

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA
MESTRADO ACADÊMICO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

MONIQUE DA SILVA MONÇÃO

**EFEITO DO CONFINAMENTO DA COVID-19 SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES,
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES
DIETÉTICAS EM PACIENTES COM DOENÇAS INFECCIOSAS
ACOMPANHADOS ATRAVÉS DE UMA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NÃO
PRESENCIAL**

RIO DE JANEIRO

2022

MONIQUE DA SILVA MONÇÃO

**EFEITO DO CONFINAMENTO DA COVID-19 SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES,
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES
DIETÉTICAS EM PACIENTES COM DOENÇAS INFECCIOSAS
ACOMPANHADOS ATRAVÉS DE UMA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NÃO
PRESENCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fiocruz para obtenção do grau em Mestre em Ciências.
Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Maria Valete Rosalino
Coorientadora: Prof. Dra. Patrícia Dias de Brito

RIO DE JANEIRO

2022

Monção, Monique da Silva.

Efeito do confinamento da Covid-19 sobre hábitos alimentares, segurança alimentar e nutricional e adesão às orientações dietéticas em pacientes com doenças infecciosas acompanhados através de uma estratégia de atendimento não presencial / Monique da Silva Monção. - Rio de Janeiro, 2022.

62 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2022.

Orientadora: Cláudia Maria Valete Rosalino.

Co-orientadora: Patrícia Dias de Brito.

Bibliografia: f. 51-53

1. Covid-19. 2. Assistência ambulatorial. 3. Comportamento alimentar. 4. Educação alimentar e nutricional. I. Título.

MONIQUE DA SILVA MONÇÃO

**EFEITO DO CONFINAMENTO DA COVID-19 SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES,
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES
DIETÉTICAS EM PACIENTES COM DOENÇAS INFECCIOSAS
ACOMPANHADOS ATRAVÉS DE UMA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NÃO
PRESENCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fiocruz para obtenção do grau em Mestre em Ciências.
Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Maria Valete Rosalino
Coorientadora: Prof. Dra. Patrícia Dias de Brito

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Adriana Costa Babelo
Doutora em Ciências
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Gilberto Marcelo Sperandio da Silva
Doutor em Ciências Biológicas
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Raquel de Vasconcellos Carvalhaes Oliveira
Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

À minha família, com todo meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter permitido a realização deste sonho, pela família que me presentou, pelas pessoas que pôs em meu caminho para que esta etapa pudesse ser concluída e principalmente pela vida que nos deu e abençoou com toda Sua graça.

À minha família que com todo seu amor, zelo e cuidado me guiou e se dedicou aos meus estudos para que eu pudesse chegar até aqui. Meus pais, Marcia e Marcos, exemplos de amor incondicional, resiliência, companheirismo, respeito e luta, minha eterna gratidão e orgulho. Minha irmã e melhor amiga, Priscila; meu cunhado; minhas tias; meus avós e meus amigos, por todo incentivo e rede de apoio.

Ao meu marido, Gabriel, meu incentivador e parceiro desde a adolescência.

Ao meu filho, Guilherme, meu grande amor, que muito me ensinou e é a razão pela qual eu luto por uma vida melhor.

À esta instituição que tanto incentiva e luta pela saúde, ciência e justiça social.

Às minhas orientadoras, Dra Cláudia e Dra Patrícia, pelo suporte, incentivo, ensinamentos e, principalmente, por terem confiado e acreditado em mim.

Ao Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, à banca examinadora, à secretaria de ensino, aos pacientes que tornaram este trabalho possível e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

“A fome é a expressão biológica de males sociológicos”. (Josué de Castro)

MONÇÃO, M.S. **Efeito do confinamento da Covid-19 sobre hábitos alimentares, segurança alimentar e nutricional e adesão às orientações dietéticas em pacientes com doenças infecciosas acompanhados através de uma estratégia de atendimento não presencial.** 2022. 62f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

Introdução: Com a cronificação das doenças infecciosas, as comorbidades metabólicas adquiririam importância para os cuidados dos indivíduos infectados. A teleconsulta foi uma estratégia utilizada para garantir a continuidade do cuidado nutricional a estes pacientes. Torna-se necessário avaliar os efeitos da pandemia sobre os hábitos alimentares dos pacientes e a contribuição desta estratégia para a continuidade do cuidado nutricional ambulatorial.

Objetivo: Avaliar mudanças de hábitos alimentares, insegurança alimentar e nutricional (IAN) e adesão às orientações dietéticas durante o período de confinamento da Covid-19 em pacientes com doenças infecciosas acompanhados no ambulatório de nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).

Métodos: Foram convidados pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, portadores de doenças infecciosas, em acompanhamento no ambulatório de nutrição do INI/Fiocruz, que tiveram pelo menos uma consulta não presencial durante a pandemia e uma consulta presencial subsequente. Foram realizados: antropometria, anamnese alimentar e aplicados questionários com questões referentes à alimentação durante o confinamento, questionário de marcadores de consumo alimentar, Escala Brasileira de IAN reduzida e Escala de Estresse Percebido. Foram comparados peso e exames bioquímicos antes e após o período de confinamento, e foi verificada a associação entre IAN, sobrepeso e obesidade e demais variáveis categóricas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados: Foram incluídos no estudo 75 participantes, com idade mediana de 58 anos (27 - 81 anos), sendo a maioria adulta (54,66%), do sexo feminino (57,33%), de etnia não branca (62,67%), e com no mínimo o ensino fundamental completo (57,33%). A maioria não estava trabalhando formalmente (62,67%), tinha renda familiar mensal de 1 a 4 salários-mínimos (86,36%), e apenas 21,33% dos pacientes declararam que recebem benefício do governo. As doenças infecciosas mais frequentes foram HIV/AIDS (54,67%) e Doença de Chagas (29,33%), enquanto as comorbidades foram hipertensão (52%), dislipidemia (48%) e diabetes (33,33%). A maioria dos pacientes tinha sobrepeso ou obesidade (81,33%). Os marcadores de alimentação

saudáveis possuíram a maior prevalência de consumo e a maioria relatou boa adesão às orientações dietéticas. Durante o confinamento, 68% dos participantes alteraram sua rotina de alimentação, sendo que menos de 40% referiu percepção de piora. A maioria (53,3%) achou que “descontou na comida o estresse e a ansiedade”, e a mediana de pontos na escala de estresse percebido foi de 22 pontos. A IAN estava presente em quase metade da população do estudo (46,7%) e apresentou associação com renda, com o recebimento de auxílio do governo, com o diagnóstico de HIV, com o relato de pelo menos 3 sentimentos negativos, com mudança na rotina de compras de alimentos e com percepção de piora da alimentação. O sobrepeso e/ou obesidade esteve associado à mudança na rotina de compras de alimentos e com percepção de piora da alimentação. Não houve alteração significativa de peso corporal e parâmetros bioquímicos entre as duas consultas. **Conclusão:** O comportamento alimentar de pacientes com doenças infecciosas, acompanhados por teleconsulta durante a pandemia de Covid-19, esteve alterado, sendo esses resultados mais expressivos em pacientes em IAN. A teleconsulta foi um recurso que possibilitou o acesso ao cuidado nutricional durante o isolamento social da pandemia, possibilitando a adesão às orientações, retirada de dúvidas e acolhimento.

Palavras-chave: Covid-19, assistência ambulatorial, comportamento alimentar, educação alimentar e nutricional

MONÇÃO, M.S. **Effect of Covid-19 confinement on eating habits, food and nutritional security and compliance with dietary guidelines in patients with infectious diseases followed by a non-face-to-face care strategy.** 2022. 62f. Dissertation (Academic Master in Clinical Research in Infectious Diseases) - Oswaldo Cruz Foundation, National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

Introduction: With the chronicity of infectious diseases, metabolic comorbidities would become important for the care of infected individuals. Teleconsultation was a strategy used to guarantee the continuity of nutritional care for patients with infectious diseases and metabolic comorbidities. It is necessary to evaluate the effects of the pandemic on the eating habits of patients and the contribution of this strategy to the continuity of outpatient nutritional care.

Objective: To evaluate changes in eating habits, food and nutritional insecurity (IAN) and adhering to dietary guidelines during the confinement period of Covid-19 in patients with infectious diseases followed up at the nutrition outpatient clinic of the National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas (INI/Fiocruz). **Methods:** Adult and elderly patients of both sexes with infectious and parasitic diseases were invited to participate in the study, who had at least one non-face-to-face consultation during the pandemic and one subsequent face-to-face consultation. Anthropometry and food anamnesis were performed, and questionnaires were applied with questions related to feeding during the confinement period by Covid-19, a questionnaire of food consumption markers, a Reduced Brazilian Food Insecurity Scale and a Perceived Stress Scale. Weight and biochemical tests were compared before and after the confinement period, and the association between IAN, overweight and obesity and other categorical variables was verified. The study was approved by the Ethics Committee of the institution and all participants signed a free and informed consent form. **Results:** The study included 75 participants, with a median age of 58 years (27 - 81 years), most of them adult (54.66%), female (57.33%), non-white (62.67%), and with at least complete elementary education (57.33%). The majority were not formally working (62.67%), had a monthly family income of 1 to 4 minimum wages (86.36%), and only 21.33% of patients declared that they receive government benefit. The most frequent underlying infectious diseases were HIV/AIDS (54.67%) and Chagas disease (29.33%), while comorbidities were hypertension (52%), dyslipidemia (48%) and diabetes (33.33%). Most patients were overweight or obese (81.33%). It was observed that healthy eating markers had the highest prevalence of consumption and most reported good adhering to dietary guidelines. During confinement,

68% of the participants changed their feeding routine, and less than 40% reported perceived worsening. The majority (53.3%) thought that stress and anxiety "discounted in food", and the median points on the perceived stress scale were 22 points. The IAN was present in almost half of the study population (46.7%; n= 35) and presented association with income, with the receipt of government assistance, with the diagnosis of HIV, with the report of at least 3 negative feelings, with change in the routine of food purchases and with perception of worsening of food. While overweight and/or obesity was associated with a change in the routine of food purchases and with a perception of worsening of food. There was no significant change in body weight and biochemical parameters compared to the pre-pandemic consultation. **Conclusion:** The eating behavior of patients with infectious diseases, accompanied by teleconsultation during the Covid-19 pandemic, was altered, and these results were more expressive in patients in ANI. Telemedicine was a resource that allowed access to nutritional care during the social isolation of the pandemic, enabling the following orientations, withdrawal of doubts and reception.

