



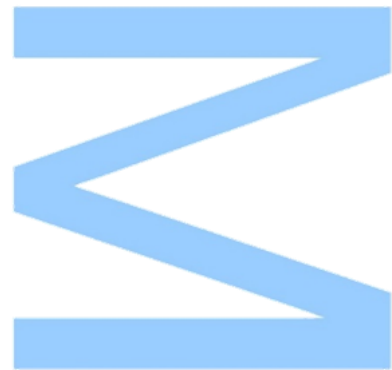
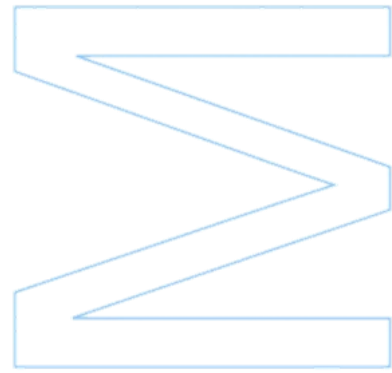
Avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19

Ana Rita Andrade Teixeira

Dissertação de Mestrado apresentado à
Faculdade De Ciências da Universidade do Porto e à
Faculdade De Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

Ciências do Consumo e Nutrição

2022



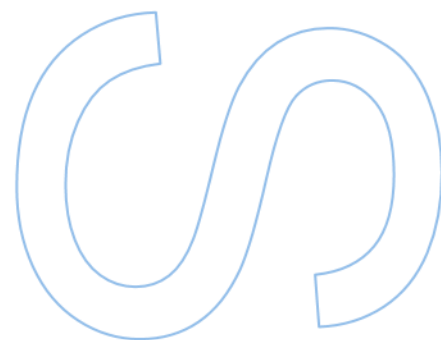
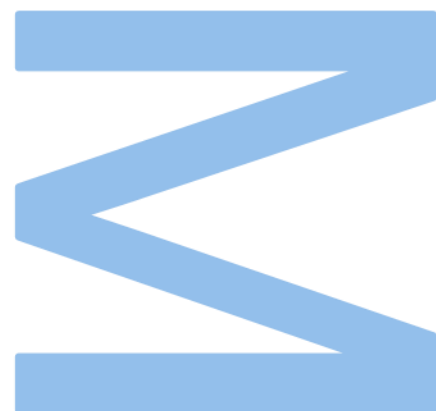
Avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19

Ana Rita Andrade Teixeira

Mestrado em Ciências do Consumo e Nutrição
Departamento de Geociências, Ambiente e Ordenamento do Território
2022

Orientador

Cecília Medeiros de Moraes, Prof.^a Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências da Alimentação e Nutrição da Universidade do Porto

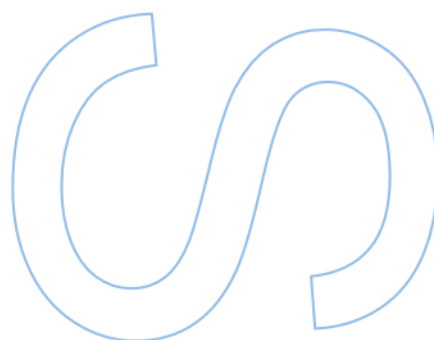
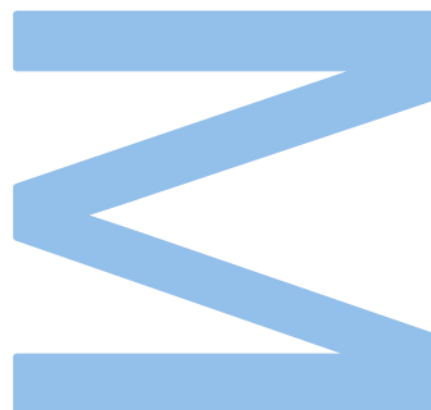




Todas as correções determinadas
pelo júri, e só essas, foram efetuadas.

O Presidente do Júri,

Porto, ____/____/____



DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Ana Rita Andrade Teixeira, inscrito(a) no Mestrado em Ciências do Consumo e Nutrição da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto declaro, nos termos do disposto na alínea a) do artigo 14.º do Código Ético de Conduta Académica da U. Porto, que o conteúdo da presente dissertação de projeto reflete as perspetivas, o trabalho de investigação e as minhas interpretações no momento da sua entrega.

Ao entregar esta dissertação de projeto, declaro, ainda, que a mesma é resultado do meu próprio trabalho de investigação e contém contributos que não foram utilizados previamente noutros trabalhos apresentados a esta ou outra instituição.

Mais declaro que todas as referências a outros autores respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, encontrando-se devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências bibliográficas. Não são divulgados na presente dissertação de projeto quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor.

Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Ana Rita Andrade Teixeira

Águeda, 30 de setembro 2022

AGRADECIMENTOS

Depois da realização deste projeto cabe a mim agradecer a todas as pessoas que de certa forma contribuíram para que conseguisse superar todas as dificuldades durante toda esta jornada.

Começo por agradecer à minha orientadora Prof.^a Doutora Cecília Morais, pois mesmo sem nunca me ter conhecido pessoalmente, aceitou desde logo trabalhar comigo e embarcou neste que seria um grande desafio para ambas. A sua disponibilidade incondicional e orientação, foram fundamentais.

Agradecer também ao Prof. Doutor Rui Poínhos por toda a ajuda e pela disponibilidade.

Seguidamente agradeço a todas as instituições que aceitaram colaborar neste projeto e por todo o apoio e a todos os idosos que voluntariamente participaram e tornaram este trabalho possível.

Depois aos meus amigos próximos e colegas de curso por todo o apoio e companheirismo.

Ao meu namorado por estar sempre do meu lado, nunca me deixar desistir e dar-me a motivação que mais precisava.

Por último aos meus pais e irmã, a quem agradeço por sempre terem acreditado em mim e por possibilitarem a realização deste objetivo.

RESUMO

Introdução: No final do ano de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, foi detetado pela primeira vez o vírus SARS-CoV-2 (síndrome respiratória aguda grave – coronavírus 2), que viria a causar uma doença denominada de Covid-19. Devido ao grande número de países onde já se encontrava presente e aos milhares de pessoas que se apresentavam infetadas, a 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou a Covid-19 como uma pandemia, considerando ainda a necessidade de tomar medidas preventivas para evitar a propagação da doença. Essas medidas passaram pelo encerramento de estabelecimentos comerciais, restrições nos horários de funcionamento de serviços, restrições na circulação e uma consequente diminuição dos contactos sociais. Devido às vulnerabilidades associadas ao processo de envelhecimento, a população idosa foi considerada a faixa etária mais afetada pela pandemia, em particular pelas medidas de proteção social. As medidas de isolamento provocaram alterações nos comportamentos alimentares e nos níveis de solidão entre os idosos, propiciando assim, um comprometimento no estado de saúde desta população, consequência de uma diminuição da estimulação cognitiva, física e social.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo avaliar os hábitos alimentares, o estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19. Relativamente aos objetivos específicos serão: avaliar os hábitos alimentares pela aplicação de um questionário com questões referentes à frequência de consumo e às alterações do consumo alimentar no período de pandemia; avaliar o estado nutricional através da ferramenta Mini Nutritional Assessment (MNA®); avaliar o estado de depressão dos idosos com recurso à Geriatric Depression Scale of Yesage, versão reduzida (GDS-15); relacionar os hábitos alimentares (HA) e as alterações aos HA identificadas pelos idosos com o estado nutricional, o estado de depressão e as restantes variáveis sociodemográficas em estudo; comparar as variáveis em estudo entre idosos a viver na comunidade e a frequentar a valência de Centro de Dia.

Métodos: O estudo tem uma amostra de conveniência constituída no mínimo por 107 idosos; entre os quais, pessoas que vivem na comunidade e inscritos na valência de Centro de Dia. Para a recolha de dados foram utilizados, o Mini Nutritional Assessment (MNA®), a Geriatric Depression Scale of Yesage, versão reduzida (GDS-15) e ainda um inquérito com questões sociodemográficas e questões referentes aos hábitos alimentares.

Resultados: A amostra é constituída por 59 idosos do sexo feminino e 48 do sexo masculino e apresenta uma idade média de 76,8 anos. Esta população apresenta 48,6% dos participantes viúvos e 43,9% casados/união de facto e é caracterizada com

baixo grau de instrução (98% com ensino básico). A avaliação do estado nutricional demonstrou que 55,1% dos inqueridos se encontrava com um estado nutricional normal, 41,1% sob risco de desnutrição e 3,8% em estado desnutrido e verificou-se que os idosos mais velhos e as mulheres têm um maior risco de desnutrição. A GDS-15, mostrou que, 56,1% dos participantes se encontram sem depressão, 36,4% manifestam uma depressão ligeira e 7,5% depressão grave. No que diz respeito aos hábitos alimentares (HA) durante a pandemia, 60,7% referem não terem alterado os seus hábitos. No consumo de alimentos, os menos consumidos foram as refeições pré-preparadas, os snacks salgados, os refrigerantes e os frutos gordos. Os mais consumidos foram a água, a fruta, os hortícolas e as bebidas alcoólicas. Foi ainda possível verificar que, em todos os alimentos, a maioria da amostra referiu que manteve o seu consumo durante a pandemia.

Conclusões: Os inquiridos apresentam na sua maioria um bom estado nutricional e de depressão, no entanto ainda existem alguns casos que o mesmo não é verificado. Os idosos mais velhos e o sexo feminino são os que apresentam piores valores no MNA e na GDS-15. O grupo de idosos a frequentar o Centro de Dia são mais deprimidos que o grupo a viver em comunidade. A maioria da amostra refere não ter alterado os seus HA. É necessário realizar intervenções que promovam um consumo diário adequado de líquidos, uma vez que foi fator com maior influência no estado nutricional da amostra em estudo.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento; Pandemia covid-19; Hábitos Alimentares; MNA; Estado de Depressão

ABSTRACT

Introduction: In late 2019, the SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome - coronavirus 2) virus was first detected in the Chinese city of Wuhan, China, causing a disease called Covid-19. Due to the large number of countries where it was already present and the thousands of people who were infected, on March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) declared Covid-19 a pandemic, also considering the need to take preventive measures to avoid the spread of the disease. These measures included the closure of businesses, restrictions on the opening hours of services, restrictions on movement, and a consequent reduction in social contacts. Due to the vulnerabilities associated with the aging process, the elderly was considered the age group most affected by the pandemic, particularly by social protection measures. The isolation measures caused changes in eating behaviors and in the levels of loneliness among the elderly, thus propitiating a compromise in the health status of this population, a consequence of a decrease in cognitive, physical, and social stimulation.

Objectives: The present study aims to evaluate the eating habits, nutritional status and depression of the elderly, during the Covid-19 pandemic. The specific objectives are: to assess the eating habits by applying a questionnaire with questions about the frequency of food intake and changes in food intake during the pandemic period; to assess the nutritional status using the Mini Nutritional Assessment (MNA®) tool; to assess the depression status of the elderly using the Geriatric Depression Scale of Yesage (GDS-15); to relate the eating habits (EH) and changes in EH identified by the elderly with the nutritional status, the depression status and the remaining sociodemographic variables under study; to compare the variables under study among the elderly living in the community and attending the Day Care Center.

Methods: The study has a convenience sample consisting of at least 107 elderly people; among them, people living in the community and those enrolled in the Day Care Center. The Mini Nutritional Assessment (MNA®), the Geriatric Depression Scale of Yesage, reduced version (GDS-15) and a survey with sociodemographic questions and questions about eating habits were used for data collection.

Results: Results: The sample consists of 59 female and 48 male elderly and has a mean age of 76,8 years. This population presents 48,6% of the participants as widowers and 43,9% as married/cohabiting and is characterized with a low level of education (98% with basic education). The nutritional status assessment showed that 55,1% of the respondents were in a normal nutritional status, 41,1% at risk of malnutrition and 3,8% in a malnourished status and it was found that older elderly and women have

a higher risk of malnutrition. The GDS-15, showed that, 56,1% of the participants are without depression, 36,4% manifest mild depression and 7,5% severe depression. Regarding EH during the pandemic, 60,7% report not having changed their habits. Regarding food consumption, the least consumed were pre-prepared meals, salty snacks, soft drinks and fatty fruits. The most consumed were water, fruit, vegetables and alcoholic beverages. It was also possible to verify that, for all foods, most of the sample reported that they maintained their consumption during the pandemic.

Conclusions: The majority of respondents present a good nutritional status and depression, however there are still some cases that the same is not verified. The older elderly and the female gender are the ones who present the worst values in the MNA and in the GDS-15. The group of elderly people attending the Day Care Center are more depressed than the group living in the community. The majority of the sample reports not having changed their EH. It is necessary to carry out interventions that promote an adequate daily consumption of liquids, since it was the factor with the greatest influence on the nutritional status of the sample under study.

KEYWORDS

Aging; COVID-19; Pandemic covid-19; Eating habits; MNA; State of Depression

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	v
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS	ix
LISTA DE TABELAS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	2
1.1. Envelhecimento demográfico e respostas sociais.....	2
1.2. Saúde e o idoso.....	3
1.2.1. Hábitos alimentares nos idosos	3
1.2.2. Importância da avaliação do estado nutricional nos idosos.....	5
1.2.3. Solidão e depressão no idoso.....	6
1.3. Pandemia Covid-19 na população idosa.....	6
1.3.1. Pandemia Covid-19 e os hábitos alimentares da população idosa	8
1.3.2. Recomendações alimentares durante a pandemia	9
2.3.3. Pandemia Covid-19 e a depressão na população idosa	10
2. OBJETIVOS	10
3. DESENHO DO ESTUDO, AMOSTRA E MÉTODOS	11
3.1. Amostra	11
3.2. Recolha de dados.....	11
3.3. Instrumentos de avaliação e questionário	12
3.4. Análise estatística.....	15
4. RESULTADOS	15
4.2. Caracterização do estado nutricional	16
4.3. Caracterização do estado de depressão.....	18
4.4. Caracterização dos hábitos alimentares dos idosos durante a pandemia	20
4.4.1. Frequência de consumo de alimentos durante a pandemia	23
5. DISCUSSÃO	25
5.1. Estado nutricional	25
5.2. Estado de depressão.....	26
5.3. Hábitos alimentares dos idosos durante a pandemia.....	27
6. CONCLUSÃO E ANÁLISE CRÍTICA.....	30

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO I – Pedido de autorização	ii
ANEXOS II – Consentimento informado.....	iv
ANEXOS III- Parecer à comissão de ética	vi
ANEXO IV– Mini Nutritional Assessment.....	ix
ANEXOS V – Escala de Depressão Geriátrica	xi
ANEXOS VI – Questionário sobre HA	xiii

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).....	2
Figura 2: Mortes por Covid-19	7

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Alteração do consumo de alimentos durante a pandemia	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação do estado nutricional de acordo com MNA.....	13
Tabela 2: Classificação do estado de depressão de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	14
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra	15
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e quanto ao apoio formal de acordo com o estado nutricional.....	16
Tabela 5: Fatores com maior relevância para a identificação de um estado de risco de desnutrição/desnutrição	17
Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e quanto ao apoio formal de acordo com a EDG.....	19
Tabela 7: Relação entre o estado nutricional e o estado de depressão.....	20
Tabela 8: Comportamentos alimentares durante a pandemia nos dois grupos de idosos	22
Tabela 9: Nível de concordância com os hábitos de consumo de snacks durante a pandemia.....	23

INTRODUÇÃO

O aumento exponencial do envelhecimento populacional tem exigido aos países que se adaptem a uma nova realidade demográfica e simultaneamente coloca novos desafios a nível familiar, social e político. Com o avançar dos anos, a população idosa torna-se, tendencialmente, mais dependente e menos autónoma. Consequentemente o núcleo familiar sente necessidade de procurar opções para contrariar esses efeitos e melhorar as condições de vida do idoso.

