



RAYANE OLIVEIRA SANTOS

**ESPIRITUALIDADE, COMPORTAMENTO E INSEGURANÇA
ALIMENTAR DE RESPONSÁVEIS POR ESCOLARES DE
MUNICÍPIOS NO SUL DE MINAS GERAIS**

**LAVRAS - MG
2022**

RAYANE OLIVEIRA SANTOS

**ESPIRITUALIDADE, COMPORTAMENTO E INSEGURANÇA ALIMENTAR DE
RESPONSÁVEIS POR ESCOLARES DE MUNICÍPIOS NO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para a obtenção do título de Mestre.

Prof. Dr. Michel Cardoso De Angelis Pereira
Orientador
Profa. Dra. Rafaela Corrêa Pereira
Coorientadora

**LAVRAS – MG
2022**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha
Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com dados
informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Santos, Rayane Oliveira.

Espiritualidade, comportamento e insegurança alimentar
de responsáveis por escolares de municípios no sul de Minas
gerais / Rayane Oliveira Santos. - 2022.

105 p.

Orientador(a): Michel Cardoso De Angelis Pereira.

Coorientador(a): Rafaela Corrêa Pereira.

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal
de Lavras, 2022.

Bibliografia.

1. Espiritualidade. 2. Comportamento alimentar. 3.
Insegurança alimentar. I. De Angelis Pereira, Michel Cardoso.
II. Pereira, Rafaela Corrêa. III. Título.

RAYANE OLIVEIRA SANTOS

**ESPIRITUALIDADE, COMPORTAMENTO E INSEGURANÇA ALIMENTAR DE
RESPONSÁVEIS POR ESCOLARES DE MUNICÍPIOS NO SUL DE MINAS GERAIS**

**SPIRITUALITY, EATING BEHAVIOR AND FOOD INSECURITY OF
RESPONSIBLE FOR SCHOOL CHILDREN IN MUNICIPALITIES IN THE SOUTH
OF MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 10 de junho de 2022.

Dra. Eliane Garcia Rezende - UNIFAL

Dra. Camila Maria de Melo – UFLA

Dr. Michel Cardoso De Angelis Pereira - UFLA

Prof. Dr. Michel Cardoso De Angelis Pereira
Orientador
Profa. Dra. Rafaela Corrêa Pereira
Coorientadora

**LAVRAS – MG
2022**

Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele a glória por toda a eternidade! Amém.

(Romanos 11, 36)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu condutor e auxílio, permitindo a realização dessa jornada.

À Nossa Senhora e São José por ser meus intercessores.

À minha família, em especial ao meu pai, Ronildo por proporcionar a realização da minha trajetória acadêmica.

À minha avó Sãozinha pelas orações e palavras de motivação e amor.

À Universidade Federal de Lavras pela minha formação profissional.

Ao Programa de Pós Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Lavras e aos excelentes professores, por todos os aprendizados.

Ao Michel e a Rafa, por todos ensinamentos, aconselhamentos, auxílio e paciência. Admiração e gratidão por vocês!

À minha dupla de mestrado, Bruna, pelo companheirismo, proatividade, fidelidade, paciência, apoio e ensinamentos.

Aos colegas Gustavo e Ana Luiza pela contribuição na coleta de dados.

À Professora Doutora Carol Chagas e Eliane Garcia pelas contribuições realizadas durante a banca de qualificação deste trabalho.

À minha amiga, Luana, pelos aconselhamentos, apoio, palavras amigas e orações durante essa trajetória.

Ao Príncipe (Rony), meu namorado, por todo apoio, paciência, orações e amor. Por me dar forças nos momentos de desânimo para continuar e concluir este trabalho.

Aos secretários municipais de Educação e Nutricionistas do Programa Nacional de Alimentação Escolar dos municípios de Ibituruna, Bom Sucesso, Santo Antônio do Amparo, Ijaci, Natércia, Carrancas, Itutinga e Nazareno pelo apoio prestado a pesquisa.

Aos participantes, por permitirem a realização deste trabalho.

À banca avaliadora, Dra. Camila Maria e Dra. Eliane Garcia pelas sugestões e contribuições que serão prontamente considerados.

Admiração e gratidão por cada um!

RESUMO

Considera-se que os aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais são centrais na Qualidade de Vida (QV), inclusive para acompanhar a lógica da definição de saúde, que contempla as dimensões física, mental, social e espiritual. O cuidado integral também contempla o comportamento alimentar (CA) e o Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequada (DHANA), requerido cada vez mais nos últimos anos, principalmente em famílias que envolvem crianças e adolescentes. Quando não é garantido, os sujeitos vivem em situação de Insegurança Alimentar (IA) o que interfere na QV. É comum alterações no CA como a restrição cognitiva (RC), alimentação emocional (AE) e descontrole alimentar (DA). Nesse contexto, os objetivos deste estudo foram avaliar em responsáveis por escolares de 5 a 11 anos de municípios de pequeno porte no Sul de Minas Gerais; i) a QV nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), ii) três dimensões do CA (TFEQ-R21): AE, RC, DA, iii) insegurança alimentar (EBIA), e iv) práticas alimentares. Objetivou-se também, identificar correlação; v) dos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais com o CA; vi) do CA com as práticas alimentares e, vii) a interferência da IA na QV. A investigação foi realizada por meio da aplicação de questionários online. Utilizou-se análises; descritivas, de *cluster*, teste t de *Student*, correlação de *Pearson* e *Spearman*. O agrupamento foi feito conforme as condições socioeconômicas e divididos em dois grupos; o grupo com condições socioeconômicas inferiores (CSI) e o grupo com as condições socioeconômicas superiores (CSS). A maioria encontrava-se em IA com maior prevalência no CSI. Houve diferença estatística entre estar e não estar em IA e as pontuações nas facetas, conexão a um ser/força espiritual, encontrar sentido da vida, ter sentimento de totalidade/integração, admiração e paz interior. Todavia, não houve diferença nas facetas fé, força espiritual, esperança e otimismo. O CA mais frequente foi o da AE e RC, os quais estiveram correlacionados, indicando que a maioria das pessoas com AE tiveram tendência de RC. O DA foi o menos presente e esteve correlacionado com o consumo de alguns marcadores negativos, como o costume de beber refrigerante e frequentar *fast foods*. Dentre as práticas alimentares, foi comum o consumo de ultraprocessados, principalmente de produtos açucarados. Em contrapartida, as práticas relacionadas aos marcadores positivos, como consumir farinha integral e ingerir frutas no café da manhã não se mostraram habituais. Entre os CA, houve correlação significativa da RC com os aspectos SRBP mas não com a AE e com o DA. Conclui-se que a IA pode interferir na QV relacionada aos aspectos SRBP, fazendo com que os sujeitos tenham dificuldade de autodesenvolver. Assim como, as pessoas em IA podem utilizar da espiritualidade/fé para o enfrentamento da situação. Com a correlação entre o WHOQOL- SRBP e a RC, entende-se que o CA pode estar interrelacionado com os aspectos SRBP. São temáticas subjetivas, necessitando de estudos em profundidade e de ações continuadas de Educação Alimentar e Nutricional e de Educação em Saúde para que os sujeitos sejam capazes de serem autônomos e conscientes acerca das atitudes alimentares e de saúde para favorecem suas qualidades de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Espiritualidade. Comportamento alimentar. Insegurança alimentar.

ABSTRACT

Considering aspects/religious/personal beliefs are central to Quality of Life (QoL), including to follow the logic of the definition of health, which includes the physical, mental, social and spiritual dimensions. Comprehensive care also includes eating behavior (EB) and the Human Right to Adequate Nutrition (HRAN), which has become increasingly mandatory in recent years, especially in families involving children and adolescents. When it is not guaranteed, the subjects live in a situation of Food Insecurity (FI) or that interfere with QOL. It is common to change in EB such as cognitive restriction (CR), emotional eating (EE) and lack of food control. In this context, the objectives of this study were evaluated in 11 school years of 5 small cities in the south of Minas Gerais; i) QoL in humanitarian/religious/personal growth (SRQOL) dimensions of the FEQ-R21): EE, CR, lack of food control; iii) RC dietary practices (EBIA, and iv) dietary practices. It was also aimed to identify, identify; v) personal respects/religious/beliefs with the EB; vi) of the EB with eating practices and, vii) the interference of FI in QOL. The investigation was carried out through the application of online questionnaires. Analyzes were used; descriptive, cluster, Student's t test, Pearson and Spearman correlation. The grouping was done according to socioeconomic conditions and divided into two groups; the group with lower socioeconomic conditions (LSC) and the group with higher socioeconomic conditions (HSC). Most were in FI with a higher prevalence in the LSC. There was a statistical difference between being and not being in AI and the scores on the facets, connection to a being/spiritual force, finding meaning in life, having a feeling of wholeness/integration, admiration and inner peace. However, there was no difference in the faith, spiritual strength, hope and optimism facets. The most frequent EB was that of EE and CR, which were correlated, indicating that most people with EE had a tendency to CR. Lack of food control was the least present and was correlated with the consumption of some negative markers, such as the habit of drinking soda and frequenting fast foods. Among the dietary practices, the consumption of ultra-processed foods was common, especially sugary products. On the other hand, practices related to positive markers, such as consuming wholemeal flour and eating fruit for breakfast, were not common. Among the EB and with the resplendente CR with the SRBP but not with the EE and lack of food control. It is concluded that FI can interfere with QOL related to SRBP aspects, causing subjects to have difficulties in self-development. Likewise, people in FI can use spirituality/faith to face the situation. With Nutritional between the EB, WHOQOL SRBP and CR, it may be interrelated with the SRBP aspects. individuals may be able to be attitudinal and conscientious about and health to favor.

Keywords: Quality of life. Spirituality. Feeding behavior. Food insecurity

LISTA DE SIGLAS

AE	Alimentação Emocional
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Comportamento Alimentar
CSI	Condições socioeconômicas inferiores
CSS	Condições socioeconômicas superiores
DHANA	Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequada
DA	Descontrole Alimentar
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
IA	Insegurança Alimentar
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAE	Programa Nacional de Alimentação escolar
QV	Qualidade de Vida
RC	Restrição Cognitiva
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SME	Secretaria Municipal de Educação
SRBP	Spirituality, religiousness and personal beliefs
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

	PRIMEIRA PARTE	11
1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Qualidade de vida, espiritualidade e saúde	14
2.2	Segurança Alimentar e Nutricional	17
2.3	Comportamento alimentar, práticas alimentares e espiritualidade	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	Objetivo geral	21
3.2	Objetivos específicos	22
4	METODOLOGIA	22
	REFERÊNCIAS	25
	SEGUNDA PARTE	32
	ARTIGOS	32
	ARTIGO 1	33
1	Introdução	35
2	Métodos	37
3	Resultados	39
4	Discussão	44
	Referências	48
	ARTIGO 2	52
1	INTRODUÇÃO	54
2	MÉTODOS	55
3	RESULTADOS	58
4	DISCUSSÃO	63
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	79
	ANEXOS	89
	ANEXO A – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA) 89	
	ANEXO B – Práticas alimentares	90
	ANEXO C – Questionário WHOQOL-SRPB	94
	ANEXO D - Questionário três fatores alimentares (TFEQ-R21)	101

PRIMEIRA PARTE
REFERENCIAL TEÓRIO

1. INTRODUÇÃO

A definição mais recente de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) contempla as dimensões, física, mental, social e espiritual o que evidencia a necessidade de abordagem holística no cuidado em saúde (STRANDBERG et al., 2007). Para além do estado de saúde, há a qualidade de vida (QV) dos sujeitos o qual segundo a OMS não deve ser equiparada aos termos "estado de saúde", "estilo de vida", "satisfação com a vida", ou "bem-estar". É um conceito subjetivo, envolvendo a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, do seu contexto e valores (WHO, 1998). A QV pode ser mensurada por meio de instrumentos, sendo o WHOQOL-SRBP elaborado para compreendê-la nos aspectos da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (FLECK, 2000), os quais são centrais na QV das pessoas (PANZINI et al., 2011).

Destaca-se que a espiritualidade pode ou não estar vinculada a religião/religiosidade. Sendo que em maioria, define-se religião como um sistema organizado de crenças, rituais e símbolos, a religiosidade são as práticas relacionadas a certa religião e a espiritualidade é o que incentiva a uma busca pessoal por significado e sentido maior no existir e a relação com o sagrado e o transcendente (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MENEGUIN; MATOS; FERREIRA, 2018; PANZINI et al., 2017).

O cuidado integral dos sujeitos insere-se também nas abordagens no campo da alimentação e nutrição. O Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequada (DHANA) é um direito fundamental e holístico, o qual incorpora as dimensões fisiológicas, culturais, sociais, ambientais e econômicas (VALENTE, 2014), que deve ser garantido pelo poder público (BRASIL, 2006) e que interfere na QV dos sujeitos (ADRIANO et al., 2000). Para que o DHANA seja garantido, Políticas Públicas e Programas são estruturados para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019; BEZERRA et al., 2020; BUENO et al., 2021). A partir de 2018 vem acontecendo enfraquecimento e o desmonte de políticas públicas o que foi coadjuvante para a elevada prevalência de Insegurança Alimentar (IA) atualmente no país (FERNANDA DO NASCIMENTO JACINTO DE SOUZA et al., 2021).

Destaca-se que as escolhas alimentares são determinadas por aspectos fisiológicos, psíquicos, ambientais (KLOTZ-SILVA; PRADO; SEIXAS, 2016), indicando também influências dos aspectos religiosos/espirituais (COHEN, 2021; COHEN et al., 2005; PEREIRA; FARIA; LOPES, 2019). Na sociedade atual, é comum alterações no comportamento alimentar como; restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (NATACCI;

FERREIRA JÚNIOR, 2011). Os principais influenciadores nas escolhas alimentares e na regulação da ingestão energética das crianças são os pais ou responsáveis, sendo importante compreender o contexto nos quais os escolares estão inseridos para possibilitar intervenções e assim favorecer as práticas alimentares, visto que os hábitos adotados nessa fase podem repercutir por toda a vida (DOS SANTOS; DE LIRA; DA SILVA, 2017).

Com o cenário pandêmico de COVID-19 houve alterações nos aspectos biopsicossocial, espiritual e econômicos dos sujeitos. Esses aspectos supracitados estão diretamente envolvidos na alimentação, repercutindo também em alterações no comportamento alimentar (CA), como foi evidente o aumento do consumo de produtos ultraprocessados (DOS SANTOS QUARESMA et al., 2021). Além disso, o fator econômico foi um importante contribuinte para elevação da IA no país (FERNANDA DO NASCIMENTO JACINTO DE SOUZA et al., 2021).

Percebe-se que os aspectos espirituais/religiosos não são mencionados na literatura como dimensão do DHANA, e pouco é abordado na relação com o comportamento alimentar e práticas alimentares. Partindo do pressuposto que os aspectos espirituais/religiosos são considerados pela OMS como centrais na QV dos sujeitos, também devem ser investigados no contexto da alimentação e nutrição para que o cuidado em saúde se dê no holismo proposto o qual pode contribuir efetivamente para a QV. Além disso, as famílias com crianças e adolescentes tendem a ser as mais vulneráveis nesse contexto do DHANA (COELHO et al., 2015), principalmente no contexto pandêmico (UNICEF et al., 2020).

Nesse contexto, o objetivo principal desta pesquisa foi identificar a situação socioeconômica, a IA, o CA, as práticas alimentares, a QV nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais e as possíveis correlações entre as variáveis de pais/responsáveis por escolares na faixa etária de 5 a 11 anos, matriculados em escolas públicas de municípios de pequeno porte localizados na região do sul de Minas Gerais. Para que assim, possa contribuir para uma visão ampliada das temáticas e beneficiar as intervenções nesses municípios, que muitas vezes possuem informações escassas, por meio de programas e políticas públicas que possam melhorar o contexto dos escolares para que cresçam em um ambiente promotor de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de vida, espiritualidade e saúde

O conceito de saúde contempla as dimensões; física, mental, social e espiritual, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) “Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1999).

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida (QV) envolve a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e o ambiente no qual se vivem. A definição é colocada como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998).

A QV é um conceito multidimensional e não deve ser equiparada aos termos “estado de saúde”, “estilo de vida”, “satisfação com a vida”, “estado mental” ou “bem-estar”. Para mensuração da QV foi desenvolvido instrumentos com intenção de medir os efeitos percebidos pelos sujeitos levando em consideração os aspectos subjetivos, não ficando focados em aspectos objetivos como sintomas e doenças (WHO, 1998). O primeiro instrumento a ser elaborado foi o WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*) composto por cem questões. Posteriormente foi desenvolvido outras modalidades, como a versão abreviada com vinte e seis questões (WHOQOL-Bref); o questionário específico para avaliar a QV de pacientes com HIV/Aids (WHOQOL-HIV); e outro para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRBP) (FLECK, 2000).

O desenvolvimento do WHOQOL-SRBP foi fundamentado na perspectiva de que a espiritualidade, religião e crenças pessoais são aspectos centrais na QV das pessoas e que são importantes para a construção de sentido e significado a vida e contribuem para lidarem com os sofrimentos humanos (PANZINI et al., 2011b).

A religião/religiosidade e a espiritualidade (R/E) são apontadas como aspectos significativos da subjetividade humana, havendo distinção entre os conceitos, os quais apresentam variações literárias, portanto, é difícil fornecer uma definição universal (PAUL VICTOR; TRESCHUK, 2020).

A espiritualidade é considerada em pelo menos dois pontos de vista. Um deles é como o sentimento existencial íntimo, no qual a pessoa busca encontrar sentido em viver e estar no

mundo e o relacionamento com o sagrado/transcendente. Sob um segundo ponto de vista, a espiritualidade refere-se a manifestações humanas que buscam a superação de obstáculos ou de si e não necessariamente com uma ligação a uma divindade maior (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; SILVA FILHO et al., 2022).

Por outro lado, a religião é caracterizada como um sistema organizado, relacionada a discursos e vivências transcendentais e a religiosidade como as práticas relacionadas a certa religião, como leituras de livros, frequentar templo religioso, se abster de alguns alimentos (GOMES; FARINA; DAL FORNO, 2014).

Está cada vez mais próxima à relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde visto que as crenças, práticas religiosas e espirituais auxiliam na saúde mental e no enfrentamento de situações estressantes e estão associadas a menores incidências de comportamentos de risco, como suicídio, o uso de álcool e outras drogas (LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021). Além de estarem relacionados positivamente com fatores subjetivos como satisfação com a vida, felicidade, afeto, moralidade (BARRICELLI et al., 2012).

Tem-se observado a necessidade de cuidados holísticos e centrados no paciente. Sabe-se que quando as necessidades espirituais/religiosas são questionadas e valorizadas, os sujeitos sentem-se acolhidos e amparados, o que contribui com o sucesso do tratamento de saúde e proporciona melhor enfrentamento de doenças (ABDALA et al., 2015; DELGADO-GUAY et al., 2016; PAIVA et al., 2013; PANZINI et al., 2017; PILGER CALÍOPE, 2017).

O número de estudos que investigam a relação entre espiritualidade e saúde tem crescido, visto o reconhecimento pelos pesquisadores e profissionais da importância no cuidado (KOENIG, 2015; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). Todavia, os cursos da área da saúde no Brasil ainda carecem da inserção de maneira consistente a temática na grade curricular (DAMIANO; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2020; DE CAMPOS et al., 2020).

Dados sugerem, que a negligência para a inclusão do aspecto espiritual no ensino e na prática clínica está mais relacionada com os gestores e profissionais de saúde do que com os estudantes e pacientes, visto que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos abordassem sobre religião e espiritualidade (CERVELIN; KRUSE, 2014; EHMAN et al., 1999; MCCORD et al., 2004) e relatam sentir mais empatia e confiança no médico que questiona esses temas (OYAMA; KOENIG, 1998). Em um estudo multicêntrico com diversas escolas médicas brasileiras, um número expressivo de diretores (46%) não considerou importante o ensino da espiritualidade/religiosidade (E/R) na graduação médica (LUCCHETTI et al., 2012). Por outro

lado, 75,3% dos estudantes entrevistados consideraram importante a inclusão da E/R no currículo (LUCCHETTI et al., 2013).

