



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-
DOUTORADO



PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DA PANDEMIA NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Rio Grande, 2022



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-
DOUTORADO



PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DA PANDEMIA NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith.

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Sousa Matias.

Rio Grande, 2022

Ficha Catalográfica

V665p Viero, Vanise dos Santos Ferreira.
Padrão de atividade física antes e durante a pandemia de COVID-19 e sua associação com variáveis da pandemia na população adulta e idosa de dois municípios da região Sul do Brasil / Vanise dos Santos Ferreira Viero. – 2022.

318 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio Grande/RS, 2022.

Orientador: Dr. Samuel de Carvalho Dumith.

Coorientador: Dr. Thiago Sousa Matias.

1. Atividade Física 2. Exercício Físico 3. Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) 4. Distanciamento Social 5. Saúde e Bem-estar I. Dumith, Samuel de Carvalho II. Matias, Thiago Sousa III. Título.

CDU 796:613

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DA PANDEMIA NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Banca Examinadora

Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith (Presidente)-FURG

Prof. Dr. Michael Pereira da Silva (Titular)- FURG

Prof. Dr. Eduardo Lucia Caputo (Titular)- UFPel

Prof. Dr. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva (Titular)- UFPel

Prof. Dra. Mirelle de Oliveira Saes (Suplente)- FURG

Orientador: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith

Rio Grande, 2022

AGRADECIMENTOS

À Deus por mais uma realização.

Aos meus familiares, que apesar da distância, sempre estiveram me apoiando e torcendo por mim.

Ao meu esposo Rômulo, que sempre me incentivou, apoiou as minhas decisões e compreendeu a minha ausência.

Ao meu amado filho Martim, que nem chegou ainda e já preenche tanto os meus dias.

Ao meu orientador Dr. Samuel Dumith por todos os ensinamentos e oportunidades proporcionadas nestes quatro anos de doutorado. Sou muito grata pelo acolhimento, incentivo, apoio e atenção prestados a mim.

Ao meu coorientador Dr. Thiago Matias pela valiosa contribuição na construção deste estudo.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde Pública- FAMED- FURG, em especial, aos líderes Prof. Dr. Michael Pereira da Silva e Prof. Dr. Samuel Dumith pelas oportunidades proporcionadas de crescimento pessoal e profissional.

Às minhas colegas e amigas Elizabet Saes-Silva, Yohana Vieira, Lúcia Schmith, Bianca Vargas e Francine Maciel pela parceria, pelos momentos de estudo, amizade e descontração.

A todos os envolvidos nesta pesquisa- coordenadores, entrevistadores e entrevistados dos dois municípios que participaram da pesquisa contribuindo para que ela acontecesse.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo período de bolsa concedida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 PRINCIPAIS PANDEMIAS E EPIDEMIAS DO SÉCULO XXI.....	17
2.1.1 Doença pelo Vírus Ebola (DVE).....	17
2.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS).....	20
2.1.3 Gripe A (H1N1).....	23
2.1.4 Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).....	26
2.1.5 Doença do Coronavírus-2019 (COVID-19).....	29
2.2 MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLE E MITIGAÇÃO DA COVID-19.....	33
2.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE OS IMPACTOS DE PANDEMIAS E EPIDEMIAS NOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, NA SAÚDE MENTAL E NO ESTILO DE VIDA GERAL DA POPULAÇÃO	36
2.4 PROBLEMÁTICA E SUA IMPORTÂNCIA- ATIVIDADE FÍSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19	42
2.5 REVISÃO SISTEMÁTICA- MUDANÇAS NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA	48
3 OBJETIVOS.....	56
3.1 OBJETIVO GERAL.....	56
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
5 ARTIGOS.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
APÊNDICES	135
ANEXOS.....	293