No final do ano de 2019, aparecia na China, o vírus SARS-CoV-2, que viria a causar uma doença denominada de Covid-19. Em poucos meses a doença propagou-se por vários países do mundo e já tinha infetado milhares de pessoas. Devido à situação epidemiológica do mundo e depois da OMS considerar a Covid-19 como uma pandemia, foi necessário desenvolver medidas preventivas que controlassem o contágio e a disseminação da doença.

A população idosa, devido às fragilidades associadas ao processo de envelhecimento, constituíram a faixa etária onde se verificou uma maior probabilidade de infeção e mortalidade causada pela Covid-19 (B. L. Wang, Li, Lu, & Huang, 2020). Em Portugal, até janeiro de 2022, o vírus já tinha provocado cerca de 19 000 óbitos, onde a maioria eram pessoas com 70 anos ou mais (DGS, 2022).

Os recursos disponíveis, as alterações de competências diárias, os condicionantes de saúde e a existência ou não de redes sociais de apoio, são fatores que podem ter um impacto no consumo de alimentos por parte de pessoas com 65 ou mais anos e, consequentemente influenciar o seu estado nutricional (Locher et al., 2009). Alguns estudos mostram que prevalência de desnutrição em pessoas idosas está diretamente associada ao comprometimento cognitivo e à depressão.

Durante o isolamento social, observaram-se alterações nos comportamentos alimentares e na prática de exercício físico, bem como algumas implicações no estado de saúde (Ammar et al., 2020). No que se refere aos valores de solidão em pessoas com 65 ou mais, depois do isolamento social, verificou-se serem superiores aos registados em anos anteriores, assumindo-se poder existir uma associação entre esta medida e a solidão (Stolz, Mayerl, & Freidl, 2021). Num estudo realizado por Menegotte et al. (2021), foi possível verificar ainda que, durante a pandemia, o consumo de algumas bebidas e alimentos estavam relacionadas com o nível de depressão.

De modo a organizar e facilitar a leitura do trabalho dividiu-se o estudo em seis partes: na primeira parte é realizada uma introdução ao tema e são apresentados os objetivos do estudo. A segunda parte apresenta uma revisão de literatura, onde se faz o enquadramento teórico do tema. Relativamente à terceira parte, encontra-se descrito o plano de investigação e métodos utilizados e na quarta parte são apresentados os

resultados; seguindo-se a discussão e finalmente, na última parte, é apresentada toda a bibliografia e os anexos.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. Envelhecimento demográfico e respostas sociais

O progresso a nível social, económico, científico tem propiciado melhores condições de vida e uma consequente diminuição da mortalidade, aumentando também, desta forma, a longevidade da população. Apesar do envelhecimento demográfico já ter atingido proporções elevadas a nível mundial, é notório que os países mais desenvolvidos têm atingido maiores níveis de esperança de vida e de envelhecimento das suas populações (Rosa, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística INE (2020), entre os anos 2018 e 2080, o número de pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos) em Portugal, alterar-se-á de 2,2 milhões para 3,0 milhões (figura 1). Relativamente ao índice de envelhecimento, este passará dos 159 para os 300 idosos por cada jovem, com uma consequente diminuição da população jovem e um aumento da população idosa.

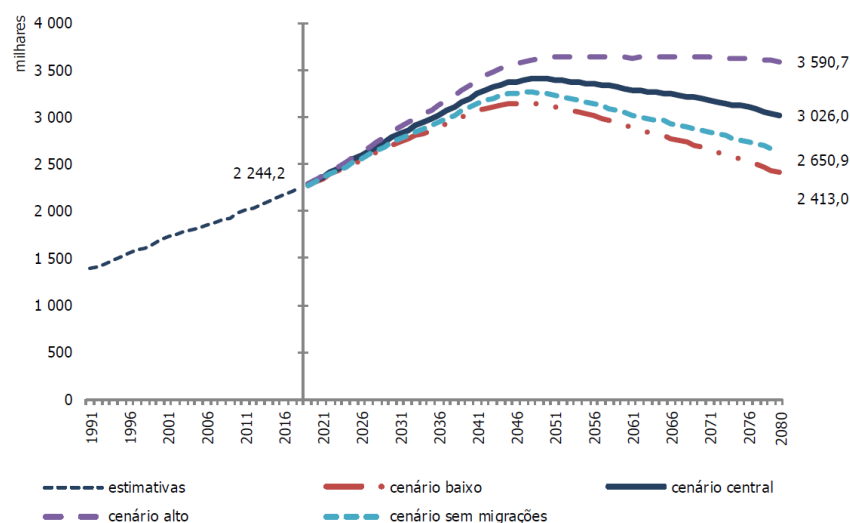


Figura 1:População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)

Com o envelhecimento surgem várias alterações que tornam o idoso mais vulnerável, tanto do ponto de vista social e económico, mas principalmente a nível de saúde e de cuidados pessoais. Perante isso, tornou-se imprescindível desenvolver respostas sociais que ajudassem a combater essas fragilidades, sendo o objetivo primordial privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família.

Em Portugal, existem sete tipos de serviços de apoio à terceira idade: serviço de apoio domiciliário; centro de convívio; Centro de Dia; centro de noite; acolhimento familiar; estruturas residenciais e centro de férias e lazer. O acesso a este apoio depende da disponibilidade dos equipamentos e serviços na zona da residência da população.

O Centro de Dia presta serviços durante um período diurno permitindo que tenha a possibilidade de manter o seu meio sociofamiliar e ao mesmo tempo ter a oportunidade de estimular o seu relacionamento, a sua autonomia, funcionalidade e independência. Segundo a segurança social (Instituto da Segurança Social, 2017), esta modalidade pretende:

- Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover as relações pessoais e entre as gerações;
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

1.2. Saúde e o idoso

A população idosa é considerada um grupo muito frágil em virtude dos processos fisiológicos que ocorrem durante o processo de envelhecimento (Bertolozzi et al., 2009). A Organização mundial de Saúde (OMS) define envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (WHO, 2015).

Embora a idade de uma pessoa não defina o seu estado de saúde, existem muitos fatores contribuem para um estado de saúde mais delicado. A saúde de pessoas com uma idade mais avançada, pode ser afetada pelos ambientes físicos e sociais nos quais estes se encontram inseridos. O mesmo pode acontecer devido a barreiras ou incentivos que influenciam algumas decisões e comportamentos (WHO, 2021). Para além disso, os maus hábitos alimentares, o estilo de vida praticado, as patologias e também as lesões crónicas, desencadeiam vulnerabilidades e fragilidades (Mesquita, 2009).

1.2.1. Hábitos alimentares nos idosos

O envelhecimento pode levar a alterações nos hábitos alimentares, existindo uma forte possibilidade de desenvolver uma alimentação inadequada e desequilibrada.

Tanto Lage, Simões, Combadão, & Valente (2018), como Farquhar (1995), referem que a escolha alimentar da população idosa é influenciada por vários aspetos, entre os quais: aspetos ambientais (habitação, competências, recursos culinários); aspetos sociais (família, padrões alimentares e relações sociais); aspetos neuropsicológicos (depressão, Alzheimer e Parkinson); aspetos socioeconómicos e culturais (nível de educação, rendimento, custo dos alimentos, disponibilidade e gastos em saúde) e aspetos fisiológicos (alterações nas perceções sensoriais e as alterações no aparelho digestivo).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2020a), associado ao envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas e alterações comportamentais referentes à compra e confeção de alimentos, tais como a diminuição ou perda de vontade em cozinhar, a redução da capacidade de mastigação dos alimentos e ainda uma predominante falta de apetite que pode levar ao comprometimento do estado nutricional e do desempenho funcional. A população idosa é maioritariamente caracterizada por apresentar uma menor ingestão de alimentos e de água e uma forte tendência pela procura e ingestão de alimentos nutricionalmente mais pobres (DGS, 2020a). A ingestão alimentar do idoso pode vir a ser afetada devido à presença de sintomas físicos ou psicológicos, mas também em virtude do estilo de vida, onde se insere a atividade física e as interações sociais.

Alguns hábitos alimentares vão se alterando com a idade, alimentos como a carne e produtos lácteos são consumidos em menor quantidade pelos idosos, ao contrário do que acontece com a fruta e os hortícolas que são mais consumidos por esta faixa etária, embora, ainda assim, não atingindo as quantidades recomendadas (Yannakoulia et al., 2018). Num estudo realizado por Nogueira, Morimoto, Tanaka, & Bazanelli (2016) foi possível verificar que idosos institucionalizados possuem uma alimentação mais adequada (maior consumo de cereais, hortícolas e legumes, carne e pescado), quando comparada com pessoas não institucionalizadas, o que pode ser justificado pelo facto das suas refeições serem da responsabilidade das instituições.

No que respeita à ingestão energética, com o envelhecimento, existe uma diminuição do consumo de energia, que pode ser justificado pela falta de apetite e dificuldade de mastigação de alguns alimentos. Num estudo realizado por Locher, Robinson, Roth, Ritchie, & Burgio (2005), em pessoas com uma média de 70 anos, verificou-se que o consumo de energia era apenas de 1300kcal por dia, observando ainda que, se estas fizessem refeições na presença de outras pessoas consumiam mais 114kcal do que aqueles que realizavam as suas refeições sozinhos.

Tal como acontece com o consumo de energia, o consumo de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas e minerais tem tendência a diminuir com o passar dos anos. No entanto, a população idosa é ainda caracterizada pela grande prevalência de obesidade. Alguns idosos têm um balanço energético positivo, isto é, têm um consumo de energia superior aquele que gastam durante o dia, isto acontece pois existe uma baixa atividade física e um aumento do sedentarismo nesta idade (Yannakoulia et al., 2018).

1.2.2. Importância da avaliação do estado nutricional nos idosos

A avaliação do estado nutricional é fundamental para detetar e prevenir eventuais carências que possam surgir a nível nutricional. Na consequência de uma grande prevalência de má nutrição na população idosa, tornou-se importante esta avaliação nesta faixa etária (Martins, 2016).

Segundo a Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN, 2013) os objetivos da avaliação do estado nutricional são:

- determinar a adequação da ingestão alimentar/nutricional às necessidades individuais;
- identificar fatores de risco de desnutrição;
- diagnosticar situações de desnutrição;
- identificar a etiologia dos défices nutricionais;
- elaborar e aplicar estratégias terapêuticas;
- avaliar a efetividade da estratégia aplicada.

O estado nutricional envolve vários aspetos como uma ingestão adequada, os padrões alimentares, os hábitos alimentares, o ambiente envolvente e também a interação social durante as refeições (Engelheart & Brummer, 2018). Segundo Locher et al. (2009), fatores como os recursos disponíveis, as alterações de competências diárias, condicionantes de saúde, a existência ou não de redes sociais de apoio, podem por em causa o consumo de alimentos da população idosa e deste modo influenciar o seu estado nutricional.

Quando o estado nutricional é inadequado verifica-se um aumento de complicações em pessoas com 65 ou mais anos, tais como o desenvolvimento de doenças agudas, o agravamento de algumas doenças crónicas, podendo mesmo levar à morte. Neste sentido, é imprescindível garantir que estas tenham uma alimentação adequada e equilibrada que lhes permita ter um envelhecimento saudável e com uma maior qualidade de vida.

1.2.3. Solidão e depressão no idoso

Com o passar dos anos, grande parte da população idosa vai diminuindo a sua participação na comunidade e, conseqüentemente, algumas vezes surgem sentimentos de solidão e desvalorização (Teixeira & Fernandes, 2010). Cerca de um terço da população idosa sofre de isolamento social e de solidão afetando negativamente a sua saúde física e mental (Landeiro, Barrows, Nuttall Musson, Gray, & Leal, 2017). Associada à solidão surgem outros fatores com impacto negativo como a depressão, a institucionalização e o déficit cognitivo. Os baixos rendimentos são outro dos motivos que levam as pessoas mais idosas ao isolamento e a alterações da sua estrutura social (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005).

A depressão é considerada um dos principais problemas psicológicos que comprometem a qualidade de vida, acrescentando dificuldades na vida dos indivíduos, principalmente na população idosa (Shrestha, Ojha, Dhungana, & Shrestha, 2020). Um estudo realizado por Adams, Sanders, & Auth (2004), mostrou que idosos que vivem nas suas próprias casas apresentam maiores níveis de solidão em consequência de um menor contacto social. Nesse estudo também se verificou que, nem todos os solitários estão deprimidos, mas que, no entanto, a solidão tem um efeito potenciador para o desenvolvimento de depressão em pessoas que vivem sozinhas.

Quanto a idosos não institucionalizados e institucionalizados, Lopes & Silva (2012) verificaram que os institucionalizados são os que se sentem menos sós, face aos não institucionalizados, existindo ainda um grande número de institucionalizados a referir que nunca ou raramente se sentem sós, ao invés dos não institucionalizados, onde cerca de metade referiram que se sentiam algumas vezes sós. Noutro estudo, Mantzourou et al. (2020) constatou que, a grande prevalência de desnutrição em idosos está diretamente associada ao comprometimento cognitivo e à depressão. Para além disso, foi observada uma menor qualidade de vida e conseqüente risco de desnutrição em pessoas com sintomas de depressão (Johansson, Bachrach-Lindstrom, Carstensen, & Ek, 2009).