Os desafios encontrados para inclusão da espiritualidade na prática clínica estão relacionados com: desconforto com o tema, falta de treinamento, falta de tempo, visão reducionista por afirmarem não fazer parte do trabalho profissional, medo de impor pontos de vista religiosos nos pacientes (KOENIG, 2005).

Vale destacar, que não abordar a espiritualidade/religião pode comprometer a saúde dos pacientes visto que a conduta profissional é dependente das crenças dos sujeitos como; no cuidado de enfermagem/médico os pacientes que são Testemunha de Jeová não aceitam o uso de hemoderivados e algumas religiões não aceitam o uso de anticoncepcionais (CURLIN et al., 2007).

No cuidado alimentar/nutricional há alimentos sagrados e proibidos como no budismo o leite é um alimento sagrado e para os muçulmanos, é um alimento proibido; na prática judaica não consomem carne de porco e dos hinduístas não consomem carne bovina; no catolicismo há abstinência de carne conforme os dias preconizados pela doutrina católica (COHEN, 2021).

O holismo indicado para o cuidado da saúde é pautado nos princípios da bioética; o princípio da Não-maleficência, da beneficência, da autonomia e justiça. Assim, qualquer conduta do profissional de saúde deve evitar o que é contraindicado (princípio da não maleficência), ser para fazer o bem às pessoas e minimizar o prejuízo (princípio da Beneficência); considerar os valores e preferências da pessoa proporcionando a livre escolha diante a conduta a ser dialogada (princípio da Autonomia) e oferecer os mesmos serviços e tratamentos a todos com a mesma consideração e respeito, atendendo as necessidades de todos sem discriminação (princípio da Justiça) (SANTIAGO; CARVALHO, 2015).

Desta forma, quando a abordagem ao paciente não é pautada na visão holística pode haver riscos à saúde dos mesmos, consistindo em violação aos princípios da bioética, principalmente o da não maleficência, que é considerado a premissa mais importante para estabelecer, a partir da perspectiva ética a promoção necessária da segurança do paciente (ROMERO et al., 2018).

2.2 Segurança Alimentar e Nutricional

Os direitos à vida, à liberdade, à alimentação adequada, à saúde, à terra, à água, ao trabalho, à educação, à moradia, à informação, à participação, à liberdade e à igualdade são alguns exemplos de direitos humanos, os quais devem ser garantidos pelo Estado, afim de que as condições básicas sejam atendidas para levarem uma vida digna. Esses direitos são universais, indivisíveis, inalienáveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização (LEÃO et al., 2013).

Dessa maneira, a garantia da saúde é dependente da realização desses direitos visto que a promoção da saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (OMS, 1986). A alimentação e nutrição são considerados determinantes da saúde portanto as ações de promoção da saúde também devem ser direcionadas para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SOBRINHO et al., 2014).

Nesse contexto, destaca-se que o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) está assegurado entre os direitos sociais e previsto no Artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 2010). A partir de 2019, o termo DHAA foi modificado para DHANA (Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequada). A inclusão do termo nutrição foi para evidenciar que não basta apenas o acesso ao alimento para atender as necessidades de energia, sendo também necessário, alimentação nutricionalmente equilibrada, afim de promover saúde adequada num cenário em que a má alimentação é causa de grandes desafios da humanidade, desde a desnutrição (crônica e aguda), passando pela deficiência de nutrientes, até o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e as condições crônicas (SANTARELLI et al., 2019).

A garantia do DHANA começa pela luta contra a fome, mas, não deve ser limitado a isto. Para que o DHANA seja plenamente realizado deve-se levar em consideração o conceito de SAN definido na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), Lei n.º 11.346, de 15 de setembro 2006:

Art. 3º A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A IAN é um fenômeno complexo determinado por fatores econômicos, políticos, ambientais, educacionais, entre outros, que para ser enfrentada necessita-se de políticas públicas articuladas e diálogo entre setores (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). É reconhecido internacionalmente que estar livre da fome é pré-requisito para a realização de outros direitos humanos (VALENTE, 2014). Assim, tem tido esforços para garantir esse direito fundamental, como a constituição do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) que previa como elementos centrais a Conferência Nacional de Segurança Alimentar, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) (CASTRO, 2019).

Além disso, afim de garantir o DHANA há implementação de políticas públicas e programas que trazem como foco ações em SAN nas diversas dimensões: disponibilidade, acesso, consumo, produção e utilização biológica dos alimentos (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019). Dentre eles, alguns exemplos; como os Programas de Aquisição de Alimentos, programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF), Restaurantes Populares, Banco de Alimentos, Saúde na Escola, Agricultura Familiar e Alimentação escolar (BEZERRA et al., 2020; BUENO et al., 2021).

Dentre estes, destaca-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que é o mais antigo programa social do governo federal brasileiro na área de alimentação e nutrição que garante o fornecimento de alimentação e ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) aos escolares de todas as etapas da educação básica pública (ARRUDA TEO et al., 2016; KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). A importância do PNAE é notória, haja vista o cuidado especial que a alimentação e nutrição possui na infância pelo crescimento, desenvolvimento e pela formação de hábitos alimentares que podem repercutir durante toda a vida adulta e contribuir em desfechos positivos ou negativos a saúde na fase adulta (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Foi vivenciado vários avanços para garantia da SAN no país, todavia, desde 2016 e com agravamento em 2018 observa-se o enfraquecimento e o desmonte de políticas públicas de garantia de direitos e fortalecimento de sistemas alimentares sustentáveis o contribui para o aumento da IA (FERNANDA DO NASCIMENTO JACINTO DE SOUZA et al., 2021).

Fato esse, que foi agravado com o cenário pandêmico de COVID-19, no qual causou alterações na vida das pessoas interferindo nos aspectos biopsicossocial, espiritual e econômicos dos sujeitos (CHRISPINO, 2022; PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Destaca-se aqui o aspecto econômico que repercutiu diretamente na IA, devido alta taxa de desemprego a população ficou sem condições mínimas de subsistência o que foi evidenciado pela pesquisa

intitulada como Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, que encontrou que de 211,7 milhões de brasileiros, 116,8 milhões estavam em algum grau Insegurança Alimentar sendo que 43,4 milhões não contavam com alimentos em quantidade suficiente (20,5% da população) e 19,1 milhões de brasileiros estavam passando fome (9% da população) (REDE PENSSAN, 2021).

De acordo com Valéria Burity et al (2010) o acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação se constitui no próprio direito à vida. Quando esse direito é negado, é antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida (BURITY et al., 2010).

2.3 Comportamento alimentar, práticas alimentares e espiritualidade

O termo comportamento alimentar, é divergente na literatura, mas em sua maioria, os estudos abordam, os aspectos fisiológicos, psíquicos e ambientais envolvidos na escolha e na ingestão dos alimentos (KLOTZ-SILVA; PRADO; SEIXAS, 2016).

Acredita-se, que as escolhas alimentares são influenciadas pelos aspectos; biológicos (fome, sentidos, gostos, prazer), sociais/ambientais (disponibilidade e aceitabilidade de alimentos, relações sociais, práticas culturais, políticas públicas, mídia, marketing) (HIGGS; THOMAS, 2016), intrapessoais (percepções, atitudes, crenças, valores, motivações, nível de conhecimento, normas, culturas) (ROUDSARI et al., 2017) e psíquicos (cognitivos, emocionais) (HERNÁNDEZ RUIZ DE EGUILAZ et al., 2018).

Além dos aspectos supracitados, acrescenta-se que o comportamento alimentar parece estar bastante envolvido com a religião/religiosidade/espiritualidade. Na religião é comumente percebido a pluralidade de sentido e significados da alimentação. Como pode ser percebido, para os católicos no momento eucarístico, o pão e o vinho são entendidos como corpo e sangue de Jesus (COHEN, 2021) a abstinência de carne de porco para os judeus é realizada como uma maneira de agradar e obedecer a Deus (COHEN et al., 2005). Ademais, o Ramadã como prática islâmica que visa a mortificação dos prazeres mundanos para buscar a interiorização e proporcionar purificação física e crescimento espiritual (AL-OZAIRI et al., 2019)

Como também, observa-se que a religiosidade modera os efeitos de distúrbios alimentares na saúde mental, principalmente na autoestima (HENDERSON; ELLISON, 2015), e houve relação positiva entre religiosas e habilidades de autorregulação e comportamentos alimentares saudáveis (PFEIFFER et al., 2018). A espiritualidade esteve positivamente

associada com a diminuição de comportamentos impulsivos e de transtorno alimentar (GRACA PEREIRA et al., 2019).

Na sociedade atual, é comum alterações no comportamento alimentar como; restrição cognitiva, alimentação emocional e descontrole alimentar (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011). A restrição cognitiva consiste em um estado mental criado pelos sujeitos com um conjunto de obrigações e proibições alimentares movidas por regras externas em detrimento dos sinais fisiológicos de fome e saciedade, que pode ou não implicar na redução da ingestão energética (LOWE, TIMKO; 2004). As escolhas alimentares são sempre controladas pelas regras impostas, o que caracteriza como um estado de regime permanente, com períodos de controle da ingestão alimentar e de descontrole alimentar (SOIHET; SILVA, 2019).

É um comportamento paradoxal intimamente relacionado com as alterações ambientais, influenciado por fatores cognitivos e emocionais contribuindo para que em circunstâncias normais os indivíduos em restrição cognitiva limitem a ingestão alimentar quantitativa e qualitativamente (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011). Todavia, quando expostos a certas situações como em casos de estresse ou emoções, como sentir-se entediado, deprimido, ansioso, triste ou em estado de tensão tendem a desinibição com excessos alimentares (EPEL et al., 2001; HEO et al., 2006; RUTTERS et al., 2009).

O ato de alimentar quando realizado em resposta a uma emoção, nomeia-se como alimentação emocional (ROWER et al., 2017). Nota-se que a instabilidade emocional favorece à busca por produtos ultraprocessados que são mais palatáveis, ricos em açúcar e gorduras (CORTES et al., 2021) e está associada com o aumento do consumo energético (FONG et al., 2019).

Caracteriza-se como descontrole alimentar quando ocorre perda do autocontrole e consumo exagerado de alimentos, com ou sem a presença da necessidade fisiológica (GILHOOLY et al., 2007). No momento de descontrole alimentar há dificuldade de bloquear as ações em andamento, mantendo atitudes inapropriadas, apesar das consequências indesejáveis (DALLEY; EVERITT; ROBBINS, 2011).

Destaca-se, que o fator ambiental é um forte influenciador para as alterações supracitadas. A atual sociedade é impregnada pela materialização, com excessiva valorização de corpos estéticos e hedonismo (prazeres). O que desvincula a realidade subjetiva (espiritualidade) e valoriza a realidade externa do “ter e do parecer ter” (MONTEIRO, 2007). Nesse sentido, o sociólogo *Zygmunt Bauman* nomeia a sociedade atual como ‘sociedade líquida’ em que tudo é volátil, as relações humanas e a vida no todo perdem consistência e estabilidade. O consumismo passa a prevalecer as questões morais dos sujeitos, em que as

pessoas passam a serem analisadas não pelos que elas são, mas pelo que elas compram (BAUMAN, 2003).

A materialidade supracitada, repercute no campo da alimentação e nutrição influenciando também nas práticas alimentares. Com a valorização do consumo e do processo industrial o alimento é transformado em mídia como estratégia capitalista e biopolítica, o que repercute no aumento do consumo de produtos industrializados (BALEM et al., 2017), modificando os padrões alimentares com o desaparecimento dos sistemas tradicionais de abastecimento de alimentos e a substituição do consumo de alimentos *in natura* e culturalmente referenciados por uma gama de produtos alimentícios ultraprocessados (GOMES JÚNIOR; PINTO; LEDA, 2016).

Além disso, na conjuntura social o corpo é supervalorizado, o que gera a busca por um ideal de perfeição. Isto, contribui para mudanças nas práticas alimentares, como pode ser notado quando a alimentação é considerada apenas com enfoque meramente bioquímico o que causa racionalização da dieta a qual é nomeada como nutricionismo (SCRINIS, 2017). A valorização apenas biológica da alimentação muitas vezes vem acompanhada de prejuízos psíquicos, como frustração e sofrimento, expressando um mal-estar contemporâneo (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

Importante destacar que as atitudes alimentares também são influenciadas pelo nível de conhecimento dos sujeitos (ROUDSARI et al., 2017). Portanto, é necessário ter a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para a população, afim de que os sujeitos adquiram, mudem ou reforcem os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à alimentação e nutrição, afim de tornarem autônomos e conscientes favorecendo a saúde (TOLONI et al., 2016).

Dessa maneira, deve-se levar em consideração a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar e considerar a alimentação e a nutrição como determinantes de saúde para mudança do atual cenário adoecido (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o comportamento alimentar, as práticas alimentares e a qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais e possíveis correlações entre essas variáveis diante o levantamento de possível situação de insegurança alimentar de pais/responsáveis por escolares na faixa etária de 5 a 11 anos, matriculados em escolas do ensino público de municípios de pequeno porte localizados na região sul de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais de responsáveis por escolares de 5 a 11 anos em algumas cidades do Sul de Minas por meio de questionário validado;
- Analisar a Insegurança Alimentar da família de escolares de 5 a 11 anos em algumas cidades do Sul de Minas por meio de questionário validado;
- Analisar três dimensões do comportamento alimentar: alimentação emocional, restrição cognitiva e descontrole alimentar de responsáveis por escolares de 5 a 11 anos em algumas cidades do Sul de Minas por meio de questionário validado;
- Analisar práticas alimentares de responsáveis por escolares de 5 a 11 anos em algumas cidades do Sul de Minas por meio de questionário validado;
- Identificar possíveis relações entre a qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais com a situação de IA.
- Identificar correlação da qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais com o comportamento alimentar.
- Identificar correlação do comportamento alimentar e práticas alimentares.

4 METODOLOGIA

Amostra

Esta pesquisa, trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado no cenário pandêmico de COVID-19 entre os meses de outubro e novembro de 2020, inserido em um projeto maior, intitulado como “Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras (UFLA), sob protocolo nº 4.145.874 (CAAE número 32988620.2.0000.5148).

Como critério de inclusão, foram inscritos pais ou responsáveis de escolares de 5 a 11 anos matriculados na rede pública municipal de ensino de cidades no interior do sul de Minas Gerais com população inferior a 20.000 habitantes e que tivessem acesso à internet. Foi realizado contato prévio por meio telefônico, com as nutricionistas responsáveis pelo PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar) e com a Secretaria Municipal de Educação (SME) para seleção da amostra.

Os locais autorizados foram Bom Sucesso (n = 623), Carrancas (n = 264), Ibituruna (n = 120), Ijaci (n = 393), Itutinga (n = 253), Natércia (n = 200), Nazareno (n = 650) e Santo Antônio do Amparo (n = 943), totalizando 3446 escolares de 5 a 11 anos matriculados na rede pública municipal de ensino. Dessa maneira, para saber qual o número mínimo de pais ou responsáveis que deveriam participar da pesquisa, foi realizado o cálculo amostral ($n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$) (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral), considerando um erro máximo de 5%, o que resultou em uma amostra mínima de 346 respondentes (pais ou responsáveis) para a primeira etapa do projeto. Para o subprojeto, o qual pertence esta dissertação, o cálculo foi realizado com base na amostra de 346, resultando em 182 respondentes como amostra representativa.

Instrumentos de avaliação

O projeto maior foi dividido em 5 etapas, sendo 3 destinadas ao envio de questionário *on-line* por meio de aplicativo de mensagens (*WhatsApp*) como descrito no trabalho de Avelar (AVELAR, 2020). Na primeira etapa da pesquisa foi enviado os questionários: socioeconômico - elaborado pelos autores com dados referentes a sexo, faixa etária, renda familiar média mensal, grau de escolaridade; a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA) versão curta composta por perguntas dicotômicas (sim/não) (SANTOS et al., 2014); de práticas alimentares referentes ao consumo alimentar, planejamento das refeições, escolhas alimentares e comensalidade (GABE; JAIME, 2019) mediante 24 itens para verificar concordância ou discordância com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB). Na segunda etapa foi enviado o questionário WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) e o questionário de três fatores alimentares (*The Three Factor Eating Questionnaire - TFEQ-R21*), ambos validados para a população brasileira.

O WHOQOL-SRPB é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi utilizado para avaliar como a espiritualidade, religião e crenças pessoais, estão relacionadas com a qualidade de vida. Constituído por 32 itens, dividido em oito facetas (Conexão a ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integração; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo, fé), cada faceta com 4 perguntas que foram organizadas em escala *Likert* variando de 1 “nada”, 2 “muito pouco”, 3 “mais ou menos”, 4 “bastante” e 5 “extremamente” (FLECK; SKEVINGTON, 2007; PANZINI et al., 2011a).

Os escores das facetas foram calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes as facetas supracitadas, seguido de uma divisão por quatro, sendo representados

em uma escala de 1 a 5. Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado é multiplicado por quatro e representado em uma escala de 4 a 20. Sendo que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida nos aspectos SRBP (PEDROSO et al., 2011).

O TFEQ-21 foi utilizado para analisar os aspectos relacionados ao comportamento alimentar em três escalas: 1) restrição cognitiva (RC) (6 itens) referente à proibição alimentar como forma de controlar/modificar o peso ou a forma corporal; 2) alimentação emocional (AE) (6 itens) relacionado a propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais negativos, como solidão, ansiedade e depressão; 3) descontrole alimentar (DA) (9 itens) sobre a tendência de perder o controle alimentar ingerindo grandes quantidades de alimentos geralmente desencadeada por algum estímulo externo durante um curto período de tempo (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

As 21 perguntas foram dadas em uma escala *Likert* de probabilidade e frequência com 4 pontos para os itens de 1 a 20, e uma escala de classificação numérica de 8 pontos para a questão 21. Antes de calcular as pontuações do domínio, os itens de 1 a 16 foram codificados reversamente (pontuação 1 codificada como 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1) e o item 21 foi registrado da seguinte maneira: 1 a 2 pontos, codificado como 1; 3 a 4 pontos → 2; 5 a 6 pontos → 3; 7 a 8 pontos → 4 (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

O resultado encontrado em cada uma das escalas de comportamento foi calculado e transformado em pontuação de 0 a 100 para identificar a tendência de descontrole alimentar, restrição cognitiva e alimentação emocional dos sujeitos avaliados (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

Na tentativa de atingir a amostra mínima (n=346) na primeira etapa o questionário foi enviado 3 vezes, e na segunda etapa (n=182) foi enviado 2 vezes. Além disso, para explicar a importância da pesquisa científica e estimular a participação foi enviado um vídeo explicativo e reflexivo para a população sobre a temática.

Normalmente, a segunda etapa de envio de questionários possui menor adesão dos respondentes. Dessa maneira, após participarem da primeira etapa, receberam o diagnóstico da qualidade alimentar como proposto pelo Guia de Bolso do Ministério da Saúde (escore 1-até 31 pontos; com sugestão de mudança da alimentação, escore 2-entre 31 e 41 pontos; orienta que está no meio do caminho e escore 3-acima de 41 pontos; tem uma alimentação saudável) para estimular a participação na segunda etapa. Além disso, o diagnóstico também teve função de ser um instrumento inicial de reflexão da qualidade alimentar o que pode contribuir para mudanças nas futuras escolhas alimentares.

Destaca-se que mesmo diante da estratégia supracitada e insistência dos pesquisadores, a amostra da primeira etapa do estudo compôs-se de 324 e na segunda por 161 pais ou responsáveis que participaram voluntariamente da pesquisa mediante concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise estatística

A tabulação dos dados foi realizada utilizando-se o software Google Planilhas[®]. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva para as características da amostra, média, desvio padrão (DP) e porcentagem das questões sociodemográficas, de qualidade de vida nos aspectos, espiritualidade/religião/crenças pessoais, situação de IA, comportamento alimentar e das práticas alimentares. O teste t de *Student* foi utilizado para investigar possíveis diferenças de média entre os resultados do WHOQOL-SRPB e situação de IA e para comparar os escores referentes ao comportamento alimentar e do WHOQOL-SRPB entre os *clusters* CSI (condições socioeconômicas inferiores) e CSS (condições socioeconômicas superiores).

Foi realizada análise de agrupamento (cluster hierárquico- método de *Ward*) entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, renda familiar mensal média) e as perguntas relacionadas a situação de IA, ao recebimento de auxílio emergencial e kit de gêneros alimentícios, a depender das respostas obtidas no questionário de qualidade de vida nos aspectos WHOQOL-SRPB.

