, a ansiedade, a tristeza, o cansaço, a preocupação, a solidão e o isolamento são citados como causadores de mudanças no padrão de consumo de alimentos no cenário de pandemia (Tolhurst et al., 2022). Muitas vezes, a comida é utilizada para reduzir ou cessar emoções negativas e até prolongar as positivas (Snetselaar, 1997). Nesse contexto, o estresse ocasionado pelo cenário da pandemia de COVID-19 se tornou um perigo em potencial para a alimentação.

O estresse afeta o sistema neuroendócrino que regula o metabolismo energético. As estruturas cerebrais percebem o sofrimento emocional como uma ameaça à homeostase sistêmica. O estresse induz um aumento nos níveis circulantes de glicocorticoides que, por sua vez, estimulam o consumo de alimentos palatáveis e reduzem a capacidade da autorregulação da alimentação baseada nas necessidades energéticas individuais (Clemmensen et al., 2020).

Ou seja, o estresse, a depressão e a ansiedade aumentam a sensação de fome e a preferência por alimentos ricos em gorduras e açúcares, pois estes estimulam a produção de serotonina que possui efeito positivo no humor. Assim, há impacto na regulação do apetite e são favorecidos comportamentos de alimentação emocional não saudáveis (Mantzios et al., 2018; Clemmensen et al., 2020; Abdul Basir et al., 2021).

O estresse ocupacional e a vulnerabilidade ao estresse estão entre os principais componentes que conferem riscos à manutenção da saúde mental. No Brasil, estima-se que 72% dos trabalhadores experimentam, em maior ou menor grau, condições de estresse relacionadas à atividade laboral (Latorraca

et al., 2019). Trzcionka et al. (2022) relataram aumento no consumo de álcool, nos níveis de depressão e de ansiedade em estudantes universitários da área de saúde da Polônia durante a pandemia. Esses autores ressaltam que a pandemia aumentou a exposição dos profissionais a fatores estressores, mais do que em outras categorias profissionais, e que isso pode ter relação com o aumento de casos de ansiedade e necessidade do uso de ansiolíticos.

O consumo de álcool e uso de ansiolíticos foi associado a menores escores para a alimentação consciente nos profissionais de saúde avaliados no presente estudo. Os sintomas e as medicações para as doenças mentais, como ansiolíticos, podem afetar a motivação e os padrões alimentares dos indivíduos (Gidugu & Jacobs, 2019).

No presente estudo, a associação identificada entre o uso de ansiolíticos com menor escore para a alimentação consciente, sugere que a ansiedade durante a pandemia pode favorecer um CA menos saudável. O uso de álcool também esteve inversamente associado ao CA. De acordo com Moor et al. (2013), as pessoas fazem várias escolhas alimentares de modo inconsciente ao longo de um dia. Vale ressaltar que sob o efeito de álcool a consciência para a alimentação pode ser afetada, uma vez que a ação do álcool sobre o sistema nervoso central resulta em efeitos físicos, especialmente os motores, mas também é capaz de estimular o sistema de recompensa, podendo afetar diretamente o CA (Costardi et al., 2015).

Um estudo com trabalhadores de uma Universidade do nordeste brasileiro encontrou que o consumo de alimentos ultraprocessados foi maior entre os indivíduos expostos a maiores níveis de estresse quando comparado aos com menores níveis. O estresse no trabalho pode prejudicar as atividades laborais e diárias, e diminuir a probabilidade de o indivíduo adotar um estilo de vida equilibrado e saudável (Farias et al., 2021).

As demandas excessivas, longas jornadas e exposição a ambiente hostis, são situações que aumentam o estresse nos profissionais (Farias et al., 2021). É importante ressaltar que a área hospitalar sempre enfrentou recursos insuficientes, excesso de trabalho, e prontidão para emergências. Na pandemia essas foram condições enfrentadas pelos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham

em hospitais, porém, de uma forma potencializada (Teixeira et al., 2020). Vários estudos relataram a elevada proporção de profissionais atuantes nesses serviços que estavam vivenciando intenso sofrimento psíquico por diversos motivos, tais como: excesso de carga de trabalho, privação de sono, lidar constantemente com a morte de pacientes e até pelo temor por suas próprias vidas e de seus entes (Lai et al., 2020; Ayanian, 2020).