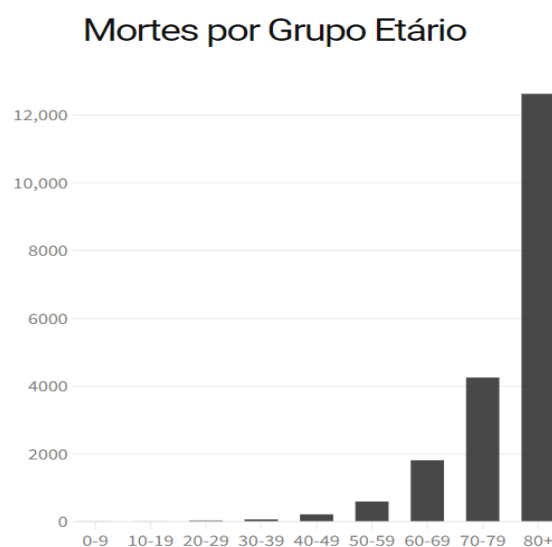
1.3. Pandemia Covid-19 na população idosa

No final do ano de 2019, aparecia na cidade de Wuhan, na China, um vírus denominado como SARS-COV-2. Conseqüentemente, a Organização Mundial da Saúde, viria a denominar de Covid-19 à doença provocada pelo novo coronavírus (DGS, 2021). Esta doença é caracterizada por causar infeções respiratórias graves tais como a pneumonia.

Em virtude das proporções que tomou e aos países em que já se encontrava presente, a OMS declarou a Covid-19 como uma pandemia, referindo a necessidade de tomar medidas para controlar e evitar a propagação da doença. As principais medidas tomadas pelos países passaram pelo confinamento social, o encerramento de estabelecimentos comerciais, as restrições nos horários de funcionamento dos serviços, as restrições à circulação e as alterações no funcionamento dos equipamentos sociais, nomeadamente os centros de dia.

Devido às fragilidades associadas ao envelhecimento e à existência de um maior número de comorbilidades, a população idosa foi considerada a faixa etária mais vulnerável ao vírus SARS-CoV-2, apresentando uma maior probabilidade de infeção e taxa de mortalidade mais elevada para pacientes infetados (B. L. Wang et al., 2020), assim como uma maior probabilidade de contraírem doenças graves após infeção por Covid-19 (Nations, 2020). Nas medidas de combate à pandemia foi pedido à população que ficasse em casa, evitasse o contacto social e ainda que mantivesse o distanciamento social. Os idosos foram, assim, considerados um dos grupos mais afetados com as medidas de confinamento, de onde foram possíveis observar maiores níveis de solidão e uma diminuição na qualidade de vida, associados a perturbações físicas e mentais (Stolz et al., 2021).

Os primeiros grandes surtos em Portugal ocorreram em lares, sendo a maioria das mortes representadas pela população mais velha. Em Portugal, até janeiro de 2022, o vírus já tinha provocado cerca de 19 000 óbitos (figura 2), onde a maioria eram pessoas com 70 anos ou mais (DGS, 2022).



Fontes: DGS, ECDC, OMS, Johns Hopkins University, janeiro 2022

Figura 2: Mortes por Covid-19

Num estudo realizado por Martins & Pinto (2021), onde se pretendia caracterizar o impacto da pandemia por Covid-19 nas necessidades dos utentes das IPSS, obtiveram-se resultados que mostraram que, os idosos foram um grupo etário severamente afetado pela pandemia, identificando as consequências do isolamento como um dos fatores mais relevantes para os utentes das IPSS, nomeadamente, pelas suas repercussões ao nível psicológico, como a solidão, as perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress e ansiedade, tristeza e medo.

1.3.1. Pandemia Covid-19 e os hábitos alimentares da população idosa

Tem sido evidente a importância da alimentação e do próprio estado nutricional em doentes infetados por SARS-CoV-2, de modo a reduzir os danos causados pela doença (DGS, 2020a).

Recentemente, têm surgido evidências que mostram existir uma relação entre o isolamento social e a grande prevalência de idosos desnutridos. Num estudo realizado em Portugal por Braz, Santos, Costa, & Faria (2021), com o objetivo de avaliar o impacto da Covid-19 no estado nutricional de um grupo de idosos institucionalizados, foi possível verificar que a doença provocou um impacto negativo, tanto no apetite como na manutenção do peso na fase aguda da infeção, e por consequência na manutenção de um estado nutricional adequado.

Um estudo realizado por Li et al. (2020a) mostrou que, pessoas idosas infetadas com a doença por SARS-CoV-2, apresentavam risco de desnutrição, no entanto, uma parcela maior da amostra em estudo encontrava-se desnutrida. No mesmo seguimento, Liu, Zhang, Mao, Wang, & Hu (2020) verificaram que os idosos hospitalizados com o SARS-CoV-2, se encontravam em risco de desnutrição, apresentando piores desfechos clínicos comparativamente aqueles que estavam classificados com um estado de nutrição normal. Por outro lado, outros estudos mostraram existir uma associação entre a obesidade e o risco de contrair SARS-CoV-2, assim como, uma maior probabilidade de testar positivo a Covid-19 quanto maior o índice de massa corporal (Huang et al., 2020; Yang et al., 2021). Deste modo, é perceptível que o estado nutricional do paciente com 65 ou mais anos, revela uma grande importância em relação ao prognóstico da Covid-19 (Recinella et al., 2020).

No respeito aos hábitos alimentares da população idosa durante a pandemia, tem-se verificado resultados contraditórios, em vários estudos. Alguns afirmam que a população idosa, quando comparada com as restantes faixas etárias, é que a que tem tendência a manter os seus hábitos alimentares (Górnicka, Drywień, Zielinska, & Hamułka, 2020). Porém, outros estudos têm vindo a demonstrar que existem alterações

nos hábitos alimentares nesta faixa etária. Cicero et al. (2021) identificou o aumento de ingestão em praticamente todos os produtos alimentares e, Visser, Schaap, & Wijnhoven (2020) referem o aumento do consumo de alimentos como a fruta e snacks doces. Outros estudos têm mostrado também o contrário, apresentando casos de idosos que diminuíram a sua ingestão alimentar durante este período (Giebel, Ivan, Burger, & Ddumba, 2020).

No segundo relatório sobre alimentação e atividade física em contexto de pandemia, foi possível verificar que cerca de 36,8% portugueses admitiram ter alterado os seus hábitos alimentares, quando comparados com um período antes da pandemia, sendo que 58,2% admitiram ter alterado para melhor e 41,8% referem ter piorado (PNPAF, 2021). O mesmo foi observado num estudo realizado por Henriques, Costa, & Esmeraldo (2021), onde cerca 34,4% dos participantes referiu ter alterado os hábitos alimentares durante a contenção social, sendo que 16,2% pioraram e 17,2% referem ter melhorado, no entanto, os participantes com idades entre os 65 e 84 anos, foram onde se registaram menos alterações nos hábitos alimentares, quando comparado com um pré-isolamento social.

1.3.2. Recomendações alimentares durante a pandemia

A população idosa é considerada um grupo de risco, sendo necessária uma maior atenção a esta faixa etária. Com o distanciamento social e outras medidas de contenção, existe uma maior probabilidade de alteração do estado nutricional da pessoa idosa. Desta forma, é essencial que estes tenham uma alimentação adequada e variada, para evitar o desenvolvimento de desequilíbrios nutricionais ou problemas alimentares. Assim, devem ser consideradas algumas recomendações alimentares para esta população:

- **Lacticínios:** Deve ser consumido 2 porções de leite ou derivado por dia (1 porção equivale a 240ml);
- **Fruta:** 2 a 3 peças (médias) por dia;
- **Leguminosas** (feijão, grão, ervilhas): recomendado consumir pelo menos 3 vezes por semana;
- **Hortícolas:** Consumo de pelo menos 2 vezes por dia, sendo opção o consumo através de sopa;
- **Carne, pescado e ovo:** Deve ser consumido 1 porção ao almoço e ao jantar, para que seja ingerido a quantidade diária necessária de proteína;
- **Peixes gordos:** Consumir 2 vezes por semana;

- **Frutos oleaginosos:** Deve ser consumido 1 a 3 vezes por semana, preferencialmente os que não dificultem a mastigação;
- **Água:** O ideal seria consumir, no mínimo, entre 1,5 a 2 L de água por dia (equivalente a 8 copos) (DGS, 2020b).

2.3.3. Pandemia Covid-19 e a depressão na população idosa

Alguns estudos têm vindo a mostrar que o isolamento social na população idosa, acarreta alguns efeitos negativos no que respeita ao estado psicológico, sendo estes efeitos muitas vezes observados algum tempo depois do isolamento. A limitação do contato com outras pessoas, foi um fator determinante na perda do suporte social deste grupo etário (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015).

Segundo Mukhtar (2020), as restrições impostas para evitar o risco de infeção da doença por SARS-CoV-2, tiveram um efeito negativo no funcionamento psicológico dos idosos. O mesmo foi verificado num estudo realizado por Sepúlveda-Loyola et al. (2020), onde se observou que durante o distanciamento social, a saúde mental e física desta população foi afetada negativamente. Verificou-se ainda que a população idosa, durante este período, presenciou maiores situações de stress e ansiedade. Quando comparados os níveis de solidão de pessoas idosas, com anos anteriores, Stolz et al. (2021), constatarem que estas, em 2020, aumentaram, afirmando haver uma relação entre as medidas de confinamento e a solidão.

Num estudo que pretendia avaliar o impacto da Covid-19 na população idosa em Portugal, verificou-se que cerca de 73% dos inquiridos reconheceram sentir-se mais tristes ou deprimidos desde o início da pandemia, no entanto, ainda existiam cerca de 27% que assumiam não ter sofrido alterações no seu humor. Não obstante, numa outra questão relacionada com a solidão, cerca 31% referiram sentir-se mais sozinhos desde o início da pandemia (Novais et al., 2021).

2. OBJETIVOS

Dada a existência de poucos estudos sobre este tema, considerou-se importante compreender se a pandemia teve como consequência a alteração de hábitos alimentares dos idosos, assim como, verificar se existe alguma relação entre os hábitos alimentares, o estado nutricional e o nível de depressão durante esse período.

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar os hábitos alimentares, o estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19. Para prossecução deste objetivo principal definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os hábitos alimentares pela aplicação de um questionário com questões referentes à frequência de consumo e às alterações do consumo alimentar no período de pandemia;
- Avaliar o estado nutricional através da ferramenta Mini Nutritional Assessment (MNA®);
- Avaliar o estado de depressão dos idosos com recurso à Geriatric Depression Scale of Yesage, versão reduzida (GDS-15);
- Relacionar os hábitos alimentares (HA) e as alterações aos HA identificadas pelos idosos com o estado nutricional, o estado de depressão e as restantes variáveis sociodemográficas em estudo;
- Comparar as variáveis em estudo entre idosos a viver na comunidade e a frequentar a valência de Centro de Dia.

3. DESENHO DO ESTUDO, AMOSTRA E MÉTODOS

Para a realização da presente investigação, e atendendo aos objetivos propostos delineou-se um estudo observacional transversal, onde estabelecemos a amostra, explicitamos os instrumentos utilizados e apresentamos a forma como foi realizada a recolha de dados, bem como a análise dos mesmos.

3.1. Amostra

Este estudo tem uma amostra de conveniência constituída por 107 idosos; entre os quais, idosos que vivem em comunidade e a frequentarem a valência de Centro de Dia.

Como critérios de inclusão foram consideradas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que não se encontrem debilitados fisicamente ou não tivessem mobilidade reduzida. Como critérios de exclusão foram considerados indivíduos que se encontrassem acamados ou em cadeiras de rodas ou indivíduos com dificuldades de comunicação ou neurológicos que os impedisse de participar no estudo. Os participantes não foram avaliados relativamente à presença de deficit cognitivo; não obstante, os utentes que não demonstraram capacidade para responder aos inquéritos não participaram no estudo.

3.2. Recolha de dados

Na recolha de dados procedemos à aplicação de inquéritos por questionário, uma vez que este método é recorrentemente utilizado para este tipo de investigações e através do mesmo é possível analisar dados sociodemográficos, atitudes, motivações, opiniões e comportamentos da população (Malhotra, Nunan, & Birks, 2017).

O preenchimento dos inquéritos foi realizado presencialmente e autonomamente por cada idoso. De modo a facilitar a elaboração e compreensão dos mesmos, os utentes que frequentavam a valência de Centro de Dia tiveram o apoio das auxiliares das instituições, os restantes participantes a viver na comunidade receberam a ajuda da investigadora. A recolha dos dados iniciou-se no dia 1 de novembro de 2021 e terminou no dia 31 de maio de 2022.

Para a recolha de dados a pessoas na valência de Centro de Dia, tivemos a colaboração de 3 instituições, nomeadamente a Fundação Nossa Senhora da Conceição da Freguesia de Valongo do Vouga (FNSCFVV), a Associação Macinhataense de Cultura e Recreio (AMAR) e ainda a Misericórdia de Albergaria-a-Velha. A FNSCFVV caracteriza-se como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e como atividade principal desenvolve atividades de apoio social para pessoas idosas, com alojamento e sem alojamento, que disponibiliza três serviços: o Centro de Dia, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), e ainda o serviço de apoio ao domiciliário (SAD). A AMAR é também uma IPSS destinada a pessoas idosas e tem como objetivo a prestação de apoio social à comunidade local, disponibilizando assim as valências de Centro de Dia, SAD E ERPI. Em relação à Misericórdia de Albergaria-a-Velha esta apresenta objetivos muito semelhantes às outras duas instituições e oferece as seguintes respostas sociais: Lar, SAD e Centro de Dia.

Antes da aplicação dos inquéritos, todas as instituições em causa deram a sua autorização (ANEXO I) para a recolha os dados, assim como todos os idosos foram esclarecidos relativamente à natureza do presente estudo, que apenas teve início após a assinatura de um consentimento informado (ANEXO II). De modo a garantir a confidencialidade e anonimato de todos os participantes, todos os dados incluídos nos inquéritos realizados foram codificados, com o intuito de não reconhecer a identidade da pessoa ao qual pertence e de forma a facilitar a análise dos mesmos. Foi ainda solicitado o parecer à comissão de ética da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP), para a realização do presente estudo, o qual mereceu parecer favorável (74/2022/CEFCNAUP) (ANEXO III).