Para verificar a relação entre as variáveis do comportamento alimentar (TFEQ-R21) e qualidade de vida (WHOQOL-SRPB) foi realizada a correlação de *Pearson* e a correlação de *Spearman* para averiguar correlações entre o comportamento alimentar e as práticas alimentares.

Para todas as análises, foi estabelecido o nível de significância de $p < 0,05$ as quais foram realizadas pelo software SPSS (IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 21.0).

REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A. et al. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 77–98, 2015.

ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000.

AL-OZAIRI, E. et al. A prospective study of the effect of fasting during the month of Ramadan on depression and diabetes distress in people with type 2 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 153, p. 145–149, jul. 2019.

ARRUDA TEO, C. R. P. et al. Direito humano à alimentação adequada: percepções e práticas de nutricionistas a partir do ambiente escolar. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2016.

AVELAR, B. A. **Insegurança alimentar e práticas alimentares durante pandemia de COVID-19 em domicílios do Sul de Minas Gerais**. 2021. 88 p. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Saúde) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2021.

BALEM, T. A. et al. As transformações alimentares na sociedade moderna: A colonização do alimento natural pelo alimento industrial. **Espacios**, v. 38, n. 47, 2017.

BARRICELLI, I. DE L. F. O. B. L. et al. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 505–515, set. 2012.

BAUMAN, Zygmunt. A sociedade líquida. **Folha de São Paulo**, v. 19, p. 4-9, 2003.

BEZERRA, M. S. et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 18 set. 2006. Brasília: Presidência da República; 2006.

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 64 DE 04 DE FEVEREIRO DE 2010**. Brasília: Diário Oficial da União, 4 fev. 2010.

BUENO, M. C. et al. Insegurança alimentar e fatores sociais, econômicos e nutricionais em estudantes de escolas rurais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 153–162, out. 2021.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 136-142, 2014.

CHRISPINO, A. Contribuições singulares em tempos de incertezas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 30, n. 114, p. 1–10, jan. 2022.

COELHO, Stefanie Eugênia dos Anjos Campos et al. Insegurança alimentar entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação da Escala Curta de Insegurança Alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 28, p. 385-395, 2015.

COHEN, A. B. et al. Social Versus Individual Motivation: Implications for Normative Definitions of Religious Orientation. **Personality and Social Psychology Review**, v. 9, n. 1, p. 48–61, 21 fev. 2005.

COHEN, A. B. You can learn a lot about religion from food. **Current Opinion in Psychology**, v. 40, p. 1–5, ago. 2021.

CORTES, M. L. et al. Unhealthy food and psychological stress: The association between ultra-processed food consumption and perceived stress in working-class young adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2021.

CURLIN, F. A. et al. Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. **New England Journal of Medicine**, 2007.

DALLEY, J. W.; EVERITT, B. J.; ROBBINS, T. W. Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. **Neuron**, v. 69, n. 4, p. 680–694, 2011.

DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Ensino de “saúde e espiritualidade” na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde. **HU Revista**, 2020.

DE CAMPOS, R. J. D. S. et al. The Impact of Spirituality and Religiosity on Mental Health and Quality of Life of Patients with Active Crohn’s Disease. **Journal of religion and health**, v. 59, n. 3, p. 1273–1286, jun. 2020.

DELGADO-GUAY, M. O. et al. Advanced cancer patients’ reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 10, p. 4273–4281, 2016.

DOS SANTOS, D. R. L.; DE LIRA, P. I. C.; DA SILVA, G. A. P. Excess weight in preschool children: The role of food intake. **Revista de Nutricao**, 2017.

DOS SANTOS QUARESMA, M. V. et al. Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. **Nutrition**, v. 90, p. 111223, out. 2021.

EHMAN, J. W. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Archives of Internal Medicine**, 1999.

EPEL, E. et al. Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. **Psychoneuroendocrinology**, 2001.

FERNANDA DO NASCIMENTO JACINTO DE SOUZA, B. et al. (In)segurança alimentar no Brasil no pré e pós pandemia da COVID-19: reflexões e perspectivas. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 4, 7 fev. 2021.

FLECK, M. P. D. A.; SKEVINGTON, S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB | Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. SUPPL. 1, p. 146–149, 2007.

FLECK, M. P. DE A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000.

FONG, M. et al. Mood and appetite: Their relationship with discretionary and total daily energy intake. **Physiology and Behavior**, 2019.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Spirituality/religiousity measurement and health in Brazil: a systematic review. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463–1474, 2020.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public Health Nutrition**, 2019.

GILHOOLY, C. H. et al. Food cravings and energy regulation: The characteristics of craved foods and their relationship with eating behaviors and weight change during 6 months of dietary energy restriction. **International Journal of Obesity**, v. 31, n. 12, p. 1849–1858, 2007.

GOMES JÚNIOR, N. N.; PINTO, H. S.; LEDA, L. C. Alimento e comida: sistema de abastecimento e consumo alimentar urbano. **Guaju**, 2016.

GOMES, N. S.; FARINA, M.; DAL FORNO, C. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. **Revista de Psicologia da IMED**, p. 107–112, 2014.

GRACA PEREIRA, M. et al. Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: the Moderator Role of Spirituality. **OBESITY SURGERY**, v. 29, n. 4, p. 1207–1215, abr. 2019.

GUERRA, L. D. DA S.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; BEZERRA, A. C. D. Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019.

HENDERSON, A. K.; ELLISON, C. G. My Body is a Temple: Eating Disturbances, Religious Involvement, and Mental Health Among Young Adult Women. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 3, p. 954–976, 2015.

HEO, M. et al. Depressive mood and obesity in US adults: Comparison and moderation by sex, age, and race. **International Journal of Obesity**, 2006.

HERNÁNDEZ RUIZ DE EGUILAZ, M. et al. Influencia multisensorial sobre la conducta alimentaria: ingesta hedónica. **Endocrinología, Diabetes y Nutrición**, v. 65, n. 2, p. 114–125, fev. 2018.

HIGGS, S.; THOMAS, J. Social influences on eating. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 9, p. 1–6, 2016.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1103–1123, 2016.

KOENIG, Harold G. Espiritualidade no cuidado com o paciente. **São Paulo: Fé Editora Jornalística**, 2005.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health: a review and update** *Advances in mind-body medicine*, 2015.

LEÃO, M. M. et al. **O Direito Humano à Alimentação Adequada e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. ABRANDH ed. Brasília: 2013, 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, v. 12, p. 78, ago. 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. **BMC medical education**, v. 13, p. 162, dez. 2013.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World Journal of Clinical Cases**, v. 9, n. 26, p. 7620–7631, 16 set. 2021.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **International journal of psychiatry in medicine**, v. 48, n. 3, p. 199–215, 2014.

MCCORD, G. et al. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. **Annals of Family Medicine**, 2004.

MENEGUIN, S.; MATOS, T. D. DE S.; FERREIRA, M. DE L. DA S. M. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1998–2004, 2018.

MONTEIRO, D. DA M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 202–213, 2007.

NATACCI, L. C.; FERREIRA JÚNIOR, M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 383–394, 2011.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, 2010.

OMS. Carta de Ottawa para Promocion de la Salud. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**, 1986.

OYAMA, O.; KOENIG, H. G. Religious Beliefs and Practices in Family Medicine. **Archives of Family Medicine**, 1998.

PAIVA, C. E. et al. A Pilot Study Addressing the Impact of Religious Practice on Quality of Life of Breast Cancer Patients During Chemotherapy. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 1, p. 184–193, 2013.

PANZINI, R. G. et al. Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. **Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs**, v. 45, n. 1, p. 153–165, 2011a.

PANZINI, R. G. et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 153–165, fev. 2011b.

PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 263–282, 2017.

PAUL VICTOR, C. G.; TRESCHUK, J. V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. **Journal of Holistic Nursing**, v. 38, n. 1, p. 107–113, 20 mar. 2020.

PEDROSO, B. et al. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Conexões**, 2011.

PEREIRA, M. G.; FARIA, S.; LOPES, H. Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: the Moderator Role of Spirituality. **Obesity Surgery**, v. 29, n. 4, p. 1207–1215, 21 abr. 2019.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 6, p. 510–512, 6 ago. 2020.

PFEIFFER, J. et al. The Role of Religious Behavior in Health Self-Management: A Community-Based Participatory Research Study. **RELIGIONS**, v. 9, n. 11, nov. 2018.

PILGER CALÍOPE, S. R. O. P. DOS L. M. H. M. S. K. L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 689–696, 2017.

ROMERO, M. P. et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, 2018.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: Uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutricao**, v. 21, n. 6, p. 739–748, 2008.

ROUDSARI, A. H. et al. Psycho-socio-cultural determinants of food choice: A qualitative study on adults in social and cultural context. **Iranian Journal of Psychiatry**, v. 12, n. 4, p. 238–247, 2017.

ROWER, H. B. et al. The role of emotional states in fruit and vegetable consumption in Brazilian adults. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2017.

RUTTERS, F. et al. Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. **Obesity**, 2009.

SANTARELLI, M. et al. **O Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome**. Brasília: FIAN Brasil, 2019. 102p.

SANTIAGO, I. DA S.; CARVALHO, K. KNOPP DE. Princípios Da Bioética E O Cuidado Na Enfermagem. **IV Congresso Internacional de Filosofia Moral e Política**, 2015.

SANTOS, L. P. DOS et al. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar Proposal of a short-form version of the Brazilian Food Insecurity Scale. **Rev Saúde Pub**, 2014.

SCRINIS, G. On the Ideology of Nutritionism. In: **Food History: Critical and Primary Sources**. v. 8, n. 1, p. 39-48, 2008.

SILVA FILHO, J. A. DA et al. Religiosity and spirituality in mental health: nurses' training, knowledge and practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. suppl 3, 2022.

SOBRINHO, F. M. et al. Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1601–1611, maio 2014.

SOIHET, J.; SILVA, A. D. Efeitos psicológicos e metabólicos da restrição alimentar no transtorno de compulsão alimentar. **Nutrição Brasil**, v. 18, n. 1, p. 55, 4 ago. 2019.

STRANDBERG, E. L. et al. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 8, p. 1–8, 2007.

UNICEF et al. Impactos Primários e Secundários da COVID-19 em Crianças e Adolescentes Relatório de análise 1ª Onda. **Outubro**, 2020.

VALENTE, F. L. S. Rumo à Realização Plena do Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas. **Revista Development**, 2014.

BURITY, Valéria et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, 2010.

WHO. Amendments to the Constitution Report by the Secretariat. **Fifty-Second World Health Assembly**, v. 79, n. April, p. 1–7, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Programme on mental health: WHOQOL user manual**. World Health Organization, 1998.

SEGUNDA PARTE

ARTIGOS

ARTIGO 1

Espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e insegurança alimentar de responsáveis por escolares de municípios de pequeno porte do sul de Minas Gerais

Cadernos de Saúde Pública*

Rayane Oliveira Santos¹, Bruna Aparecida Avelar², Rafaela Corrêa Pereira^{1,3}, Michel Cardoso de Angelis-Pereira¹

1 Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Lavras, Lavras - MG

2 Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto - MG

3 Departamento de Ciências Agrárias, Instituto Federal de Minas Gerais, Bambuí - MG

Autor para correspondência

Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Lavras; Lavras - MG, Brasil; CEP 37200-900; Caixa postal: 3037; rayaneost@gmail.com; +55 35 998021765

*Poderá passar por adequações solicitadas pela revista.

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar as condições socioeconômicas, a situação de Insegurança Alimentar (IA) e possíveis interferências dessas questões na qualidade de vida (QV) nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais (SRBP). O público alvo foi responsáveis por escolares de instituições públicas municipais de cidades de pequeno porte no sul de Minas Gerais recrutados no cenário pandêmico de COVID-19. Para a investigação, foram enviados questionários online; socioeconômico, EBIA versão curta para avaliar a IA e o WHOQOL-SRBP referente a QV nos aspectos SRBP. Foi obtido 161 respostas, as quais passaram por análise descritiva, de cluster e teste t de *Student*. A maioria dos respondentes foi do sexo feminino, encontravam-se em situação de IA (58,4%), com escolaridade até ensino médio e renda de 1 a 2 salários-mínimos. Conforme as condições socioeconômicas, os respondentes foram divididos em dois grupos, o *cluster* com condições socioeconômicas inferiores (CSI) e o *cluster* com condições socioeconômicas superiores (CSS). As CSI, não influenciou de maneira expressiva nas pontuações do WHOQOL-SRBP. A IA não interferiu nas facetas fé, força espiritual, esperança e otimismo. Porém, afetou a conexão a um ser/força espiritual, sentido da vida, totalidade/ integração, admiração e paz interior. Portanto, a IA pode interferir na QV relacionada aos aspectos SRBP, contribuindo para que os sujeitos tenham dificuldade de autodesenvolver. Também, pode acontecer das pessoas em IA utilizarem da espiritualidade/fé para o enfrentamento da situação. Assim, é necessário, a articulação entre setores para intervenções efetivas que possam garantir a Segurança Alimentar e Nutricional e contribuir na QV dos sujeitos para que tenham condições de vida favoráveis para o autodesenvolvimento.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Insegurança alimentar. Espiritualidade.

Introdução

Os direitos à vida, a saúde, à liberdade, à alimentação adequada, à terra, à água, ao trabalho, à educação, à moradia, à informação, à participação, à liberdade e à igualdade são alguns exemplos de direitos que são componentes mínimos e fundamentais na qualidade de vida dos seres humanos^{1,2}.

No presente estudo são enfatizados dois direitos fundamentais, o direito à saúde e à alimentação, embora todos os direitos supracitados sejam indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Isso significa que, os direitos são igualmente necessários para uma vida digna, e que a satisfação de um, não pode ser justificativa para a não realização de outros³.

O Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequada (DHANA) é um direito humano básico que está intimamente relacionado com a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que consiste no acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais e que tenha como base um sistema alimentar sustentável⁴. O DHANA constitui a base para a saúde visto que a alimentação e nutrição são determinantes e condicionantes da saúde⁵.

O conceito de saúde é abrangente o qual contempla as dimensões; física, mental, social e espiritual, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população também influenciam na condição de SAN dos sujeitos e coletividades, havendo, portanto, inter-relação entre saúde e SAN^{7,8}. Pode-se dizer que para ter saúde é preciso ter SAN e para se ter SAN é preciso ter saúde⁸.

Segundo a OMS, a QV é definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹. A partir desse conceito, o Grupo WHOQOL objetivou desenvolver instrumentos de perspectiva internacional e transcultural para avaliação subjetiva da QV. Com o entendimento de que a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, são aspectos centrais na QV das pessoas, desenvolveram o instrumento WHOQOL-SRBP (*spirituality, religiousness and personal beliefs-SRBP*) para avaliar especificamente esses aspectos^{10,11}.

No ano de 2020 ocorreu a propagação mundial de um novo coronavírus com alta taxa de transmissão que resultou na pandemia de COVID-19. Além do acometimento físico decorrente da contaminação, pode-se considerar que houve impactos nos aspectos

psicossociais, econômicos e espirituais dos sujeitos^{12,13}. A medida protetiva para reduzir a propagação do vírus e evitar o colapso do sistema de saúde foi o isolamento social¹⁴.

As restrições de circulação de pessoas provocaram impactos diretos no emprego e renda da população principalmente de trabalhadores informais e microempresas¹⁵. Todas essas circunstâncias acarretaram sofrimento emocional com prejuízos na saúde mental com aumento de estresse, preocupações, ansiedade, medo entre outras sensações negativas^{16,17}. No âmbito da espiritualidade/religiosidade, a literatura demonstra que os momentos de tribulações como o da pandemia, estimulou o aprofundamento na fé religiosa, no relacionamento pessoal com Deus e no desenvolvimento da espiritualidade para lidar com as adversidades^{18,19}.

Os aspectos supracitados estão envolvidos na alimentação, com destaque para o aspecto econômico e espiritual que relacionam com a temática do presente trabalho. A dificuldade financeira é um agravante para aquisição de alimentos podendo resultar em Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). É descrito na literatura, que a SAN afeta a qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais²⁰⁻²³. Todavia, até o presente momento não há investigações na literatura que verifique a interferência da IA na QV relacionada aos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais.

Nesse contexto, o presente trabalho teve por objetivo verificar no momento pandêmico de COVID-19 a situação de Insegurança Alimentar (IA) no núcleo familiar dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos, matriculados em escolas públicas municipais de cidades de pequeno porte localizadas na região sul de Minas Gerais e identificar as diferenças estatísticas entre os dois grupos (estar e não estar em situação de Insegurança Alimentar) com os aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais por meio de questionário validado WHOQOL-SRBP.

É deficiente na literatura, estudos na área de espiritualidade e saúde juntamente com a SAN. Assim, este trabalho é relevante e inovador por abordar temáticas que são alicerces para a vida humana e que não são estudadas da maneira aqui proposta, o que possibilita iniciar investigações para compreender o ser humano em sua integralidade, além de contribuir na SAN dos sujeitos dos municípios de pequeno porte, os quais possuem informações escassas. Fato esse, que pode refletir na qualidade de vida da população e repercutir positivamente para a Saúde Pública.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado entre os meses de outubro e novembro de 2020, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras (UFLA), sob protocolo nº 4.145.874 (CAAE número 32988620.2.0000.5148).

O processo amostral foi por meio de amostragem aleatória por conveniência, com inclusão de pais ou responsáveis de escolares de 5 a 11 anos matriculados na rede pública municipal de cidades de pequeno porte populacional (< 20.000 habitantes) com acesso à internet participantes da pesquisa de Avelar (2020)²⁴, com população inicial de 3446 escolares e amostra mínima de 346 respondentes ($n=N.Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N-1$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral, considerando um erro máximo de 5%). O presente trabalho, é um subprojeto em que o processo amostral foi realizado a partir da amostra mínima de 346 do projeto maior²⁴. Dessa maneira, a amostragem mínima deste estudo consistiu em 182, sendo possível obter 161 participantes.

Foi enviado questionários de natureza auto aplicada, estruturado na ferramenta Google Formulários[®]. Foram coletados dados referentes as questões: i) sociodemográficas elaboradas pelos autores (sexo, faixa etária, renda familiar média mensal, grau de escolaridade), ii) a situação de insegurança alimentar (IA) dos núcleos familiares, avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA) versão curta por meio de perguntas dicotômicas (sim/não)²⁵, iii) de qualidade de vida relacionada aos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais - WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*).

O WHOQOL-SRPB é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi utilizado para avaliar como a espiritualidade, religião e crenças pessoais, estão relacionadas com a qualidade de vida. Constituído por 32 itens, dividido em oito facetas (Conexão a ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integração; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo, fé), cada faceta com 4 perguntas que foram organizadas em escala *Likert* variando de 1 “nada”, 2 “muito pouco”, 3 “mais ou menos”, 4 “bastante” e 5 “extremamente”^{10,11}. O questionário foi preenchido levando em consideração a vivência das duas semanas antecedentes ao momento das respostas.