Quanto a relação do CA com o Índice de Massa Corporal (IMC), vários estudos sobre o tema observaram que, conforme o IMC do indivíduo aumenta, o escore de alimentação consciente diminui (Moor et al., 2013; Framson et al., 2009; Clementi et al., 2017; Mantzios et al., 2018; Di Renzo et al., 2020).

Moor et al. (2013) destacam que diariamente as pessoas tomam, em média, duzentas decisões a mais sobre comida do que pensam, o que sugere que muitas decisões são tomadas automaticamente, sem o devido reconhecimento consciente. Dessa forma, o ganho de peso pode ocorrer por aumento no consumo alimentar em consequência do desconhecimento ou da não percepção das decisões alimentares diárias. Nesse contexto, é provável que a atenção está focada em outro lugar, memórias, planos, e preocupações, que levam a comportamentos automáticos, hábitos irracionais, padrões de comportamento não saudáveis e uma inconsciência geral das ações. A prática da atenção plena, ou seja, da capacidade intencional de trazer atenção ao momento presente, tem associação com menor consumo de gorduras e açúcares e o IMC tem associação inversa com os escores do MEQ (Mantzios et al., 2018). Assim, a alimentação consciente pode auxiliar na perda e na manutenção do peso (Framson et al., 2009).

No presente estudo, a maioria dos indivíduos perdeu ou não teve modificação de peso (51,7% e 28,3%, respectivamente). A mediana do escore de CA diferiu entre as categorias de autorrelato da mudança de peso e, também, houve diferença do CA entre as categorias da qualidade da alimentação na pandemia. Os indivíduos que relataram melhora na qualidade da alimentação após a pandemia (25,2%) ou não modificaram seu padrão alimentar (38,2%), têm escores melhores do que os que relataram que a qualidade da alimentação piorou após início da pandemia (36,6%).

Di Renzo et al. (2020) encontraram resultados semelhantes: 16,7% melhoraram, 46,1% não modificaram e que 37,2% pioraram seus hábitos e estilo de vida. Esses autores (2020) destacam que as pessoas que não tiveram sua rotina de trabalho alterada, tendem a não ter ganho de peso quando comparadas com trabalhadores que passaram a ter trabalho remoto. Os profissionais de saúde do presente estudo, em sua maioria, permaneceram em trabalho presencial. Além disso, não foi demonstrada associação entre o tipo de trabalho e o escore MEQ na amostra avaliada.

O escore maior do MEQ nos indivíduos sem alteração de peso durante a pandemia, bem como nos indivíduos que melhoraram a qualidade da alimentação, pode ser reflexo de que a alimentação consciente pode desempenhar um papel na manutenção do peso a longo prazo, e que o MEQ é um instrumento útil para entender o CA (Framson et al., 2009).

Outra associação encontrada foi que, ir para o trabalho caminhando ou de bicicleta, diminui o escore de alimentação consciente. A caminhada ou pedalada até o trabalho configuram uma atividade física e são considerados hábitos saudáveis. Moor et al. (2013) também encontraram resultado similar. Neste estudo, praticantes de atividade física não tinham, necessariamente, um bom escore de CA, e afirmam que nem sempre um hábito saudável será determinante de outros hábitos saudáveis. Ou seja, nem sempre se tem a relação direta entre a alimentação consciente e a prática de atividade física. Essa relação não é clara e uma possibilidade é que alguns indivíduos que fazem atividade física, ou que utilizam meios de transporte com maior gasto energético para irem ao trabalho, podem ter comportamentos de compensação e alimentação emocional.

Por outro lado, encontrou-se, no presente estudo, que a prática regular de atividade física, em três ou mais dias por semana, foi associada com maior escore para alimentação consciente, enquanto as categorias de inatividade física ou a prática regular de atividade física, apenas umas ou duas vezes por semana, não se associou com o MEQ. A prática regular de atividade física é capaz de diminuir o nível de estresse, e dessa forma, repercutir positivamente no CA.