Keywords: Covid-19, outpatient care, eating behavior, food and nutrition education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Questionário de Marcadores de consumo alimentar, Ministério da Saúde, Brasil, 2015.....	28
Quadro 2.	Classificação do estado nutricional, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do adulto.....	29
Quadro 3.	Classificação do estado nutricional, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do idoso.....	30
Figura 1.	Fluxograma de inclusão de participantes no estudo, Rio de Janeiro, Brasil.....	32
Figura 2.	Prevalência (%) de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável de pacientes atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=72).....	36
Quadro 4.	Fatores estimulantes e limitantes à adesão às orientações dietéticas, relatados pelos pacientes atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=73).....	36
Figura 3.	Frequência dos sentimentos relatados pelos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=75).....	33
Tabela 2.	Associação de variáveis demográficas com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=75).....	38
Tabela 3.	Associação de variáveis clínicas com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).....	38
Tabela 4.	Associação de variáveis comportamentais com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).....	39
Tabela 5.	Comparação de variáveis comportamentais com o diagnóstico de sobrepeso/obesidade de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).....	39
Tabela 6.	Comparação dos parâmetros antropométricos antes e após o confinamento dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).....	40
Tabela 7.	Comparação dos parâmetros bioquímicos antes e após o confinamento dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).....	41
Tabela 8.	Dados da Escala de Estresse Percebido, em ordem decrescente de pontuação. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=63).....	42

LISTA DE SIGLAS

ADA	Associação Dietética Norte-Americana
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BPC LOAS	Benefício de Prestação Continuada
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HCV	Virus da Hepatite C
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTLV	Vírus T-linfotrópico Humano
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
PCM	Paracoccidiodomicose
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SISVAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SM	Salário-mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
1.1	COVID-19 E O IMPACTO NO ACOMPANHAMENTO DE COMORBIDADES.....	18
1.2	INSEGURANÇA ALIMENTAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	20
1.3	SAÚDE MENTAL E ESTRESSE NA PANDEMIA DE COVID-19.....	21
2.	JUSTIFICATIVA	23
3.	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4.	METODOLOGIA	26
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	26
4.2	CASUÍSTICA.....	26
4.2.1	População do Estudo	26
4.2.2	Estratégia de seleção da amostra e plano de recrutamento	26
4.2.3	Critérios de elegibilidade	27
4.2.3.1	<u>Critérios de inclusão</u>	27
4.2.3.2	<u>Critérios de exclusão</u>	27
4.3	MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS.....	27
4.3.1	Teleconsulta	27
4.3.2	Consulta presencial pós-confinamento	29
4.4	PLANO DE ANÁLISE.....	30
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5.	RESULTADOS	32
6.	DISCUSSÃO	44
7.	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	51

APÊNDICES.....	54
APÊNDICE A.....	54
APÊNDICE B.....	56
ANEXOS.....	57
ANEXO A.....	57
ANEXO B.....	59
ANEXO C.....	60

1. INTRODUÇÃO

Com a tendência ao declínio na taxa de mortalidade das doenças infecciosas e a cronificação das mesmas, novas situações clínicas, como comorbidades metabólicas, adquiririam importância para os cuidados dos indivíduos infectados. Uma vez que, a prevalência de síndrome metabólica em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e com doença de Chagas se assemelha a prevalência observada na população geral (apud DIAS DE BRITO et al., 2017).

O tratamento nutricional é constituinte fundamental na terapêutica das doenças agudas e crônicas. Para o manejo dos atuais problemas alimentares e nutricionais vividos pela população, o atendimento nutricional individual em ambulatório desempenha papel estratégico. A adesão ao tratamento nutricional engloba mudanças no comportamento alimentar que são primordiais para o sucesso da conduta e melhora clínica e/ou prevenção de doenças metabólicas, mas que interferem na rotina e nos hábitos de vida dos indivíduos (CHIMENTI et al., 2006).

Apesar de serem fatores modificáveis, segundo o Ministério da Saúde (2011), “as mudanças alimentares voluntárias dependem de um empenho pessoal e de esforço contínuo sobre situações diversas, muitas vezes na contramão de facilidades e mesmo de outras demandas de ordem pessoal e social”. Outros aspectos fundamentais são a regularidade e a frequência dos indivíduos às consultas de nutrição. Estudos mostram que a adesão ao tratamento nutricional está diretamente relacionada ao número de consultas frequentadas (JANDA et al., 2013).

Em razão do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2 – Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave, Covid-19 – *Corona Virus Disease* 2019), classificado como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 (OMS, 2020), medidas restritivas de circulação de pessoas foram recomendadas a toda população, em especial aos grupos de risco (idosos, indivíduos com doença pré-existente, imunodeprimidos).

Essas medidas restritivas impactaram diretamente os hábitos alimentares da população (STEELE et al., 2020). Além disso, o confinamento traz efeitos psicológicos que influenciam na escolha de alimentos (BHUTANI; COOPER, 2020; LIBOREDO et al., 2021; OZAMIZ-ETXEARRIA et al., 2020). Pacientes que já apresentam comorbidades, e que já seguem orientações dietéticas necessárias ao melhor controle de sua doença, podem ter mais dificuldade de adesão durante este período. Soma-se a isso a interrupção do acompanhamento nutricional presencial e das atividades educativas em grupo.

Para garantir uma adesão satisfatória às orientações dietéticas, mesmo durante este período de distanciamento social, dos pacientes que apresentam comorbidades, e que por este motivo, pertencem ao grupo de risco para Covid-19, fez-se necessário criar estratégias de manutenção do atendimento nutricional. Neste sentido, este trabalho procurou avaliar o efeito do confinamento sobre os hábitos alimentares e sobre a adesão às orientações dietéticas dos pacientes acompanhados através de uma estratégia de atendimento não presencial.

1.1 COVID-19 E O IMPACTO NO ACOMPANHAMENTO DE COMORBIDADES

Na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, surgiram diversos casos de pneumonia e com isso, em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada. Esses casos tratavam-se de uma nova cepa de coronavírus, ainda não identificada em humanos, que temporariamente foi nomeada de 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, foi descrito como SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19 (OPAS, 2020; ZHOU et al., 2020).

O surto do novo coronavírus instituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da OMS, em 30 de janeiro de 2020. Contudo, somente em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi reconhecida pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2020).

A pandemia da Covid-19 atingiu mais de 100 países e territórios nos cinco continentes, sendo um grandioso desafio sanitário em escala global deste centenário, propiciando impactos diretos e indiretos à saúde e a economia da população mundial (PIRES BRITO et al., 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020).

Em pouco tempo, alguns fatores de pior prognóstico foram identificados, dentre eles a idade avançada e comorbidades metabólicas, como doença cardiovascular e diabetes mellitus. Uma revisão sistemática que avaliou 207 estudos realizados em 12 países da América do Norte, Europa e Ásia, propôs que a presença de uma doença crônica ou comorbidade pode aumentar em 12% a chance de desenvolver a forma grave da Covid-19, e em 10% o risco de morte (IZCOVICH et al., 2020).

Além do risco de piores desfechos da Covid-19, pessoas com comorbidades tiveram seu acompanhamento de saúde interrompido durante a pandemia. O distanciamento social, a diminuição de transporte público disponível e a falta de profissionais que foram remanejados a fim de conter a sobrecarga no sistema de saúde, foram fatores que promoveram implicações na capacidade de prestar cuidados eletivos, tais como: cancelamento de cirurgias e

procedimentos não emergenciais, adiamento de consultas presenciais e atraso na realização de exames laboratoriais de rotina (PAPAUTSKY et al., 2021).

Neste contexto, a telessaúde obteve destaque, se expandindo muito durante a pandemia de Covid-19 por meio de consultas realizadas por vídeo ou telefone (HUANG; GOPALAN, 2023). Mediante a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) foi possível realizar atividades à distância com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde. Este monitoramento remoto mostrou-se de grande valia como medida preventiva de hospitalização por descompensação de doenças crônicas, reduzindo a sobrecarga dos hospitais e os custos (DE SIMONE et al., 2022; KISICKI et al., 2022).

Dentre as modalidades de telessaúde, a teleconsulta é definida com um atendimento síncrono por meio de videoconferência ou telefone. De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN):

“No âmbito da atuação do nutricionista, define-se por teleconsulta a consulta de Nutrição realizada de maneira remota, mediada por TICs, com comunicação síncrona entre nutricionista e paciente/cliente/usuário localizados em diferentes espaços geográficos, sempre mantendo o caráter privativo e confidencial.”

Durante a pandemia, a teleconsulta foi uma estratégia capaz de manter os pacientes e os profissionais de saúde seguros, além de permitir o cuidado contínuo dos pacientes, podendo ainda aprimorar a prestação de cuidados de saúde além do padrão de atendimento. Desta forma, o CFN através do Parecer do Grupo de trabalho sobre Teleconsulta de Nutrição (BRASIL, 2022a), entendeu que a continuidade da Teleconsulta de Nutrição no território nacional é necessária, desde que sejam respeitadas as normativas técnicas, legais e éticas que serão elaboradas e revisadas pelo Grupo de Trabalho constituído.

O teleatendimento é uma área para melhorar a qualidade e a relação custo-benefício do atendimento centrado no paciente. Dentre os diversos benefícios angariados pelo teleatendimento, visitas por vídeo, por exemplo, requerem uma boa conexão com a internet, um dispositivo habilitado para vídeo e alfabetização digital. Quanto aos cuidados primários em teleatendimento, ainda não se sabe se as consultas realizadas por vídeo ou telefone resultam em tratamento diferenciado. Contudo, percebe-se que o atendimento por telefone é mais comum, seja pela maior praticidade ou até mesmo pelo fato de os pacientes não precisarem se preocupar em se apresentar ou apresentar suas casas. Além disso, o atendimento por telefone é uma opção conveniente para atender às necessidades do paciente sem levantar questões de segurança (JOHNSON et al., 2023).

1.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

De acordo com a Lei Orgânica de 2006, Segurança Alimentar e Nutricional (SAN):

“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”.

A partir de fevereiro de 2010, a alimentação foi incluída entre os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal. Entretanto, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) ainda está distante da realidade de muitas pessoas em todo o mundo e com a pandemia da Covid-19, os desafios são maiores (RIBEIRO-SILVA et al., 2020).

Entretanto, as políticas sociais que influenciavam a renda e a SAN dos brasileiros enfraqueceram desde 2016, tendo em vista o desmonte do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISVAN), e os resultados negativos dos indicadores sociais, aumentando o número de pessoas em extrema pobreza (RIBEIRO-SILVA et al., 2020).

No fim de 2020, durante a pandemia de Covid-19, 19,1 milhões de pessoas conviviam com a fome no Brasil. Em 2022, a insegurança alimentar se tornou ainda mais presente entre as famílias brasileiras: 14 milhões de novos brasileiros, em pouco mais de um ano. Ou seja, são 33,1 milhões de pessoas que não têm o que comer e/ou que não sabem quando será a próxima refeição (RIBEIRO-SILVA et al., 2020, II VIGISAN, 2022). Diversos fatores contribuem para este quadro em conjunto com as implicações da pandemia de Covid-19: inflação dos preços dos alimentos, desmonte de políticas públicas que acentuam as desigualdades sociais e crescimento da pobreza, por exemplo.

Devido a não continuidade das atividades cotidianas da população, em vista do avanço da Covid-19, a tendência de recessão econômica global que atinge a todos, é ainda mais intensificada na população em vulnerabilidade econômica, que tem sua saúde colocada em risco. A renda dos trabalhadores informais foi impactada diante das medidas de isolamento domiciliar, assim como os assalariados pelo risco de demissão e/ou redução da jornada de trabalho (OLIVEIRA et al., 2020; RIBEIRO-SILVA et al., 2020).