3.3. Instrumentos de avaliação e questionário

Para alcançar os objetivos propostos foram realizados três inquéritos a cada participante, dois dos quais instrumentos de avaliação já validados para a população idosa portuguesa e ainda um questionário sobre os hábitos alimentares dos idosos durante a pandemia Covid-19. A escolha dos instrumentos aplicados surge em

consequência da existência de outros trabalhos realizados, em Portugal, com objetivos muito similares, para mesma população em estudo.

Dessa forma, para avaliar o estado nutricional utilizou-se o Mini Nutritional Assessment (MNA®), versão portuguesa, validado em 2008. O MNA® (ANEXO IV) é um instrumento de fácil aplicação, sendo um dos métodos mais usados por profissionais de saúde para a identificação prévia de casos de risco de desnutrição (Goes, 2013). Relativamente à sua constituição, este instrumento divide-se em duas secções (Triagem e Avaliação Completa), sendo representado maioritariamente por questões de respostas rápidas. A secção da “Triagem” apresenta 6 questões, identificadas com letras de A a F, onde é realizada uma avaliação do estado nutricional pouco detalhada. A cada resposta é dada uma cotação que depois através da sua soma é atribuída uma caracterização do estado nutricional. Se o somatório das cotações for de 0 a 7, o paciente encontra-se desnutrido; de 8 a 11, sob risco de desnutrição; 12 a 14 com um estado nutricional normal. Seguidamente, encontra-se a segunda secção deste método, denominada de “Avaliação Completa”, onde se encontram mais 12 questões identificadas de G a R e, através desta, obtêm-se uma avaliação do estado nutricional mais detalhada. À semelhança do que acontece com a secção anterior, todas as questões são cotadas obtendo-se um valor máximo de 16 pontos.

No final do instrumento, realiza-se a soma de ambas as secções e atinge-se uma pontuação total. O resultado da pontuação total avalia o doente quanto ao seu estado nutricional: estado nutricional normal (de 24 a 30 pontos); sob risco de desnutrição (de 17 a 23,5 pontos) ou desnutrido (menos de 17 pontos) (tabela 1).

Tabela 1: Classificação do estado nutricional de acordo com MNA

Estado nutricional	Pontuação
Estado nutricional normal	De 24 a 30 pontos
Sob risco de desnutrição	De 17 a 23,5 pontos
Desnutrido	Menos de 17 pontos

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva no idoso foi utilizado a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS-15), desenvolvida por (Sheikh & Yesavage, 1986), adaptada para a versão portuguesa e validada por (Santos, Nunes, Kislaya, Gil, & Ribeiro, 2019). A GDS-15 (ANEXO V), é um instrumento utilizado para realizar um rastreio de depressão, onde se avalia aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. Inicialmente era constituído por 30 questões, no entanto, por ser um questionário onde eram sentidas

algumas dificuldades em finalizar, foi desenvolvida uma versão mais reduzida com apenas 15 questões (E. Martins, Lourenço, & Veras, 2005). Cada questão é respondida assinalando “Sim” ou “Não” e de acordo com a resposta é atribuída uma pontuação de 0 ou 1 pontos. Nessas questões, 10 sugerem presença de depressão quando são respondidas positivamente, as 5 questões restantes representam sinal de depressão quando respondidas negativamente. No final, o estado de depressão resulta da soma das pontuações das 15 questões, onde se distinguem 3 estados de depressão distintos: sem depressão (de 0 a 5 pontos); depressão ligeira (de 6 a 10 pontos); depressão grave (de 11 a 15 pontos) (tabela 2).

Tabela 2: Classificação do estado de depressão de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

Estado de depressão	Pontuação
Sem depressão	De 0 a 5 pontos
Depressão ligeira	De 6 a 10 pontos
Depressão grave	De 11 a 15 pontos

Relativamente ao questionário sobre os hábitos alimentares durante a pandemia Covid-19, este foi elaborado de origem com questões específicas de modo a alcançar os objetivos pretendidos. Antes de aplicado à população em estudo, foi realizado um pré-teste do questionário, que consistiu na aplicação do mesmo a 10 pessoas a viver na comunidade, com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos. O pré-teste tinha como objetivo recolher opiniões relativas à elaboração do questionário, para, caso se verificasse que as questões não se encontravam claras e/ ou adequadas serem realizadas as devidas alterações. Inicialmente este questionário era composto por sete páginas e era dividido em seis secções, no entanto, depois da realização do pré-teste foi notório que o questionário estava muito extenso e ainda que existiam algumas questões mais difíceis de interpretar por parte dos participantes. Por consequência, foram então efetuadas alterações, nomeadamente a exclusão de algumas secções e questões. Depois das alterações resultou um questionário final com quatro páginas, dividido em duas grandes secções, Secção 1: Dados sociodemográficos; Secção 2: Hábitos e comportamentos relacionados com a alimentação durante a pandemia (ANEXO VI). No final, com este questionário, para além da caracterização sociodemográfica da população, pretende-se caracterizar a população em relação aos seus hábitos alimentares.

3.4. Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente utilizando o programa SPSS versão 25 para o Windows (Statistics Package for Social Sciences, Chicago Inc.).

A análise descritiva consistiu no cálculo de médias e desvio padrão, para as mais diversas variáveis, e de frequências para as variáveis ordinais e nominais.

Utilizou-se o Teste-t de student a uma amostra, para comparar médias de amostras independentes e o Teste de Mann-Whitney para comparar as médias de dois grupos. Para avaliar a independência entre pares de variáveis nominais foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Foi usado ainda o coeficiente de correlação de Spearman para estimar o grau de associação entre pares de variáveis. Considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados todos os dados recolhidos para a caracterização da população quanto às diferentes variáveis, bem como os resultados da análise estatística. Os resultados referem-se aos dados recolhidos entre o dia 1 de novembro de 2021 até ao dia 31 de maio de 2022.

4.1. Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída por 107 idosos, 59 do sexo feminino e 48 do sexo masculino e apresenta uma idade média de 76,8 anos. Dos participantes 45% estavam em Centro de Dia, os restantes 55% encontravam-se a viver na comunidade, ou seja, sem qualquer apoio de instituição prestadora de cuidados formais. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se evidenciada na tabela 3.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra

		Sexo Feminino N (%)	Sexo Masculino N (%)	Total N (%)
Estado civil	Solteiro	1 (0,9)	0 (0)	1 (0,9)
	Casado(a)/União de facto	19 (17,8)	28 (26,2)	47 (43,9)
	Divorciado(a)	3 (2,8)	4 (3,7)	7 (6,5)
	Viúvo(a)	36 (33,6)	16 (15,0)	52 (48,6)
Habilitações literárias	Ensino Básico/1ºCiclo	55 (51,4)	40 (37,4)	95 (88,8)
	Ensino Básico/2ºCiclo	2 (1,9)	4 (3,7)	6 (5,6)
	Ensino Básico/3ºCiclo	1 (0,9)	3 (2,8)	4 (3,7)

	Ensino Secundário	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,9)
	Ensino Superior	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,9)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

No que se refere ao estado civil, 48,6% dos participantes eram viúvos e 43,9% eram casados/união de facto, as restantes percentagens estão distribuídas por divorciados (6,5%) e solteiros (0,9%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria, 88,8% da amostra em estudo, indicou ter o ensino básico/1^aCiclo.

Nas questões que pretendiam compreender a prevalência da infeção por Covid-19 na amostra em estudo, a maior parte dos participantes (74,8%) afirmam não terem sido infetados pela doença, pelo contrário, os restantes 25,2%, referem ter contraído a infeção. Dos participantes infetados, apenas 2 inquiridos necessitaram de recorrer ao hospital acabando uma idosa por precisar de ficar internada.

4.2. Caracterização do estado nutricional

Para facilitar a análise dos resultados obtidos no MNA, reagruparam-se as diferentes categorias, juntando os idosos “sob risco de desnutrição” aos que apresentavam o estado “desnutrido”. Desta forma resultaram apenas dois grupos, “Estado nutricional normal” e “Sob risco de desnutrição/desnutrido”.

No estudo descritivo do MNA, verificou-se que a maioria dos inquiridos se encontravam com um estado nutricional normal (55,1%), contudo, 41,1% estavam sob risco de desnutrição e 3,8% em estado desnutrido. A pontuação média obtida neste instrumento foi $23,2 \pm 3,2$.

Na tabela 4 podemos observar a distribuição dos estados do MNA pelas características sociodemográficas. Podemos verificar que o sexo masculino obteve maiores pontuações no MNA, quando comparado com o sexo feminino ($p=0,01$), o que significa que o sexo feminino demonstra ter um maior risco de desnutrição.

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e quanto ao apoio formal de acordo com o estado nutricional

		MNA		Total N (%)
		Estado nutricional normal N (%)	Risco de desnutrição/ desnutrido N (%)	
Idade	65-79 anos	42 (39,3)	27 (25,2)	69 (64,5)
	80 ou mais anos	17 (15,9)	21 (19,6)	38 (35,5)
Sexo	Feminino	29 (27,1)	30 (28,0)	59 (55,1)

	Masculino	30 (28,0)	18 (16,9)	48 (44,9)
Estado civil	Casado(a)/União de facto	28 (26,2)	19 (17,7)	47 (43,9)
	Outro	31 (29,0)	29 (27,1)	60 (56,1)
Habilitações literárias	Escolaridade básica/ obrigatória	57 (53,3)	48 (44,8)	105 (98,1)
	Outro grau de ensino	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,9)
Com apoio formal de uma instituição	Sim	25 (23,4)	23 (21,5)	48 (44,9)
	Não	34 (31,8)	25 (23,4)	59 (55,1)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

Relativamente aos resultados obtidos entre pessoas com menos de 80 anos e com mais de 80 anos, foi possível verificar que, os inquiridos com menos de 80 anos (65 e 79 anos) foram as que tiveram melhores pontuações no MNA, desta forma podemos afirmar que, quanto mais velhos, maior o risco de desnutrição ($p=0,01$). No que se refere ao estado civil, não foram encontradas diferenças estatísticas que provassem existir uma relação entre este dado sociodemográfico e o estado nutricional ($p=0,15$).

No que respeita aos dois grupos, do grupo em Centro de Dia, 23,4% apresentam estado nutricional normal e 21,5% encontram-se sob risco de desnutrição/ desnutridos. Em relação ao grupo a viver em comunidade, 31,8% estão com um estado nutricional normal, 23,4% estão sob risco de desnutrição/ desnutridos, no entanto, estatisticamente não foi possível verificar nenhuma diferença entre estes dois grupos ($p=0,14$).

Foi realizada uma análise mais pormenorizada a todas as questões presentes no MNA, onde se pretendia perceber quais as que mais influenciavam as pontuações desse instrumento. Desta análise verificou-se que as questões A, B, C, D, E, H, L, O e P são as que revelam ter um maior peso nos resultados obtidos neste instrumento com $p<0,005$. Na tentativa de identificar alguns dos fatores com maior influência no estado nutricional dos idosos do presente estudo, procedeu-se à análise dos diferentes itens que contribuem para o cálculo do score do MNA. Dos diferentes itens que fazem parte do MNA, identificou-se os fatores com maior relevância para a identificação de um estado de risco de desnutrição/desnutrição, desta forma obtivemos os seguintes resultados presentes na tabela 5, por ordem decrescente.

Tabela 5: Fatores com maior relevância para a identificação de um estado de risco de desnutrição/desnutrição

	Pergunta	Percentagem (%)
M	Copos de líquidos consumidos por dia	74,8
H	Utilização de medicamentos por dia	66,4

F	IMC	55,1
P	Comparação com outras pessoas	50,5
O	Problema nutricional	44,9
B	Perda de peso últimos 3 meses	37,4
R	Perímetro perna	35,5
D	Stress psicológico	26,2
C	Mobilidade	24,3
K	Consumo de leite ou derivados; leguminosas; carne, peixe e aves	20,6
A	Diminuição da ingesta nos últimos 3 meses	20,6
G	Viver na sua casa	19,6
E	Problemas neuropsicológicos	19,6
N	Modo de alimentar	16,8
L	Consumo de fruta ou hortícolas	11,2
Q	Perímetro braquial	5,6
I	Lesões da pele	4,7
J	Refeições por dia	0,9

Através da tabela acima, constatamos que a pergunta **M** foi a que teve uma maior percentagem (74,8%), o que significa que a amostra consome na sua maioria menos de 5 copos por dia. A pergunta que aparece por último, com 0,9%, é a das refeições por dia, demonstrando que os idosos realizam, por norma, mais do que duas refeições completas por dia.

4.3. Caracterização do estado de depressão

À semelhança do que aconteceu com o MNA, para a análise dos resultados, agrupamos os valores de depressão ligeira e de depressão grave em apenas um grupo “Com depressão”. Assim a análise foi feita a dois grupos, “Sem depressão” e “Com depressão”.

Os resultados obtidos através da GDS-15 mostraram que, 56,1% dos inquiridos se encontram sem depressão, 36,4% manifestam uma depressão ligeira e 7,5% depressão grave. No que se refere as pontuações, o valor médio foi de 5,5 com um desvio-padrão de 3,0.

Na tabela 6, podemos observar as percentagens obtidas pela GDS-15, em cada uma das categorias sociodemográficas e nos dois grupos em estudo (com e sem apoio formal de uma instituição).

Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e quanto ao apoio formal de acordo com a EDG

		Escala de Depressão		Total N (%)
		Sem depressão N (%)	Com depressão N (%)	
Idade	65-79 anos	43 (40,2)	26 (24,3)	69 (64,5)
	80 ou mais anos	17 (15,9)	21 (19,6)	38 (35,5)
Sexo	Feminino	27 (25,2)	30 (29,9)	59 (55,1)
	Masculino	33 (30,9)	15 (14,0)	48 (44,9)
Estado civil	Casado(a)/União de facto	30 (28,0)	17 (15,9)	47 (43,9)
	Outro	30 (28,0)	30 (28,0)	60 (56,0)
Habilitações literárias	Ensinos Básicos	58 (54,2)	47 (43,9)	105 (98,1)
	Outros Ensinos	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,9)
Com apoio formal de uma instituição	Sim	22 (20,6)	26 (24,3)	48 (44,9)
	Não	38 (35,5)	21 (19,6)	59 (55,1)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

Depois de analisar a tabela 6, verificamos que os idosos mais novos (grupo com idades entre os 65 e 79 anos) foram os que obtiveram menores valores na pontuação da escala de depressão (40,2%), contrariamente, as pessoas com 80 ou mais anos, apresentam uma maior percentagem no estado “Com depressão”. Estatisticamente foi possível aferir que quanto mais velhos, maior o risco de presença de sintomas depressivos ($p=0,04$).