Os escores das facetas foram calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes as facetas supracitadas, seguido de uma divisão por quatro, sendo representados em uma escala de 1 a 5. Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores

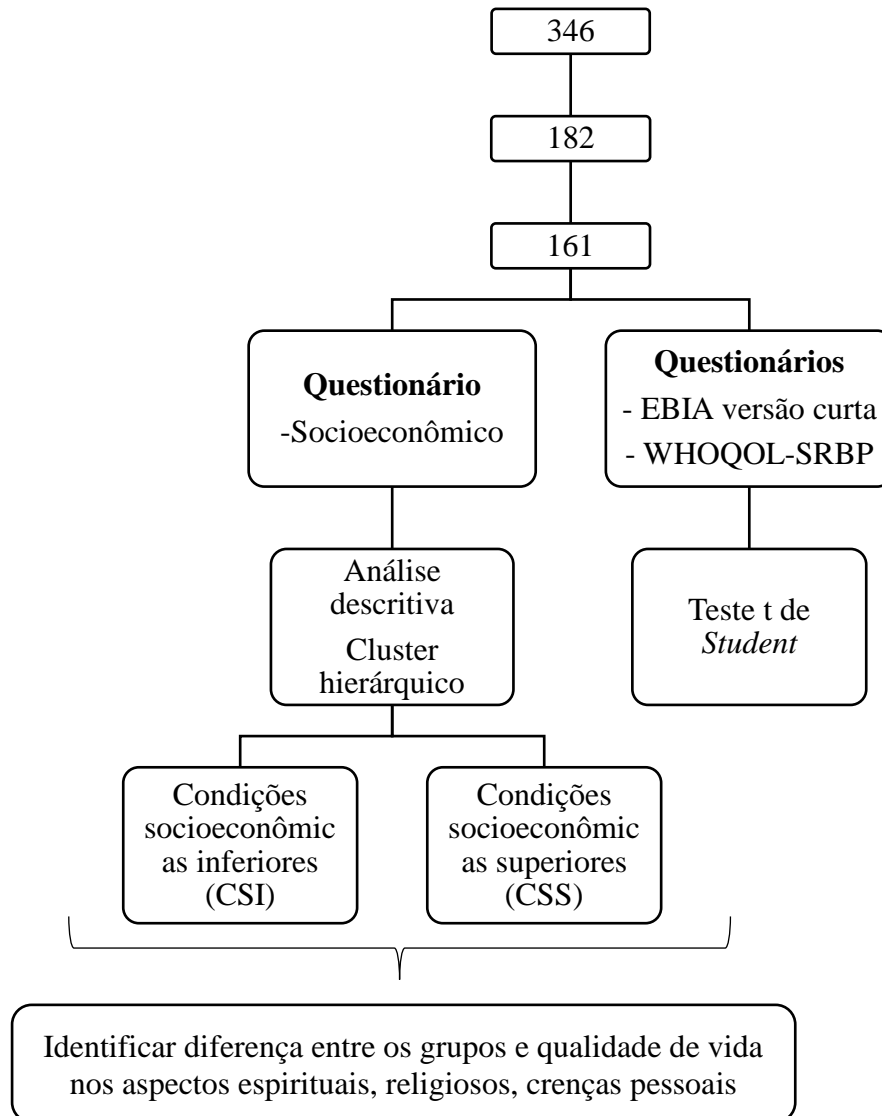
das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado é multiplicado por quatro e representado em uma escala de 4 a 20. Sendo que a pontuação mais elevada, indica melhor qualidade de vida nos aspectos SRBP²⁶.

A tabulação dos dados foi realizada no Google Planilhas[®]. Para análise foi utilizada estatística descritiva para as características da amostra, média, desvio padrão (DP) e porcentagem das questões sociodemográficas, de qualidade de vida nos aspectos, espiritualidade/religião/crenças pessoais e situação de IA. O teste t de *Student* foi utilizado para investigar possíveis diferenças de média entre os resultados do WHOQOL-SRPB e situação de IA.

Foi realizado análise de agrupamento (cluster hierárquico- método de *Ward*), para avaliar a diferença de qualidade de vida nos aspectos SRBP entre os grupos e as variáveis sociodemográficas (escolaridade, renda familiar mensal média), a situação de IA, o recebimento de auxílio emergencial e kit de gêneros alimentícios. Foi obtido dois *clusters*, o com condições socioeconômicas inferiores (CSI) e o com condições socioeconômicas superiores (CSS).

O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$ para todas as análises realizadas pelo software SPSS (IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 21.0).

Figura 01 - Organograma geral da metodologia do trabalho



Resultados

Da amostra estudada (n=161), a maioria dos respondentes foi do sexo feminino (95%), adultos entre 26 a 35 anos (43,5%), pardos (45,6%), com 12 anos de escolaridade (2º grau completo) (51,9%), com renda média entre 1 a 2 salários mínimos (72,5%) e 58,4% (n=94) das famílias encontravam-se em situação de Insegurança Alimentar (IA). Em relação aos aspectos relacionados à pandemia de COVID-19, a maior parcela da amostra (70,2%) recebeu kits de gêneros alimentícios fornecidos pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e não recebiam auxílio emergencial do governo federal (62,1%). Em relação aos aspectos

religiosos a maioria, eram cristãos (94,1%); sendo predominantemente católicos (78%) e evangélicos (16,1%). Ao realizar o agrupamento, obteve-se 75 pessoas pertencentes ao *cluster* com condições socioeconômicas inferiores (CSI) e 85 pessoas ao *cluster* com condições socioeconômicas superiores (CSS). O CSI apresentou menor nível de escolaridade, menor renda familiar mensal, com 76% da amostra recebendo até 1 salário mínimo (n=57) e 93% estavam em situação de IA (n=70). O recebimento de auxílio emergencial e kit de gêneros alimentícios foi maior na população do CSI. O perfil socioeconômico, o envolvimento religioso e a caracterização por *clusters* podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e religioso da amostra e caracterização por clusters dos responsáveis pelos escolares de municípios do interior do sul de Minas Gerais (2020).

Variáveis	n=161 (%)	CSI ¹ (n=75)	CSS ² (n=85)
Faixa etária			
18 – 25 anos	12 (7,45%)	8	4
26 – 35 anos	70 (43,48%)	62	8
36 – 45 anos	66 (41%)	59	7
46 – 55 anos	10 (6,21%)	10	-
56 – 65 anos	3 (1,86%)	3	-
Escolaridade			
Ensino médio/2º grau completo	83 (51,9%)	40	43
Curso superior completo	24 (15,0%)	8	16
Ensino médio/2º grau incompleto	8 (5,0%)	2	6
Pós-graduação	21 (13,1%)	2	19
Ensino fundamental/1º grau incompleto	12 (7,5%)	11	1
Ensino fundamental/1º grau completo	7 (4,4%)	5	2
Supletivo completo	1 (0,6%)	1	0
Supletivo incompleto	1 (0,6%)	1	0
Sem instrução	3 (1,9%)	3	0
Não responderam/ignoraram	1 (1,61%)	-	-
Sexo			

Feminino	153 (95,0%)	137	16
Masculino	8 (5%)	6	2
Raça			
Branca	65 (40,9%)	58	7
Parda	72 (45,3%)	65	7
Preta	16 (10,0%)	14	2
Amarela	2 (1,3%)	2	-
Indígena	1 (0,6%)	1	-
Prefiro não declarar	3 (1,9%)	1	2
Não responderam/ignoraram	1	-	-
Renda família média mensal			
Até 1 salário-mínimo ³	76 (47,5%)	57	19
1-2 salários-mínimos	40 (25,0%)	13	27
2-3 salários-mínimos	24 (15%)	3	21
3-4 salários-mínimos	11 (6,9%)	2	9
4-5 salários-mínimos	6 (3,8%)	0	6
5-6 salários-mínimos	2 (1,3%)	0	2
> 6 salários-mínimos	1 (0,6%)	0	1
Não responderam/ignoraram	1 (1,61%)		
Auxílio			
não	60 (37,5%)	36	64
sim	100 (62,5%)	39	21
Não responderam/ignoraram	1 (1,61%)		
kit			
não	113 (70,6%)	8	39
sim	47 (29,4%)	67	46
Não responderam/ignoraram	1 (1,61%)		
IA⁴			
não	94 (58,4%)	5	61
Sim	67 (41,6%)	70	24
Religião			
Católica	123 (76,39%)	109	14
Evangélica	26 (16,14%)	22	4

Espírita	5 (3,10%)	5	-
Testemunha de Jeová	2 (1,24%)	2	-
Umbanda	1 (0,62%)	1	-
Agnosticismo	1 (0,62%)	1	-
Ateísmo	-	-	-
Candomblé	-	-	-
Judaísmo	-	-	-
Budista	-	-	-
Não responderam/ignoraram	3 (1,86%)	-	-

¹CSI: Condições socioeconômicas inferiores

²CSS: Condições socioeconômicas superiores

³Salário mínimo de R\$1045,00 segundo o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) referente ao ano de 2020 o qual foi coletado os dados.

⁴IA: insegurança alimentar.

Fonte: Dos autores (2021).

O fato da maioria dos respondentes serem católicos pode ter contribuído para a homogeneidade dos resultados, onde foi encontrada diferença significativamente estatística apenas na faceta conexão a ser/força espiritual ($p=0,023$), indicando que a condição socioeconômica desfavorável do CSI parece não ter interferido de maneira expressiva nas pontuações do WHOQOL-SRBP (Tabela 2).

A partir da análise comparativa das pontuações das facetas de qualidade de vida e situação de IA (Tabela 3), constatou-se diferenças estatisticamente significativas entre estar e não estar em IA ($p < 0,05$) nas facetas: conexão a ser/força espiritual, sentido da vida, totalidade e integração, admiração e paz interior. A situação de IA não interferiu nas facetas esperança e otimismo, conexão a um ser/força espiritual e fé.

Tabela 2. Frequência de respostas nas facetas de espiritualidade, religião e crenças pessoais nos diferentes clusters (2020).

Facetas	Cluster	Média	Desvio-Padrão	p-valor*
Conexão com um ser ou força espiritual	1 (n=75)	3,5800	1,10294	0,023
	2 (n=85)	4,1324	0,86309	
Sentido na vida	1 (n=75)	4,0100	0,74598	0,143
	2 (n=85)	4,3029	0,51625	
Admiração	1 (n=75)	3,9233	0,71774	0,138
	2 (n=85)	4,2500	0,52042	
Totalidade e Integração	1 (n=75)	3,5967	0,77861	0,057

	2 (n=85)	3,8941	0,64593	
Força Espiritual	1 (n=75)	3,8933	0,90005	0,063
	2 (n=85)	4,2541	0,60975	
Paz Interior	1 (n=75)	3,5667	0,84463	0,108
	2 (n=85)	3,8765	0,72541	
Esperança e Otimismo	1 (n=75)	3,8667	0,75374	0,064
	2 (n=85)	4,0588	0,58458	
Fé	1 (n=75)	4,3000	0,67908	0,596
	2 (n=85)	4,3500	0,55124	

Diferenças entre as médias foram comparadas pelo teste-t de amostras independentes, sendo consideradas significativas as diferenças quando $p < 0,05$.

Fonte: Dos autores (2021).

Tabela 3. Frequência de respostas nas facetas de espiritualidade, religião e crenças pessoais e IA da população estudada (n= 161).

Facetas	IA	Média	Desvio-Padrão	p valor
Conexão com o ser ou força espiritual	Não	4,0709	0,93014	0,045*
	Sim	3,7447	1,06128	
Sentido na vida	Não	4,3433	0,56043	0,004*
	Sim	4,0479	0,68419	
Admiração	Não	4,2351	0,61987	0,026*
	Sim	4,0080	0,64388	
Totalidade e Integração	Não	3,9403	0,64121	0,009*
	Sim	3,6356	0,76347	
Força Espiritual	Não	4,2179	0,65573	0,080
	Sim	4,0000	0,84853	
Paz Interior	Não	3,9739	0,70729	0,001*
	Sim	3,5718	0,82356	
Esperança e Otimismo	Não	4,0821	0,56974	0,091
	Sim	3,8989	0,73718	
Fé	Não	4,3433	0,56882	0,827
	Sim	4,3218	0,64614	

Diferenças entre as médias foram comparadas pelo teste-t de amostras independentes, sendo consideradas significativas as diferenças quando $p < 0,05$.

Fonte: Dos autores (2021).

Discussão

O atual estudo trouxe achados importantes, sobre a insegurança alimentar (IA) no núcleo familiar dos escolares durante o período pandêmico de COVID-19 e da qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais (WHOQOL-SRBP) dos respondentes, que devido ao fator ambiental, pode repercutir na QV dos escolares. Trata-se de um trabalho inovador por ser escassos os estudos acerca da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais no campo da alimentação e nutrição, principalmente na temática da IA.

Outra relevância desta pesquisa se dá por gerar dados da população de municípios de pequeno porte, que muitas vezes ficam desassistidos em estudos e desprovidos de dados sistematizados de SAN. Isto, também se dá pelo fato desses municípios, em maioria, não aderirem ao SISAN (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) o que contribui para a deficiência de atendimentos e ações no âmbito de SAN. Isto, impede que as Políticas Públicas e Programas de SAN sejam colocados em práticas de maneira efetiva, que o Direito Humano a Alimentação e Nutrição Adequada (DHANA) seja garantido, além de inúmeros outros benefícios para sociedade.

É histórica as desigualdades sociais no mundo, as quais acabam aumentando e gerando ainda mais exclusão social para os menos favorecidos, impedindo que tenham uma vida digna e com direitos básicos garantidos²⁸. Com a pandemia de COVID-19 houve impactos negativos nas condições de vida da população, o qual repercutiu no DHANA visto o aumento da situação de IA²⁷.

Geralmente, as famílias em IA apresentam maiores índices de desemprego ou piores condições de trabalho, moradias em condições precárias, chefiadas por mulheres, com baixa renda e menor escolaridade²⁹⁻³¹. Esse fato, é evidenciado no presente estudo, em que a maioria dos respondentes estava em IA e possuíam condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo mais presente no CSI que são os sujeitos que possuem menor renda e nível de escolaridade quando comparado com o CSS, dialogando com os dados da literatura supracitados.

Neste trabalho, não foi possível afirmar que as respondentes eram as chefes da casa, todavia, é um indicativo de que nos núcleos familiares estudados, as mulheres foram as principais envolvidas. A mulher possui um papel central no núcleo familiar sendo que a QV dela poderá repercutir também na QV de outras pessoas da casa, como no contexto deste estudo, podem interferir na QV dos escolares. Assim, o cuidado da saúde da mulher é importante, pela vulnerabilidade feminina e pela influência na saúde do lar³².

As condições econômicas também afetam o consumo alimentar. Quando são desfavoráveis, impossibilitam o acesso regular e permanente e predispõe o consumo de alimentos com valores economicamente mais acessíveis, independente da qualidade nutricional visto que a prioridade é ter o acesso ao alimento³³. Em maioria, a preferência é por produtos ultraprocessados, ricos em açúcar devido ao baixo custo e pelo estímulo em campanhas de marketing das multinacionais de alimentos^{34,35}. Dessa maneira, o fator econômico é importante, pois a aquisição de alimentos pode contribuir para a redução da fome, IA³⁶ e insegurança nutricional, por dar a oportunidade do acesso ao alimento e de serem nutritivos.

Portanto, a renda é importante, mas não é o único determinante na SAN. Relacionar a existência da IAN apenas com a "disponibilidade"; o "acesso"; e a "utilização biológica" dos alimentos é uma visão reducionista e limitada. A SAN é envolvida por determinantes múltiplos e intersetoriais. O estudo realizado por Kepple e Segall Corrêa (2011) considera três níveis de determinantes (1) macrosocioeconômicos: compreendem políticas sociais, assistenciais, ambientais, econômicas; (2) regionais e locais: relacionados com os preços dos alimentos, cultura alimentar, condições higiênico-sanitárias, serviços de saúde e educação; (3) domiciliares: determinada pela renda, escolaridade, saúde, comportamentos e hábitos alimentares. Esses determinantes se relacionam e constituem a SAN no domicílio³⁷.

Percebe-se a complexidade e intersetorialidade da SAN. Há evidências nacionais e internacionais que a IA está fortemente associada a pior QV nos aspectos biopsicossociais³⁸⁻⁴¹. Todavia, não há até o presente momento, investigações na literatura que verifique a interferência da SAN na QV relacionada aos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais (*spirituality, religiousness and personal beliefs* - SRBP). Dessa maneira, é prudente não fazer comparações aleatórias para a discussão dos resultados, porém, algumas hipóteses podem ser levantadas para iniciar a compreensão das possíveis relações entre as temáticas.

Aqueles que possuem os direitos básicos violados como o DHANA, são considerados em situação de exclusão social porque se encontram excluídos das políticas sociais básicas (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação). Essa situação de vulnerabilidade se estende em outras áreas da vida, visto que a injustiça social causa desequilíbrio de relações sociais⁴², descrença em si mesmo, baixa autoestima, dificultando a capacidade de amar e de se sentir amado⁴³. Assim, acredita-se que além do risco social existe o risco pessoal o que pode repercutir na falta de perspectiva de um projeto existencial que vislumbre a melhoria da qualidade de vida⁴².

Diante as interferências supracitadas, pressupõe-se que a situação socioeconômica desfavorável pode interferir no desenvolvimento da espiritualidade dos sujeitos visto que a

literatura considera necessário três componentes; i) encontrar sentido e realização na vida; ii) ter esperança e vontade de viver, e iii) a crença e fé em si mesmo, nos outros e em Deus. Os quais estão relacionados ao propósito de vida, autoconfiança e autoestima⁴⁴ e podem ficar comprometidos nas pessoas em exclusão social como mencionado anteriormente.

Nesse sentido, é possível compreender o resultado deste estudo. No CSI, onde houve maior prevalência de IA teve mais dificuldade quando comparado ao CSS em; ter conexão a um ser ou força espiritual para resolução de problemas, ter paz interior, encontrar sentido na vida, sentir admiração, totalidade e integração. O que se relaciona ao fato da IA ser um forte estressor biológico como também psicoemocional, pois envolve a preocupação e/ou a escassez de alimento, desencadeando sentimento de exclusão e sofrimento, além de poder, contribuir para o desenvolvimento de ansiedade⁴⁵.

No contexto de IA, é compreensível a dificuldade de encontrar a paz interior e de ter sentimento de totalidade e integração visto estar relacionado com o equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo. Além disso, pode comprometer a capacidade de admiração da vida, refletindo na forma como vivem e no sentido da vida⁴⁶. Todas estas questões, refletem na qualidade de vida nos aspectos da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais como encontrado neste estudo.

Por outro lado, há registros que evidenciam que mesmo em condições desfavoráveis os sujeitos desenvolvem sua espiritualidade, pois a busca do sentido da vida se dá por uma motivação primária, conhecida como, vontade de sentido que impulsiona a busca do sentido da vida e a autorrealização, sendo que a vontade de sentido pode ser descoberta e encontrada também a partir do sofrimento⁴⁷. Como aconteceu no momento da pandemia de COVID-19, que houve maior desenvolvimento da espiritualidade⁴⁸⁻⁵⁰.

No presente estudo, foi identificado que mesmo em situação de IA não houve diferença entre estar e não estar em IA e as pontuações relacionadas as facetas, fé, força espiritual, esperança e otimismo. Isto, nos sugere que os respondentes mesmo em IA possuíam confiança em uma força espiritual interna para passar por momentos difíceis, dando destaque para o período pandêmico no qual a pesquisa foi realizada. Indicando a utilização da fé para o conforto e fortalecimento no dia a dia e que possuíam esperança e otimismo de melhorias em relação à situação a qual se encontravam⁴⁶.

Quando os sujeitos estão expostos a uma situação de risco e possuem a capacidade de enfrentamento, a literatura define como resiliência⁵¹. Sabe-se que a espiritualidade/religiosidade são fatores de proteção em momentos de estresse e que contribuem

na resiliência e no bem-estar psicológico⁴⁸, favorecendo a adoção de uma perspectiva positiva do futuro, com busca de novas maneiras de viver e adaptar⁵².

Assim, pode-se pressupor que a situação de vulnerabilidade e as consequências na vida é dependente da forma como cada sujeito interpreta e atribui significados, sendo que o sofrimento pode ou não servir como força impulsionadora para encontrar o propósito da vida e para o desenvolvimento da espiritualidade/religiosidade/crença pessoal.

Considera-se como limitações deste estudo, a coleta de dados ter sido online por excluir parte da população devido a necessidade de acesso à internet, e por não ter auxílio do pesquisador para sanar dúvidas no momento⁵³, o que pode predispor a dificuldade na interpretação e respostas desatentas.

Diante o resultado do presente estudo, conclui-se que de maneira geral há tendência da IA interferir na qualidade de vida relacionada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, fazendo com que os sujeitos tenham dificuldade de autodesenvolver⁵⁵. Como também, é possível que as pessoas em condições de vida desfavoráveis se tornem resilientes utilizando a espiritualidade/fé para o enfrentamento das circunstâncias^{18,54}.

Portanto, como indicativo deste estudo acredita-se que a violação do DHANA não é apenas a impossibilidade de acesso físico e/ou econômico aos alimentos, podendo também repercutir no desenvolvimento pessoal, inclusive nos aspectos SRBP. Assim, a garantia da SAN e de outras necessidades básicas são premissas essenciais para a qualidade de vida, para a saúde e para o autodesenvolvimento humano. Devem ser garantidas pelo poder público no âmbito nacional e internacional, além da responsabilidade ser estendida a todos os cidadãos que devem ser educados para exigibilidade e para contribuírem na garantia do direito e realização de deveres.