RESUMO

As medidas de distanciamento social, juntamente com o medo de contrair a COVID-19, têm causado consequências negativas não intencionais em diversos aspectos de vida e de saúde da população, incluindo a redução da prática de atividades físicas. Sabe-se que a prática regular de atividades físicas proporciona diversos benefícios à saúde, sobretudo ao sistema cardiometabólico e imunológico, tão necessários à manutenção e reabilitação da saúde em tempos de pandemia. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível investigar se o distanciamento social induzido pela pandemia contribuiu para alterar negativamente o padrão de atividade física da população adulta e idosa do sul do Brasil, bem como compreender se o contexto pandêmico influenciou nessas mudanças. Diante disso, o objetivo geral do presente estudo foi comparar o padrão de atividade física antes e durante a pandemia de COVID-19 e verificar sua associação com variáveis contextuais, comportamentais e de saúde relacionadas à pandemia na população adulta e idosa da zona urbana dos municípios de Rio Grande-RS e Criciúma-SC. Estudo de base populacional, comparativo, do tipo painel, que utilizou dados de três estudos transversais realizados nos anos de 2016 e 2019 e reproduzidos com amostras independentes em 2021, na população adulta e idosa da zona urbana dos municípios de Rio Grande-RS e Criciúma-SC. O padrão de atividade física foi coletado por meio das seções de lazer e de deslocamento do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). As variáveis dependentes analisadas foram atividade física no lazer, atividade física no deslocamento, atividade física no lazer e no deslocamento (150 min/sem) e inativos totais no lazer e no deslocamento. Também, foi avaliada a frequência de percepção de diminuição da atividade física durante a pandemia. As variáveis independentes avaliadas foram: distanciamento social, infodemia, medo da COVID-19, trabalho remoto durante a pandemia, contato com pessoa infectada, infecção por COVID-19 e sintomas de COVID-19. Além disso, foram avaliados o aumento percebido da quantidade de alimentos ingeridos durante a pandemia, sair para fazer atividades físicas durante o distanciamento social, perda de emprego e ganho percebido de peso durante a pandemia. Foi utilizado o teste de Exato de Fisher para as análises bivariadas e a regressão de Poisson com ajuste robusto para variância para calcular a razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% (IC95%). O total da amostra foi composta por 4.290 indivíduos de 18 anos ou mais, com taxa de resposta em torno de 72%. Houve uma redução de 72% na atividade física de deslocamento e um aumento de 145% na inatividade física quando comparados antes e durante a pandemia. Distanciamento social, infodemia, medo da pandemia e infecção por COVID-19 foram fatores que contribuíram para o declínio do padrão de atividade física durante a pandemia. O trabalho remoto foi fator de proteção para a inatividade física. A prevalência de redução percebida de atividade física durante a pandemia de COVID-19 foi de 39,3% (IC95%: 37,2%;41,4%). Em relação aos seus fatores associados, entre os que não atingiram as recomendações, a perda de emprego (RP=1,30; IC95%:1,06;1,58), aumento da quantidade de alimentos ingeridos (RP=1,28; IC95%: 1,15;1,43), ganho de peso (RP=1,33; IC95%: 1,19;1,48), infecção por COVID-19 (RP=1,28; IC95%:1,03;1,59), sintomas de COVID-19 (RP=1,19; IC95%: 1,02;1,39) e contato com alguém infectado (RP=1,21; IC95%: 1,05;1,38) foram associados a maior probabilidade de reduzir a atividade física durante a pandemia. Dentre os ativos, aqueles que aumentaram a quantidade de alimentos (RP=1,37; IC95%: 1,07;1,76) e que ganharam peso (RP=1,59; IC95%: 1,25;2,01) tiveram maiores probabilidades para o desfecho. Conclui-se que a pandemia de COVID-19 afetou negativamente o padrão de atividade física da população estudada. A atividade física de deslocamento foi a medida que sofreu o declínio mais significativo durante a pandemia. A inatividade física total quase triplicou na comparação de antes e durante a pandemia. A infecção pelo vírus causador da COVID-19, o distanciamento social, o medo da pandemia e a busca

excessiva por informações sobre a COVID-19 foram fatores responsáveis por esse declínio. Ao contrário do que se esperava, o trabalho em casa foi fator de proteção para a inatividade física. Esses achados podem apoiar e subsidiar políticas de promoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis a fim de minimizar o surgimento de fatores de risco que podem ter impactos negativos na saúde dessa população.

Palavras-chaves: Atividade Física; Exercício Físico; Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV); Distanciamento Social; Saúde e Bem-estar.