Relativamente ao sexo, o sexo masculino apresenta percentagens superiores (30,9%) no estado “Sem depressão”, ao invés do que acontece com as mulheres, onde 29,9% se encontram “Com depressão”. Através da análise estatística confirmou-se que o sexo feminino apresenta mais sintomas depressivos que o sexo masculino ($p=0,002$). No estado civil não foram encontradas nenhuma diferença relativamente à prevalência de depressão nos diferentes grupos ($p=0,13$).

Assim que avaliamos o estado de depressão em relação aos dois grupos, foi constatado que, dos participantes a viver em comunidade nenhum se encontrava com depressão grave. Contrariamente, nos participantes em Centro de Dia, as percentagens do estado de depressão ligeira e depressão grave são mais evidentes, com 16,8% e 7,5%, respetivamente. Foram encontradas diferenças com resultado estatístico significativo entre os grupos ($p<0,05$).

Relação entre o estado nutricional e o estado de depressão

Quando se relaciona o MNA com a GDS-15, foi observado que, a maioria dos inquiridos que se encontra sem depressão, apresenta um estado nutricional normal (46,7%), contrariamente, a maioria dos participantes que se encontram sob risco de desnutrição ou desnutridos foram avaliados com depressão (Tabela 7).

Tabela 7: Relação entre o estado nutricional e o estado de depressão

		MNA		Total N (%)
		Estado nutricional normal N (%)	Sob risco de desnutrição/ desnutrido N (%)	
Escala de depressão	Sem depressão	50 (46,7)	10 (9,4)	60 (56,1)
	Com depressão	9 (8,4)	38 (35,5)	47 (43,9)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

4.4. Caracterização dos hábitos alimentares dos idosos durante a pandemia

Numa primeira secção do nosso questionário pediu-se aos participantes que avaliassem a sua alimentação antes e durante a pandemia, numa escala de “Excelente” a “Péssima”. Praticamente todos mencionaram que a sua alimentação, tanto antes, como durante a pandemia, se caracterizava como “Razoável” e “Boa”, no entanto, 8,4% dos idosos a frequentar a valência de Centro de Dia, assinalaram que durante a pandemia a sua alimentação era “Má”.

Quando questionados sobre a existência de alterações dos seus hábitos alimentares durante a pandemia Covid-19, 60,7% dos inquiridos referem não terem alterado os seus hábitos, porém, 39,3% referiram alterações aos seus hábitos alimentares.

Comparando as alterações dos hábitos alimentares entre os dois grupos em estudo, dos utentes em Centro de Dia, 70,8% afirmam não ter alterado e 29,2% dizem ter alterado, no que respeita a população a viver em comunidade, 47,5% alteraram os seus hábitos e 52,5% dizem não ter alterado. No entanto, estatisticamente não foi possível encontrar diferenças entre os dois grupos quanto à alteração dos HA.

Em resposta à questão, “de que forma é que a sua alimentação alterou?”, 42,9% dos inquiridos referiram que passaram a comer em menor quantidade, 26,2% afirmam ter aumentado a quantidade de comida ingerida, 21,4% optaram por alimentos mais saudáveis, os restantes 9,5%, referem ter consumido alimentos menos saudáveis.

Quando refletimos estes resultados nos dois grupos em estudo, verificamos que, todos os utentes em Centro de Dia assumem que passaram a comer em menor quantidade. Relativamente às pessoas a viver em comunidade, 26,2% afirmam que passaram a comer em maior quantidade, no entanto, 21,4% alteraram o tipo de alimentos para alimentos mais saudáveis e 9,5% diminuíram a quantidade de comida, e optaram por alimentos menos saudáveis.

No que se refere às opções alimentares, 65,4% dos inquiridos referem não ter existido alteração durante a pandemia, 20,6% optaram por alimentos mais saudáveis e os restantes 14,0% dizem ter consumidos alimentos menos saudáveis. Verificamos ainda que, durante a pandemia, um maior número de idosos a viver em comunidade optaram por alimentos mais saudáveis (18,7%), em comparação com os utentes em Centro de Dia (1,9%), em contrapartida, os segundos, foram os que optaram por um maior consumo de alimentos menos saudáveis (10,3%).

Quando questionados sobre a sua perceção quanto à existência de uma relação entre as suas opções alimentares e o risco de infeção por Covid-19, 49,5% dos participantes afirmam não existir qualquer relação, contudo, 30,8% acreditam existir relação e 19,6% não souberam responder.

Através dos dados recolhidos verificou-se que, nenhum idoso alterou o número diário de refeições, depois do início da pandemia. Relativamente às deslocações para realizar compras, 51,4% dos participantes referem ter deixado de se deslocar, 30% não alteraram o número de vezes que realizavam compras, 17,8% diminuíram o número de deslocações apenas 0,9% aumentou o número de vezes que se deslocaram para efetuar compras. Quanto ao responsável pelas refeições durante a pandemia, 33,6% referem ter sido o companheiro/cônjuge, 39,9% foram os próprios os responsáveis, 27,1% indicaram os familiares, os restantes 5,6% dizem ter sido a instituição a responsável pelas suas refeições.

Em relação aos gastos em alimentação, 95,3% dos inquiridos mencionaram não ter tido uma maior atenção com os gastos. Quanto ao medo/receio de não ter alimentos para comer durante a pandemia, a maioria (80,4%) dos participantes afirmaram não ter sentido qualquer medo/receio.

Na amostra em estudo, 73,8% dos idosos afirmam terem aumentado o número de horas sozinhos, sendo essa percentagem representada na sua maioria por utentes a em Centro de Dia. De acordo com os níveis de stress/ansiedade foi observado que 85,0% dos inquiridos consideram que os seus níveis de stress/ansiedade alteraram, dos quais 56,1% representam a opção “aumentaram um pouco” e 29,0% “aumentaram significativamente”. Questionados sobre a existência de uma relação entre os níveis de

stress/ansiedade e os hábitos alimentares, 63,6% acreditam não existir nenhuma relação, 30,8% dizem existir, os restantes 5,6% não sabem a resposta.

Os mesmos comportamentos foram analisados para diferentes grupos em estudo, os resultados estão apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Comportamentos alimentares durante a pandemia nos dois grupos de idosos

	Idosos em Centro de Dia N (%)	Idosos a viver em comunidade N (%)	Total
Alteração do número de refeições			
Não	48 (44,9)	59 (55,1)	107 (100,0)
Responsável pelas refeições			
O próprio	10 (9,3)	22 (20,6)	32 (29,9)
Cônjuge/Companheiro	9 (8,4)	27 (25,2)	36 (33,6)
Colegas de casa	4 (3,7)	0 (0,0)	4 (3,7)
Familiares	19 (17,8)	10 (9,3)	29 (27,1)
Instituição	6 (5,6)	0 (0,0)	6 (5,6)
Idas às compras			
Deixei de ir	26 (24,3)	29 (27,1)	55 (51,4)
Diminui o número de idas	8 (7,5)	11 (10,3)	19 (17,8)
Aumentei o número de idas	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,9)
Não houve alteração	14 (13,1)	18 (16,8)	32 (29,9)
Receio de não ter alimentos para comer			
Sim	12 (11,2)	9 (8,4)	21 (19,6)
Não	36 (33,6)	50 (46,7)	86 (80,4)
Maior atenção aos gastos na alimentação			
Sim	0 (0,0)	4 (3,7)	4 (3,7)
Não	47 (43,9)	55 (51,4)	102 (95,3)
Não sei	1 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,9)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

Ao observar a tabela 8, quando comparando os resultados entre os dois grupos, constatamos que, os familiares foram os principais responsáveis pelas refeições dos utentes de Centro de Dia (17,8%), relativamente a pessoas a viver em comunidade, as maiores percentagens dividem-se entre os cônjuges/companheiros e os próprios. Os utentes a frequentar o Centro de Dia são os que mais referiram ter receio de não ter

alimentos para comer, durante a pandemia (11,2%), já da amostra a viver em comunidade, 46,7%, indicaram não ter receio. Na resposta à questão referente a uma maior atenção nos gastos na alimentação, verificou-se que existem 4 participantes a viver em comunidade, que assumem ter tido uma maior atenção.

Numa outra questão, foi pedido aos idosos que assinalassem, perante alguns hábitos de consumo de snacks durante a pandemia apresentados, o nível de concordância com aquelas afirmações. Os resultados estão expressos na tabela 9.

Tabela 9: Nível de concordância com os hábitos de consumo de snacks durante a pandemia

	Discordo totalmente N (%)	Discordo parcialmente N (%)	Não concordo nem discordo N (%)	Concordo parcialmente N (%)	Concordo totalmente N (%)	Não sei N (%)
Quando estou em casa só penso em petiscar.	35 (32,7)	40 (37,4)	22 (20,6)	7 (6,5)	1 (0,9)	2 (1,9)
É comum levantar-me durante a noite para comer snacks.	42 (39,3)	32 (29,9)	26 (24,3)	2 (1,9)	1 (0,9)	4 (3,7)
Comer snacks doces ajuda-me a desanuviar e a ultrapassar melhor esta fase.	13 (12,1)	16 (15,0)	41 (38,3)	20 (18,7)	15 (14,0)	2 (1,9)
Comer snacks salgados (batatas fritas/ rissóis/ aperitivos salgados) ajuda-me a desanuviar e a ultrapassar melhor esta fase.	15 (14,0)	20 (18,7)	45 (42,1)	19 (17,8)	6 (5,6)	2 (1,9)
Tenho vontade de comer snacks, mesmo sem fome.	52 (48,6)	30 (28,0)	18 (16,8)	1 (0,9)	1 (0,9)	5 (4,7)
Quando começo a petiscar tenho dificuldade em parar.	17 (15,9)	27 (25,2)	23 (21,5)	21 (19,6)	14 (13,1)	5 (4,7)

Resultados expressos em nº de indivíduos (n) e percentagem (%)

Ao observar os resultados, percebemos que, as percentagens que mais se evidenciam encontram-se divididas entre o “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente” e “Não concordo nem discordo”, destacando o hábito “Tenho vontade de comer snacks, mesmo sem vontade” onde 48,6% dos inquiridos assinalaram “Não concordar”.

4.4.1. Frequência de consumo de alimentos durante a pandemia

Quanto ao consumo de alimentos durante a pandemia, os alimentos menos consumidos foram: as refeições pré-preparadas com a maioria, 59,8%, a frisar que

nunca consome; seguidamente, com 36,4% surgem os snacks salgados, e ainda os refrigerantes (27,1%) e os frutos gordos (19,6%). Com a indicação de um consumo menor a 1 vez por mês, aparecem os alimentos doces (44,9%), os salgados (38,3%) e os sumos e refrigerantes (31,8%). Os alimentos mais consumidos pelos participantes são: a água, onde surgem 38,3% referiram consumir 3 ou mais vezes por dia; a fruta (41,1%), os hortícolas (36,4%) e as bebidas alcoólicas (27,1%) onde os participantes indicam consumir 1 a 2 vezes por dia.

Quando comparado o consumo entre idosos a viver na comunidade e a frequentar o Centro de Dia, verifica-se que, os primeiros apresentam um menor consumo de lacticínios (13,1 % consome uma vez por mês ou menos) e carnes brancas (12,1% consome menos de 1 vez por semana) e um maior consumo de carnes vermelhas (43,9% consome mais do que 4 vezes por semana), carne processada (12,1% consome entre 2 a 4 vezes por semana), pescado (44,8% consome mais do que 2 a 4 vezes por semana), fruta (28,9% consome mais do 1 a 2 vezes por dia) e leguminosas (16,8% consome mais do que 5 a 6 vezes por semana). O contrário foi verificado em utentes em Centro de Dia, que apresentam um maior consumo de lacticínios (21,5% consome mais do que 5 a 6 vezes por semana) e carne branca (33,7% consome mais do que 2 a 4 vezes por semana) e um menor consumo em alimentos como a carne vermelha (14,9% consome menos de 1 a 3 vezes por mês), o pescado (9,3% consome menos de 1 a 3 vezes por mês) e a água (30,1% consome menos de 2 a 4 vezes por semana). Em relação à comparação do consumo dos vários alimentos antes e durante a pandemia, o gráfico 1 apresenta os resultados de forma esquemática.



Gráfico 1: Alteração do consumo de alimentos durante a pandemia

Através do gráfico 1 conseguimos verificar que, em todos os alimentos, a maioria dos participantes referiu que manteve o seu consumo durante a pandemia. No entanto, existem alimentos para os quais existiu um consumo inferior que foram: a água, os frutos gordos e os hortícolas e um consumo superior na fruta e pescado.

5. DISCUSSÃO

5.1. Estado nutricional

Através da literatura analisada foram encontrados valores semelhantes aos de outros estudos realizados noutros países no que se refere ao estado nutricional. Burman et al. (2015) realizou um estudo com 832 participantes institucionalizados e que vivem na comunidade, e obteve uma pontuação média de $22,5 \pm 4,6$. Para além disso, teve resultados que mostraram que 13% dos participantes estavam desnutridos e ainda 40,3% estavam em risco de desnutrição. Com o mesmo intuito, mas já durante um período de pandemia, na China realizou-se um estudo a 182 pacientes idosos, onde 52,7% se encontravam com desnutrição e 27,5% estavam em com risco de desnutrição (Li et al., 2020b).