Um estudo sobre hábitos de vida da população brasileira na pandemia, encontrou menor nível de estresse em indivíduos que permaneceram prati-

cando atividade física (Bezerra et al., 2020). Além disso, na amostra avaliada, esses trabalhadores, durante a pandemia, poderiam estar em prolongamento de jornada de plantões e maior número de plantões com jornadas mais longas a fim de evitar as trocas de funcionários em um curto período de tempo, dispondo assim de menos tempo para a regularidade da prática de atividade física.

A relação entre a idade e o CA encontrada indicou que quanto maior a idade melhor o escore de alimentação consciente. Esse mesmo resultado foi relatado por Framson et al. (2009) no estudo que validou o instrumento MEQ. Em uma pesquisa com a população italiana, também durante a pandemia, quanto menor a idade, maior o consumo de alimentos não saudáveis e maior o IMC (Di Renzo et al., 2020). Possivelmente, indivíduos mais velhos têm mais informação e conhecimento adquirido sobre a alimentação, o que pode ter influenciado no escore de CA.

Os profissionais que trabalham no período noturno apresentaram melhores escores para o CA. As pessoas que trabalham a noite nos hospitais pesquisados precisam levar suas refeições, ou seja, provavelmente planejam melhor o que comer. O ato de planejar as refeições contribui para escolhas alimentares mais racionais e saudáveis, uma vez que leva o indivíduo a refletir sobre tais escolhas (Abdul Basir et al., 2021). Os indivíduos que se declararam amarelos ou indígenas apresentaram melhores escores para a alimentação consciente. Essa associação não parece ter uma explicação lógica e pode ter ocorrido ao acaso.

Outra associação encontrada no presente estudo é que o profissional nutricionista tem escores mais elevados de CA do que os outros profissionais de saúde dos hospitais pesquisados, provavelmente, pelo fato que nutricionistas possuem conhecimento técnico e têm mais atenção sobre as questões que envolvem alimentação saudável e CA no seu dia a dia. Essa variável foi incluída como um ajuste, para evitar o viés que esse conhecimento adicional sobre alimentação pudesse conferir à análise.

Os profissionais com melhores escores para a qualidade de vida, também, apresentaram melhores escores para o CA. Um estudo sobre a percepção do isolamento social no Brasil, relatou que 73% dos participantes apresentaram algum grau de estresse

em função da pandemia (Bezerra et al., 2020). E um estudo na Polônia afirma que a pandemia afetou a qualidade de vida das pessoas (Trzcionka et al., 2022). O estresse é um dos principais determinantes da qualidade de vida e do CA. Nesse sentido, parece que a atenção plena, a autocompaixão e a alimentação consciente levam a uma tomada de decisão mais saudável nos contextos de saúde (Mantzios et al., 2018).

Uma limitação desse estudo foi que essa avaliação aconteceu em um único momento e, sabe-se que, a pandemia de COVID-19 teve ciclos de intensidades diferentes. Entretanto, essa coleta única ocorreu pela própria característica do estudo transversal, pelo momento vivido e pela realidade da coleta de dados ser *online*. Porém, ressalta-se como pontos fortes o fato de ser um estudo brasileiro sobre um tema mais explorado em outros países (CA), de ter tido um excelente tamanho amostral e retratar um cenário nacional, já que todas as regiões do país foram representadas. Além disso, tais achados subsidiaram às instituições participantes dados que vêm fomentado a adoção de estratégias em saúde, que não são objeto deste trabalho, mas que têm sido utilizadas para melhorar a saúde do trabalhador, nos contextos do CA e da qualidade de vida.

Conclusão

As modificações no cotidiano e rotinas, o estresse e as maiores demandas físicas e mentais dos trabalhadores da saúde foram algumas das consequências da pandemia de COVID-19. Os indivíduos expostos a condições mais adversas, tais como uso de álcool e ansiolíticos e maiores níveis de IMC, apresentaram menores escores para a alimentação consciente. E os indivíduos com melhores escores para a qualidade de vida e maior frequência de atividade física, apresentam melhores escores para alimentação consciente.

Os hábitos de vida influenciam diretamente o CA desse público. Nesse sentido, é importante a discussão do tema para a formulação de estratégias que possam auxiliar os trabalhadores a adotarem hábitos que favoreçam o estilo de vida e a saúde dos mesmos.