ABSTRACT

Social distancing measures and the fear of contracting COVID-19 have caused unintended negative consequences in various aspects of the population's life and health, including reducing physical activity. It is known that the regular practice of physical activities provides several health benefits, especially to the cardiometabolic and immune systems, so necessary for maintaining and rehabilitating health in times of a pandemic. From this perspective, it is essential to investigate whether the social distancing induced by the pandemic contributed to negatively altering the pattern of physical activity of the adult and elderly population in southern Brazil, as well as to understand whether the pandemic context influenced these changes. Therefore, the present study aimed to compare physical activity patterns before and during the COVID-19 pandemic and verify its association with contextual, behavioral, and health variables related to the pandemic in the adult and elderly populations of the urban area municipalities. from Rio Grande-RS and Criciúma-SC. Population-based, comparative, panel-type study, which used data from studies carried out in 2016 and 2019 and replicated with independent samples in 2021, in the adult and elderly population of the urban area of Rio Grande-RS and Criciúma-SC. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) collected the physical activity pattern through the leisure and commuting sections. The dependent variables analyzed were physical activity during leisure time, physical activity during commuting, physical activity during leisure and commuting (150 min/week), and total inactive during leisure and commuting. Also, the frequency perception of decreased physical activity during the pandemic was evaluated. The independent variables considered were: social distancing, infodemic, fear of COVID-19, remote work during the pandemic, contact with an infected person, COVID-19 infection, and COVID-19 symptoms. In addition, the perceived increase in the amount of food eaten during the pandemic, going out to do physical activities during social distancing, job loss, and perceived weight gain during the pandemic were evaluated. Fisher's exact test was used for bivariate analyzes and Poisson regression with robust adjustment for a variance to calculate the crude and adjusted prevalence ratio (PR), 95% confidence intervals (95%CI). The total sample consisted of 4,290 individuals aged 18 years or older, with a response rate of around 72%. There was a 72% reduction in commuting physical activity and a 145% increase in physical inactivity when compared before and during the pandemic. Social distancing, infodemics, fear of the pandemic, and COVID-19 infection were all factors that contributed to the decline in physical activity patterns during the pandemic. Remote work was a protective factor against physical inactivity. The prevalence of perceived reduction in physical activity during the COVID-19 pandemic was 39.3% (95%CI: 37.2%;41.4%). Regarding its associated factors, among those who did not meet the recommendations, job loss (PR=1.30; 95%CI:1.06;1.58), an increase in the amount of food ingested (PR=1.28; 95%CI: 1.15;1.43), weight gain (PR=1.33; 95%CI: 1.19;1.48), COVID-19 infection (PR=1.28; 95%CI: 1.03;1.59), symptoms of COVID-19 (PR=1.19; 95%CI: 1.02;1.39) and contact with an infected person (PR=1.21; 95%CI: 1.05;1,38) were associated with a greater likelihood of reducing physical activity during the pandemic. Among the active ones, those who increased the amount of food (PR=1.37; 95%CI: 1.07;1.76) and who gained weight (PR=1.59; 95%CI: 1.25;2.01) had higher probabilities for the outcome. It is concluded that the COVID-19 pandemic negatively affected the physical activity pattern of the population studied. Commuting physical activity was the measure that suffered the most significant decline during the pandemic. Total physical inactivity almost tripled compared to before and during the pandemic. Infection with the virus that causes COVID-19, social distancing, fear of the pandemic, and excessive search for information about COVID-19 were factors responsible for this decline. Contrary to expected, working at home was a protective factor for physical

inactivity. These findings can support and subsidize policies to promote more active and healthy lifestyles to minimize the emergence of risk factors that can negatively impact this population's health.

Keywords: Physical Activity; Exercise; Novel Coronavirus Disease (2019-nCoV); Social distancing; Health and wellness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos

50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descrição dos estudos que avaliaram o impacto da pandemia de COVID-19 na prática de atividade física da população adulta e idosa 136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional Vigilância Sanitária
CID-11- Classificação Internacional de Doenças
COVID-19- Doença do Coronavírus-2019
CSG- Coronavírus Study Group
DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
DVE- Doença pelo Vírus Ebola
EBOV- Vírus Ebola
ECMO- Oxigenação por Membrana Extracorpórea
ESPII- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
H1N1- Gripe A
MERS- Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MeSH- Medical Subject Headings
MS- Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
PRISMA- Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QCRI- Qatar Computing Research Institute
SARS- Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2- Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2
UFs- Unidades da Federação

1 INTRODUÇÃO

A humanidade tem enfrentado diferentes epidemias e pandemias ao longo deste século, como Doença pelo Vírus Ebola (DVE), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), Gripe A (H1N1), Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), e a mais recente, Doença do Coronavírus-2019 (do inglês Coronavirus disease 2019- COVID-19). Esta última vem sendo considerada a mais abrangente e grave da história até o momento.