Os protocolos de distanciamento social e medidas de isolamento social da pandemia também impactaram negativamente sobre o sistema alimentar de produção de alimentos perecíveis, com redução da mão de obra, aumento do prazo de entrega, aumento das inspeções, e aumento dos custos operacionais, levando à diminuição do consumo destes

alimentos (hortaliças, frutas e alimentos de origem animal) e ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados pela população (CARDUCCI et al., 2021).

Somado aos efeitos negativos da pandemia, a condição de vulnerabilidade de pessoas com doenças infecciosas pode agravar a situação de insegurança alimentar. Algumas doenças infecciosas como doenças de Chagas e as leishmanioses, são consideradas negligenciadas, pois recebem pouco investimento ou não são prioridade nas políticas públicas de prevenção e controle (WERNECK; HASSELMANN; GOUVÊA, 2011). Já pessoas que vivem com HIV lidam com estigma e menor apoio familiar e social, o que pode inclusive impactar negativamente na adesão ao tratamento (WALDMAN; SATO, 2016)

1.3 SAÚDE MENTAL E ESTRESSE NA PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de Covid-19 foi um evento traumático, que ocasionou danos físicos, emocionais e psicológicos. Tais eventos traumáticos interferem diretamente na saúde mental, podendo ocasionar repercussões sociais e econômicas (MENG et al., 2022). Ao ser descrita como uma emergência mundial, muitos cidadãos repensaram suas atitudes e com isso, foram surgindo angústias contínuas, dúvidas e apreensões (VALENCIO, 2021).

O distanciamento social, mais conhecido como isolamento social, principal medida de prevenção e controle da pandemia de Covid-19, assim como o risco de contaminação, medo de contaminar a família e colegas de trabalho e desemprego, ocasionaram diversas repercussões na saúde mental, tais como: alterações nos níveis de estresse, baixa qualidade do sono, alterações no consumo alimentar e no humor, ansiedade e depressão. (FILGUEIRAS; STULTS-KOLEHMAINEN, 2020; NEGRÃO et al., 2022). Pessoas mais pobres têm maiores chances de desenvolver estresse, ansiedade e depressão, pois, durante o isolamento apresentaram instabilidade financeira, e com isso também, menos oportunidades de atividades de bem-estar (BROOKS et al., 2020).

Neste contexto, ao pensar em padrão alimentar, os processos emocionais, comportamentais, cognitivos e fisiológicos, também estão relacionados ao isolamento social, que em virtude dos níveis elevados de estresse, o “desejo por comida” é intensificado (NEGRÃO et al., 2022). Uma vez que, o aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, assim como o aumento da frequência alimentar e horário irregular para realizar as refeições são reflexos do estresse, medo, angústia e tristeza, culminando muitas

vezes no excesso de peso (MAURO; SILVA; SILVA, 2022; VERTICCHIO; VERTICCHIO, 2020).

O estresse pode ser definido como uma incapacidade de resposta de adaptação a um forte estímulo físico ou emocional. Após um período de exaustão ou esgotamento desencadeado por um evento estressor, uma série de sintomas físicos e psicológicos instala-se, com grande possibilidade de comprometer a saúde do indivíduo. Além de o estresse ser associado a fenômenos ambientais, há processos de doença em nível individual também associado (BARRINGTON et al., 2012; COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

Uma das formas de avaliar o estresse é por meio da tradução ou percepção do indivíduo acerca do grau que ele percebe as situações que acontecem ao longo da sua vida como estressantes, e o uso de ferramentas para a avaliação do estresse tornou-se fundamental para programas de prevenção, diagnóstico e intervenção (LUFT et al., 2007; REIS; HINO; AÑEZ, 2010).

2. JUSTIFICATIVA

Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e com doença de Chagas, por exemplo, podem evoluir para a forma crônica da doença, uma vez que tratando-se da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), a TARV (Terapia Antirretroviral), propicia o aumento da sobrevida. Além disso, pode causar efeitos colaterais que interferem na morbidade. Já a doença de Chagas, quando na forma crônica, pode apresentar alterações cardíacas e digestivas, que também ocasionam condições metabólicas desfavoráveis, progredindo a morbidade de sua doença de base (DIAS DE BRITO et al., 2017).

Como reflexo da cronicidade das doenças infecciosas, a maior demanda por agendamentos no ambulatório de nutrição corresponde ao tratamento de comorbidades e complicações metabólicas, sendo o excesso de peso (ou o ganho de peso) um dos principais motivos de encaminhamento.

O ambulatório do Serviço de Nutrição atende pacientes adultos e idosos (maiores de 18 anos), encaminhados pelos médicos e demais profissionais de saúde. A rotina do atendimento nutricional ambulatorial inclui a realização de anamnese clínica e alimentar e de medidas antropométricas, a checagem de exames laboratoriais, o planejamento do tratamento nutricional e a orientação nutricional ao paciente. Atividades de Educação Alimentar e Nutricional tem sido usadas com estes pacientes para melhorar a adesão às orientações nutricionais, consolidar seus conhecimentos sobre alimentação saudável e garantir a autonomia para escolhas alimentares saudáveis. (DIAS DE BRITO et al., 2017).

A partir das medidas de restrição de circulação e distanciamento social impostas pela pandemia da Covid-19, as unidades da Fiocruz passaram a trabalhar seguindo planos de contingência atualizados rotineiramente, de acordo com a necessidade de cuidados específicos para reduzir o contágio da doença.

De acordo com a Resolução SES Nº 2004/2020 de 18/03/2020 (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020), ficaram suspensos os atendimentos ambulatoriais eletivos de pacientes estáveis nas unidades de saúde pública. Desta forma, para garantir a adesão às orientações dietéticas durante os meses de confinamento e promover atitudes positivas e de autocuidado frente ao cenário da pandemia, o Serviço de Nutrição e Dietética do INI/Fiocruz (SENU) estabeleceu uma estratégia para a continuidade do acompanhamento ambulatorial no formato “atendimento nutricional não presencial”.

Essa estratégia seguiu a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 646 (CFN, 2020), que considerando as consequências do isolamento social exigido como medida

preventiva à Covid-19 e a necessidade da continuidade da prestação da assistência nutricional pelos nutricionistas, autorizou o atendimento não presencial durante este período.

O atendimento não presencial foi realizado no período de março de 2020 a maio de 2021, através de contato telefônico, a pacientes em consultas subsequentes, ou seja, que já tinham tido pelo menos uma consulta ambulatorial anterior na nutrição. A implementação desta modalidade de atendimento buscou garantir a adesão às orientações dietéticas para o controle das comorbidades em pacientes com doenças infecciosas, e torna-se necessário avaliar sua contribuição para a continuidade do cuidado nutricional ambulatorial.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar mudanças de hábitos alimentares, situação de insegurança alimentar, e adesão às orientações dietéticas durante o período de confinamento da Covid-19 em pacientes com doenças infecciosas acompanhados no ambulatório de nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever questões sobre o acesso aos alimentos, as práticas alimentares, e a rotina de alimentação durante o confinamento;
2. Descrever os fatores estimulantes e limitantes à adesão durante o confinamento;
3. Comparar parâmetros antropométricos e exames bioquímicos antes e após o período de confinamento;
4. Descrever sintomas negativos e o grau de estresse percebido durante o confinamento;
5. Verificar a associação entre insegurança alimentar e sobrepeso/obesidade em relação aos fatores demográficos, clínicos e comportamentais.

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com duas fases: a) fase retrospectiva – levantamento dos atendimentos não presenciais realizados pela nutricionista através de contato telefônico, de março de 2020 a maio de 2021; e b) fase prospectiva – atendimento presencial de julho de 2020 a junho de 2021.

4.2 CASUÍSTICA

4.2.1 População do Estudo

Foi composta por uma amostra de conveniência composta pelos pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, portadores de doenças infecciosas e parasitárias, que já estavam em acompanhamento no ambulatório de nutrição do INI/Fiocruz, que tiveram pelo menos uma consulta não presencial realizada por contato telefônico, entre março de 2020 e maio de 2021, e uma consulta presencial subsequente, entre julho de 2020 e junho de 2021.

4.2.2 Estratégia de seleção da amostra e plano de recrutamento

Os pacientes foram convidados para participar do estudo na primeira consulta presencial subsequente, e em caso de aceite, além da avaliação nutricional realizada de rotina (antropometria, anamnese alimentar, consulta aos exames bioquímicos), foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, e aplicados questionários com questões referentes à alimentação, insegurança alimentar, sentimentos e estresse percebido durante o período de confinamento pela Covid-19.

Aqueles que não aceitaram participar do estudo foram atendidos como de rotina, não havendo prejuízo no atendimento ou agendamento.

4.2.3 Critérios de elegibilidade

4.2.3.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídos no estudo todos os pacientes que tiveram pelo menos uma consulta presencial no ambulatório de nutrição do INI/Fiocruz no ano de 2019, uma ou mais consultas não presenciais realizadas por contato telefônico e uma consulta presencial subsequente. Além de estarem de acordo com as condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2.3.2 Critérios de exclusão:

Foram excluídos do estudo pacientes cujo contato telefônico não foi possível, que não agendaram ou não compareceram à consulta presencial subsequente, assim como os que recusaram participar do estudo.

4.3 MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS

4.3.1 Teleconsulta

A teleconsulta foi realizada conforme autorização pelas Resoluções CFN nº 646 de 18/03/2020, CFN nº 660 de 21/08/2020 e CFN nº 666 de 28/02/2021 (BRASIL, 2022a), por nutricionista inserida no Cadastro Nacional de Nutricionistas para Teleconsulta (e-Nutricionista).

A teleconsulta foi realizada por contato telefônico, em data anterior à consulta agendada no sistema, no período de março de 2020 a maio de 2021. Após a identificação do profissional e explicação sobre a necessidade dessa estratégia para redução do risco de contágio, seguiu-se a anamnese similar à realizada nas consultas presenciais: avaliação da adesão às orientações dietéticas, questionário de marcadores de consumo alimentar, presença de queixas gastrointestinais e avaliação dos últimos exames bioquímicos realizados.

Para avaliar a adesão às orientações dietéticas, foi aplicado o método autorreferido de adesão à dieta, registrado através do relato do paciente entre quatro categorias (sim, segui totalmente; segui muito satisfatoriamente; segui pouco satisfatoriamente; não segui), e classificado como boa (sim, segui totalmente; segui muito satisfatoriamente) ou má adesão

(seguir pouco satisfatoriamente; não seguir) ao aconselhamento dietético (BACELO et al., 2017). Como complemento, o indivíduo foi questionado sobre os fatores estimulantes e limitantes à adesão às orientações dietéticas.

Seguiu-se a anamnese sobre marcadores de consumo alimentar, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), que objetiva identificar padrões de alimentação e comportamento saudáveis ou não saudáveis (Quadro 1).