Nesse sentido, para mudança do cenário supracitado, é necessário que haja articulação dos setores tais como Saúde, Educação, Agricultura e Assistência Social para educar os gestores públicos, sociedade civil, profissionais de saúde, entre outros acerca da importância da temática, dos seus deveres, direitos e exigibilidades quanto cidadãos.

Por fim, o que esse estudo permite é iniciar uma visão ampliada acerca da temática, sugerindo que possivelmente o comprometimento na qualidade de vida dos sujeitos em situação de insegurança alimentar se dá nos aspectos biopsicossociais e espirituais necessitando de maiores investigações preferencialmente por pesquisas qualitativas com entrevistas em profundidade para compreensão das possíveis interrelações na saúde, no autodesenvolvimento e por consequência na qualidade de vida dos sujeitos.

Agradecimentos

Os autores agradecem especialmente aos nutricionistas, aos respondentes e secretários (as) de Educação dos municípios participantes da pesquisa pela colaboração.

Referências

1. Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA dos, Souza R de C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2000. doi:10.1590/s1413-81232000000100006
2. Valéria Burity, Thaís Franceschini FV, Carvalho, Elisabetta Recine, Marília Leão M de F. *Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional*. Brand. Published online 2010.
3. Burity V, Franceschini T, Valente F. *O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*.; 2013.
4. Brasil. Lei n.º 11.346 - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN.; 2006.
5. BRASIL. LEI Nº 12.864, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Published online 2013.
6. WHO. Amendments to the Constitution Report by the Secretariat. *Fifty-Second World Health Assembly*. 1999;79(April):1-7.
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Published online 2007. doi:10.1590/s0103-73312007000100006
8. Alves KP de S, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2014. doi:10.1590/1413-812320141911.08072014
9. WHO WHO. *Whoqol User Manual: Programme on Mental Health*.; 1998.
10. Fleck MPDA, Skevington S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB | Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007;34(SUPPL. 1):146-149. doi:10.1590/S0101-60832007000700018
11. Panzini RG, Maganha C, da Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs*. 2011;45(1):153-165. doi:10.1590/S0034-89102011000100018
12. Chrispino A. Contribuições singulares em tempos de incertezas. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2022;30(114):1-10. doi:10.1590/s0104-40362022003001140001
13. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(6):510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017
14. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *The Lancet Global Health*. 2020;8(4). doi:10.1016/S2214-109X(20)30074-7

15. SILVA ML, da SILVA RA. Economia brasileira pré, durante e pós-pandemia do covid-19: impactos e reflexões. Observatório Socioeconômico da COVID-FAPERGS. Published online 2020.
16. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(6):510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017
17. Ficanha EE, Silva EV da, Rocha VMP, et al. Aspectos biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020;9(8). doi:10.33448/rsd-v9i8.6410
18. Koenig HG. Ways of Protecting Religious Older Adults from the Consequences of COVID-19. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020;28(7). doi:10.1016/j.jagp.2020.04.004
19. Branimir Margetic, Tina Peraica, Kristina Stojanovic, Dragutin Ivanec. Espiritualidade, personalidade e sofrimento emocional durante a pandemia de COVID-19 na Croácia. *Journal of Religion and Health*. Published online 2022:1-13.
20. Hanmer J, DeWalt DA, Berkowitz SA. Association between Food Insecurity and Health-Related Quality of Life: a Nationally Representative Survey. *Journal of General Internal Medicine*. Published online 2021. doi:10.1007/s11606-020-06492-9
21. Lima RLFC de, Silva M de F, Gomes NIG, Silva JNC da, Viana MACBM, Vianna RP de T. Diferenças na qualidade de vida e insegurança alimentar entre homens e mulheres vivendo com HIV/Aids no estado da Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2021. doi:10.1590/1413-81232021269.2.33992019
22. Edwards T, White L V., Lee N, et al. Effects of comorbidities on quality of life in Filipino people with tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Published online 2020. doi:10.5588/ijtld.19.0734
23. Liang Y. Satisfaction with economic and social rights and quality of life in a post-disaster zone in China: Evidence from earthquake-prone Sichuan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Published online 2015. doi:10.1017/dmp.2015.7
24. Avelar BA. Insegurança alimentar e práticas alimentares durante pandemia de COVID-19 em domicílios do Sul de Minas Gerais. Published online 2020:88.
25. Santos LP dos, Lindemann IL, Motta JV dos S, Mintem G, Bender E, Gigante DP. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar Proposal of a short-form version of the Brazilian Food Insecurity Scale. *Rev Saúde Pub*. Published online 2014.
26. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Conexões*. Published online 2011. doi:10.20396/conex.v9i1.8637717
27. Santos KOB, Fernandes R de CP, Almeida MMC de, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG de. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(12). doi:10.1590/0102-311x00178320
28. da Silva DR, Moulin DA. A tributação sobre o consumo e as desigualdades sociais no estado de crise socioeconômica. *Revista Direito UFMS*. 2017;3(1). doi:10.21671/rdufms.v3i1.2978
29. Araújo ML de, Mendonça R de D, Lopes Filho JD, Lopes ACS. Association between food insecurity and food intake. *Nutrition*. Published online 2018. doi:10.1016/j.nut.2018.02.023

30. Dos Santos Aires J, Martins MC, Joventino ES, Ximenes LB. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *ACTA Paulista de Enfermagem*. Published online 2012. doi:10.1590/S0103-21002012000100018
31. Interlenghi GDS, Salles-Costa R. Inverse association between social support and household food insecurity in a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutrition*. Published online 2015. doi:10.1017/S1368980014001906
32. Santos IF dos, Netto L. Implicações da multiplicidade de atribuições para a saúde da mulher. *Research, Society and Development*. 2021;10(12):e376101220415. doi:10.33448/rsd-v10i12.20415
33. Guerra LD da S, Cervato-Mancuso AM, Bezerra ACD. Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2019. doi:10.1590/1413-81232018249.20302017
34. Pereira MG, Assumpção D de, Barros MB de A, Zangirolani LTO. Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados em adultos: evidências do Inquérito ISACamp 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2021. doi:10.1590/1413-81232021269.2.31062019
35. Machado PP, Claro RM, Canella DS, Sarti FM, Levy RB. Price and convenience: The influence of supermarkets on consumption of ultra-processed foods and beverages in Brazil. *Appetite*. 2017;116. doi:10.1016/j.appet.2017.05.027
36. Facchini LA, Nunes BP, Motta JV dos S, et al. insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: Magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cadernos de Saude Publica*. Published online 2014. doi:10.1590/0102-311X00036013
37. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2011. doi:10.1590/s1413-81232011000100022
38. Souza-Esquerdo VF de, Bergamasco SMPP, Oliveira JTA de, Oliveira É de S. Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em assentamentos rurais. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2015;20(1):13. doi:10.20396/san.v20i1.8634619
39. Russell JC, Flood VM, Yeatman H, Wang JJ, Mitchell P. Food insecurity and poor diet quality are associated with reduced quality of life in older adults. *Nutrition & Dietetics*. 2016;73(1):50-58. doi:10.1111/1747-0080.12263
40. Gany F, Leng J, Ramirez J, et al. Health-Related Quality of Life of Food-Insecure Ethnic Minority Patients With Cancer. *Journal of Oncology Practice*. 2015;11(5):396-402. doi:10.1200/JOP.2015.003962
41. Sharkey JR, Johnson CM, Dean WR. Relationship of Household Food Insecurity to Health-Related Quality of Life in a Large Sample of Rural and Urban Women. *Women & Health*. 2011;51(5):442-460. doi:10.1080/03630242.2011.584367
42. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2005. doi:10.1590/s1413-81232005000200013
43. Mendonça MHM de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cadernos de Saúde Pública*. Published online 2002. doi:10.1590/s0102-311x2002000700012

44. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*. 2017;29(3):263-282. doi:10.1080/09540261.2017.1285553
45. Perez-Escamilla R, Pinheiro de Toledo Vianna R, de Toledo Vianna P. Food Insecurity and the Behavioral and Intellectual Development of Children: A Review of the Evidence. Vol 3.; 2012. <http://digitalcommons.library.tmc.edu/childrenatrisk/vol3/iss1/9>
46. Pedroso B, Gutierrez G, Picinin C. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais: análise do instrumento WHOQOL-SRPB. *Revista Eletrônica Fafit/Faciv*. Published online 2012.
47. Campos L dos S, Cunha LSP. A busca pelo sentido da vida em meio a exclusão: um estudo logoterápico com pessoas em situação de rua. 2016;5(2):175-190.
48. Gohar A, Carvalho AB de, Brandão C da F. Implication of social isolation on mental health during the Covid-19 pandemic: a look at its religious and spiritual coping. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*. Published online December 8, 2021:2073-2085. doi:10.22633/rpge.v25iesp.4.15941
49. Cafezeiro A, Lúcia Gonçalves de Oliveira Cunha A, Claudine De La Longuiniere A, da Conceição Quirino dos Santos da Silva M, Luiz Bomfim dos Santos A, Donha Yarid S. A espiritualidade no enfrentamento de crises globais. *Revista Pró-UniverSUS*. 2020;11(2). doi:10.21727/rpu.v11i2.2367
50. Sant G, Duarte Silva C, Beatriz Aguiar Vasconcelos M. Espiritualidade e a Pandemia Da COVID-19: Um Estudo Bibliográfico Spirituality and the COVID-19 Pandemic: A Literary Analysis. Vol 31.; 2020.
51. Margaça C, Rodrigues D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2019;31(2):150. doi:10.22409/1984-0292/v31i2/5690
52. Simão MJP, Saldanha V. Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. Published online 2012. doi:10.15343/0104-78092012362291302
53. Vasconcellos L. E-Surveys: Vantagens e Limitações Dos Questionários Eletrônicos via Internet No Contexto Da Pesquisa Científica Innovation & Organizational Culture View Project Metodologia Da Pesquisa Em Administração View Project.; 2007. www.cgi.br
54. Junior CA, Uchôa SMDM, Boff D, Diniz LAJB, Ferreira FJF, Barros LM de. (Re)significando acontecimentos e (re)definindo estratégias por meio da resiliência: espiritualidade como fenômeno de crescimento e desenvolvimento psicoemocional em tempos de pandemia. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(2). doi:10.34117/bjdv7n2-349
55. Deb S, McGirr K, Sun J. Spirituality in Indian University Students and its Associations with Socioeconomic Status, Religious Background, Social Support, and Mental Health. *Journal of Religion and Health*. 2016;55(5). doi:10.1007/s10943-016-0207.

ARTIGO 2**Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e comportamento alimentar de responsáveis por escolares de municípios mineiros de pequeno porte**

Journal of Nutrition Education and Behavior*

Rayane Oliveira Santos¹, Bruna Aparecida Avelar², Rafaela Corrêa Pereira^{1,3}, Michel Cardoso de Angelis-Pereira¹

1 Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Lavras, Lavras - MG

2 Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto - MG

3 Departamento de Ciências Agrárias, Instituto Federal de Minas Gerais, Bambuí -MG

Autor para correspondência

Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Lavras; Lavras - MG, Brasil; CEP 37200-900; Caixa postal: 3037; rayaneost@gmail.com; +55 35 998021765

*Poderá passar por adequações solicitadas pela revista.

RESUMO

Objetivo: Analisar e buscar correlações entre as variáveis; qualidade de vida (QV) nos aspectos espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (QV- SRBP), comportamento alimentar (CA) e práticas alimentares de responsáveis por escolares de instituições públicas municipais do sul de Minas Gerais.

Métodos: Para a investigação, foram enviados questionários via aplicativos de mensagens (*WhatsApp*); socioeconômico, EBIA versão curta para avaliar a IA, o de práticas alimentares, WHOQOL-SRBP referente a QV- SRBP, TFEQ-21 para avaliar a alimentação emocional (AE), restrição cognitiva (RC) e descontrole alimentar (DA). As análises estatísticas realizadas foram; descritivas, de *cluster*, correlação de *Pearson* e *Spearman*.

Resultados: Obteve-se 161 respostas, onde o CA mais frequente foi o da AE e o da RC, os quais estiveram correlacionados. Indicando que a maioria das pessoas com AE tiveram tendência de ter comportamentos de RC. O DA foi o menos presente e esteve correlacionado com o consumo de alguns marcadores negativos. Dentre as práticas alimentares, foi comum o consumo de ultraprocessados, principalmente de produtos açucarados. Em contrapartida, as práticas relacionadas aos marcadores positivos não se mostraram habituais, condizendo com o contexto nacional. Na correlação do CA com os aspectos SRBP foi encontrado correlação significativa com a RC ($p=0,04$), mas não com a AE e com o DA ($p>0,05$).

Conclusão: Com a correlação entre o WHOQOL- SRBP e o comportamento de RC, concluiu-se que o CA, em específico de RC, pode estar interrelacionado com os aspectos SRBP. Indicando que o CA não deve ser analisado de maneira fragmentada, devido à complexidade e os múltiplos fatores que podem estar associados. Assim, há necessidade de investigações detalhadas, em profundidade como pesquisas qualitativas e de ações continuadas de Educação Alimentar e Nutricional para melhoria do comportamento alimentar, assim como Educação em Saúde para contribuição na QV dos sujeitos.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Comportamento alimentar. Espiritualidade.

INTRODUÇÃO

A importância de considerar o ser humano na integralidade é evidenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quando propõe o conceito de saúde englobando os aspectos biopsicossocial e espiritual¹. A espiritualidade, religião e crenças pessoais são aspectos centrais na qualidade de vida (QV) e contribuem positivamente na saúde dos sujeitos^{2,3}. Para mensurar a QV nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais foi desenvolvido o questionário WHOQOL-SRBP (*World Health Organization Quality of Life instrument-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*)⁴.

Nota-se que os fatores biológicos, psicológicos e sociais ainda são os mais considerados no cuidado em saúde, com negligência para o aspecto espiritual⁵. Esse cenário pode estar relacionado com a atual conjuntura social com predominância da materialidade o que dificulta a abordagem dos aspectos subjetivos no cuidado como a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais⁶.

No campo da alimentação e nutrição, também é necessário a compreensão dos múltiplos fatores envolvidos no comportamento alimentar, como os fisiológicos, psicológicos e ambientais (socioeconômicos, demográficos, culturais)⁷. Acredita-se que a espiritualidade, crenças pessoais e a religião também influenciam nas escolhas alimentares⁸⁻¹⁰.

Entretanto, a subjetividade envolvida no CA como a espiritualidade ainda é pouco abordada, com predominância da valorização bioquímica dos alimentos¹¹. O que parece não estar sendo um cenário favorável visto que é ascendente o número de problemas relacionados a alimentação e nutrição seja pelo comprometimento do estado nutricional e/ou pela presença de alterações no comportamento alimentar^{12,13}, as quais já são manifestas na sociedade moderna como; restrição cognitiva (RC), alimentação emocional (AE) e descontrole alimentar (DA)¹⁴.

Alguns estudos demonstram que a espiritualidade/religiosidade contribuem na moderação de comportamentos alimentares impulsivos¹⁵, nos efeitos e sintomas de transtornos alimentares^{16,17}. Também há achados negativos¹⁸, o que é esperado devido à subjetividade acerca de ambas as temáticas.

Todavia, até o presente momento há escassez de dados na literatura sobre as possíveis interrelações da qualidade de vida nos aspectos WHOQOL-SRBP com o comportamento e práticas alimentares, principalmente de estudos brasileiros visto que os achados supracitados são de pesquisas internacionais. Portanto, é necessário iniciar discussões com o levantamento de hipóteses para futuras investigações em profundidade que possam contribuir para a

abordagem dos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais no cuidado dos sujeitos, em específico no campo da alimentação e nutrição.

Nesse contexto, o presente trabalho teve por objetivo analisar o comportamento alimentar, as práticas alimentares, a qualidade de vida nos aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais e possíveis correlações entre as variáveis de pais/responsáveis por escolares na faixa etária de 5 a 11 anos, matriculados em escolas públicas municipais de cidades de pequeno porte localizadas na região sul de Minas Gerais.

Assim, foi considerado pertinente investigar as temáticas no público alvo do trabalho por se tratar de pessoas que residem em municípios de pequeno porte os quais as informações são escassas. Outro fator relevante da pesquisa é a implicação que pode ter na Saúde Pública, visto que ao investigar os pais/responsáveis dos escolares pode colaborar para intervenções por meio de programas e políticas públicas que visem melhorar o contexto dos escolares para que cresçam em um ambiente promotor de saúde o que poderá repercutir positivamente no cenário de Saúde Pública visto que os hábitos adquiridos na infância podem repercutir por toda a vida¹⁹.

MÉTODOS

Amostra

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado entre os meses de outubro e novembro de 2020, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras (UFLA), sob protocolo nº 4.145.874 (CAAE número 32988620.2.0000.5148).

O público alvo foi pais ou responsáveis de escolares de 5 a 11 anos matriculados na rede pública municipal de ensino de cidades no interior do sul de Minas Gerais com população inferior a 20.000 habitantes com acesso à internet, selecionados por amostragem aleatória por conveniência, como parte do projeto maior como descrito no trabalho de Avelar (2020)²⁰ que teve como população inicial 3446 escolares e amostra mínima de 346 respondentes ($n=N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral, considerando um erro máximo de 5%). O cálculo amostral deste trabalho, embasou nos 346 respondentes do projeto inicial²⁰, obtendo 182 participantes como amostra mínima.

Instrumentos de avaliação

Para coleta de dados, foi enviado questionário de natureza auto aplicada, estruturado na ferramenta Google Formulários®.

Os dados coletados foram: i) os sociodemográficos por meio de questões elaboradas pelos autores (sexo, faixa etária, renda familiar média mensal, grau de escolaridade), ii) a situação de insegurança alimentar (IA) dos núcleos familiares, avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIAN) versão curta por meio de perguntas dicotômicas (sim/não)²¹, iii) as práticas alimentares mediante 24 itens para verificar concordância ou discordância com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), referentes ao consumo alimentar, planejamento das refeições, escolhas alimentares e comensalidade²², iv) a qualidade de vida relacionada aos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais - WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*), v) três dimensões do comportamento alimentar: alimentação emocional, restrição cognitiva e descontrole alimentar - *TFEQ-R21 (The Three Factor Eating Questionnaire)*.

A escala de práticas alimentares foi estruturada em escala de frequência (“nunca”, “raramente”, “muitas vezes”, “sempre”) com a pontuação calculada pela soma simples das respostas às quais são atribuídos valores de 0 a 3 podendo variar de 0 a 72 pontos. Os 13 itens alinhados com as recomendações do GAPB são pontuados de forma que a resposta com concordância total seja aquela com o maior valor (sempre = 3 pontos); os 11 itens contrários às recomendações do GAPB são pontuados inversamente (nunca = 3 pontos). Para fins de classificação, foram classificadas em 3 diferentes escores: primeiro escore (< 31 pontos) sugere mudanças nas práticas alimentares para alcançar uma alimentação saudável; segundo escore (31 - 41 pontos) orienta que está no caminho para ter uma alimentação saudável; terceiro escore (> 41 pontos) que possui uma alimentação saudável²³.

O WHOQOL-SRPB é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizado para avaliar como a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas com a qualidade de vida. É composto por 32 itens, agrupados em oito facetas (Conexão a ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integração; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo, fé), cada faceta com 4 perguntas que foram

apresentadas em escala *Likert* variando de 1 “nada”, 2 “muito pouco”, 3 “mais ou menos”, 4 “bastante” e 5 “extremamente”^{24,25}.

Os escores das facetas foram calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes as facetas supracitadas, seguido de uma divisão por quatro, sendo representados em uma escala de 1 a 5. Os escores dos domínios foram calculados por meio da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado foi multiplicado por quatro e representado em uma escala de 4 a 20. Sendo que o escore maior é indicativo de melhor qualidade de vida nos aspectos SRBP²⁶.

O TFEQ-21 foi utilizado para analisar os aspectos relacionados ao comportamento alimentar em três escalas: 1) restrição cognitiva (RC) (6 itens) referente à proibição alimentar como forma de controlar/modificar o peso ou a forma corporal; 2) alimentação emocional (AE) (6 itens) relacionado a propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais negativos, como solidão, ansiedade e depressão; 3) descontrole alimentar (DA) (9 itens) sobre a tendência de perder o controle alimentar ingerindo grandes quantidades de alimentos geralmente desencadeada por algum estímulo externo durante um curto período de tempo¹⁴.