A COVID-19 emergiu no final de dezembro de 2019, em Wuhan, na província de Hubei, na China (TSANG et al., 2020), propagando-se rapidamente por todo o país e em diversos outros países ao redor do mundo (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Segundo dados disponíveis em 03 de junho de 2022, diversos países/territórios/áreas reportaram à Organização Mundial da Saúde (OMS), um total de 528.816.317 casos confirmados de COVID-19 e 6.294.969 mortes por complicações dessa doença (WHO, 2022). No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro de 2020, até o dia 02 de junho de 2022, foram registrados 31.101.290 casos confirmados e 666.928 óbitos pela doença (BRASIL, 2022).

As medidas de distanciamento social implementadas para o enfrentamento da COVID-19 resultaram no cancelamento de eventos em massa, na suspensão temporária de escolas, universidades e de locais de trabalho, no bloqueio de fronteiras e na recomendação para que a população fique em casa (AQUINO et al., 2020). Também, em regiões mais afetadas, adotou-se o caso mais extremo de distanciamento social, que é a contenção comunitária ou bloqueio (em inglês, *lockdown*) (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Embora essenciais para conter a disseminação do vírus, essas medidas, juntamente com o medo da população em contrair a COVID-19, têm causado consequências negativas não intencionais em diversos aspectos de vida e de saúde da população, incluindo a redução da prática de atividades físicas (AHMED et al., 2020; AMMAR et al., 2020; FLANAGAN et al., 2021; XIONG et al., 2020).

Isso pode ser constatado em diversos estudos internacionais (ABOUZID et al., 2021; ALFAWAZ et al., 2021; ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020; AMMAR et al. 2020; AMMAR et al. 2021; ASIAMA et al., 2021; BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2021; BANN et al., 2021; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020a; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020b; BRAND; TIMME; NOSRAT, 2020; CHEIKH ISMAIL et al.,

2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHEVAL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; CHOUCOU et al., 2021; CONSTANDT et al., 2020; CONSTANT et al., 2020; DESCHASAUX-TANGUY et al., 2021; DI SEBASTIANO et al., 2020; ĐOGAŠ et al., 2020; DUNTON et al., 2020; EEK et al., 2021; FAULKNER et al., 2021; FLANAGAN et al., 2021; FRANCO et al., 2021; FÜZÉKI et al., 2021; GARCÍA-TASCÓN et al., 2020; GIERC et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; HARGREAVES et al., 2021; HE et al., 2020; HERMASSI et al., 2021; HINO; ASAMI, 2021; HUSAIN; ASHKANAN, 2020; JANSSEN et al., 2020; KARAGEORGHIS et al., 2021; KNELL et al., 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; KONTSEVAYA et al., 2021; KRIAUCIONIENE et al., 2020; NIENHUIS; LESSER, 2020; LÓPEZ-BUENO et al., 2020a; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MALTAGLIATI et al., 2021; MATSUNGO; CHOPERA, 2020; MAUGERI et al., 2020; MITITELU et al., 2021; PARK et al., 2021; PORROVECCHIO et al., 2021; QI et al., 2020; QIN et al., 2020; RADWAN et al., 2021; SADARANGANI et al., 2021; SCHNITZER et al., 2020; SHRESTHA et al., 2020; SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021; SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SPENCE et al., 2021; STANTON et al., 2020; VILLASEÑOR LOPEZ et al., 2021; WANG et al., 2020a; WANG et al. 2020b; WANG et al., 2021; WILKE et al., 2021; WOODRUFF et al., 2021) e nacionais (BOTERO et al., 2021; COSTA et al., 2020; MALTA et al., 2020; MARQUES et al., 2020; MARTINEZ et al., 2020; PUCCINELLI et al., 2021; SILVA et al., 2021; SONZA et al., 2020a; SONZA et al., 2021b; SOUZA et al., 2022) que avaliaram a influência das restrições sociais no comportamento da atividade física da população.