Quadro 1: Questionário de Marcadores de consumo alimentar, Ministério da Saúde, Brasil, 2015

<i>Ontem você consumiu?</i>	Sim	Não	Não sabe
Feijão			
Frutas frescas (não considerar suco)			
Verduras e legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, inhame)			
Hambúrguer e Embutidos (salsicha, linguiça, mortadela, presunto)			
Bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixinha, refresco em pó, água de coco de caixinha, xarope guaraná/groselha, mate pronto)			
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote, batata de pacote, batata frita congelada			
Biscoitos doces ou recheados e guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelos)			

Os exames bioquímicos avaliados foram glicemia, hemoglobina glicada, ácido úrico, ureia, creatinina, colesterol total, HDL, LDL e VLDL a partir do prontuário eletrônico (CECLIN), realizados nos três meses anteriores.

Em caso da necessidade de novas orientações, em virtude de alterações recentes de exames laboratoriais ou de queixas gastrointestinais, novas orientações dietéticas foram informadas verbalmente, e até encaminhadas por correio eletrônico, quando o paciente tinha acesso.

Ao final da consulta, foi realizado o agendamento da consulta seguinte do paciente para um período que poderia variar de 2 a 6 meses (normalmente 4 meses), deixando claro que em caso de manutenção da situação de restrição de deslocamento, a consulta ainda seria realizada por contato telefônico. As teleconsultas foram registradas no prontuário eletrônico (CECLIN), documentando que foi realizada de forma não presencial, de forma extraordinária e no período determinado pelas autoridades sanitárias como medida de prevenção do contágio do vírus.

4.3.2 Consulta presencial pós-confinamento

A primeira consulta presencial do paciente, realizada entre julho de 2020 e junho de 2021, teve como sequência: i) explicação do estudo e processo de consentimento; ii) confirmação de dados sociodemográficos (idade, gênero, raça, ocupação, profissão, estado civil, escolaridade, composição familiar no domicílio, renda familiar e recebimento de auxílio pelo governo); iii) atualização de dados clínicos (doença infecciosa de base, comorbidades); iv) avaliação antropométrica (aferição de peso e estatura); v) avaliação da rotina alimentar durante o confinamento; vi) avaliação de exames bioquímicos; vii) avaliação do estresse percebido, viii) avaliação da insegurança alimentar, ix) avaliação do atendimento não presencial.

Na avaliação antropométrica, peso e estatura foram aferidos em balança de precisão de plataforma, da marca Filizola® (capacidade de 150 kg com divisões de 10 gramas), e foram utilizados para a construção do Índice de Massa Corporal (IMC), classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (SISVAN, 2011) (Quadros 2 e 3).

Quadro 2. Classificação do estado nutricional, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do adulto:

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	< 18,5 kg/m ²	Baixo peso
	≥ 18,5 e < 25 kg/m ²	Eutrófico
	≥ 25 e < 30 kg/m ²	Sobrepeso
	≥ 30 kg/m ²	Obesidade

Fonte: Adaptado de *World Health Organization (WHO, 1995) in SISVAN, 2011.*

Quadro 3. Classificação do estado nutricional, segundo o valor do Índice de Massa Corporal do idoso:

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	$< 22 \text{ kg/m}^2$	Baixo peso
	$\geq 22 \text{ e } 27 \text{ kg/m}^2$	Eutrófico
	$\geq 27 \text{ kg/m}^2$	Sobrepeso

Fonte: Adaptado de Associação Dietética Norte-Americana (ADA, 1994) in SISVAN, 2011.

No intuito de avaliar as mudanças de rotina alimentar durante o confinamento, foi aplicado um questionário englobando perguntas sobre os sentimentos relacionados à alimentação durante o período e como o confinamento interferiu nos hábitos alimentares (APÊNDICE A).

Os exames bioquímicos avaliados foram os mesmos do período pré-confinamento, sendo considerados os exames próximos ao encerramento dos atendimentos presenciais.

Foram também aplicados a Escala de Estresse Percebido (PSS), a fim de mensurar o grau em que os indivíduos percebem as situações como estressantes (ANEXO A) (REIS et al., 2010; LUFT et al., 2007); a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (ANEXO B), sendo a versão reduzida composta por cinco perguntas sobre acesso e disponibilidade de alimentos no domicílio (SANTOS et al., 2014), possibilitando a identificação da IAN nos últimos 3 meses e sua intensidade (ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012); e por último uma ficha de avaliação do atendimento não presencial (APÊNDICE B).

4.4 PLANO DE ANÁLISE

Os dados foram tabulados inicialmente em planilha do Microsoft Excel® e com a utilização da máscara de dados, REDCap, a fim de gerenciar, de forma dinâmica, os dados, reduzindo os principais problemas de qualidade e garantindo o máximo de precisão e segurança, para posterior análise estatística no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®).

Para avaliar a distribuição das variáveis numéricas, foi realizado o teste estatístico Shapiro-Wilk, que possui melhor desempenho na detecção de “fugas” da normalidade para diferentes tamanhos amostrais. Desta forma, os dados numéricos foram descritos em mediana e mínimo-máximo. Variáveis categóricas foram descritas em número absoluto e proporção.

A comparação dos parâmetros antropométricos e bioquímicos antes e após o confinamento foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, por seguir uma distribuição não-normal. A associação entre as variáveis categóricas foi realizada pelo teste Qui-quadrado. O nível de significância estabelecido é de $p < 0,05$.

Não foi realizado cálculo amostral, pois foram incluídos todos os pacientes atendidos presencialmente após o período de confinamento com pelo menos uma consulta não presencial durante a pandemia.

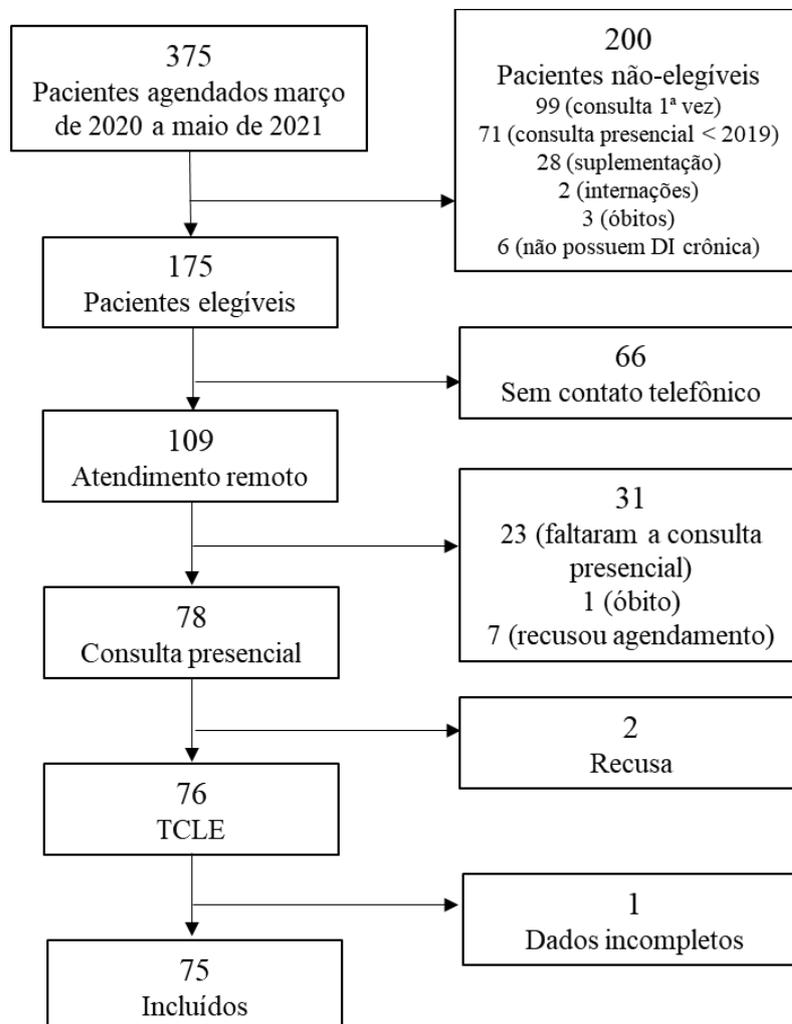
4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto (CAAE 32361120.8.0000.5262) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o parecer de número 4.082.614 em 10 de junho de 2020 (ANEXO C). Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e métodos do estudo no início da consulta presencial, e aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo seguiu as “Diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos”, dispostas na Resolução 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Todo o material e/ou dados obtidos serão usados exclusivamente neste trabalho, e os resultados obtidos serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

5. RESULTADOS

Dos 375 pacientes agendados no período, 175 portadores de doenças infecciosas e parasitárias foram considerados elegíveis para o estudo. Contudo, em virtude de muitas impossibilidades de contato (n= 66), foram atendidos de forma não presencial 109 pacientes. Destes, 78 compareceram à consulta presencial agendada, sendo 75 participantes efetivamente incluídos no estudo. O fluxograma da população do estudo é representado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de inclusão de participantes no estudo, Rio de Janeiro, Brasil.



A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico e clínico da população do estudo, composta por 75 pacientes. A idade mediana dos participantes foi de 58 anos (27 - 81 anos), sendo a maioria adulta, do sexo feminino, de etnia não branca e com no mínimo o ensino fundamental completo. A maioria da população do estudo não estava trabalhando

formalmente, e daqueles que declararam renda (n=44), a maioria apresenta renda familiar mensal de 1 a 4 salários-mínimos. Apenas 21,33% dos pacientes declararam que recebem benefício do governo, e destes, 75% receberam o auxílio emergencial, criado durante a pandemia de Covid-19. As doenças infecciosas de base mais frequentes foram HIV/AIDS e doença de Chagas. Já as comorbidades mais frequentes foram hipertensão, dislipidemia e diabetes. A maioria dos pacientes tinha sobrepeso ou obesidade.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=75). (continua)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Idade (anos)		
Adultos	41	54,66
Idosos (>60 anos)	34	45,33
Gênero (nascimento)		
Feminino	43	57,33
Masculino	32	42,67
Etnia		
Branca	28	37,33
Preta	17	22,67
Parda	30	40,00
Estado civil		
Solteiro	28	37,33
Casado/ União estável	29	38,66
Divorciado	8	10,67
Viúvo	10	13,33
Escolaridade		
Não alfabetizado	6	8,00
Fundamental incompleto	26	34,66
Fundamental completo	15	20,00
Médio completo	18	24,00
Superior completo	10	13,33

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=75). (continuação)

Ocupação		
Trabalhador ativo	28	37,33
Aposentado	20	26,67
Desempregado	13	17,33
Do lar	9	12,00
Estudante	1	1,33
Não declarada	4	5,33
Renda (Salário-mínimo)		
(0, 1]	10	13,33
(1, 2]	12	16,00
(2, 4]	16	21,33
(4, 10]	5	6,67
(10]	1	1,33
Não declarada	31	41,33
Benefícios ao cidadão		
Sim	16	21,33
Não	28	37,33
Não declarado	31	41,33
Tipos de benefícios		
Bolsa família	1	6,25
BPC LOAS	2	12,50
Auxílio emergencial	12	75,00
Outros	1	6,25
Doença infecciosa de base		
HIV	41	54,67
HTLV	6	8
Chagas	22	29,33
Leishmaniose	1	1,33
Tuberculose	3	4

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=75). (conclusão)

PCM	1	1,33
HCV	1	1,33
Comorbidades		
Artrite gotosa	2	2,67
Cardiopatía	7	9,33
Diabetes mellitus	25	33,33
Dislipidemia	36	48
Distúrbio psiquiátrico	1	1,33
Esteatose hepática	3	4
Hipertensão	39	52
Hipotireoidismo	8	10,67
Nefropatia	8	10,67
Tireoidite de Hashimoto	1	1,33
Não apresenta	8	10,67
Estado nutricional		
Desnutrição	3	4
Eutrofia	11	14,67
Sobrepeso/Obesidade	61	81,33

Legenda: BPC LOAS: Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social; HCV: Vírus da Hepatite C; HIV: *Human Immunodeficiency Virus*; HTLV: Vírus T-linfotrópico Humano; PCM: Paracoccidiodomicose.