As 21 perguntas foram dadas em uma escala *Likert* de probabilidade e frequência com 4 pontos para os itens de 1 a 20, e uma escala de classificação numérica de 8 pontos para a questão 21. Antes de calcular as pontuações do domínio, os itens de 1 a 16 foram codificados reversamente (pontuação 1 codificada como 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1) e o item 21 foi registrado da seguinte maneira: 1 a 2 pontos, codificado como 1; 3 a 4 pontos → 2; 5 a 6 pontos → 3; 7 a 8 pontos → 4¹⁴.

O resultado encontrado em cada uma das escalas de comportamento foi calculado e transformado em pontuação de 0 a 100 para identificar a tendência de descontrole alimentar, restrição cognitiva e alimentação emocional dos sujeitos avaliados¹⁴.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no Google Planilhas[®] e analisados pelo software SPSS (IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 21.0). Foi utilizada a estatística descritiva para as características da amostra, média, desvio padrão (DP) e porcentagem das questões; sociodemográficas, de qualidade de vida nos aspectos espiritualidade/religião/crenças pessoais, do comportamento alimentar e das práticas alimentares. Para verificar a relação entre as variáveis do comportamento alimentar (TFEQ-R21) e qualidade de vida (WHOQOL-SRPB)

foi feita a correlação de *Pearson* e a correlação de *Spearman* para averiguar as correlações entre o comportamento alimentar e as práticas alimentares.

Foi realizada a análise de agrupamento (cluster hierárquico- *Ward method*), conforme as variáveis sociodemográficas, resultando em dois *clusters*, o com condições socioeconômicas inferiores (CSI) e o com condições socioeconômicas superiores (CSS). Para avaliar a diferença de qualidade de vida nos aspectos SRBP entre os grupos e estar ou não em situação de IA. E o teste t de *Student* para comparar os escores referentes ao WHOQOL-SRBP e ao comportamento alimentar entre os *clusters* CSI e CSS.

Para todas as análises, foi estabelecido o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Da amostra estudada (n=161), os respondentes foram predominantemente do sexo feminino (95%), adultos entre 26 a 35 anos (43,5%), de cor de pele parda (45,6%), com 12 anos de escolaridade (2º grau completo) (51,9%), com renda média entre 1 a 2 salários mínimos (72,5%) e encontravam-se em situação de Insegurança Alimentar (IA) (58,4%). Em relação aos aspectos religiosos, 94,1% eram cristãos, sendo 78% católicos e 16,1% evangélicos. Na Tabela 1 consta a caracterização sociodemográfica e envolvimento religioso da amostra.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e envolvimento religioso dos responsáveis pelos escolares de municípios do interior do sul de Minas Gerais (2020).

Variável	n (%)
Faixa etária	
18 – 25 anos	12 (7,5%)
26 – 35 anos	70 (43,5%)
36 – 45 anos	66 (41,0%)
46 – 55 anos	10 (6,2%)
56 – 65 anos	3 (1,9%)
Sexo	
Feminino	153 (95,0%)
Masculino	8 (5%)
Raça	
Branca	65 (40,6%)
Parda	73 (45,6%)
Preta	16 (10,0%)
Amarela	2 (1,3%)
Indígena	1 (0,6%)
Prefiro não declarar	3 (1,9%)
Não responderam/ignoraram	1
Escolaridade	

Sem instrução	3 (1,9%)
Ensino fundamental/1º grau incompleto	12 (7,5%)
Ensino fundamental/1º grau completo	7 (4,4%)
Ensino médio/2º grau incompleto	8 (5,0%)
Ensino médio/2º grau completo	83 (51,9%)
Supletivo incompleto	1 (0,6%)
Supletivo completo	1 (0,6%)
Curso superior incompleto	-
Curso superior completo	24 (15,0%)
Pós-graduação	21 (13,1%)
Não responderam/ignoraram	1
Renda	
Até 1 salário mínimo*	76 (47,5%)
1 - 2 salários mínimos	40 (25,0%)
2 - 3 salários mínimos	24 (15%)
3 - 4 salários mínimos	11 (6,9%)
4 - 5 salários mínimos	6 (3,8%)
5 - 6 salários mínimos	2 (1,3%)
> 6 salários mínimos	1 (0,6%)
Não responderam/ignoraram	1
IA	
Sim	94 (58,4%)
Não	67 (41,6%)
Religião/crença	
Católica	124 (78,0%)
Evangélica	26 (16,4%)
Espírita	5 (3,1%)
Testemunha de Jeová	2 (1,3%)
Umbanda	1 (0,6%)
Agnosticismo	1 (0,6%)
Ateísmo	-
Candomblé	-
Judaísmo	-
Budista	-
Não responderam/ignoraram	2 (1,2%)

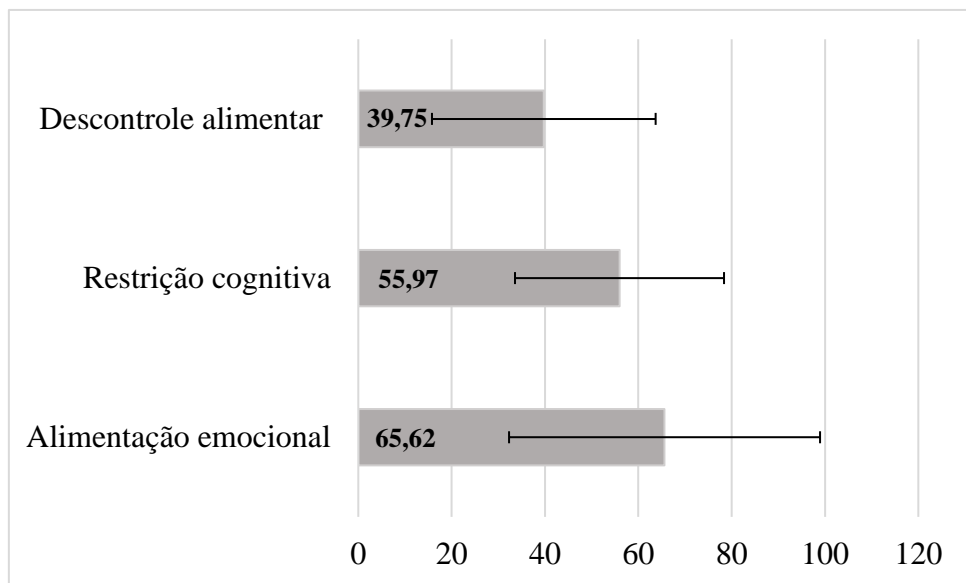
Fonte: Dos autores (2021).

¹Salário mínimo de R\$1045,00 segundo o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) referente ao ano de 2020 o qual foi coletado os dados.

²IA: insegurança alimentar.

Na amostra estudada, o comportamento alimentar mais frequente foi o da alimentação emocional (AE) (média = 65,62 pontos), seguido da restrição cognitiva (RC) e com menor percentual o descontrole alimentar (DA) (Figura 1).

Figura 1. Caracterização da amostra estudada de acordo com as médias e desvio-padrão dos escores obtidos do The Three Factor Eating Questionnaire - TFEQ-21 (n=161).



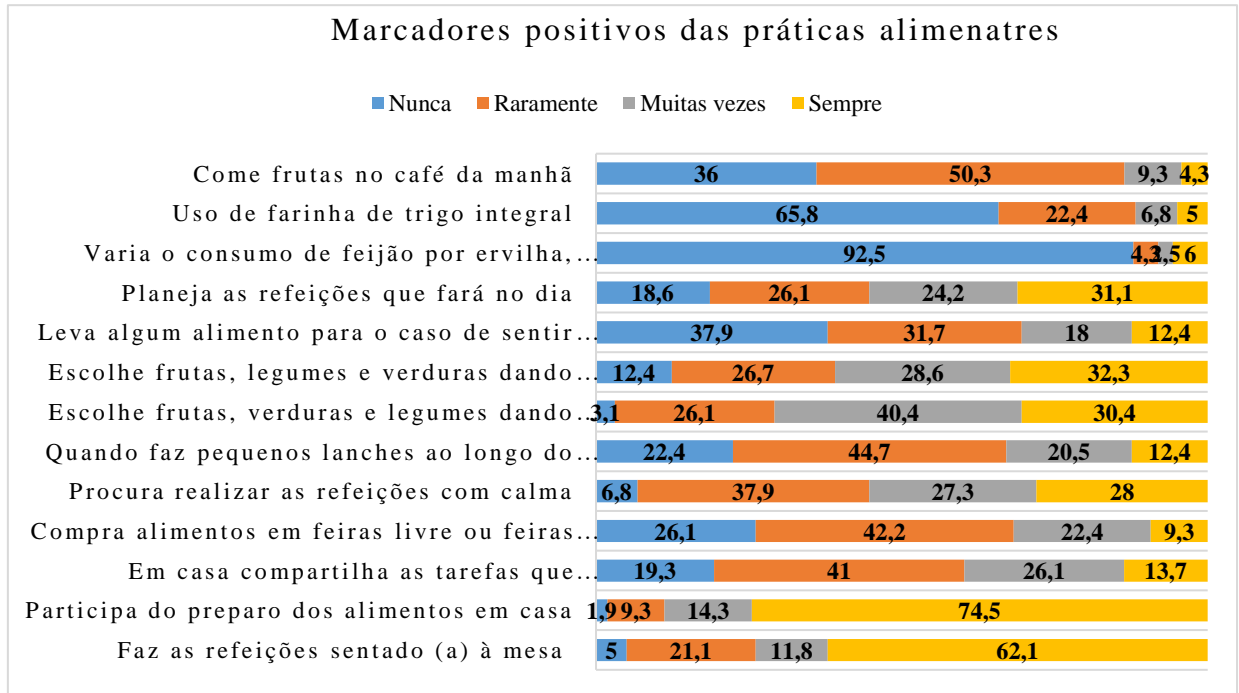
Fonte: Dos autores (2021).

Em relação aos marcadores positivos de práticas alimentares (Figura 2), foi observado que a maioria dos respondentes não possuía o hábito de: consumir farinha integral (88,2%), variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico (96,8%), consumir frutas no café da manhã (86,3%) e levar frutas e castanhas nos lanches (67,1%). Grande parte da amostra assinalou preferir o consumo de frutas, legumes e verduras orgânicos (60,9%) e que fossem de produção local (70,8%), porém poucos possuíam o hábito de comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua (31,7%). Mais da metade da amostra costumavam planejar as refeições diárias (55,3%), porém sobre levar algum alimento caso sentissem fome, a maioria não levava (69,6%). Quanto à comensalidade a maioria afirmou comer com calma (55,3%), sentados à mesa (73,9%), não deixando de comer para resolver outras coisas no momento das refeições (75,8%) e não comer sentado no sofá ou na cama (72,7%) ou na mesa de trabalho, ou estudo (93,2%). Grande parcela afirmou compartilhar tarefas (60,3%) e a participar do preparo dos alimentos (88,8%).

Dentre os marcadores negativos (Figura 3), não foi comum o hábito de frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes (14,3%) e o consumo de refrigerante (34,8%). No entanto, ingestão de açúcar e produtos ultraprocessados se fez presente de outras maneiras, como no hábito de adoçar o café ou chá (80,1%), consumir bebidas açucaradas (55,3%) e outras guloseimas como balas, chocolates (50,3%). Uma parcela considerável dos respondentes (41%) costumava pular pelo menos uma das refeições principais (almoço/jantar), 29,8% substituíam essas importantes refeições por alimentos que são de baixo valor nutricional como sanduíches,

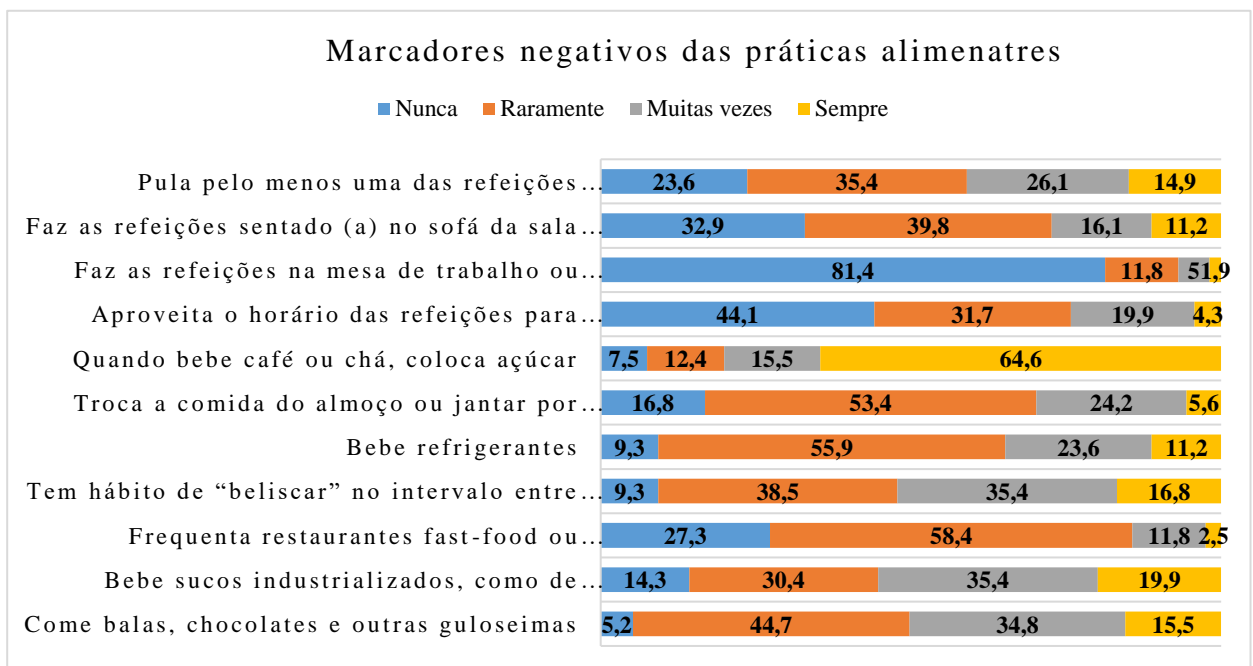
salgados ou pizza, além da maioria, possuir hábito beliscador nos intervalos das refeições (52,2 %).

Figura 2. Marcadores positivos do questionário de práticas alimentares dos responsáveis pelos escolares (n=161).



Fonte: Dos autores (2021).

Figura 3. Marcadores negativos do questionário de práticas alimentares dos responsáveis pelos escolares (n=161).



Fonte: Dos autores (2021).

Na correlação entre o CA e as práticas alimentares foi estatisticamente significativa; o costume de consumir refrigerante ($p=0,005$), frequentar restaurantes fast food ou lanchonetes ($p=0,003$) com o descontrole alimentar. A prática de fazer as refeições sentado (a) no sofá da sala ou cama com a RC ($p=0,005$) e com a AE ($p=0,03$) (Tabela 3).

Tabela 2. Correlação de *Spearman* entre o comportamento alimentar (TFEQ-R21) e as práticas alimentares.

Variáveis	Desvio padrão	p-valor*
Descontrole alimentar	Você costuma beber refrigerante?	0,005
	Você costuma frequentar restaurantes ou fast foods ou lanchonete?	0,003
Restrição alimentar	Você costuma fazer suas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama?	0,005
Alimentação emocional	Você costuma fazer suas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama?	0,03

Fonte: Dos autores (2021).

Com a análise de agrupamento, obteve-se 75 pessoas pertencentes ao CSI e 85 pessoas ao CSS. A condição socioeconômica dos grupos não influenciou no comportamento alimentar dos respondentes, visto que não houve diferença estatística ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Entre os comportamentos alimentares, foi estatisticamente significativa a relação entre alimentação emocional e a restrição cognitiva ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Na correlação do comportamento alimentar com os aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais foi encontrado que a maior pontuação no escore global do WHOQOL- SRBP estava correlacionado ($p < 0,05$) com maior intensidade do comportamento de restrição cognitiva ($p=0,04$), e não houve correlação com a AE e com o DA (Tabela 6).

Tabela 3. Médias e desvio-padrão dos escores obtidos do The Three Factor Eating Questionnaire - TFEQ-21.

Comportamento	Cluster	Média	Desvio-Padrão	p-valor*
Descontrole alimentar	1 (n=75)	38,2216	22,88678	0,753
	2 (n=85)	41,5678	23,37594	
Restrição Cognitiva	1 (n=75)	54,2804	20,63513	0,309
	2 (n=85)	58,1052	23,12340	
Alimentação emocional	1 (n=75)	65,3151	32,84639	0,691
	2 (n=85)	66,6669	33,33405	

Diferenças entre as médias foram comparadas pelo teste-t de amostras independentes, sendo consideradas significativas as diferenças quando $p < 0,05$.

Fonte: Dos autores (2021).

Tabela 4. Correlação de *Pearson* das dimensões do comportamento alimentar (TFEQ-R21).

Comportamento Alimentar	Comportamento alimentar	Coefficiente de correlação	p-valor*
Restrição cognitiva	Descontrole alimentar	0,89	0,261
	Alimentação emocional	0,709	< 0,001
Descontrole alimentar	Alimentação emocional	0,128	0,107

Fonte: Dos autores (2021).

Tabela 5. Correlação de *Pearson* dos escores do WHOQOL-SRBP e do TFEQ-R21.

Comportamento Alimentar	ESCORE (WHOQOL-SRBP)	p-valor*
Restrição cognitiva	0,162	0,040
Descontrole alimentar	0,091	0,107
Alimentação emocional	0,022	0,254

Fonte: Dos autores (2021).

DISCUSSÃO

Em relação aos comportamentos alimentares, foi possível perceber a predominância da AE, que está relacionada com a busca por alimentos devido à dificuldade de lidar com as

emoções²⁷. Vale destacar que a pesquisa foi realizada no contexto pandêmico de COVID-19 que causou alterações nos aspectos biopsicossocial, espiritual e econômicos dos sujeitos²⁸ refletindo também no CA, principalmente pelo aumento da ansiedade e do consumo de produtos ultraprocessados²⁹⁻³¹. Esses dados também apresentam relevâncias para se formar bases de estudos e novas contextualizações holísticas diante o tema após a pandemia.

Estudos apontam que situações estressantes aumentam a AE levando a episódios de DA principalmente para fins compensatórios, o qual poderia amenizar os sentimentos negativos gerados por uma situação estressante e causar uma sensação de conforto^{32,33}. Nessas ocasiões, há tendência de descontroles alimentares com o consumo de produtos alimentícios com teores alto de açúcar e gordura³⁴. Isto, converge com o dado do presente estudo, pois o DA esteve correlacionado com os marcadores negativos de práticas alimentares, como o costume de consumir refrigerante e frequentar restaurantes *fast food* ou lanchonetes.

Destaca-se, que a responsabilidade do consumo alimentar não deve ser transferida apenas para os sujeitos, há enfrentamentos relacionados aos excessos alimentares. Com destaque para algumas barreiras como: a indústria de alimentos que induz o consumo que elaboram produtos com porções exageradas extremamente palatáveis e calóricos, além da ignorância pública, incluindo representantes políticos dos efeitos deletérios na saúde das dietas ricas em energia e pobres em nutrientes^{35,36}.

Nesse estudo, não foi estatisticamente significativo o comportamento de DA com a AE e RC. Importante pensar, que o comportamento de DA pode não ter sido muito comum na amostra e estar correlacionado com a AE como sugerido na literatura³⁷, devido à maioria dos respondentes estar em situação de insegurança alimentar (IA), ou seja, encontram-se com disponibilidade incerta ou limitada de adquirir alimentos nutricionalmente adequados e seguros. Assim, a oferta de alimentos reduzida pode não predispor a excessos alimentares, embora ainda tenha sido frequente a ingestão alimentar por emoção.

Dessa maneira, nota-se a relevância de investigar a multidimensionalidade do comportamento alimentar, incluído a população em IA, para compreensão além do acesso alimentar, pois o comer emocional pode prejudicar a segurança alimentar visto que recorrer ao alimento como resposta a uma emoção pode resultar em menos alimentos disponíveis, contribuindo para IA quantitativa e qualitativa, pelo fato dos alimentos normalmente consumidos na AE serem ricos em açúcar, gorduras e pobres em fibras, vitaminas e minerais³⁸.