Esses resultados apontam para um cenário preocupante, uma vez que a não realização de atividades de físicas, inclusive em indivíduos que não têm outros fatores de risco associados, pode levar a um aumento do risco de doenças cardíacas. A inatividade física também pode aumentar a probabilidade de outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, como obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes do tipo 2 (DAVIES et al., 2018). Acrescenta-se a isso, o fato de que pacientes infectados por COVID-19 que eram inativos fisicamente antes da infecção têm maiores chances de hospitalização, admissão na unidade de terapia intensiva e morte em decorrência dessa doença (SALLIS et al., 2021).

Embora haja diversos estudos na literatura avaliando as mudanças da atividade física durante a COVID-19 em adultos e idosos, é importante destacar que a maioria desses estudos realizaram essa avaliação de maneira retrospectiva. Além disso, a maior

parte dos estudos realizaram a pesquisa via *web*, o que não garante a representatividade da população amostrada, pois esse tipo de acesso pode ser maior em indivíduos com níveis socioeconômicos mais elevados, com maior escolaridade e mais jovens. Outro ponto a ser destacado é em relação aos instrumentos utilizados para avaliar as medidas de atividade física, que não foram validados previamente para serem aplicados de forma online, aumentando a possibilidade de viés de informação.

Essas questões reforçam a lacuna existente na literatura científica sobre a problemática da atividade física em tempos de COVID-19, justificando a relevância de propor o presente estudo, com uma maior robustez metodológica, que visa comparar prospectivamente o padrão de atividade física “antes” e “durante” a COVID-19 da população adulta e idosa, utilizando-se para isso três estudos transversais realizados em Rio Grande-RS e em Criciúma-SC, nos anos de 2016 e 2019, respectivamente, e reproduzidos no ano de 2021, e ainda, analisar o efeito da pandemia nos diferentes domínios da atividade física, investigando quais variáveis contextuais relacionadas à pandemia (por exemplo, medo de infecção, infodemia, trabalho remoto) podem estar associadas às mudanças no padrão de atividade física.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura científica pertinente a temática do estudo tendo tópicos: as principais pandemias e epidemias do século XXI, as medidas de saúde pública não farmacológicas para controle e mitigação da COVID-19, evidências científicas sobre os impactos de pandemias e epidemias nos aspectos socioeconômicos, na saúde mental e no estilo de vida geral da população e a atividade física em tempos de pandemia. Para essa revisão foram considerados estudos publicados em periódicos científicos, trabalhos acadêmicos e publicações técnico-científicas de instituições educacionais e entidades renomadas da área da saúde. Além disso, apresenta-se uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto do distanciamento social induzido pela pandemia de COVID-19 na atividade física de adultos e idosos.

2.1 PRINCIPAIS PANDEMIAS E EPIDEMIAS DO SÉCULO XXI

Antes de abordar especificamente sobre a pandemia da COVID-19, tema central desse estudo, buscou-se trazer também outras pandemias e epidemias vivenciadas pela humanidade no século XXI.

Dessa forma, optou-se por descrever, de maneira breve, a etiologia, as características clínicas, a epidemiologia, os principais testes diagnósticos e as principais formas de contenção e tratamento para a DVE, a SARS, a H1N1, o MERS e a COVID-19. Também, foram descritas as influências dessas doenças nos aspectos socioeconômicos, na saúde mental e no estilo de vida da população em geral.

2.1.1 Doença pelo Vírus Ebola (DVE)

A DVE, anteriormente conhecida como febre hemorrágica Ebola, é uma infecção zoonótica que afeta seres humanos e primatas não humanos, e é causada pelo vírus Ebola (EBOV) (BEECHING; FENECH; HOULIHAN, 2014; WHO, 2018a), que é um vírus de RNA linear, não segmentado, de fita única negativa (RAMANAN et al., 2011).

O EBOV é membro da família do vírus Filoviridae, dos quais seis espécies foram identificadas com o nome da região de descoberta: Zaire EBOV, Bundibugvo EBOV,

Sudão EBOV, Restos EBOV, Tai Forest EBOV e Bombali EBOV (WHO, 2018a). Os EBOV's Bundibugyo, Zaire e Sudão foram responsáveis pelos grandes surtos em humanos no continente Africano (WHO, 2018a).