A mediana do tempo de intervalo entre a teleconsulta e a consulta presencial foi de 4,6 meses. A maioria dos pacientes não apresentaram sintomas ou testaram negativo para Covid-19 (86,67%), enquanto, apenas 13,33% dos pacientes apresentaram sintomas ou testaram positivo.

Em relação ao questionário de marcadores de consumo alimentar, observou-se que os marcadores saudáveis (feijão, frutas frescas, verduras e legumes) possuíram a maior prevalência de consumo (Figura 2).

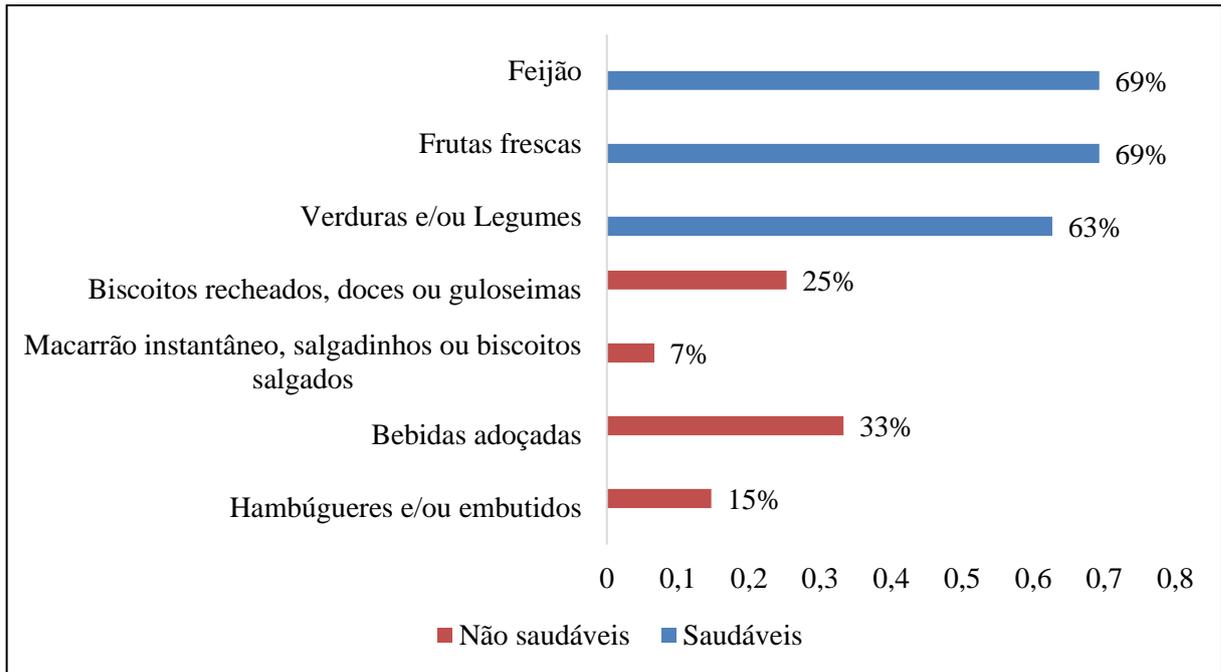


Figura 2. Prevalência (%) de alimentos marcadores de consumo alimentar saudável e não saudável de pacientes atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=72).

Quando perguntados sobre a adesão às orientações dietéticas recebidas em consulta presencial prévia à pandemia, a maioria relatou boa adesão, pois 35,15% referiram seguir integralmente as orientações nutricionais, e 31,08% seguiram muito satisfatoriamente. Já, 22,97% seguiram pouco, 9,46% não seguiram e um paciente (1,35%) não soube responder (Quadro 4).

Quadro 4. Fatores estimulantes e limitantes à adesão às orientações dietéticas, relatados pelos pacientes atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz, Rio de Janeiro, entre 2020 e 2021 (n=73).

Boa adesão (n=49)	Baixa adesão (n=24)
<p>Fatores estimulantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ melhor qualidade de vida (38,8%), ▪ normalização do peso corporal (24,4%), ▪ preocupação com a condição de saúde (16,3%), ▪ praticidade (10,2%) 	<p>Fatores limitantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alteração de rotina (41,7%), ▪ limitação de recursos financeiros (20,8%), ▪ dependência de familiares (12,5%), ▪ ansiedade (20,8%), ▪ alteração da condição de saúde (4,2%)

Durante o confinamento, 68% dos participantes alteraram sua rotina de alimentação durante os primeiros meses da pandemia, tendo em vista algumas alterações, tais como: a modificação na rotina de compra de alimentos (49,3%), aumento da frequência do hábito de cozinhar (36%), e 34,7% relataram que tinham o hábito de comer em restaurantes, bares e pensões, porém devido ao confinamento, em geral, não mais o faziam. Quanto à percepção sobre a alimentação durante o confinamento, 28% referiam melhora, 38,7% piora e 33,8% referiu ter se mantido igual. Independente da pandemia, 66,7% dos pacientes relataram o hábito de assistirem TV, mexerem no computador ou celular enquanto se alimentavam.

Em relação aos sentimentos durante os primeiros meses da pandemia, a maioria (53,3%) achou que “descontou na comida o estresse e a ansiedade”. A Figura 3 mostra os sentimentos relatados pelos pacientes.

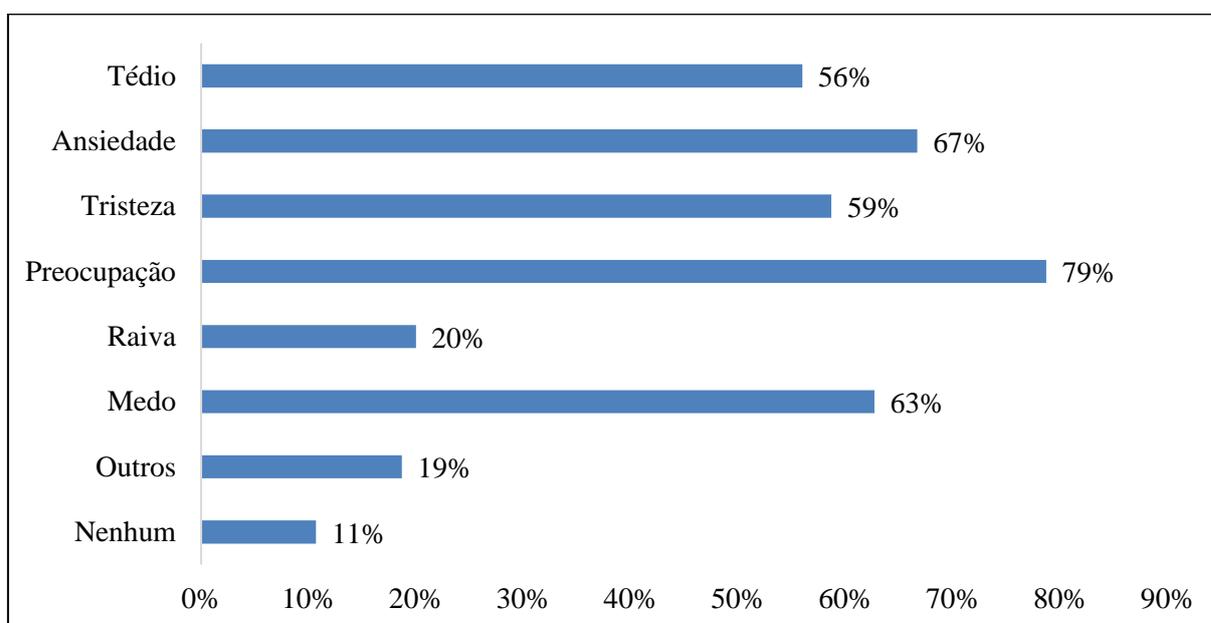


Figura 3. Frequência dos sentimentos relatados pelos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).

Quase metade dos participantes (46,7%; n= 35) estavam em situação de insegurança alimentar, e destes, 12 estavam recebendo algum benefício do governo. Apenas 4 pacientes com benefício estavam em segurança alimentar e nutricional. A maioria dos pacientes em IAN eram adultos, do sexo feminino, de etnia preta, com ensino médio ou superior, e recebiam até 2 salários-mínimos. Foi observada associação entre a presença de IAN com renda ($p=0,04$) e com o recebimento de auxílio do governo ($p=0,039$) (Tabela 2).

Tabela 2. Associação de variáveis demográficas com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).

Características demográficas	Insegurança alimentar		p*
	Não	Sim	
	(n=40) n (%)	(n=35) n (%)	
Idosos (n=34)	20 (50,0)	14 (40,0)	0,385
Sexo masculino (n=32)	19 (47,5)	13 (37,1)	0,366
Etnia preta (n=47)	23 (57,5)	24 (68,6)	0,323
Mora com companheiro(a) (n=29)	14 (35,0)	15 (42,9)	0,486
Ensino médio ou superior (n=33)	15 (37,5)	18 (51,4)	0,225
Renda até 2 SM (n=53)	34 (85,0)	19 (54,3)	0,004
Recebe auxílio (n=16)	4 (10,0)	12 (34,3)	0,039

Legenda: SM: salários-mínimos. *Valores em negrito indicam p<0,05 no teste de Pearson ou teste exato de Fischer (se o número observado em algum grupo foi menor que 5).

A frequência do diagnóstico de comorbidades e de sobrepeso/obesidade foi semelhante entre pacientes com e sem insegurança alimentar. Foi observado que 58,5% das PVHIV tinham IAN, e ter HIV foi associado à presença de IAN (p=0,024) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação de variáveis clínicas com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).