Na comparação entre o sexo feminino e masculino, pudemos observar que o sexo feminino demonstra ter um maior risco de desnutrição. No projeto Nutrition UP 65 (projeto sobre o estado nutricional dos portugueses com mais de 65 anos), foi possível verificar resultados semelhantes, onde cerca de 15% da população estudada apresentava desnutrição, e a prevalência era superior para o sexo feminino (Amaral et al., 2016). O mesmo foi constatado num estudo realizado na Suécia e da Finlândia ocidental, onde se verificou que as mulheres apresentavam uma menor pontuação no MNA, comparativamente com os homens (Burman et al., 2015). Na Itália em mais um estudo efetuado, mostrou que existia uma grande prevalência desnutrição em ambos os sexos, no entanto, a mesma era superior no sexo feminino (Donini et al., 2013). O impacto na malnutrição em pessoas com 65 ou mais anos, não se cinge aos efeitos diretos na saúde do próprio, nomeadamente um aumento na morbilidade e mortalidade, contribuindo para a sobrecarga dos próprios sistemas de saúde (Norman, Haß, & Pirlich, 2021). Torna-se, portanto, da maior relevância estudar os determinantes da malnutrição e identificar os fatores que possam estar a contribuir para um maior risco de desnutrição.

Na tentativa de identificar alguns dos fatores com maior influência no estado nutricional dos idosos do presente estudo, procedeu-se à análise dos diferentes itens que contribuem para o cálculo do score do MNA. Dos diferentes itens que fazem parte do MNA, identificou-se como fator com maior relevância para a identificação de um estado de risco de desnutrição/ desnutrição, o consumo inadequado de líquidos (menos

de 5 copos por dia). O envelhecimento desencadeia alterações fisiológicas nas pessoas idosas que se refletem numa menor sensação de sede e, conseqüentemente, um menor consumo de líquidos. Uma baixa ingestão de líquidos, constitui, por si só para um risco aumentado de mobilidade e mortalidade, bem como um maior risco de infeções, em particular do trato urinário (Malisova et al., 2018). Uma vez que, este é um fator para o qual é possível uma intervenção, será essencial apostar em estratégias e programas no sentido de uma maior promoção do consumo de água ou bebidas que contribuam para a melhoria do estado de hidratação que contribuirão também para um melhor estado nutricional desta população.

5.2. Estado de depressão

Na nossa amostra identificamos que os idosos mais velhos apresentavam valores mais elevados para a depressão. O mesmo foi verificado por outros estudos, nomeadamente Alam et al. (2021) constatou que os as pessoas idosas mais velhas são os que apresentam maior risco de depressão, justificando ainda com o facto de estes se sentirem “vazios” por não conseguirem realizar todas as atividades que desejavam.

Na comparação entre sexos, verificamos que as mulheres apresentavam níveis mais elevados de sintomas depressivos. Vários estudos realizados com o objetivo de avaliar a prevalência de depressão e a sua relação entre os sexos feminino e masculino, têm mostrado que existe, de facto, uma maior prevalência desta doença nas mulheres. Este facto tem sido justificado em consequência de vários fatores associados ao sexo feminino, nomeadamente, fatores hormonais, genéticos e psicossociais (M. Oliveira & Mota, 2011).

Ao avaliar o estado de depressão em relação aos idosos a viver na comunidade vs a frequentar o Centro de Dia, estatisticamente foi possível verificar que existiam diferenças entre os grupos ($p=0,005$). Ou seja, o modo como estes vivem diariamente pode influenciar o seu estado mental e predispor ao surgimento de patologias do foro mental como a depressão. Por outro lado, o facto de necessitarem do apoio formal de uma instituição pode indicar que este se encontra logo à partida sob um conjunto de condicionantes que podem potenciar o desenvolvimento de um estado depressivo/ depressão caso deixem de o ter. Depois da pandemia têm sido efetuados alguns estudos que mostram que, devido às restrições e à mudança de hábitos, os níveis de solidão e depressão, entre os idosos, aumentaram (Kasar & Karaman, 2021). Sendo que os utentes em Centro de Dia deixaram de frequentar as instituições e conseqüentemente alteraram as suas rotinas diárias. Neste sentido, os nossos resultados encontram-se de acordo com os vários estudos realizados.

Ao relacionar o estado de depressão com o estado nutricional, conseguimos identificar que o risco de depressão é maior para as pessoas que se encontram sob risco de desnutrição/desnutridas ($p < 0,001$). Alam et al. (2021) obteve resultados muito idênticos num estudo realizado recentemente, verificando que o risco de depressão foi superior para pessoas com desnutrição (e em risco de desnutrição) comparativamente com pessoas com estado nutricional normal. Apesar de ser interessante estudar os diferentes determinantes da malnutrição, uma recente revisão sistemática (O'Keeffe et al., 2019) questionou quanto à utilidade de analisar cada determinante isoladamente, sugerindo o estudo do risco cumulativo de diferentes determinantes como sendo uma alternativa mais promissora e esclarecedora, bem como o estudo das interações entre os mesmos.

5.3. Hábitos alimentares dos idosos durante a pandemia

A maioria dos participantes no presente estudo classificaram de uma forma positiva a sua alimentação, atribuindo uma classificação entre “Razoável” e “Boa”. Apesar de não termos propriamente aplicado uma escala de satisfação relacionada com a alimentação, os nossos resultados vêm de encontro aos de um estudo realizado com idosos portugueses a viver na comunidade (L. Oliveira, Poínhos, & Almeida, 2021) no qual cerca de 80% dos participantes concordavam ou concordavam fortemente com todos os itens da escala de satisfação relacionada com a alimentação. Apesar de não termos encontrado diferenças com significado estatístico, verificamos que os nossos inquiridos que referiram ter uma “má” alimentação, particularmente durante a pandemia, foram os que possuíam apoio de Centro de Dia. Pode, desta forma, inferir-se quanto à importância deste apoio formal para uma maior satisfação com as refeições e uma melhor qualidade de vida.

Aproximadamente 61% da nossa amostra referiu não ter alterado os seus hábitos alimentares durante a pandemia. Num estudo cujo objetivo era “avaliar o efeito do período de contenção social na perceção da alteração de fatores do estilo de vida relacionados com a alimentação e a atividade física”, Henriques et al. (2021) reportou ter encontrado evidência que, dos vários grupos etários, o grupo dos idosos foi o que manifestou ter realizado menos alterações na sua alimentação desde o início da pandemia. O mesmo foi notado por Górnicka et al. (2020), que constatou que a população idosa tem tendência a manter os seus hábitos alimentares. Não obstante, a questão da alteração dos hábitos alimentares, bem como os fatores que possam promover essas alterações, merece ser alvo de mais investigação dado que existem alguns estudos com resultados contraditórios e que mostram que existem pessoas

idosas que alteram os seus hábitos alimentares (Cicero et al., 2021). Seria interessante perceber em que momentos e por que motivos poderão ocorrer essas alterações. Um outro facto curioso no nosso estudo foi que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, a alteração de hábitos alimentares foi reportada por cerca de metade da amostra no grupo a viver na comunidade e por apenas aproximadamente 30% dos utentes que frequentam um Centro de Dia. Estaríamos a pensar encontrar resultados diferentes, com pessoas que habitualmente têm as suas refeições em Centro de Dia a reportar maiores alterações que aqueles que vivem na comunidade e não possuem este apoio formal, dado que se viram impedidos temporariamente de ter este apoio no que se refere às refeições.

Os tipos de alterações aos hábitos alimentares referido pelos participantes do nosso estudo foram variáveis, com alguns a referir que passaram a consumir menos alimentos e outros a identificar um aumento no consumo de alimentos. Num estudo realizado por (Cicero et al., 2021) identificou que a ingestão de alimentos aumentou durante a pandemia, outros estudos têm mostrado também o contrário, mostrando que há idosos que diminuíram a sua ingestão alimentar durante esse período (Giebel et al., 2020). Ao comparar os dois grupos, verificamos que os utentes em Centro de Dia assumem que passaram a comer em menor quantidade. Este facto pode ser justificado, uma vez que, estes deixaram de frequentar as instituições e consequentemente deixaram de receber refeições na Instituição, bem como a monitorização das mesmas e do consumo de alimentos no momento da refeição. Pelo mesmo motivo anteriormente referido, foi também curioso verificar que nenhum idoso reportou ter alterado o número de refeições. Os participantes que se viram impedidos de realizar as suas refeições em Centro de Dia poderiam ter sentido a necessidade de alterar a estrutura do seu dia alimentar e, neste sentido, o número de refeições realizadas. Por outro lado, um estudo que teve por objetivo identificar alterações aos hábitos alimentares e de atividade física em diferentes países, durante o confinamento, identificou entre as principais alterações, a realização de um maior número de refeições principais, situação que também não foi referida pelos nossos participantes (Ammar et al., 2020)

No que se refere às deslocações para realizar compras, no nosso estudo aproximadamente metade referiram ter deixado de ir às compras e cerca de um quarto dos inquiridos reduziu o número de deslocações, o que vem de encontro a outro estudo internacional (Ammar et al., 2020) no qual os participantes identificaram ter reduzido o número de deslocações para reduzir o seu risco de exposição durante a pandemia. O receio da infeção por covid-19, em particular no início da pandemia, poderá ter sido um fator com impacto negativo nos hábitos alimentares dos idosos, já que estes evitavam

sair de casa mesmo para a realização de tarefas da vida diária como a compra de alimentos.

Por outro lado, no que se refere aos gastos com refeições, os nossos participantes não referiram estar particularmente preocupados com os gastos ou em ter alimentos suficientes para comer durante a pandemia. Estes resultados são de alguma forma diferentes aos de outros estudos (Y. Wang, Chen, Yang, Cui, & Xu, 2021) e (Wolfson & Leung, 2020) que revelaram que os idosos com um nível mais elevado de insegurança alimentar não puderam alterar os seus hábitos de compra no sentido de efetuar menos vezes as suas compras, mas gastando mais em cada compra, o que reduziria o número de ida às compras e iria de encontro com as recomendações de saúde pública na redução da exposição. No nosso caso não foi propriamente avaliado o nível de insegurança alimentar, mas, mesmo assim, esperar-se-ia encontrar uma maior percentagem de inquiridos para os quais se refletissem estas preocupações.

Uma elevada percentagem dos inquiridos considerou que os seus níveis de stress/ansiedade alteraram (85%), com cerca de 80% a identificar um aumento de ligeiro a significativo. Porém, a maioria não identificou uma relação entre os níveis de stress/ansiedade e os hábitos alimentares. Estudos realizados têm mostrado que, as medidas preventivas da Covid-19 vieram desencadear alguns efeitos psicológicos na população. Num desses estudos, direcionado para a população idosa, refere que, desde o começo da pandemia, 85% dos idosos aumentaram os níveis de ansiedade e nervosismos, 73% sentem-se mais tristes e deprimidos e 31% afirmam sentirem-se mais sós (Novais et al., 2021).

Ao tentar identificar hábitos de consumo de snacks durante a pandemia por parte dos idosos, para aferir alterações que pudessem estar relacionadas com um maior stress e necessidade de consumir determinados tipos de alimentos, os nossos participantes não referiram uma procura particular pelos mesmos. Na população portuguesa, resultados mostraram que, durante a pandemia, cerca de 31,4% dos portugueses afirmaram ter ganho o hábito de “petiscar” durante o dia, aumentando desta forma o consumo de snacks (PNPAF, 2020). Não obstante, este tipo de comportamento poderá efetivamente ser mais frequente noutros grupos etários, dado que a população idosa tende a manter os seus hábitos alimentares.

Numa avaliação genérica do consumo alimentar por frequência de consumo e por grupos de alimentos, encontramos que os alimentos menos consumidos pela maioria dos inquiridos foram as refeições pré-preparadas, os snacks salgados, os refrigerantes e os frutos gordos. Os mais consumidos são a água, os hortícolas e as bebidas alcoólicas. No segundo inquérito realizado sobre a alimentação e a atividade

física em contexto de contenção social, obtiveram-se resultados semelhantes, que mostraram que, desde o início da quarentena, a população portuguesa aumentou o consumo de água, hortícolas e fruta, assim como os snacks doces e as refeições takeaway (PNPAF, 2021)

Analisando os resultados obtidos com as recomendações dadas para esta população (DGS, 2020b), nos lacticínios apenas 21,5% consomem 2 porções por dia; na fruta 41,1% consome 1 a 2 peças por dia e ainda 7,9% refere ingerir 3 ou mais peças por dia; nos hortícolas 36,4% consomem 1 a 2 vezes por dia; nas leguminosas 23,4% afirmam consumir 2 a 4 vezes por semana; no pescado, carne vermelha e carne branca, 19,8%, 7,5% e 16,8% referem consumir pelo menos 1 a 2 vezes por dia, respetivamente.

Na comparação do consumo de alimentos antes e durante a pandemia, verificamos que os idosos reportaram que o consumo se manteve inalterado para a maioria dos alimentos, com exceção da água, dos frutos gordos e hortícolas, que diminuiu, e da fruta e do pescado que terá aumentado. Teria sido interessante perceber os motivos que levaram a estas alterações de forma a conseguir delinear estratégias de intervenção neste grupo etário em situações de emergência ou de futuras pandemias.

6. CONCLUSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

O nosso estudo contou com participantes com uma média de idades elevada (76,75 anos), com mais pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino e uma baixa escolaridade. A amostra foi dividida em dois grandes grupos em estudo, 45% de idosos a frequentar a valência de Centro de Dia, ou seja, com apoio formal de uma instituição, e, 55% a viver na comunidade.

Através do MNA verificamos que mais de metade dos participantes (55,1%) se encontra com um estado nutricional normal, mas 41,1% estavam sob risco de desnutrição e 3,8% em estado desnutrido. Os idosos mais velhos e do sexo feminino apresentam um maior risco de desnutrição. O consumo diário de líquidos revelou ser o aspeto que mais influência teve num pior resultado quanto ao estado nutricional.

Na GDS-15 constatou-se que, dos inquiridos, 56,1% se encontram sem depressão, 36,4% manifestam uma depressão ligeira e 7,5% depressão grave. Tal como observado no MNA, os idosos mais velhos e o sexo feminino são os que apresentam mais probabilidade de apresentarem a presença de sintomas depressivos. Foi notório ainda que, os utentes que estavam em Centro de Dia apresentavam piores resultados nesta escala.

Durante a pandemia, os participantes afirmam que mantiveram uma alimentação “Razoável” e “Boa” e a maioria refere não ter alterado os seus hábitos alimentares. Dos

que referiram ter alterado, 42,9% dizem que passaram a comer em menor quantidade. Os resultados mostraram ainda que 73,8% passaram mais horas sozinhos e 85% alteraram os seus níveis de stress/ansiedade.