O reservatório natural do hospedeiro para EBOV ainda é desconhecido, embora os morcegos frugívoros africanos são candidatos em potencial (NICASTRI et al., 2019). Acredita-se que a transmissão do EBOV de animais para humanos pode ocorrer durante a caça ou durante o consumo das espécies reservatórios ou de primatas não humanos infectados. A prática de abater ou comer carne de caça ou alimentos contaminados com fezes de morcegos também pode contribuir para a transmissão da doença para humanos (BEECHING; FENECH; HOULIHAN, 2014).

Entre humanos, a sua transmissão pode ocorrer por contato direto com tecidos e fluídos corporais de infectados (BEECHING; FENECH; HOULIHAN, 2014). Por isso, o contato próximo nas fases posteriores da infecção, cuidar de uma pessoa infectada e participar e/ou preparar o falecido para rituais fúnebres tradicionais (BRAINARD et al., 2016) são comportamentos associados a um risco alto para a infecção de DVE. Também, há evidências na literatura sobre a transmissão sexual da doença (PETTI et al., 2015). Entretanto, a transmissão pelo ar é improvável (PETTI et al., 2015).

A DVE é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-11), como uma doença grave com alta taxa de mortalidade causada pela infecção do vírus Ebola ou um vírus intimamente relacionado, e doença prolongada de incomuns manifestações (WHO, 2020c).

Essa doença é tipicamente caracterizada por início agudo de febre com sinais ou sintomas inespecíficos como dor abdominal, anorexia, fadiga, mal-estar, mialgia, dor de garganta seguidos por vários dias, depois por náuseas, diarreias e, ocasionalmente, erupção cutânea. A fase grave da doença pode incluir manifestações hemorrágicas, encefalopatia, choque/hipotensão, falência múltipla dos órgãos, aborto espontâneo em gestantes infectadas, entre outras. O período de incubação normalmente é de 7 a 11 dias, com variação de 2 a 21 dias, e infecção persistente clínica e subclínica pode ocorrer em compartimentos imunoprivilegiados como sistema nervoso central, olhos e testículos (WHO, 2020c).

O primeiro caso humano registrado de DVE foi no ano de 1976 perto do Rio Ebola, no Zaire, atualmente República Democrática do Congo, e desde então, aproximadamente vinte e oito surtos dessa doença foram registrados no continente Africano (ARUNA et al., 2019).

O surto ocorrido entre os anos de 2013 e de 2016, foi notavelmente diferente dos surtos anteriores em sua duração, extensão espacial, número de casos, número de mortes e a natureza da resposta de outros países. Em dezembro do ano de 2013, o primeiro caso notificado dessa doença ocorreu em uma vila pouco povoada na Guiné e, em março de 2014, o governo da Guiné reportou novos casos da doença. A epidemia logo se alastrou para Serra Leoa e Libéria, com alguns casos em outros locais da África Ocidental, América do Norte e Europa. Na Guiné, Serra Leoa e Libéria, a epidemia se espalhou rapidamente pelas áreas urbanas registrando 28.646 casos suspeitos e 11.310 mortes (39,5% de letalidade) pela doença do vírus ebola (NICASTRI et al., 2019).

No primeiro semestre de 2018 outro surto foi identificado, na província de Équateur na República Democrática do Congo, que registrou um total de 54 casos com 33 mortes. Em agosto do mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) da República do Congo declarou um surto na província de Kivu do Norte. Desde então, a epidemia da doença pelo vírus ebola se espalhou nas províncias de Ituri (NICASTRI et al., 2019). Em novembro de 2019, um total de 3.296 casos e 2.196 mortes foram reportados, tornando este o segundo maior surto documentado dessa doença após a epidemia de 2013-2016 (ARUNA et al., 2019).

Durante um surto, o diagnóstico de DVE geralmente é de forma empírica, com base na síndrome febril inespecífica. Esse tipo de diagnóstico clínico é frequentemente utilizado em locais com poucos recursos e não é discriminatória em áreas com alta incidência de malária, vírus da febre de Lassa, febre amarela e outras infecções por arbovírus (NICASTRI et al., 2019). Os pacientes que estejam sob suspeita de estarem infectados pela DVE devem receber o tratamento e ações para conter a disseminação da doença, até que seja confirmada, por meio de exames laboratoriais (BREMAN et al., 2016).