Características clínicas	Insegurança alimentar		p*
	Não	Sim	
	(n=40) n (%)	(n=35) n (%)	
Ter HIV (n=41)	17 (42,5)	24 (68,6)	0,024
Ter comorbidade metabólica (n=65)	35 (87,5)	30 (85,7)	0,820
Ter sobrepeso/obesidade (n=63)	33 (82,5)	30 (85,7)	0,705

***Valores em negrito indicam p<0,05 no teste de Pearson ou teste exato de Fischer (se o número observado em algum grupo foi menor que 5).**

Apesar da maioria dos pacientes em IAN terem modificado sua rotina de compras e terem referido piora na alimentação, não deixaram de consumir alimentos marcadores de consumo saudável. A percepção de pelo menos 3 sentimentos negativos foi mais frequente em pacientes em segurança alimentar, comparado àqueles com IAN (Tabela 4).

Tabela 4. Associação de variáveis comportamentais com a Insegurança Alimentar e Nutricional de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75).

Características comportamentais	Insegurança alimentar		p*
	Não (n=40) n (%)	Sim (n=35) n (%)	
Adesão à orientação nutricional (n=49)	28 (73,7)	21 (60)	0,214
Sentimentos negativos (3 ou mais) (n=54)	25 (62,5)	29 (53,7)	0,050
Mudou rotina de compra de alimentos (n=37)	14 (35)	23 (65,7)	0,008
Piora na alimentação (n=29)	10 (25,0)	19 (54,3)	0,009
Marcadores de consumo saudável [#] (n=71)	38 (95,0)	33 (94,3)	0,891
Marcadores de consumo não-saudável [#] (n=41)	20 (50,0)	21 (60,0)	0,385

*Valores em negrito indicam $p < 0,05$ no teste de Pearson ou teste exato de Fischer (se o número observado em algum grupo foi menor que 5). # Ingestão de pelo menos 1 alimento considerado marcador de consumo.

Foi observado que a mudança de rotina de compras de alimentos e a piora referida na alimentação foram mais frequentes em pacientes com diagnóstico de sobrepeso e/ou obesidade. Entretanto, a frequência de consumo de pelo menos um marcador saudável e não saudável não diferiu (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação de variáveis comportamentais com o diagnóstico de sobrepeso/obesidade de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75). (continua)

Características comportamentais	Sobrepeso ou obesidade		p*
	Não (n=12) n (%)	Sim (n=63) n (%)	
Adesão à orientação nutricional (n=49)	10 (90,9)	39 (62,9)	0,068

Tabela 5. Comparação de variáveis comportamentais com o diagnóstico de sobrepeso/obesidade de pacientes com doenças infecciosas, atendidos remotamente pelo Serviço de Nutrição/INI/Fiocruz entre 2020 e 2021 (n=75). (conclusão)

Mudou rotina de compra de alimentos (n=37)	2 (16,7)	35 (55,6)	0,014
Piora na alimentação (n=29)	0 (0,0)	29 (100,0)	0,003
Marcadores de consumo saudável [#] (n=71)	12 (100,0)	59 (93,7)	0,370
Marcadores de consumo não-saudável [#] (n=41)	6 (50,0)	35 (55,6)	0,723

Valores em negrito indicam $p < 0,05$ no teste de Pearson ou teste exato de Fischer (se o número observado em algum grupo foi menor que 5). # Ingestão de pelo menos 1 alimento considerado marcador de consumo.

Na Tabela 6, é possível verificar que houve aumento não significativo no peso e IMC dos pacientes entre a última consulta presencial anterior à pandemia de Covid-19 e a consulta presencial do estudo.

Tabela 6. Comparação dos parâmetros antropométricos antes e após o confinamento dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).

	Consulta prévia				Pós confinamento				<i>p</i> *
	N	Mediana	Mín	Máx	N	Mediana	Mín	Máx	
Peso (kg)	75	79	52	152	75	81,50	52,55	155,20	0,5806
IMC (kg/m²)	75	29,94	15,24	64,93	75	31,22	15,3	66,3	0,4647

A Tabela 7 mostra os resultados dos exames bioquímicos comparando os dados da consulta presencial anterior à pandemia (até 3 meses antes) e a consulta presencial do estudo, onde é possível observar que não houve diferença significativa em nenhum parâmetro bioquímico.

Tabela 7. Comparação dos parâmetros bioquímicos antes e após o confinamento dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=75).

	Consulta prévia				Pós confinamento				Valores de referência	p*
	N	Mediana	Mínimo	Máximo	N	Mediana	Mínimo	Máximo		
Glicose	69	102	80	304	65	102	67	375	74 a 106 mg/dl	0,3508
Hemoglobina glicada	41	6,10	5,10	12,7	29	6,7	5	12,5	4,8 a 6,0 %	NA
Ácido úrico	50	5,05	2,40	10,20	49	5,6	2,4	10,5	3,5 a 7,2 mg/dl (M) ¹ 2,6 a 6,0 mg/dl (F) ²	0,1988
Ureia	65	33	15	121	59	33	14	115	15 a 38 mg/dl	0,7016
Creatinina	66	0,96	0,47	4,19	62	1	0,6	3,71	0,7 a 1,3 mg/dl (M) ¹ 0,55 a 1,02 mg/dl (F) ²	0,1381
Colesterol total	65	176	87	302	68	186	107	340	Desejável <200 mg/dl Limítrofe 200 a 239 mg/dl	0,3399
HDL colesterol	65	42	26	83	68	44	27	81	35 a 60 mg/dl	0,1366
VLDL colesterol	61	27	5	69	62	29	11	79	0 a 30 mg/dl	0,1185
LDL colesterol	62	105	37	194	65	102	44	231	0 a 150 mg/dl	0,9462
Triglicerídeos	65	138	24	480	68	147,5	56	522	<150 mg/dl	0,2446

¹ masculino; ² feminino

A maioria dos pacientes que referiu percepção de piora na alimentação também relatou 3 ou mais sentimentos negativos (93,1%; $p=0,01$).

Em relação a Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* - PSS), apenas 63 pacientes conseguiram respondê-la na sua totalidade. Observamos que 38,09% dos pacientes pontuaram mais da metade da pontuação total (56 pontos). A distribuição de pontos das 14 questões e o somatório encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8. Dados da Escala de Estresse Percebido, em ordem decrescente de pontuação. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=63). (continua)

Item N°	No último mês com que frequência você tem...	Mediana	Mín/Máx
12	se encontrado pensando sobre as coisas que tem que fazer?	4	0/4
7	sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	2	0/4
11	ficado irritado por que as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	2	0/4
8	achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	2	0/4
1	ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	2	0/4
3	se sentido nervoso e “estressado”?	2	0/4
2	se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	2	0/4
14	sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	2	0/4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob seu controle?	2	0/4

Tabela 8. Dados da Escala de Estresse Percebido, em ordem decrescente de pontuação. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, julho de 2021 (n=63). (conclusão)

9	conseguido controlar as irritações em sua vida?	1	0/4
4	tratado com sucesso os problemas difíceis da vida?	1	0/4
13	conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	0/4
5	sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	1	0/4
6	se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	0/4
PSS* total: somatório de pontos		22,0	4/48

**PSS: Perceived Stress Scale*

De acordo com a avaliação do atendimento nutricional não presencial, todos os pacientes referiram gostar de terem sido contatados pelo nutricionista, assim como gostaram do formato de consulta nutricional realizada por telefone durante o período de confinamento. Contudo, apenas dois pacientes referiram que a consulta nutricional por telefone não ajudou quanto a adesão às orientações dietéticas e/ou foi indiferente.

6. DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo foram: a) os participantes alteraram sua rotina de alimentação e de compras de alimentos durante o confinamento; b) a condição de confinamento promoveu mudanças de hábitos alimentares; c) a insegurança alimentar e nutricional se mostrou preocupante entre as PVHIV; d) a estratégia de teleconsulta promoveu adesão às orientações dietéticas durante o período de confinamento da Covid-19.

Durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19, o SENUT utilizou a teleconsulta, no formato de atendimento telefônico, como estratégia para dar continuidade ao atendimento nutricional de pacientes com doenças infecciosas e comorbidades metabólicas. Neste contexto, foram analisadas a adesão às orientações nutricionais, a situação de insegurança alimentar, comportamento e consumo de marcadores alimentares, sentimentos negativos e situações estressantes, e alterações corporais e de exames laboratoriais.

De uma maneira geral, foi observado que os participantes alteraram sua rotina de alimentação e de compras de alimentos durante o confinamento, substituindo o hábito de “comer fora” pelo hábito de cozinhar, assim como aumentaram sua ingestão alimentar mediante a presença de sentimentos negativos. Os participantes relataram dificuldades financeiras durante a consulta, a maioria não estava em um emprego formal e tinha renda de até quatro salários-mínimos, e quase metade estava em situação de IAN. Entretanto, mesmo estes pacientes em IAN não deixaram de consumir alimentos marcadores de consumo saudável.

Dados de levantamentos nacionais mostram que a segurança alimentar e nutricional foi negativamente impactada com o aumento dos preços dos alimentos durante a pandemia, tendo em vista que a cesta básica, de novembro de 2020 do Rio de Janeiro, por exemplo, foi a mais cara de todo o país. Já em 2022, estima-se que a cesta básica consuma, em média, 55% do salário-mínimo (SM) de R\$ 1212,00, no Brasil, sendo o segundo maior valor desde 2004, quando a cesta representava 58% do SM de R\$ 260,00. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que o grupo de alimentos e bebidas costuma representar mais de 20% do orçamento doméstico (DIEESE, 2020; IBGE, 2022).

Foi observado que a maioria dos participantes que recebia até 2SM não estava em situação de insegurança alimentar. Acreditamos que alguns fatores possam interferir nesta relação, e um deles é a percepção do paciente quanto à sua realidade e a compreensão sobre as perguntas de uma escala subjetiva, ou ainda o possível constrangimento em responder sobre a

dificuldade de acesso aos alimentos. E, podemos sugerir que o auxílio esteve realmente direcionado aos mais necessitados, conforme regulação (BRASIL, 2022b), pois a maioria dos participantes que recebia auxílio estava em IAN. Para Anschau, Matsuo e Segall-Corrêa (2012) o fato de beneficiários de programas de transferência de renda se manterem em IAN, pode ser elucidado pela extenuante e extrema condição de vulnerabilidade social. Apesar disto, estudos mostram que é pertinente tal contribuição, a fim de reduzir a desigualdade e a pobreza, em vista de melhor condição social para a população.

Segundo o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN, 2022) e documento Raça e Saúde (2021), há relação entre a etnia preta e a IAN, uma vez que a IAN é maior nos domicílios em que os responsáveis se identificam como pretos ou pardos. Entretanto, foi observado que apesar da etnia preta/parda serem predominante no estudo, não houve associação com a presença de IAN.

Outro achado que corrobora com a literatura foi o fato de que viver com HIV, maioria dos pacientes incluídos no estudo, apresentou associação com a presença de IAN, o que vem sendo descrito por Costa et al. (2018), como um “ciclo vicioso”, que pode ocasionar deficiência nutricional, má adesão ao tratamento e interferência na transmissão do vírus. Além disso, o apoio social, quando reduzido, aumenta as chances de IAN, em virtude do estigma da doença, a vulnerabilidade biológica das PVHIV, os riscos relacionados às práticas sexuais, com consequente implicação na estruturação familiar. (MEDEIROS et al., 2017).