Referências

- Abdul Basir, S. M., Abdul Manaf, Z., Ahmad, M., Abdul Kadir, N. B., Ismail, W. N. K., Mat Ludin, A. F., & Shahar, S. (2021). Reliability and validity of the malay mindful eating questionnaire (Meq-m) among overweight and obese adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031021>
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C., On Behalf of the ECLB-COVID19 Consortium. (2020). Effects of covid-19 home confinement on eating behaviour and physical activity: Results of the eclb-covid19 international online survey. *Nutrients*, 12(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>
- Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*, 1(4), e200397–e200397. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0397>
- Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M. D., Soares, F. R. G., & Silva, J. A. M. D. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(suppl 1), 2411–2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Clementi, C., Casu, G., & Gremigni, P. (2017). An abbreviated version of the mindful eating questionnaire. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(4), 352–356.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.01.016>
- Clemmensen, C., Petersen, M. B., & Sørensen, T. I. A. (2020). Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic? *Nature Reviews Endocrinology*, 16(9), 469–470. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0387-z>
- Costardi, J. V. V., Nampo, R. A. T., Silva, G. L., Ribeiro, M. A. F., Stella, H. J., Stella, M. B., & Malheiros, S. V. P. (2015). A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(4), 381–387. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.04.381>
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: An Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>
- Farias, B. D. O., Cavalcante, A. C. M., Sampaio, R. M. M., Teixeira, M. Y. P., Sampaio, H. A. D. C., & Machado, S. P. (2021). Estresse no Trabalho e Associação ao Consumo de Ultraprocessados por Servidores Universitários. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 21(3). <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20828>
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Gherardi-Donato, E. C. D. S., Quinhoneiro, D. C. G., Gimenez, L. B. H., Hernandez Siqueira, L. H., Serrano, K. V. D., & Zanetti, A. C. G. (2020). Efetividade de uma intervenção baseada em Mindfulness para redução de estresse e melhora da qualidade de vida em estudantes de enfermagem. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 16(3), 33–43. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152589>
- Gidugu, V., & Jacobs, M. L. (2019). Empowering individuals with mental illness to develop healthy eating habits through mindful eating: Results of a program evaluation. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 177–186. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1516295>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Latorraca, C. de O. C., Pacheco, R. L., Martimbianco, A. L. C., & Riera, R. (2019). O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre prevenção e tratamento da síndrome de burnout e estresse no trabalho. *Diagnóstico E Tratamento*, 24(3), 119–125. Recuperado de <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/view/252>
- Mantzios, M., Egan, H., Hussain, M., Keyte, R., & Bahia, H. (2018). Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: An exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 833–840. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0548-4>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63529>
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0124-3>
- Naja, F., & Hamadeh, R. (2020). Nutrition amid the COVID-19 pandemic: A multi-level framework for action. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(8), 1117–1121. <https://doi.org/10.1038/s41430-020-0634-3>
- Peixoto, M. do R. G., Benício, M. H. D., & Jardim, P. C. B. V. (2006). Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1065 – 1072. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000700015>
- Rolim Neto, M. L., Almeida, H. G., Esmeraldo, J. D., Nobre, C. B., Pinheiro, W. R., De Oliveira, C. R. T., Sousa, I. D. C., Lima, O. M. M. L., Lima, N. N. R., Moreira, M. M., Lima, C. K. T., Júnior, J. G., & Da Silva, C. G. L. (2020). When health professionals look death in the eye: The mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 112972. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112972>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Snetselaar, L. G. (1997). *Nutrition counseling skills for medical nutrition therapy*. Aspen Publishers.
- Tapper, K. (2022). Mindful eating: What we know so far. *Nutrition Bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465–3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Tolhurst, T., Princehorn, E., Loxton, D., Mishra, G., Mate, K., & Byles, J. (2022). Changes in the food and drink consumption patterns of Australian women during the COVID-19 pandemic. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 46(5), 704–709. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13295>
- Trzcionka, A., Włodarczyk-Sielicka, M., Surmiak, P., Szymańska, A., Pohl, A., & Tanasiewicz, M. (2022). Quality of life assessment in students from polish universities during the covid-19 pandemic according to who quality of life questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8117. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138117>

Histórico do Artigo

Submetido em: 23/01/2024

Aceito em: 04/11/2024

Editor Associado: Eduardo S. Miyazaki