Segundo os registros literários, a espiritualidade contribui para a redução de emoções consideradas ‘negativas’ como ansiedade e depressão³⁹ e nos impulsos humanos^{15,40-42}, o que pode refletir no CA por ter relação com a impulsividade e as emoções do ser humano⁴³, podendo

indicar que as pessoas com maior nível de espiritualidade podem ser menos tendenciosas a buscar alimentos para lidar com as situações da vida. Dessa maneira, acredita-se que uma das hipóteses para a ausência de correlação neste estudo da AE e do DA com os aspectos SRBP pode ser pelo fato desses comportamentos gerarem prejuízos biopsicossociais e interferir na qualidade de vida⁴⁴. Partindo do pressuposto que o ser humano é interligado, não deve desvincular as esferas física, mental, social e espiritual. Assim, acredita-se que prejuízos biopsicossociais como supracitado, podem influenciar negativamente no desenvolvimento da espiritualidade, interferindo também na QV nos aspectos SRBP.

O resultado da correlação entre práticas alimentares e AE não converge com os dados da literatura, no qual não foi possível verificar o consumo de alimentos açucarados com o comer emocional como mencionado anteriormente. A correlação estatisticamente significativa foi da AE com a realização das refeições em ambientes inapropriados como sentado no sofá ou na cama o que predispõe o consumo alimentar de forma inconsciente, rápida e sem degustação, como referenciado na literatura^{45,46}.

Esse comportamento, se opõe a comensalidade e o comer em ação de graças, os quais fazem parte da sociedade desde a antiguidade, inclusive na Sagrada Escritura, todavia, encontra-se em decadência^{47,48}. Isso, pode ter influência do consumismo da atual sociedade que repercute também na relação com o alimento que passou a ser reduzido a uma mercadoria para fins lucrativos, com produtos alimentícios fabricados com realçadores de sabor e com substâncias cancerígenas como corantes e conservantes, para estimular o sistema hedônico dos sujeitos e o consumo excessivo, sem preocupação das consequências a saúde⁴⁹.

No presente estudo, houve correlação entre a AE e a RC, o que indica que a maioria das pessoas com AE tiveram tendência de ter comportamentos de RC. Isso, pode estar relacionado ao fato da RC influenciar a AE por ligar diretamente o sujeito ao alimento por meio de causas cognitivas e/ou sensoriais, como também é possível a AE influenciar a RC, pois quando as pessoas em RC são expostas a situações que desencadeiam emoções como sentir-se entediado, deprimido, ansioso, triste ou tensionado faz com que elas tenham desinibição o que leva ao DA e como método compensatório retorna a RC⁵⁰⁻⁵¹, permanecendo no ciclo da RC (restrição → emoção → descontrole → restrição)³⁷.

Foi estatisticamente significativo o comportamento de RC com maiores pontuações no WHOQOL-SRBP, indicando que aqueles com predisposição de RC tiveram maiores pontuações no WHOQOL-SRBP. Na literatura é evidenciado a espiritualidade/religiosidade associada ao comportamento de restringir a alimentação como forma de curar o corpo e a alma por meio do jejum⁵². Todavia, a coleta de dados da restrição do presente estudo não dialoga

com os propósitos e objetivos das restrições realizadas com cunho espiritual como supracitado. O comportamento de RC investigado por meio do TFEQR21 são relacionadas com a materialidade devido às regras colocadas a corpos com objetivo estético, vinculados a comportamentos de fazer dieta, descrito na literatura como *dieters*⁵³ o que desvincula do caráter transcendente, visto que as práticas de jejuns espirituais não visam buscar melhorias de aspectos corporais relacionados a estética.

Partindo do princípio de que são cenários opostos a preocupação excessiva com o corpo e o desenvolvimento da espiritualidade⁶, pode-se considerar algumas possíveis hipóteses para tal resultado. Sabe-se que as tentativas de controlar a ingestão alimentar muitas vezes vem acompanhada de prejuízos psíquicos, como frustração e sofrimento, expressando um mal-estar contemporâneo⁵⁴. É mencionado na literatura científica que a religião/religiosidade contribuiu para a moderação dos efeitos de distúrbios alimentares^{16,55}, principalmente, relacionado à autoestima⁵⁶, liberdade de culpa, vergonha e “falha alimentar”⁵⁷ e que a espiritualidade esteve relacionada com menor sintomatologia de transtornos alimentares¹⁷. Assim, é comum a busca da religiosidade/espiritualidade para lidar com os sofrimentos^{58,59}.

Com as referências literárias supracitadas^{16,17,55,56,57,58,59}, observa-se que a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais interferiu no comportamento alimentar. Todavia, não é suficiente para sustentar os resultados deste estudo. Com a correlação entre o WHOQOL-SRBP e o comportamento de RC, conclui-se que o CA, em específico de RC, pode estar interrelacionado com os aspectos SRBP. Indicando que o CA não deve ser analisado de maneira fragmentada, devido à complexidade e os múltiplos fatores que podem estar associados. Assim, há necessidade de investigações detalhadas, em profundidade como pesquisas qualitativas devido à complexidade em avaliar aspectos espirituais e comportamentais por haver interferências de fatores intrínsecos (subjativos) e extrínsecos (ambiente que vive, pobreza, segurança alimentar).

É mencionado na literatura a importância de considerar a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais no cuidado^{61,62} por contribuírem para mudanças de comportamento e promoção da saúde⁶³. Destaca-se, que devido subjetividade de cada pessoa, há possibilidade de interpretações e ações variadas. Por isso, essas temáticas precisam ser abordadas juntamente com a Educação em Saúde, para a população, principalmente na atenção primária de saúde (APS) por ser a porta de entrada de cuidado dos sujeitos⁶¹, para pensarem e comportarem com autonomia, e serem capazes de adotar práticas e atitudes favoráveis a saúde⁶². Para existir educação em saúde efetiva necessita-se da formação de

profissionais policompetentes⁶³ capazes de articular diversos saberes para poderem compreender, valorizar e intervir assertivamente nas dimensões do ser humano.

Como também, há necessidade de avaliar as práticas alimentares juntamente com o CA devido à correlação existente, como foi visto que o descontrole alimentar esteve correlacionado com marcadores negativos de consumo e o ambiente inapropriado estar relacionado com a AE. Isto, nos diz que quando as práticas alimentares são estudadas isoladamente, pode não ser compreendida de maneira assertiva, visto a referência que o ambiente e o CA pode ter nas escolhas alimentares. Além disso, a alta frequência da alimentação emocional indica que o CA deve ser investigado em públicos variados visto que, mesmo em situação de IA foi uma prática comum, o que pode contribuir negativamente para a disponibilidade de alimentos. Também, foi possível observar, o consumo de ultraprocessados como uma prática comum, principalmente de produtos açucarados. Em contrapartida, as práticas relacionadas aos marcadores positivos não se mostraram habituais, condizendo com o contexto nacional onde é comum este cenário, principalmente em pessoas de baixa renda⁶⁷.

Assim, também é importante intervenções no campo da alimentação e nutrição. Sendo sempre necessário realizar ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), conforme seus princípios, servindo de pilares para promoção da saúde e da conscientização dos aspectos biopsicossociais e espirituais que envolvem o ato de alimentar na tentativa de resgatar a cultura alimentar, os sentidos e significados, além de promover o conhecimento nutricional que é essencial e efetivo quando trabalhado juntamente a outras dimensões do sujeito.

O presente estudo trouxe achados importantes sobre a qualidade de vida segundo os aspectos espirituais/religiosos/crenças pessoais (WHOQOL-SRBP), alterações no comportamento alimentar (CA) e práticas alimentares. A investigação com o público alvo do trabalho é importante por se tratar de pessoas que residem em municípios de pequeno porte nos quais as informações desses territórios são escassas, além disso, por buscar compreender o ambiente que os escolares estão inseridos, pois, poderão sofrer influência do meio. Além disso, é um trabalho inovador por trazer discussões acerca da espiritualidade e comportamento alimentar, os quais são alicerces da existência humana, e que a correlação entre eles é pouco documentada na literatura.

Assim, as interpretações quantitativas como propostas no presente estudo são para iniciar o levantamento de dados e contribuição para futuras pesquisas. Sendo relevante, pesquisas que busquem investigar a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais como protetores ou não para as alterações do comportamento alimentar (AE, RC, DA). A busca pela

compreensão holística, poderá possibilitar mudança do adoecimento atual da sociedade, contribuindo para a QV biopsicossocial e espiritual dos sujeitos.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos colaboradores da pesquisa, em especial aos nutricionistas, aos respondentes e secretários (as) de Educação dos municípios participantes da pesquisa.

Referências

1. WHO. Amendments to the Constitution Report by the Secretariat. *Fifty-Second World Health Assembly*. 1999;79(April):1-7.
2. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: Research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2013;28(1):103-128. doi:10.5935/1678-9741.20130015
3. Dodani S, Arora S, Sealey-Potts C, Christie C, Aldridge P, Kraemer D. Healthy eating and living spiritually (HEALS): An efficacious model for hypertension control in american african churches. *Hypertension*. 2014;64.
4. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2000. doi:10.1590/s1413-81232000000100004
5. Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(12). doi:10.1136/bmjopen-2018-023758
6. Monteiro D da MR. *Espiritualidade e Saúde Na Sociedade Do Espetáculo.*; 2007.
7. Klotz-Silva J, Prado SD, Seixas CM. Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(4):1103-1123. doi:10.1590/s0103-73312016000400003
8. Cohen AB, Hall DE, Koenig HG, Meador KG. Social Versus Individual Motivation: Implications for Normative Definitions of Religious Orientation. *Personality and Social Psychology Review*. 2005;9(1):48-61. doi:10.1207/s15327957pspr0901_4
9. Cohen AB. You can learn a lot about religion from food. *Current Opinion in Psychology*. 2021;40:1-5. doi:10.1016/j.copsyc.2020.07.032
10. Pereira MG, Faria S, Lopes H. Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: the Moderator Role of Spirituality. *Obesity Surgery*. 2019;29(4):1207-1215. doi:10.1007/s11695-018-03669-4
11. Scrinis G. On the Ideology of Nutritionism. In: *Food History: Critical and Primary Sources.* ; 2017. doi:10.5040/9781474220156.ch-020

12. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*. 2017;5(1):1-10. doi:10.1186/s40337-017-0186-7
13. M. Christopher AMLS. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22- Year Follow-Up. *Physiol Behav*. 2016;176(1):100–106. doi:10.4088/JCP.15m10393.Recovery
14. Natacci LC, Ferreira Júnior M. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*. 2011;24(3):383-394. doi:10.1590/s1415-52732011000300002
15. Graca Pereira M, Faria S, Lopes H, et al. Quality of Life One Year After Bariatric Surgery: the Moderator Role of Spirituality. *OBESITY SURGERY*. 2019;29(4):1207-1215. doi:10.1007/s11695-018-03669-4
16. Pivarunas B. A Qualitative Exploration of a Faith-based Support Group for Women with Disordered Eating. *PASTORAL PSYCHOLOGY*. 2016;65(2):215-225. doi:10.1007/s11089-015-0675-z
17. Boisvert JA, Harrell WA. The impact of spirituality on eating disorder symptomatology in ethnically diverse Canadian women. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(8):729-738.
18. Thomas J, O'Hara L, Tahboub-Schulte S, Grey I, Chowdhury N. Holy anorexia: Eating disorders symptomatology and religiosity among Muslim women in the United Arab Emirates. *Psychiatry Research*. 2018;260:495-499. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.082
19. Gil JM, Takourab S. Socio-economics, food habits and the prevalence of childhood obesity in Spain. *Child: Care, Health and Development*. 2017;43(2):250-258. doi:10.1111/cch.12408
20. Avelar BA. Insegurança alimentar e práticas alimentares durante pandemia de COVID-19 em domicílios do Sul de Minas Gerais. Published online 2020:88.
21. Santos LP dos, Lindemann IL, Motta JV dos S, Mintem G, Bender E, Gigante DP. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar Proposal of a short-form version of the Brazilian Food Insecurity Scale. *Rev Saúde Pub*. Published online 2014.
22. Gabe KT, Jaime PC. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Public Health Nutrition*. Published online 2019. doi:10.1017/S1368980018004123
23. Gabe KT, Jaime PC. Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos, 2018. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil*. 2020;29(1):e2019045. doi:10.5123/S1679-49742020000100019
24. Fleck MPDA, Skevington S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB | Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2007;34(SUPPL. 1):146-149. doi:10.1590/S0101-60832007000700018
25. Panzini RG, Maganha C, da Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs*. 2011;45(1):153-165. doi:10.1590/S0034-89102011000100018

26. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Conexões*. Published online 2011. doi:10.20396/conex.v9i1.8637717
27. Rower HB, Olinto MTA, Gonçalves TR, Pattussi MP. The role of emotional states in fruit and vegetable consumption in Brazilian adults. *Ciencia e Saude Coletiva*. Published online 2017. doi:10.1590/1413-81232017222.00982016
28. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(6):510-512. doi:10.1056/NEJMp2008017
29. Buckland NJ, Swinnerton LF, Ng K, et al. Susceptibility to increased high energy dense sweet and savoury food intake in response to the COVID-19 lockdown: The role of craving control and acceptance coping strategies. *Appetite*. 2021;158:105017. doi:10.1016/j.appet.2020.105017
30. Poskute AS, Nzesi A, Geliebter A. Changes in food intake during the COVID-19 pandemic in New York City. *Appetite*. 2021;163:105191. doi:10.1016/j.appet.2021.105191
31. Sadler JR, Thapaliya G, Jansen E, Aghababian AH, Smith KR, Carnell S. COVID-19 Stress and Food Intake: Protective and Risk Factors for Stress-Related Palatable Food Intake in U.S. Adults. *Nutrients*. 2021;13(3):901. doi:10.3390/nu13030901
32. Tomiyama AJ, Dallman MF, Epel ES. Comfort food is comforting to those most stressed: Evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36(10):1513-1519. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.04.005
33. Ricca V, Castellini G, Io Sauro C, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009;53(3):418-421. doi:10.1016/j.appet.2009.07.008
34. Ayton A, Ibrahim A, Dugan J, Galvin Eimear, Wright Oliver. Ultra-processed foods and binge eating: A retrospective observational study. *Nutrition*. 2021;84.
35. Borges CA, Gabe KT, Canella DS, Jaime PC. Caracterização das barreiras e facilitadores para alimentação adequada e saudável no ambiente alimentar do consumidor. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(suppl 1). doi:10.1590/0102-311x00157020
36. Dantas RR, Silva GAP da. The role of the obesogenic environment and parental lifestyles in infant feeding behavior. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019;37(3):363-371. doi:10.1590/1984-0462/2019;37;3;00005
37. dos Santos Quaresma MV, Marques CG, Magalhães ACO, dos Santos RVT. Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. *Nutrition*. 2021;90:111223. doi:10.1016/j.nut.2021.111223
38. Oliveira MR de, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2012;17(3):469-476. doi:10.1590/S1413-294X2012000300016
39. Caribe AC, Vasconcelos Rocha MF, Martins Junior DF, et al. Religiosity and Impulsivity in Mental Health Is There a Relationship? *JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*. 2015;203(7):551-554. doi:10.1097/NMD.0000000000000316

40. PAULA JJ DE. Religiosity is a moderator of the relationship between impulsivity and internalizing symptoms. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2017;44(1):20-22. doi:10.1590/0101-60830000000108
41. Yousaf S, Malik MS. Evaluating the influences of religiosity and product involvement level on the consumers. *Journal of Islamic Marketing*. 2013;4(2):163-186. doi:10.1108/17590831311329296
42. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. *Neuron*. 2011;69(4):680-694. doi:10.1016/j.neuron.2011.01.020
43. Souza MPG, Sampaio R, Cavalcante ACM, Arruda SPM, Pinto FJM. Comportamento alimentar e fatores associados em servidores: contribuições para a saúde coletiva. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020;18(63). doi:10.13037/ras.vol18n63.6162
44. Ogden J, Coop N, Cousins C, et al. *Distraction, the Desire to Eat and Food Intake: Towards an Expanded Model of Mindless Eating.*; 2013.
45. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar Para a População Brasileira*. 2nd ed.; 2014. www.saude.gov.br/bvs
46. David Ahasay J. *Food and Faith: Making Food and Eating Choices Based on Evidence and Faith*. Vol 268.; 2018. <http://digitalcommons.georgefox.edu/dmin/268>
47. Jönsson H, Michaud M, Neuman N. What is commensality? A critical discussion of an expanding research field. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(12). doi:10.3390/ijerph18126235
48. Carvalho MC da VS, Luz MT, Prado SD. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Published online 2011:155-163.
49. Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR, Sirey JA, Faith MS. Depressive mood and obesity in US adults: Comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity*. Published online 2006. doi:10.1038/sj.ijo.0803122
50. Rutters F, Nieuwenhuizen AG, Lemmens SGT, Born JM, Westerterp-Plantenga MS. Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity*. Published online 2009. doi:10.1038/oby.2008.493
51. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. *Psychoneuroendocrinology*. Published online 2001. doi:10.1016/S0306-4530(00)00035-4
52. Natacci LC, Ferreira Junior M. *The Three Factor Eating Questionnaire - R21 (TFEQ-R21): Tradução, Aplicabilidade, Comparação a Um Questionário*. Universidade de São Paulo; 2009.
53. Wilhelmi de Toledo F, Buchinger A, Burggrabe H, et al. Leitlinien zur Fastentherapie. *Complementary Medicine Research*. 2002;9(3):189-198. doi:10.1159/000064270
54. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. *Restrained Eating Behavior and Obesity*. Vol 18.; 2005.

55. Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*. Published online 2010. doi:10.1590/s1413-73722010000300015
56. Doumit R, Khazen G, Katsounari I, Kazandjian C, Long J, Zeeni N. Investigating Vulnerability for Developing Eating Disorders in a Multi-confessional Population. *Community Mental Health Journal*. 2017;53(1):107-116. doi:10.1007/s10597-015-9872-6
57. Henderson AK, Ellison CG. My Body is a Temple: Eating Disturbances, Religious Involvement, and Mental Health Among Young Adult Women. *Journal of Religion and Health*. 2015;54(3):954-976. doi:10.1007/s10943-014-9838-y
58. Lycett D, Patel R, Coufopoulos A, Turner A. Protocol of taste and see: A feasibility study of a church-based, healthy, intuitive eating programme. *Religions (Basel)*. 2016;7(4). doi:10.3390/rel7040041
59. Meneguim S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;58:102805. doi:10.1016/j.iccn.2020.102805
60. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*. 2017;29(3):263-282. doi:10.1080/09540261.2017.1285553
61. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med*. Published online 2015.
62. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med*. 2014;48(3):199-215. doi:10.2190/PM.48.3.e
63. Seale JP, Fifield J, Davis-Smith YM, et al. Developing culturally congruent weight maintenance programs for African American church members. *Ethn Health*. 2013;18(2):152-167. doi:10.1080/13557858.2012.708914
64. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO de, Pereira PHB, Guabiraba KP de L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2021;31(1). doi:10.1590/s0103-73312021310109
65. Jacirema M, Gon F, Este R. Educação em saúde: uma experiência transformadora. 2004;57(6):761-763.
66. De E, Carvalho A. *Saberes Complexos e Educação Transdisciplinar Complex Knowledge and Transdisciplinary Education*. Vol 32.; 2008.
67. Cantanhede, J. P., de Castro Elói, L., da Silva Carvalho, S. L., Figueiredo, R. C., Fileni, C. H. P., de Camargo, L. B., & dos Prazeres Campos, J. S. Possíveis complicações que levam ao desenvolvimento da obesidade na população de baixa renda na cidade de Belém-PA. *Revista CPAQV—Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida Vol, 13(1), 2;2021*.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento live e esclarecido – tcle dos pais ou responsáveis pelos escolares

I - TÍTULO DO TRABALHO EXPERIMENTAL

Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) diante cenário da pandemia de Coronavírus

Pesquisadores Responsáveis:

Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira; professor do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde; Departamento de Nutrição; Universidade Federal de Lavras; (35) 3829 0992; deangelis@ufla.br

Bruna Aparecida Avelar, discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde; Departamento de Nutrição; Universidade Federal de Lavras; (35) 99916-4178; brunaavelar@outlook.com

Rayane Oliveira Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde; Departamento de Nutrição; Universidade Federal de Lavras; (35) 99802-1765; rayaneost@gmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Lavras, Dep. de Nutrição

Local da coleta de dados: online

Prezado (a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária da Universidade Federal de Lavras.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.
- Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

II - OBJETIVOS

Avaliar a IAN e possíveis alterações nas práticas alimentares e espirituais devido a pandemia de Coronavírus e elaborar material didático para escolares (faixa etária de 5 a 11 anos) da rede pública que possam ser executados por públicos variados, incluindo leigos em nutrição como pais/responsáveis e professores, após aplicação será avaliado a aceitabilidade e eficiência do material desenvolvido.