Apesar disso (modificações rotina alimentar, insegurança alimentar e redução do poder de compra), uma minoria referiu baixa adesão às orientações dietéticas, percepção de piora de sua alimentação e consumo de marcadores alimentares não saudáveis. Observamos que mesmo em um momento delicado da pandemia, com adoção de medidas restritivas, os pacientes apresentavam um consumo satisfatório de marcadores de uma alimentação saudável, como feijão, frutas e hortaliças, e relativa baixa ingestão de produtos ultraprocessados. Acreditamos que o hábito de cozinhar em casa e o menor consumo de alimentos e refeições na rua contribuíram para este cenário. O consumo alimentar fora do domicílio referido pelos pacientes apresentou uma frequência inferior ao que já estava em queda (36,1%) na região Sudeste, segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (2017-2018) (IBGE, 2017 [s.d.]).

Quanto à percepção sobre a alimentação durante o confinamento, tal como o estudo realizado por Miura e Wichoski (2022), aproximadamente um terço dos pacientes relatou piora, e mais da metade achou que “descontou na comida o estresse e a ansiedade”, tendo

como principais limitações a adesão às orientações nutricionais: a alteração de rotina e a limitação de recursos financeiros. Entretanto, mesmo assim, a maioria considerava que tinha boa adesão às orientações dietéticas fornecidas pelo nutricionista, em consulta anterior à pandemia, por terem como motivação à boa adesão, principalmente, o desejo por melhor qualidade de vida e sua preocupação em manter o peso corporal.

Preocupação, ansiedade, medo, tristeza e tédio foram os sentimentos relatados pela maioria dos pacientes. Aproximadamente um terço da amostra pontuou mais da metade da pontuação total na PSS, ou seja, quanto mais próximo da pontuação total, mais os indivíduos percebem as situações como estressantes. Tal nível elevado de estresse percebido, está diretamente associado com desequilíbrios fisiológicos, como por exemplo, altos níveis de triglicérides (LUFT et al., 2007). Segundo Liboredo et al. (2021), em um estudo transversal realizado de forma remota no segundo semestre de 2020, foi observado o aumento das refeições caseiras e a ingestão alimentar em virtude do estresse, ansiedade e demais sentimentos negativos.

Observou-se que os pacientes que apresentaram aumento do nível de estresse percebido referiram piora na alimentação e 3 ou mais sentimentos negativos relatados. Estudos demonstram que o estresse afeta o comportamento alimentar, ou seja, como os alimentos são consumidos (comer emocional ou comer enquanto realiza uma tarefa, por exemplo), conotando um padrão de distração, descrito como ausência de consciência alimentar, que possui relação direta com a obesidade. Foi observado que conforme o aumento dos níveis de estresse percebido, menor o nível de consciência alimentar (baixo consumo de frutas e hortaliças e maior consumo de alimentos ultraprocessados), atividade física e caminhada (BARRINGTON et al., 2012). Além disso, segundo Ibrahim et al (2016), o estresse percebido possui correlação positiva com a mudança de peso a curto prazo, havendo também associação com a alimentação emocional positiva. Onde, quem obteve alta pontuação na PSS, também apresentou ganho de peso.

Cabe ressaltar que pacientes em IAN tiveram maior frequência de percepção de pelo menos três sentimentos negativos, de mudança na rotina de compras de alimentos e de percepção de piora da alimentação, porém mesmo assim não substituíram alimentos considerados saudáveis por ultraprocessados. Em situações estressantes o organismo produz cortisol, hormônio que aumenta a sensação de fome, podendo ocasionar ao aumento da quantidade ingerida, assim como a aumentar a frequência alimentar, com a finalidade de encarregar-se do medo e da ansiedade, com consequente associação ao aumento do risco de obesidade central (IBRAHIM et al., 2016; MIURA; WICHOSKI, 2022).

Foi observado que pacientes com sobrepeso e/ou obesidade foram os que mais modificaram sua rotina de compras de alimentos e referiram piora da alimentação, em comparação aos pacientes eutróficos e/ou desnutridos. Entretanto, observou-se que os marcadores de consumo alimentar saudáveis possuíram a maior prevalência de consumo, tal como no estudo realizado por Steele et al. (2020), onde os marcadores de alimentação saudável apresentaram um aumento estatisticamente significativo, enquanto os marcadores de alimentação não saudável foram estabilizados. Contrariamente, a ConVid Pesquisa de Comportamentos (FIOCRUZ, 2020), onde foi observado uma diminuição da frequência habitual do consumo de alimentos saudáveis e aumento na frequência de alimentos ultraprocessados.

O excesso de peso teve relação direta a presença prévia de sobrepeso/obesidade, tal como no estudo advindo da coorte NutriNet Brasil. A obesidade, também considerada como uma pandemia, se tornou ainda mais preocupante quando associada à pandemia de Covid-19, visto o risco de desenvolver as formas mais graves da doença (COSTA et al., 2021).

É importante salientar que não houve diferença significativa de peso corporal nem parâmetros bioquímicos, entre a consulta presencial anterior à pandemia e a consulta do estudo, o que demonstra a importância do atendimento remoto durante a pandemia, das orientações nutricionais realizadas e a consequente boa adesão as orientações, tendo em vista os relatos de preocupação com a saúde e a qualidade de vida. Na mesma coorte brasileira citada anteriormente, os autores encontraram que quase 20% dos mais de 14 mil participantes apresentaram ganho de peso igual ou maior que 2 kg (COSTA et al., 2021).

No contexto das comorbidades que apresentam relação com os hábitos alimentares, esse acompanhamento era imprescindível, pois além de serem pacientes que precisavam seguir alguma orientação dietética, poderiam ter sua rotina alimentar impactada negativamente pela pandemia, seja pela redução do poder de compra de alimentos ou pela interferência de sentimentos como ansiedade e preocupação, tal como foi descrito anteriormente.

Recomendações e orientações alimentares são necessárias, principalmente em um momento como este, e conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014), deve-se levar em consideração diversos fatores, tais como: o impacto das formas de produção e distribuição dos alimentos, impacto ambiental, interação entre os nutrientes e a fisiologia e metabolismo humano, ampliação da autonomia nas escolhas alimentares, dentre outros (BRASIL, 2014).

O hiato entre a programação e a prestação de serviços de saúde em decorrência das medidas restritivas de circulação de pessoas e até mesmo o medo pela transmissão do vírus e diminuição da renda da população, ocasionou a baixa cobertura do acompanhamento nutricional. O que também pode ter sido acarretado mediante a redução das visitas de profissionais de saúde na residência do indivíduo, a redução da triagem e controle da desnutrição na comunidade, assim como o desvio de profissionais de saúde para atuação no combate a Covid-19 (CARDUCCI et al., 2021).

Neste contexto, a teleconsulta também foi usada como estratégia de acompanhamento de pacientes por outros autores, onde foi vista a possibilidade de melhora do desfecho clínico, redução de custos, melhora do acesso aos cuidados de saúde e que principalmente, contribuiu para o não aumento da morbidade e da mortalidade de pacientes com Covid-19. Tal como o presente estudo, foi observado a aceitabilidade, satisfação e viabilidade da teleconsulta pelos pacientes. Além disso, a teleconsulta proporciona atendimento às populações mais carentes, por não demandar a utilização de meios de transporte, e reduzir o risco de contágio da Covid-19.

Apesar de todos os pontos positivos desta modalidade de atendimento, um dos principais fatores limitantes, que pode impactar diretamente no atendimento, ainda é o acesso à tecnologia e/ou contato telefônico. Entretanto, a digitalização da vida socializou o acesso às tecnologias, e dados de 2017 mostravam que mesmo os estratos mais pobres da população que recebiam R\$ 522,50 por mês, por domicílio – tinham acessado a internet regularmente por meio dos smartphones. Já um levantamento mais recente mostrou que 77% das famílias brasileiras com renda domiciliar de até um salário-mínimo não têm acesso à internet. (ALVES, 2021).

Não obstante, salienta-se dizer que ainda que os pacientes prefiram o atendimento presencial, a teleconsulta ainda é requerida (ALVES, 2021; DE SIMONE et al., 2022; KISICKI et al., 2022).

É preciso, em caráter de urgência, que sejam adotadas políticas públicas integradas e participativas aptas a enfrentar todas as dimensões que surgiram e foram ampliadas pela fome, miséria, adoecimento, luto, inflação, entre outros. Que estão relacionados aos impactos psicossociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos da pandemia. Além de, obviamente, as repercussões nos âmbitos da educação, ciência e saúde pública. É importante também salientar a importância de disseminar informações acerca dos elementos citados para conscientizar a população em prol da erradicação da fome e das desigualdades, que impactam

diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento econômico, por exemplo, buscando relações sociais justas e equitativas.

7. CONCLUSÃO

Percebeu-se que o comportamento alimentar de pacientes com doenças infecciosas, acompanhados por teleconsulta durante a pandemia de Covid-19, esteve alterado, principalmente quanto à rotina de alimentação e à ingestão aumentada em virtude de sentimentos negativos. A IAN atingiu quase metade da população estudada, e esteve associada à infecção pelo HIV, à presença de sentimentos negativos, à mudança na rotina de compras de alimentos e à percepção de piora na alimentação. A presença de sobrepeso e/ou obesidade também esteve associada às mudanças na rotina alimentar e à percepção de piora na alimentação.

A avaliação do estresse percebido e os sentimentos relatados de forma independente foram associados a mudança do comportamento alimentar. Os pacientes não apresentaram mudança significativa de peso corporal ou de exames bioquímicos, em comparação aos valores de consultas anteriores à pandemia.

É notável ainda que, a teleconsulta foi um recurso, em meio ao isolamento social da pandemia, que possibilitou o acesso ao cuidado, a promoção, prevenção e tratamento à saúde, possibilitando a adesão às orientações, retirada de dúvidas e acolhimento. Naquele momento, os pacientes, vulneráveis e receosos por sua saúde, puderam perceber que não foram esquecidos e não estavam desamparados enquanto as instituições de saúde seguiam planos de contingência, para reduzir o contágio da doença, e os atendimentos ambulatoriais eletivos estavam suspensos nas unidades de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. P. M. A expansão da internet no Brasil: digitalização, mercado e desigualdades sociodigitais. **Revista Pós Ciências Sociais**. v. 18 n. 2, 30 abr. 2021
- ALVES, E. P. M. A EXPANSÃO DA INTERNET NO BRASIL: DIGITALIZAÇÃO, MERCADO E DESIGUALDADES SOCIODIGITAIS
THE EXPANSION OF THE INTERNET IN BRAZIL: DIGITALIZATION, THE MARKET AND SOCIO-DIGITAL INEQUALITIES | Revista Pós Ciências Sociais. 18 maio 2021.
- ANSCHAU, F. R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Revista de Nutrição**, v. 25, p. 177–189, abr. 2012.
- BARRINGTON, W. E. et al. Perceived stress, behavior, and body mass index among adults participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005-2007. **Preventing Chronic Disease**, v. 9, p. E152, 2012.
- BHUTANI, S.; COOPER, J. A. COVID-19–Related Home Confinement in Adults: Weight Gain Risks and Opportunities. **Obesity**, v. 28, n. 9, p. 1576–1577, 2020.
- BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. n. 2 ed, p. 158, 2014.
- BRASIL, S. DE D. **Transferência de Renda. Secretaria de Desenvolvimento Social**, 28 jul. 2022. Disponível em: <<https://www.sedes.df.gov.br/beneficios-de-transferencia-de-renda/>>. Acesso em: 17 nov. 2022
- BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 14 mar. 2020.
- COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A Global Measure of Perceived Stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983.
- COSTA, C. DOS S. et al. Mudanças no peso corporal na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Rev. Saúde Pública**, v. 55, 2 fev. 2021.
- DE SIMONE, S. et al. Implementations and strategies of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 833, dez. 2022.
- DIAS DE BRITO, P. et al. Educação alimentar e nutricional para o controle de comorbidades em pessoas com doenças infecciosas. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, p. 141–148, 30 mar. 2017.
- FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. The Relationship Between Behavioural and Psychosocial Factors Among Brazilians in Quarantine Due to COVID-19. **SSRN Electronic Journal**, 2020.
- FIOCRUZ. **ConVid Pesquisa de Comportamentos**. Disponível em: <<https://convid.fiocruz.br/>>. Acesso em: 31 out. 2022.