No que diz respeito ao consumo de alimentos, as refeições pré-preparadas, os snacks salgados, os refrigerantes e os frutos gordos são os alimentos menos consumidos; a água, a fruta, os hortícolas e as bebidas alcoólicas são os alimentos mais consumidos. Comparando com um período pré pandemia, a amostra refere que manteve o seu consumo em praticamente todos os alimentos, à exceção da água, os frutos gordos e os hortícolas com alguns inquiridos a referir um consumo inferior e a fruta e o pescado com um consumo superior.

Um dos maiores desafios encontrados neste trabalho foi o período em que este foi realizado, dado que, ainda nos encontrávamos em plena pandemia e algumas restrições, assim como, o distanciamento social, ainda eram muito notórias. Foi ainda difícil encontrar instituições que estivessem dispostas a colaborar com o projeto. Devido à situação da pandemia e sendo a população idosa um grupo de risco, nem sempre as instituições contactadas mostraram disponibilidade em colaborar.

O presente trabalho apresenta ainda algumas limitações, que passam pelo facto de a população estudada ser de localidades muito próximas. Seria interessante realizar o mesmo estudo em outras localidades e zonas do país. Para além disso, é sempre uma grande dificuldade realizar este tipo de estudos nesta faixa etária. Por outro lado, o recurso a questionários de resposta fechada limitou as respostas aos itens que foram definidos pelos investigadores e a natureza do estudo, de corte transversal, permite apenas o retrato da população num dado momento e o reporte das alterações que foram percecionadas pelos participantes. Teria sido interessante realizar um estudo longitudinal com recurso a metodologias de avaliação direta da ingestão alimentar e dos hábitos alimentares em pelo menos dois momentos, antes e pós pandemia, que assim permitissem uma avaliação mais precisa. Por outro lado, tendo recorrido a um método de inquérito por questionário que implicava o recurso à memória esta também será uma limitação tendo em consideração que o grupo em estudo eram idosos.

Apesar das limitações anteriormente referidas, este estudo contribuiu para uma maior compreensão quanto aos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão da nossa população idosa, bem como alguns aspetos que merecem uma maior reflexão particularmente em contexto de pandemia. O estudo entre os dois grupos permitiu ainda aferir algumas diferenças e semelhanças dos condicionantes para a manutenção de hábitos alimentares saudáveis neste período e fatores com influência na alteração dos mesmos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*, 8(6), 475-485. doi:10.1080/13607860410001725054
- Alam, M. R., Karmokar, S., Reza, S., Kabir, M. R., Ghosh, S., & Al Mamun, M. A. (2021). Geriatric malnutrition and depression: Evidence from elderly home care population in Bangladesh. *Preventive Medicine Reports*, 23. doi:ARTN 101478 10.1016/j.pmedr.2021.101478
- Amaral, T., Santos, A., Sousa, A., Guerra, R., Álvares, L., Valdivieso, R., . . . Ferro, G. (2016). Nutrition UP 65-nutritional strategies facing an older demography: framework and methodological considerations.
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., . . . Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6). doi:10.3390/nu12061583
- APN. (2013). Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. *Porto: Coleção E-books APN*, 59.
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L., I, Y., Takahashi, R., Ciosak, S., Hino, P., . . . Pereira, É. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE2), 1326-1330.
- Braz, A., Santos, J., Costa, V., & Faria, A. (2021). The impact of covid-19 on the nutritional status of institutionalized elderly people: a study conducted in a residential structure for the elderly people, in Portugal. *Clinical Nutrition ESPEN*, 46, S745-S745.
- Burman, M., Säätelä, S., Carlsson, M., Olofsson, B., Gustafson, Y., & Hörnsten, C. (2015). Body mass index, Mini Nutritional Assessment, and their association with five-year mortality in very old people. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(4), 461-467.
- Cicero, A. F., Fogacci, F., Giovannini, M., Mezzadri, M., Grandi, E., Borghi, C., & Group, B. H. S. (2021). Covid-19-related quarantine effect on dietary habits in a northern italian rural population: Data from the brisighella heart study. *Nutrients*, 13(2), 309.
- DGS. (2020a). Covid e estado nutricional do idoso.
- DGS. (2020b). Novo coronavírus, COVID-19 – Alimentação, 19. Retrieved from <https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2020/03/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-e-COVID-19.pdf>

- DGS. (2021). Temas da saúde - COVID-19. Retrieved from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>
- DGS. (2022). **Situação epidemiológica em Portugal- Relatório de situação**. Retrieved from https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/689_DGS_boletim_20220120.pdf
- Donini, L. M., Scardella, P., Piombo, L., Neri, B., Asprino, R., Proietti, A., . . . Cucinotta, D. (2013). Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(1), 9-15.
- Engelheart, S., & Brummer, R. (2018). Assessment of nutritional status in the elderly: a proposed function-driven model. *Food Nutr Res*, 62. doi:10.29219/fnr.v62.1366
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*, 41(10), 1439-1446. doi:10.1016/0277-9536(95)00117-p
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*, 105(5), 1013-1019.
- Giebel, C., Ivan, B., Burger, P., & Ddumba, I. (2020). Impact of Covid-19 public health restrictions on older people in Uganda: "hunger is really one of those problems brought by this COVID". *International psychogeriatrics*, 1-8.
- Goes, A. T. (2013). *Avaliação nutricional no idoso*. 00500:: Universidade de Coimbra,
- Górnicka, M., Drywień, M. E., Zielinska, M. A., & Hamułka, J. (2020). Dietary and lifestyle changes during COVID-19 and the subsequent lockdowns among Polish adults: a cross-sectional online survey PLifeCOVID-19 study. *Nutrients*, 12(8), 2324.
- Henriques, E., Costa, L., & Esmeraldo, T. (2021). Alteração da Alimentação e Atividade Física em contenção social: experiência da Região Autónoma da Madeira.
- Huang, Y., Lu, Y., Huang, Y. M., Wang, M., Ling, W., Sui, Y., & Zhao, H. L. (2020). Obesity in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*, 113, 154378. doi:10.1016/j.metabol.2020.154378
- INE. (2020). Projeções de População Residente em Portugal. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2017). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Retrieved from <https://www.seq-social.pt/guias-praticos?kw=idosos>
- Johansson, Y., Bachrach-Lindstrom, M., Carstensen, J., & Ek, A. C. (2009). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs*, 18(9), 1354-1364. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02552.x

- Kasar, K. S., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222-1229.
- Lage, J., Simões, C. D., Combadão, J., & Valente, A. (2018). Avaliação do risco nutricional em idosos utentes de um Centro de Saúde de Lisboa.
- Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, A. M., & Leal, J. (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 7(5), e013778. doi:10.1136/bmjopen-2016-013778
- Li, T., Zhang, Y., Gong, C., Wang, J., Liu, B., Shi, L., & Duan, J. (2020a). Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Eur J Clin Nutr*, 74(6), 871-875. doi:10.1038/s41430-020-0642-3
- Li, T., Zhang, Y. L., Gong, C., Wang, J., Liu, B., Shi, L., & Duan, J. (2020b). Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), 871-875. doi:10.1038/s41430-020-0642-3
- Liu, G., Zhang, S., Mao, Z., Wang, W., & Hu, H. (2020). Clinical significance of nutritional risk screening for older adult patients with COVID-19. *Eur J Clin Nutr*, 74(6), 876-883. doi:10.1038/s41430-020-0659-7
- Locher, Ritchie, C., Roth, D., Sen, B., Vickers, K., & Vailas, L. (2009). Food choice among homebound older adults: motivations and perceived barriers. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(8), 659-664.
- Locher, Robinson, C. O., Roth, D. L., Ritchie, C. S., & Burgio, K. L. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60(11), 1475-1478. doi:10.1093/gerona/60.11.1475
- Lopes, D., & Silva, M. (2012). *Solidão e Bem-estar Subjetivo na Terceira Idade: Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados*.
- Malhotra, N. K., Nunan, D., & Birks, D. F. (2017). *Marketing research: An applied approach*: Pearson Education Limited.
- Malisova, O., Poulia, K.-A., Kolyzoi, K., Lysandropoulos, A., Sfendouraki, K., & Kapsokefalou, M. (2018). Evaluation of water balance in a population of older adults. A case control study. *Clinical Nutrition ESPEN*, 24, 95-99.
- Mantzorou, M., Vadikolias, K., Pavlidou, E., Serdari, A., Vasios, G., Tryfonos, C., & Giaginis, C. (2020). Nutritional status is associated with the degree of cognitive impairment and depressive symptoms in a Greek elderly population. *Nutritional neuroscience*, 23(3), 201-209.

- Martins. (2016). *Avaliação nutricional do doente idoso*. 00500:: Universidade de Coimbra,
- Martins, & Pinto, F. (2021). *O impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS e seus utentes em Portugal*. Retrieved from
- Martins, E., Lourenço, A., & Veras, R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública [Internet]*, 39(6), 91823.
- Menegotte, P. C., Frömming, C. G., Ripke, M. O., Teo, C. R. P. A., da Silva Corralo, V., & Lutinski, J. A. (2021). Alimentação e saúde mental durante a pandemia de Covid-19. *Research, Society and Development*, 10(14), e82101421695-e82101421695.
- Mesquita, M. (2009). *Estimativa da estrutura em portugueses com idade igual ou superior a 60 anos*.
- Mukhtar, S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *Int J Soc Psychiatry*, 66(5), 512-516. doi:10.1177/0020764020925835
- Nations, U. (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on older persons. *United Nations report*.
- Nogueira, L. R., Morimoto, J. M., Tanaka, J. A. W., & Bazanelli, A. P. (2016). Avaliação qualitativa da alimentação de idosos e suas percepções de hábitos alimentares saudáveis. *Journal of Health Sciences*, 18(3), 163-170.
- Norman, K., Haß, U., & Pirlich, M. (2021). Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. *Nutrients*, 13(8), 2764.
- Novais, F., Cordeiro, C., Câmara Pestana, P., Côrte-Real, B., Reynolds Sousa, T., Delerue Matos, A., & Telles-Correia, D. (2021). O Impacto da COVID-19 na População Idosa em Portugal: Resultados do Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). *Acta Medica Portuguesa*, 34(11).
- O'Keeffe, M., Kelly, M., O'Herlihy, E., O'Toole, P. W., Kearney, P. M., Timmons, S., . . . Rolland, Y. (2019). Potentially modifiable determinants of malnutrition in older adults: A systematic review. *Clinical Nutrition*, 38(6), 2477-2498.
- Oliveira, L., Poínhos, R., & Almeida, M. (2021). Food-related quality of life among older adults living in community: A multi-factorial approach. *Clinical Nutrition ESPEN*, 44, 224-229.
- Oliveira, M., & Mota, R. (2011). Depressão e o Género: semelhanças e diferenças.
- PNPAF. (2021). *React-Covid 2.0: Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto da pandemia Covid-19*.
- Recinella, G., Marasco, G., Serafini, G., Maestri, L., Bianchi, G., Forti, P., & Zoli, M. (2020). Prognostic role of nutritional status in elderly patients hospitalized for

- COVID-19: a monocentric study. *Aging clinical and experimental research*, 32(12), 2695-2701.
- Rosa, M. (2020, Maio 2020). Envelhecimento Demográfico em Fase de COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna*.
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405-415.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr*, 41(3), 223-233. doi:10.1016/j.archger.2005.03.002
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 1-10.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*.
- Shrestha, K., Ojha, S. P., Dhungana, S., & Shrestha, S. (2020). Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home-cross sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 38, 1-4.
- Stolz, E., Mayerl, H., & Freidl, W. (2021). The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European journal of public health*, 31(1), 44-49.
- Teixeira, L., & Fernandes, M. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*.
- Visser, M., Schaap, L. A., & Wijnhoven, H. A. (2020). Self-reported impact of the COVID-19 pandemic on nutrition and physical activity behaviour in Dutch older adults living independently. *Nutrients*, 12(12), 3708.
- Wang, B. L., Li, R. B., Lu, Z., & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging-U.S*, 12(7), 6049-6057. doi:10.18632/aging.103000
- Wang, Y., Chen, X., Yang, Y., Cui, Y., & Xu, R. (2021). Risk perception and resource scarcity in food procurement during the early outbreak of COVID-19. *Public health*, 195, 152-157.

- WHO. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. *Suíça, Switzerland: World Health Organization*.
- WHO. (2021). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wolfson, J. A., & Leung, C. W. (2020). Food insecurity and COVID-19: disparities in early effects for US adults. *Nutrients*, 12(6), 1648.
- Yang, J., Tian, C., Chen, Y., Zhu, C., Chi, H., & Li, J. (2021). Obesity aggravates COVID-19: An updated systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*, 93(5), 2662-2674. doi:10.1002/jmv.26677
- Yannakoulia, M., Mamalaki, E., Anastasiou, C. A., Mourtzi, N., Lambrinoudaki, I., & Scarmeas, N. (2018). Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go? *Maturitas*, 114, 14-21.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO RESPONSÁVEL DA
INSTITUIÇÃO/SERVIÇO**

Eu _____
_____, responsável do(a)
_____,'

autorizo/não autorizo a recolha de dados no âmbito do estudo de investigação
**“Avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de
idosos, durante a pandemia Covid-19.”**

O(A) Responsável: _____
_____, ____ de _____ de 20____

ANEXOS II – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19.

Enquadramento: O presente estudo foi elaborado no âmbito da dissertação do Mestrado em Ciências do Consumo e Nutrição, da Faculdade de Ciências da Universidade Do Porto, contando como orientadora a Professora Doutora Cecília Medeiros de Morais. O objetivo principal desta investigação passa avaliar os hábitos alimentares, o estado nutricional e de depressão em idosos, durante a pandemia Covid-19.

Explicação do estudo: Para alcançar os objetivos previstos serão realizados 3 questionários a cada idoso, dois dos quais serão instrumentos de avaliação já validados para a população portuguesa (Mini Nutritional Assessment e Escala de Depressão Geriátrica). Relativamente ao terceiro questionário, será elaborado de origem com questões específicas de modo a alcançar o objetivo pretendido. O preenchimento dos inquéritos será realizado presencialmente e autonomamente por cada participante. De modo a facilitar a elaboração e compreensão dos mesmos, os idosos na valência de centro de dia terão o apoio das auxiliares das instituições, os restantes participantes a viver na comunidade receberão a ajuda da investigadora.