III - JUSTIFICATIVA

A pesquisa propõe avaliar possíveis mudanças em seus hábitos e práticas alimentares, práticas espirituais e IAN que pode ter ocorrido devido a pandemia de Coronavírus. E a partir dessa perspectiva desenvolver materiais de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que possam ser utilizados por vocês, o que auxiliará na adoção de melhores hábitos alimentares. Portanto, o

estudo se justifica uma vez que é importante conhecer as mudanças ocorridas e ter recursos que auxiliem nos hábitos alimentares, por meio de EAN.

IV - PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO

AMOSTRA

Pais ou responsáveis de escolares matriculados em escolas municipais da rede pública na faixa etária de 5 a 11 anos.

ETAPAS DA PESQUISA

Avaliação de alterações de práticas alimentares, insegurança alimentar e relação da espiritualidade e alimentação: O questionário on-line a ser aplicado é estruturado em questões divididas em seis sessões. Com questões sociais e demográficas, questões que avaliam práticas alimentares, insegurança alimentar e nutricional, avaliar possíveis fatores associados a espiritualidade, alimentação e saúde e conhecimentos em nutrição e habilidades culinárias.

Desenvolvimento de material didático: Após aplicação de questionários será desenvolvido material para auxílio de práticas alimentares, que será enviado aos participantes da pesquisa que interessarem.

Avaliação do material didático: Posteriormente será avaliada a aceitabilidade por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores e o grau de conhecimento pelos questionários de conhecimento em nutrição e práticas alimentares previamente enviados. Ambos serão enviados em formato digital.

V - RISCOS ESPERADOS

Este trabalho garante risco mínimo aos participantes da pesquisa. Poderá ocorrer algum desconforto durante as entrevistas, no entanto, a privacidade (o espaço) de todos os participantes será respeitada e suas identidades serão mantidas em sigilo (segredo). Os questionários serão separados por 6 sessões, a fim de minimizar a fadiga, desconfortos e riscos.

VI - BENEFÍCIOS

A sua participação no estudo não acarretará em custos e não será disponibilizada ao voluntário qualquer compensação financeira adicional, exceto no caso de danos decorrentes da pesquisa. Com a participação na pesquisa, você estará contribuindo com o estudo que pretende obter informações referentes as mudanças de práticas alimentares e espirituais devido pandemia de Coronavírus e desenvolvimento de material didático para ser aplicado por leigos em nutrição em crianças. Além disso, você irá contribuir para a pesquisa que vai gerar benefícios para a sociedade.

VII - SIGILO

As informações coletadas durante este estudo serão confidenciais (secretas) e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes e o local da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

VIII - RETIRADA DO CONSENTIMENTO

Você tem a liberdade de deixar de colaborar com o estudo, sem precisar se justificar e sem qualquer prejuízo ao atendimento a que poderia ter em qualquer departamento da UFLA. Você poderá também, após terem sido realizadas as etapas do estudo, retirar seus dados dos resultados da pesquisa e optar por não responder alguma pergunta que não ache pertinente.

IX - CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Não há previsão de suspensão (interrupção) da pesquisa. A mesma será encerrada quando as informações desejadas forem obtidas e as etapas do estudo concluídas, ou seja, ao final do trabalho, ou diante da desistência do participante.

X - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(Questões obrigatórias a serem respondidas pelo respondente antes de ter acesso às questões do questionário)

Certifico que, tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Assim, eu autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima.

NOME COMPLETO _____

RG _____

* OBS.: Este termo será inserido na plataforma digital de coleta das respostas (Google Formulário) e sua visualização poderá diferir do formato aqui apresentado.

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFLA. Endereço – Campus Universitário da UFLA, Pró-reitoria de pesquisa, COEP, caixa postal 3037. Email: coep@nintec.ufla.br Telefone: 3829-5182.

No caso de qualquer emergência entrar em contato com a pesquisadora responsável no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Lavras. Telefones de contato: (35) (3829-0992) ou (35) 99916-4178 ou (35) 99802-1765 (Celulares dos pesquisadores).

APÊNDICE B - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus

Pesquisador: Michel Cardoso De Angelis Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32988620.2.0000.5148

Instituição Proponente: Universidade Federal de Lavras

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.145.874

Apresentação do Projeto:

Resposta: O projeto tem por objetivo avaliar a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) e possíveis alterações nas práticas alimentares e espirituais devido a pandemia de Coronavírus, e a partir dessa perspectiva elaborar material didático de Educação Alimentar. Trata-se de uma pesquisa com pais ou responsáveis de escolares matriculados em escolas municipais de diversas cidades de MG na faixa etária de 5 a 11 anos e com acesso à internet que serão convidados a partir de contatos serão fornecidos por nutricionistas responsáveis técnicos do PNAE contribuintes da pesquisa mediante autorização das Secretárias Municipal de Educação. O propósito é avaliar a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) e possíveis alterações nas práticas alimentares e espirituais devido a pandemia de Coronavírus, e a partir dessa perspectiva elaborar material didático de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) que possa ser aplicado aos escolares pelos

pais/responsáveis no atual momento de distanciamento social e que posteriormente possa ser utilizado como recurso secundário por outros públicos como professores e nutricionistas no processo educacional. Será avaliada a aceitabilidade e a eficácia do material desenvolvido. Pretendem entrevistar 400 famílias

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a IAN das famílias dos escolares de 5 a 11 anos em cidades mineiras diante cenário da pandemia de Coronavírus por meio de questionário validado;

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037

Bairro: PRP/COEP

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3829-5182

E-mail: coep@nirtec.ufla.br

Continuação do Parecer: 4.145.874

- Avaliar consumo alimentar e práticas espirituais dos pais ou responsáveis dos escolares por meio de questionários validados;
- Avaliar se houve alterações nas práticas alimentares e espirituais dos pais ou responsáveis em decorrência da pandemia de Coronavírus;
- Avaliar se as práticas espirituais dos pais ou responsáveis estão relacionadas com a saúde e/ou com as práticas alimentares;
- Desenvolver material didático intervencional para ser utilizado primariamente pelos pais ou responsáveis com os escolares, e de forma secundária por outros públicos como professores e nutricionistas baseando-se na RESOLUÇÃO Nº 6, DE 8 DE MAIO DE 2020, que dispõe sobre ações de EAN no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE);
- Avaliar conhecimentos em nutrição dos pais ou responsáveis antes e após aplicação do material didático por meio de questionário validado;
- Avaliar adequação e aplicabilidade do material didático, bem como se houve mudanças dos hábitos alimentares após aplicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão conformes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante bem justificada no panorama atual de pandemia. Ela permitirá conhecer os estado nutricional de crianças em idade escolar e suas famílias sob o olhar de diversas variáveis envolvidas como acesso, hábitos e espiritualidade, além de propor contribuições que poderão melhorar a situação de segurança alimentar das pessoas durante e pós-pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos pendentes e de forma satisfatória

Recomendações:

Atendeu a todas as recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todas as pendências. Sem novas pendências.

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037

Bairro: PRPICOEP

CEP: 37.200-000

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3829-5182

E-mail: coep@nirtec.ufa.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS**



Continuação do Parecer: 4.145.874

Desejamos sucesso na execução do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao Final do experimento o pesquisador deverá enviar relatório final, indicando ocorrências e efeitos adversos quando houver.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1569387.pdf	07/07/2020 22:53:12		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	07/07/2020 20:45:14	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
Outros	Termos_assentimento.pdf	07/07/2020 20:42:19	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
Outros	Informacoes_Basicas_versao2.pdf	07/07/2020 20:41:55	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
Outros	comentarios_eticos_versao2.pdf	07/07/2020 20:40:44	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao2.pdf	07/07/2020 20:40:20	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao2.pdf	07/07/2020 20:39:07	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/06/2020 17:06:45	Michel Cardoso De Angellis Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAVRAS, 09 de Julho de 2020

Assinado por:
Giancarla Aparecida Botelho Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037

Bairro: PRP/COEP

CEP: 37.200-000

UF: MG Município: LAVRAS

Telefone: (35)3829-5182

E-mail: coep@nintec.ufia.br


APÊNDICE C – Termos de aceite das secretarias e Nutricionistas do PNAE

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, autorizo acesso aos nomes e contatos dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Bom Sucesso - Minas Gerais.

Bom Sucesso, 30 de junho de 2020


 Assinatura
 Silmar Francisco dos Santos
 Secretário Municipal de Educação
 e Cultura

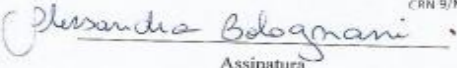
Secretário Municipal de Educação de Bom Sucesso - Minas Gerais
 Nome: Silmar Francisco dos Santos
 CPF: 043.804.916-09


Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, contribuirei na aquisição dos dados dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Bom Sucesso - Minas Gerais.

Bom Sucesso, 30 de junho de 2020


 Assinatura
 CPF: 543.070.236-68


 Alessandra Bolognani
 Nutricionista
 CRN 9/MG - 3709

Alessandra Bolognani, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Bom Sucesso– Minas Gerais, CRN9-3709.

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, autorizo acesso aos nomes e contatos dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Ibituruna - Minas Gerais.

Ibituruna, 01 de julho de 2020



Queila Sousa Teixeira

Secretária Municipal de Educação de Ibituruna- Minas Gerais

Nome: Queila Sousa Teixeira

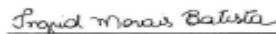
CPF: 041.440.566-86

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, contribuirei na aquisição dos dados dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Ibituruna - Minas Gerais.

Ibituruna, 01 de julho de 2020



Assinatura

CPF: 350.521.928-27

Ingrid Moraes Batista, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Ibituruna – Minas Gerais, CRN9- 22373/P

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, autorizo acesso aos nomes e contatos dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Natércia - Minas Gerais.

Natércia, 30 de junho de 2020


Assinatura

Secretária Municipal de Educação de Natércia - Minas Gerais
Nome: Lizete Faria Ribeiro
CPF: 323.667.876-34

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, contribuirei na aquisição dos dados dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Natércia - Minas Gerais.

Natércia, 30 de junho de 2020


Assinatura

CPF: 105.553.496-24

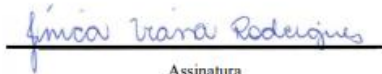
Thiago Bastos de Almeida, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Natércia - Minas Gerais, CRN9-21214

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, contribuirei na aquisição dos dados dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Santo Antônio do Amparo - Minas Gerais.

Santo Antônio do Amparo, 30 de junho de 2020.



Assinatura

CPF: 103.189.536-17

Jéssica Viana Rodrigues, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Santo Antônio do Amparo – Minas Gerais, CRN9-16098

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, autorizo acesso aos nomes e contatos dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Santo Antônio do Amparo - Minas Gerais.

Santo Antônio do Amparo, 30 de junho de 2020



Ana Carolina Tomaz de Carvalho
Secretária Municipal de Educação

Secretária Municipal de Educação de Santo Antônio do Amparo- Minas Gerais
Nome: Ana Carolina Tomaz de Carvalho
CPF: 053.338.926-79

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, autorizo acesso aos nomes e contatos dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Itutinga - Minas Gerais.

Itutinga, 15 de setembro de 2020



LIVIAN NATIELE SILVA
Secretária de Educação
Prefeitura Municipal de Itutinga

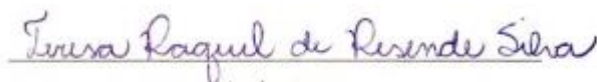
Livian Natiele Silva
CPF: 070.634.136-86
Secretária Municipal de Educação

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, contribuirei na aquisição dos dados dos pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Ijaci - Minas Gerais.

Ijaci, 17 de julho de 2020.



Assinatura

CPF: 037.507.236-56

Teresa Raquel de Resende Silva, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Ijaci – Minas Gerais, CRN9 - 5026



SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

NAZARENO - MINAS GERAIS
Praça Nossa Senhora do Nazareno s/n - Centro
Nazareno/MG - CEP: 38.328-005 - Tel: (35) 3842-1442
CNPJ: 18.567.551/0001-51 - INSC. EST.: 158170



DECLARAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, declaro estar ciente da realização da pesquisa com os pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Nazareno - Minas Gerais.

Nazareno, 16 de julho de 2020.


Rita de Cássia Ribeiro Alves
Secretaria Municipal de Educação
Secretaria Municipal de Educação

Secretaria Municipal Educação de Nazareno - Minas Gerais

Nome: Rita de Cássia Ribeiro Alves


CPF: 474.491.106-44

Declaração

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA

Declaro estar ciente e de acordo com as atividades da pesquisa intitulada "Práticas alimentares, espirituais e Insegurança Alimentar e Nutricional diante cenário da pandemia de Coronavírus" a ser realizada pelos pesquisadores Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira, Nutricionista Bruna Aparecida Avelar, e Nutricionista Rayane Oliveira Santos. Para execução da pesquisa, declaro estar ciente da realização da pesquisa com os pais/responsáveis dos escolares na faixa etária de 5 a 11 anos das escolas municipais de Nazareno - Minas Gerais.

Nazareno, 30 de julho de 2020


Assinatura

CPF: 04708858663

Kelly Agostini, Nutricionista responsável pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar no município de Nazareno - Minas Gerais, CRN9-2274

APÊNDICE D – Questionário utilizado para avaliação socioeconômica (dos autores)

1) Sexo

Feminino Masculino Prefiro não declarar

2) Cor ou raça

Branca Parda Preta

Amarela Indígena Prefiro não declarar

3) Qual a sua idade?

Menor de 18 anos

18 – 35 anos

36 – 60 anos

61 – 75 anos

mais de 75 anos

4) Qual o seu nível de escolaridade?

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental

Ensino médio

Supletivo

Ensino superior

Pós-graduação

5) Qual a sua renda familiar média mensal?

até 1 salário mínimo (R\$1045,00)

entre 1 e 2 salários mínimos (R\$1046,00 a R\$2090,00)

entre 2 e 3 salários mínimos (R\$2091,00 a R\$3135,00)

entre 3 e 4 salários mínimos (R\$3136,00 a R\$4180,00)

entre 4 e 5 salários mínimos (R\$4181,00 a R\$5225,00)

entre 5 e 6 salários mínimos (R\$5226,00 a R\$6270,00)

Mais de 6 salários mínimos (mais de R\$6271,00)

6) Qual o seu estado civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

7) Quantos filhos você tem?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- mais de 5

8) Qual a idade do (s) filho (s) entre 5 e 11 anos?

- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- 11 anos

9) Qual a frequência que pratica exercícios físicos?

- 6 a 7 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- menos de 2 vezes por semana
- não faço exercício físico

10) Você possui alguma dessas doenças? (pode marcar mais de uma opção)

- Hipertensão arterial
- Doença cardiovascular
- Doenças renais

- Diabetes
- Não tenho nenhuma das doenças acima apresentadas
- Não tenho nenhuma doença

11) Quem prepara os alimentos em sua casa?

- Você
- Marido/esposa
- Filhos
- Todos

12) Quem faz as compras dos alimentos?

- Você
- Marido/esposa
- Filhos
- Todos

13) Por causa da pandemia você começou a se alimentar

- em casa
- em família
- com marmitas
- restaurantes

14) Você oferece alimentos como recompensa a seu (s) filho (s)?

- Sim
- Não
- As vezes

15) Devido a pandemia você tem oferecido alimentos como forma de recompensa?

- Sim
- Não
- As vezes

16) Oferece alimentos como forma de carinho?

- Sim

- Não
- As vezes

17) Geralmente são alimentos feitos por você? Ou comprados, como balas, chocolates, etc?

- Feitos em casa
- Comprados

18) Seu filho come a comida da escola?

- Sim
- Não
- As vezes
- Não sei

19) Você está recendo os kits da escola?

- Sim
- Não

20) Você assiste TV, usa seu telefone celular, tablete ou computador durante as refeições?

- Sim
- Não
- As vezes
- Não sei

21) Em qual cidade você reside? _____

ANEXOS

ANEXO A – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA)

Versão curta¹

- 1) Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?
- 2) Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?
- 3) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
- 4) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?
- 5) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?
- 6) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?
- 7) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

**ANEXO B – Práticas alimentares segundo o Guia Alimentar para a População
Brasileira¹**

- 1) Costumo comer fruta no café da manhã.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre

- 2) Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre

- 3) Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
Sempre

- 4) Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre

- 5) Costumo planejar as refeições que farei no dia.
 Nunca
 Raramente

¹ GABE, K. T.; JAIME, P. C. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian population. **Public health nutrition**, v. 22, n. 5, p. 785-796, 2019.

- Muitas vezes
 Sempre
- 6) Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre
- 7) Eu costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre
- 8) Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre
- 9) Na minha casa é comum usamos farinha de trigo integral.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre
- 10) Procuo realizar as refeições com calma.
 Nunca
 Raramente
 Muitas vezes
 Sempre

- 11) Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos.
- Nunca
 - Raramente
 - Muitas vezes
 - Sempre
- 12) Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.
- Nunca
 - Raramente
 - Muitas vezes
 - Sempre
- 13) Quando eu faço pequenos lanche ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.
- Nunca
 - Raramente
 - Muitas vezes
 - Sempre
- 14) Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.
- Nunca
 - Raramente
 - Muitas vezes
 - Sempre
- 15) Costumo beber refrigerante.
- Nunca
 - Raramente
 - Muitas vezes
 - Sempre

16) Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

17) Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

18) Costumo fazer as refeições na minha mesa de trabalho ou estudo.

- Nunca discordo fortemente
- Raramente discordo
- Muitas vezes concordo
- Sempre concordo fortemente

19) Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

20) Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

21) Costumo pular pelo menos umas das refeições principais (almoço e jantar).

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes

Sempre

22) Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza,

Nunca

Raramente

Muitas vezes

Sempre

23) Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.

Nunca

Raramente

Muitas vezes

Sempre

24) Tenho o hábito de beliscar no intervalo entre as refeições.

Nunca

Raramente

Muitas vezes

Sempre

ANEXO C – Questionário World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (WHOQOL-SRPB)²

1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

² PANZINI, Raquel Gehrke et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de saúde pública**, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

1.2 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

1.3 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

4.4 Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

5.3 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

5.4 Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

6.2 Até que ponto você tem paz interior?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

6.3 Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

7.1 Quão esperançoso você se sente?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

7.2 Até que ponto você está esperançoso com sua vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

7.4 Quanto você é capaz de permanecer otimista em época de incerteza?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem estar?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

- Nada

- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente

ANEXO D - Questionário três fatores alimentares (TFEQ-R21)³

Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

2. Eu começo a comer quando me sinto ansioso.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

3. Às vezes, quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes

³ NATACCI, Lara Cristiane; FERREIRA JÚNIOR, Mario. The three factor eating questionnaire-R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 3, p. 383-394, 2011.

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

6. Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

7. Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

8. Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

9. Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

10. Quando me sinto solitário (a), me consolo comendo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

12. Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

13. Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora.

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

14. Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

15. Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente.
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
16. Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?
- Quase nunca
 - Raramente
 - Frequentemente
 - Quase sempre
18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?
- Não estou disposto(a)
 - Estou um pouco disposto(a)
 - Estou relativamente bem disposto(a)
 - Estou muito disposto(a)
19. Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?
- Nunca
 - Raramente
 - Às vezes
 - Pelo menos 1 vez por semana

20. Com qual frequência você fica com fome?

- Somente nos horários das refeições
- Às vezes entre as refeições
- Frequentemente entre as refeições
- Quase sempre

21. Em uma escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?

Comer tudo que
quiser e sempre que
quiser

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Limitar
constantemente a
ingestão alimentar,
nunca “cedendo”