HUANG, J.; GOPALAN, A. Primary Care Video and Telephone Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Treatment and Follow-up Health Care Utilization. **The American Journal of Managed Care**, v. 29, n. 1, p. e13–e17, 19 jan. 2023.

IBRAHIM, M. et al. Perceived Stress and Anhedonia Predict Short-and Long-Term Weight Change, Respectively, in Healthy Adults. **Eating behaviors**, v. 21, p. 214–219, abr. 2016.

IZCOVICH, A. et al. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 15, n. 11, p. e0241955, 17 nov. 2020.

JANDA, M. et al. An instrument to measure adherence to weight loss programs: the compliance praxis survey-diet (COMPASS-Diet). **Nutrients**, v. 5, n. 10, p. 3828–3838, 26 set. 2013.

JOHNSON, K. A. et al. Using Telemedicine Interventions During COVID-19 to Expand Care Post COVID-19. **The American Journal of Managed Care**, v. 29, n. 1, p. e31–e35, 24 jan. 2023.

KISICKI, A. et al. Behavioral healthcare organizations' experiences related to use of telehealth as a result of the COVID-19 pandemic: an exploratory study. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 775, dez. 2022.

LIBOREDO, J. C. et al. Quarantine During COVID-19 Outbreak: Eating Behavior, Perceived Stress, and Their Independently Associated Factors in a Brazilian Sample. **Frontiers in Nutrition**, v. 8, p. 704619, 26 jul. 2021.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 606–615, ago. 2007.

MAURO, B. C. B.; SILVA, V. M. B. DA; SILVA, L. M. C. DA. Comportamento alimentar e saúde mental e emocional no Ensino Remoto Emergencial (ERE) de servidores e alunos do ensino superior no Brasil durante a pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e51511831144–e51511831144, 27 jun. 2022.

MEDEIROS, A. R. C. et al. Insegurança alimentar moderada e grave em famílias integradas por pessoas vivendo com HIV/Aids: validação da escala e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3353–3364, out. 2017.

MENG, H. et al. An Investigation into the Pressures Experienced by Medical Masters Students during the COVID-19 Pandemic Based on the Perceived Stress Scale-14 and Its Alleviation Methods. **Healthcare**, v. 10, n. 6, p. 1072, 9 jun. 2022.

MIURA, J. I.; WICHOSKI, C. Efeitos da ansiedade no comportamento alimentar de jovens adultos durante o período pandêmico da Covid-19. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. especial, p. 37–60, 29 ago. 2022.

NEGRÃO, L. D. et al. NuMoOS – COVID-19 Nutrition and Mood Online Survey: Perception about dietary aspects, stress, anxiety, and depression in the social isolation of Coronavirus Disease 2019. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 50, p. 101–110, 1 ago. 2022.

OLIVEIRA, T. C. et al. Food (in)security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>>. Acesso em: 1 nov. 2022.

OZAMIZ-ETXEARRIA, N. et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

PAPAUTSKY, E. L. et al. Characterizing Health Care Delays and Interruptions in the United States During the COVID-19 Pandemic: Internet-Based, Cross-sectional Survey Study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 5, p. e25446, 19 maio 2021.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 107–114, jan. 2010.

RIBEIRO-SILVA, R. DE C. et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, set. 2020.

STEELE, E. M. et al. Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, 28 jul. 2020.

VALENCIO, N. **CRISE MULTIFACETADA**: [s.l: s.n.].

VERTICCHIO, D. F. DOS R.; VERTICCHIO, N. DE M. Os impactos do isolamento social sobre as mudanças no comportamento alimentar e ganho de peso durante a pandemia do COVID-19 em Belo Horizonte e região metropolitana, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e460997206–e460997206, 26 ago. 2020.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H.; GOUVÊA, T. G. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 39–62, jan. 2011.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054–1062, 28 mar. 2020.

APÊNCICES**APÊNDICE A**

Data: ____/____/____

Nome: _____ Prontuário: _____ ID : _____

QUESTIONÁRIO DE ROTINA ALIMENTAR DURANTE O CONFINAMENTO**Questionário na consulta presencial:**

- Durante o confinamento, você sentiu: () tédio () ansiedade () tristeza
() preocupação () raiva () medo () outros _____
- Você acha que descontou na comida o estresse e a ansiedade? () sim () não
- Você alterou sua alimentação durante o confinamento do Covid-19? () sim () não
- Se sim, o que mudou?

-
- Você passou a cozinhar com mais () ou menos () frequência?
- Você passou a comprar () ou deixou de comprar () comida pronta?
- Tinha hábito de comer na rua (restaurante, bar, pensão)? () sim () não
- Você mudou sua rotina de compra de gêneros alimentícios? () sim () não
- Se sim, o que mudou?

-
- Você passou a comprar mais ou menos, ou a mesma coisa dos seguintes gêneros:

	Mais	Menos	A mesma coisa
Legumes e verduras			
Frutas			
Arroz, batatas, aipim,			
Feijão			
Leite ou iogurte			
Queijos			
Pão			

Biscoitos salgados tipo cream cracker			
Biscoitos salgados tipo petisco			
Batata frita, batata de pacote, salgadinhos fritos (coxinha, pastel, quibe)			
Biscoitos doces ou recheados			
Doces ou chocolate ou balas			
Embutidos (salsicha, linguiça, mortadela, presunto)			
Alimentos industrializados prontos congelados (lasanha, pizza, hambúrguer, nugget)			
Refrigerantes ou outras bebidas industrializadas açucaradas (xarope guaraná, mate, suco)			

- De uma maneira geral, você acha que sua alimentação melhorou () ou piorou () durante o confinamento?

APÊNDICE B

Data: ____/____/____

Nome: _____ Prontuário: _____ ID : _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL

- Você gostou de ser contactado pela nutricionista durante o período de confinamento?

sim não indiferente

Por quê? _____

- Você gostou da consulta nutricional por telefone?

sim não indiferente

Por quê? _____

- Você achou que a consulta nutricional por telefone te ajudou na adesão às orientações dietéticas?

sim não indiferente

Por quê? _____

ANEXOS**ANEXO A**

Data: ____/____/____

Nome: _____ Prontuário: _____ ID : _____

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS)

Neste último mês, com que frequência...

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido “nervoso” e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4

13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

0 = nunca

1 = quase nunca

2 = às vezes

3 = quase sempre

4 = sempre

ANEXO B

Data: ____/____/____

Nome: _____ Prontuário: _____ ID : _____

ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)

Versão reduzida (5 questões)

1) Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?

2) Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?

3) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro par ter uma alimentação saudável e variada?

4) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, por que não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

5) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

ANEXO C

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM RELAÇÃO À ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS EM PACIENTES COM COMORBIDADES E DOENÇAS INFECCIOSAS

Pesquisador: Patrícia Dias de Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32361120.8.0000.5262

Instituição Proponente: INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI/FIOCRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.082.614

Apresentação do Projeto:

Projeto intitulado - AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ATENDIMENTO NÃO PRESENCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM RELAÇÃO À ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS EM PACIENTES COM COMORBIDADES E DOENÇAS INFECCIOSAS CRÔNICAS, coordenado pela Dra. Patricia Brito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a estratégia de atendimento não-presencial adotada durante o período de confinamento da Covid-19 sobre a adesão às orientações

dietéticas em pacientes com doenças infecciosas acompanhados no ambulatório de nutrição do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/Fiocruz).

Objetivo Secundário:

1 – Descrever questões sobre o acesso aos alimentos, as práticas alimentares, e a rotina de alimentação durante o confinamento; 2 – Descrever os fatores limitantes à adesão durante o confinamento; 3 – Comparar parâmetros antropométricos e exames bioquímicos antes e após o período de confinamento;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios estão de acordo com Normas vigentes.

Endereço: Avenida Brasil 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-360

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br

**INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 4.082.614

Riscos:

Consideramos mínimos os riscos do estudo, tais como constrangimento ao responder as perguntas sobre acesso aos alimentos e rotina familiar, mas o participante poderá se recusar a responder. O risco de identificação dos participantes será minimizado utilizando-se arquivos codificados, que só os pesquisadores do estudo terão acesso.

Benefícios:

Os participantes não receberão benefício direto através deste estudo, mas os resultados poderão sinalizar uma estratégia educativa eficaz em momentos de pandemias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que poderá responder se durante a pandemia de COVID-19 pacientes com doenças infecciosas crônicas tiveram acesso a alimentação e rotina alimentar prescrita e supervisionada pela Serviço de Nutrição do INI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória estão incluídos na Plataforma Brasil. Não haverá armazenamento de amostras biológicas, sendo assim o Termo de Biorrepositório não é necessário.

Recomendações:

As pendências foram respondidas. O título do projeto foi alterado para dar maior visibilidade ao mesmo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram respondidas e nova versão do TCLE e projeto, bem como Termo de Responsabilidade e Confidencialidade foram anexados a Plataforma Brasil

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553167.pdf	08/06/2020 16:26:09		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_titulo_modificado_assinada_v2.pdf	08/06/2020 16:24:36	Patrícia Dias de Brito	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_resposta_pendencias.docx	05/06/2020 10:26:10	Patrícia Dias de Brito	Aceito

Endereço: Avenida Brasil 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-360

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.082.614

Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_confidencialidade_atendimento_nao_presencial_assinado_CEP.pdf	05/06/2020 10:25:22	Patrícia Dias de Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atendimento_nao_presencial_CEP_v2.docx	05/06/2020 10:24:45	Patrícia Dias de Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_avaliacao_atendimento_nutricao_remoto_covid_CEP_v2.doc	05/06/2020 10:24:14	Patrícia Dias de Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Junho de 2020

Assinado por:
Mauro Brandão Carneiro
(Coordenador(a))