Confidencialidade e anonimato: De modo a garantir a confidencialidade e anonimato de todos os participantes, todos os dados incluídos nos inquéritos serão utilizados única e exclusivamente para a realização desta investigação e serão codificados, de forma a não reconhecer a identidade da pessoa ao qual pertence e de forma a facilitar a análise dos mesmos. Será ainda solicitado o parecer à comissão de ética da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto (FCUP) antes da realização do presente estudo. Antes da recolha de dados, todas as instituições foram esclarecidas sobre a intenção do presente trabalho dando o seu parecer para a realização do mesmo.

Investigador(a): Ana Rita Andrade Teixeira

Contacto: 915182846

Email: anaritaandradeteixeira@hotmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura participante: _____

Assinatura investigador: _____ Data: /...

ANEXOS III- Parecer à comissão de ética

COMISSÃO DE ÉTICA**Parecer / Rapport**

Parecer número / Rapport number: |74/2022/CEFCNAUP|

Título do projeto / Project Title*Avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19***Investigador(es) responsável(eis) / Principal investigator and other researchers**

Nome: |Cecília Medeiros de Moraes|; Email: |ceciliamorais@fcna.up.pt|. Função: |Orientadora|.

Nome: |Ana Rita Andrade Teixeira|; Email: |up202004059@up.pt|. Função: |Estudante|.

Parecer / Rapport☒ Favorável / Favourable ☐ Desfavorável / Not Favourable

Comentários e recomendações / Comments and recommendations:

O projeto

O projeto, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Ciências do Consumo e Nutrição da FCUP/ FCNAUP, parte de uma análise de literatura científica publicada em 2020 e 2021 onde se constata consequências da pandemia de Covid-19 em idosos, como a solidão e outras situações de natureza psicológica, e outras relacionadas com efeitos de comportamentos alimentares, nomeadamente o consumo de alimentos ou grupos de alimentos específicos associados a patologias do foro psicológico, ou o consumo de algumas bebidas e alimentos relacionados com alterações do nível de depressão, assim como foram verificados efeitos da prática ou ausência de exercício físico no estado de saúde. Nesse quadro o objetivo principal do estudo «é a avaliação dos hábitos alimentares, do estado nutricional e de depressão de idosos, durante a pandemia Covid-19», identificando alterações de hábitos alimentares, o estado nutricional e possíveis depressões relacionáveis com a pandemia, comparando os resultados em idosos a viver na comunidade e a frequentar centros de dia. Será realizado «um estudo observacional transversal», com uma amostra mínima de 100 idosos, com idades mínimas de 65 anos, sem condição debilitante ou mobilidade reduzida (as condições de exclusão são definidas com detalhe). Os dados serão recolhidos através de um inquérito composto de 3 questionários. O projeto está em desenvolvimento desde setembro de 2021, com recolha de dados até junho de 2022 e redação e entrega final da dissertação até setembro do mesmo ano (cf. Cronograma).

Cada participante, após consentimento informado, responderá a três questionários, dois dos quais serão instrumentos de avaliação já em utilização e validados para a população idosa portuguesa e ainda um questionário sobre os hábitos alimentares: o Mini Nutritional Assessment (MNA®), versão portuguesa (para avaliar o estado nutricional) e a Escala

de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão reduzida GDS-15 (para avaliar o estado de depressão), com tratamento estatístico em SPSS.

Questões éticas envolvidas

O projeto assenta na recolha e tratamento de dados através de inquéritos, o que envolve questões éticas relacionadas com o consentimento informado dos participantes, a proteção de privacidade e dados pessoais, sociodemográficos, atitudes, motivações, opiniões e comportamentos. Não há contrapartidas nem prejuízos previstos para os participantes. As instituições a que uma parte dos participantes estão ligados (centros de dia) foram contactadas e deram autorização para a recolha de dados. Os questionários estão validados e em uso (ver acima). O preenchimento dos questionários será realizado presencialmente e autonomamente por cada participante, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes, não sendo registados quaisquer elementos de identificação, sendo posteriormente codificados todos os dados.

A declaração de consentimento informado fornece aos participantes todas as informações sobre o projeto, a natureza dos inquéritos, as garantias de confidencialidade e anonimato, incluindo os contactos dos responsáveis pela investigação (mestranda e orientadora).

Conclusão

Dada a natureza e fins do projeto, para avaliação dos hábitos alimentares, estado nutricional e de depressão de idosos durante a pandemia Covid-19, as metodologias e inquéritos utilizados, assim como a existência de declaração de consentimento informado e a salvaguarda da confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos, esta Comissão dá parecer favorável ao projeto.

A Comissão de Ética solicita o envio do relatório de projeto, após a sua conclusão.

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto,

Data, 2022 / 04 / 20

O Relator / <i>The rapporteur</i>	A Presidente / <i>The President</i>
	
Prof. Doutor José Meirinhos	Prof.ª Doutora Sara Rodrigues

ANEXO IV– Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

☐

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

☐

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

☐

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim

0 = não

☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim

1 = não

☐

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim

1 = não

☐

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

☐

K O doente consome:

• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?

sim ☐ não ☐

• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

sim ☐ não ☐

• carne, peixe ou aves todos os dias?

sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐ ☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não

1 = sim

☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

☐ ☐

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

☐ ☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21

0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22

1.0 = PB > 22

☐ ☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31

1 = PP ≥ 31

☐

Avaliação global (máximo 16 pontos)

☐ ☐ ☐

Pontuação da triagem

☐ ☐ ☐

Pontuação total (máximo 30 pontos)

☐ ☐ ☐

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

☐

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos

☐

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos

☐

desnutrido

ANEXOS V – Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica (15 itens)

(Sheikh & Yesavage, 1986; versão portuguesa de Cardoso e Martín, 2007)

Responda às seguintes questões, colocando uma cruz na alternativa que melhor descreva a sua situação. Por favor responda com sinceridade.

	1. Sim	2. Não
1. Está satisfeito com a sua vida?	[]	[]
2. Põe de lado muitas das suas atividades e interesses?	[]	[]
3. Sente a sua vida vazia?	[]	[]
4. Fica muitas vezes aborrecido (a)?	[]	[]
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	[]	[]
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	[]	[]
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	[]	[]
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	[]	[]
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	[]	[]
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	[]	[]
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	[]	[]
12. Sente-se inútil?	[]	[]
13. Sente-se cheio de energia?	[]	[]
14. Sente que para si não há esperança?	[]	[]
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	[]	[]

~~~~~

## ANEXOS VI – Questionário sobre HA

## Questionário sobre hábitos alimentares durante a pandemia COVID-19

### Secção 1 - Dados sociodemográficos

1. Idade (anos): \_\_\_\_\_

2. Sexo: (Escolha uma das seguintes opções) Feminino<sub>1</sub> Masculino<sub>2</sub>

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_ (Indique a sua nacionalidade) ☐

4. Estado Civil: (Escolha uma das seguintes opções)

☐ <sub>1</sub> Solteiro(a)

☐ <sub>2</sub> Casado(a)/União de facto

☐ <sub>3</sub> Divorciado/a

☐ <sub>4</sub> Viúvo/a

☐ <sub>5</sub> Outro. Qual: \_\_\_\_\_

5. Habilitações literárias: (Assinale o nível mais elevado que completou)

☐ <sub>1</sub> Ensino básico 1.º ciclo (4.º ano, antigo ensino primário, 4º classe)

☐ <sub>2</sub> Ensino básico 2.º ciclo (6.º ano, antigo ciclo preparatório)

☐ <sub>3</sub> Ensino básico 3.º ciclo (9.º ano, antigo 5.º ano do liceu)

☐ <sub>4</sub> Ensino secundário (12.º ano, antigo 7.º ano do liceu)

☐ <sub>5</sub> Ensino superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

☐ <sub>6</sub> Outro. Qual: \_\_\_\_\_

6. Está inscrito em alguma instituição?

☐ <sub>1</sub> Sim ☐ <sub>2</sub> Não

7. Já esteve infetado com COVID-19?

☐ <sub>1</sub> Sim ☐ <sub>2</sub> Não (avançar para a secção 2)

7.1. Foi necessário recorrer ao hospital?

☐ <sub>1</sub> Sim ☐ <sub>2</sub> Não (Avançar para a secção 2)

7.2. Ficou internado?

☐ <sub>1</sub> Sim ☐ <sub>2</sub> Não

Secção 2 – Hábitos e comportamentos relacionados com a alimentação durante a pandemia - Nesta secção pretendemos entender como a pandemia COVID-19 afetou alguns dos seus hábitos e comportamentos relacionados com a alimentação.

1. Como avalia a qualidade da sua alimentação antes e durante a pandemia por COVID-19? (Escolha uma das seguintes opções)

|                    | Excelente                             | Boa                                   | Razoável                              | Má                                    | Péssima                               | Não Sei                               |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Antes da pandemia  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| Durante a pandemia | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

2. Considera que alterou os seus hábitos alimentares durante a pandemia? (Escolha uma das seguintes opções)

☐ <sub>1</sub> Sim ☐ <sub>2</sub> Não (avançar para a pergunta 3)

2.1. De que forma é que a sua alimentação alterou (Pode selecionar mais que uma opção):

|                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Passei a comer em maior quantidade |
|--------------------------|------------------------------------|

|  |                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------|
|  | Passei a comer em menor quantidade                                    |
|  | Altere o tipo de alimentos que comia (para alimentos mais saudáveis)  |
|  | Altere o tipo de alimentos que comia (para alimentos menos saudáveis) |
|  | Aumentei o número de refeições diárias                                |
|  | Diminui o número de refeições diárias                                 |
|  | Outras alterações                                                     |

**3. Alterou o número diário de refeições depois da pandemia?**

☐<sub>1</sub> Sim    ☐<sub>2</sub> Não (avançar para a pergunta 4)    ☐<sub>3</sub> Não sei (avançar para a pergunta 4)

**3.1. Se alterou o número diário de refeições, qual/quais foi/ foram o(s) fator(es) determinante(s) dessa alteração?** (Pode seleccionar mais que uma opção)

|                                                                               |                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não alterou (avançar para a pergunta 4) | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Incerteza face ao futuro            |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mais tempo livre                        | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Alteração do apetite                |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Facilidade de acesso a alimentos        | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Falta de convívio/isolamento social |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Flexibilidade de horários               | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Aborrecimento                      |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Stress ou ansiedade                     | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Falta de ocupação                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Instabilidade económica                 | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Outro/ Não sei                     |

**4. Quem foi maioritariamente responsável pela preparação das suas refeições durante a pandemia?** (Se houver mais do que uma opção que se enquadra no seu dia-a-dia, selecciona as duas principais.)

- |                                                              |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> O próprio              | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Instituição                                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Cônjuge/companheiro(a) | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Estabelecimento <i>take-away</i> /Restaurante |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Colegas de casa        | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Refeições preparadas para consumo             |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Familiares             | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Outro (Escreve quem _____)                    |

**5. Em relação à ida às compras** (Escolha uma das seguintes opções caso seja o responsável pelas suas compras)

- |                                                                |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Deixei de ir             | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Aumentei o número de idas             |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Diminui o número de idas | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não houve alteração no número de idas |

**6. Durante a pandemia, considera que passou a optar por alimentos mais ou menos saudáveis?** (Escolha uma das seguintes opções)

- ☐ <sub>1</sub> Não houve alteração  
☐ <sub>2</sub> Mais saudáveis  
☐ <sub>3</sub> Menos saudáveis

**7. Considera que as suas opções alimentares podem estar relacionadas com o risco de infecção por Covid-19?** (Escolha uma das seguintes opções)

☐ <sub>1</sub> Sim    ☐ <sub>2</sub> Não    ☐ <sub>3</sub> Não sei

**8. Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale o seu grau de concordância, tendo em conta os seus hábitos de consumo de snacks durante a pandemia** (Assinale apenas uma opção para cada item)



|                                                                                                                              | Discord<br>o<br>totalmen<br>te | Discordo<br>parcialme<br>nte | Não<br>concor<br>do<br>nem<br>discor<br>do | Concordo<br>parcialme<br>nte | Concord<br>o<br>totalmen<br>te | Não sei |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------|
| Quando estou em casa só penso em petiscar.                                                                                   |                                |                              |                                            |                              |                                |         |
| É comum levantar-me durante a noite para comer snacks.                                                                       |                                |                              |                                            |                              |                                |         |
| Comer snacks doces ajuda-me a desanuviar e a ultrapassar melhor esta fase.                                                   |                                |                              |                                            |                              |                                |         |
| Comer snacks salgados (batatas fritas/ rissóis/ aperitivos salgados) ajuda-me a desanuviar e a ultrapassar melhor esta fase. |                                |                              |                                            |                              |                                |         |
| Tenho vontade de comer snacks, mesmo sem fome.                                                                               |                                |                              |                                            |                              |                                |         |
| Quando começo a petiscar tenho dificuldade em parar.                                                                         |                                |                              |                                            |                              |                                |         |

**9. Durante a pandemia, alguma vez sentiu medo/receio de não ter alimentos para comer?**

(Escolha uma das seguintes opções)

☐<sub>1</sub> Sim    ☐<sub>2</sub> Não    ☐<sub>3</sub> Não sei

**10. Durante a pandemia, teve uma maior atenção aos gastos fazia com a sua alimentação?**

(Escolha uma das seguintes opções)

☐<sub>1</sub> Sim    ☐<sub>2</sub> Não    ☐<sub>3</sub> Não sei

**11. Durante a pandemia, aumentou o número de horas passadas sozinho/a em casa?**

(Escolha uma das seguintes opções)

☐<sub>1</sub> Sim    ☐<sub>2</sub> Não    ☐<sub>3</sub> Não sei

**12. Considera que os seus níveis de stresse/ansiedade se alteraram depois de começar a pandemia?** (Escolha uma das seguintes opções)

☐<sub>1</sub> Sim, aumentaram significativamente

☐<sub>2</sub> Sim, aumentaram um pouco

☐<sub>3</sub> Sim, diminuíram significativamente

☐<sub>4</sub> Sim, diminuíram um pouco

☐<sub>5</sub> Não

☐<sub>6</sub> Não sei

**13. Considera que os seus níveis de stresse/ansiedade podem estar relacionados com os seus hábitos alimentares?**

☐<sub>1</sub> Sim    ☐<sub>2</sub> Não    ☐<sub>3</sub> Não sei

**11. Com base nas seguintes categorias, pergunto-lhe em quantos dias do mês ou da semana comeu os seguintes alimentos, durante a pandemia e como considera esse consumo em relação ao período antes da pandemia**

[illegible]