Nos últimos anos, três métodos para o diagnóstico de infecção por EBOV foram desenvolvidos: testes sorológicos que detectam anticorpos anti-EBOV; Testes de antígeno que detectam proteínas virais de EBOV; e Testes moleculares que detectam sequências de RNA viral (NICASTRI et al., 2019). Dentre os mais usados citam-se: os testes de diagnóstico rápido que detectam uma proteína viral (WONDERLY et al., 2019); e os baseados em PCR, que identificam o material genômico do vírus (TEMBO et al., 2019).

Em relação ao tratamento, até o momento não existe nenhum específico para DVE (HASAN et al., 2019). Cuidados médicos de suporte devem ser fornecidos ao paciente

com base nas características clínicas apresentadas (ROJAS et al., 2020). Dentre os cuidados médicos, os mais utilizados são: antibióticos de amplo espectro, opiáceos ou medicamentos antieméticos e antiinflamatórios não esteróides; uso de fluídos orais ou parentais; tratamentos com suplementação de oxigênio, ventilação mecânica ou terapia de substituição renal; e anticoagulantes (ROJAS et al., 2020).

Dado que ainda não existe um tratamento específico para DVE, a prevenção é uma medida crucial para evitar a propagação do vírus. Higienizar adequadamente as mãos e evitar o contato com materiais ou fluídos corporais de pessoas infectadas pela doença são algumas das medidas. Os profissionais de saúde devem utilizar os equipamentos de proteção individual necessários e aplicar medidas de controle e assepsia adequadas (CDC, 2015a). Além disso, existem protocolos de monitoramento e rastreamento para viajantes de países da África Ocidental afetados pelo Ebola (CDC, 2015b).

Outra forma de prevenção é por vacinas profiláticas, e uma eficaz testada em campo, a rVSV-ZEBOV, está entre os desenvolvimentos mais importantes desde 2014 (HENAO-RESTREPO et al., 2017).

2.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS)

A SARS é uma doença respiratória viral, que tem como agente etiológico o coronavírus associado à SARS (SARS-CoV) (GUAN et al., 2004; LEUNG et al., 2004).

O SARS-CoV é pertencente à família Coronaviridae, da ordem Nidovirales, do gênero Betacoronavirus e subgênero Sarbecovirus (linhagem B) (SONG et al., 2019; KHAN et al., 2020). Esse vírus possui RNA de fita simples, com sentido positivo, com genoma de 29,7kb (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020; ZHU et al., 2020b). Esse CoV é altamente patogêno e letal aos seres humanos, causando principalmente infecções no trato respiratório e gastrointestinal (SONG et al., 2019).

Vírus semelhantes ao SARS-CoV foram isolados em animais enjaulados, incluindo Civetas de Palmeira Mascarada ou também conhecidas como Civetas de Palmeira do Himalaia (*Paguma larvata*) e Cães-guaxinim (*Nyctereutes procyonoides*), oriundos de mercados de animais vivos em Guangdong, na China, o que sugeriu que esses animais fossem o reservatório para a origem da epidemia de SARS (GUAN et al., 2004).

Um CoV intimamente relacionado ao SARS-CoV foi identificado em morcegos-ferradura (*Rhinolophus*) chineses, sugerindo que esses animais são os reservatórios

naturais do SARS-CoV (LAU et al., 2005a) e que os civetas são apenas os hospedeiros intermediários.

O fato de que vírus semelhantes ao SARS-CoV foram identificados em animais selvagens vendidos em mercados úmidos no Sul da China suporta a hipótese de que o vírus SARS-CoV pode ter sido transmitido primeiro para os humanos a partir de animais selvagens usados como alimento, com subsequente transmissão entre pessoas (GUAN et al., 2004).

As principais vias de transmissão são por gotículas, aerossolização e fômites (WHO, 2003a; COSTA et al., 2020). A maioria dos casos de infecção ocorreu em ambientes de saúde, como hospitais e ambulatórios médicos (LEUNG et al., 2004).

Na SARS o período de incubação pode variar de 2 a 7 dias (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020), com período médio de 4,6 dias (IC95% 3,8-5,8) (LEUNG et al., 2004). O tempo médio do início dos sintomas até a hospitalização variou de 2 a 8 dias, diminuindo com o decorrer da epidemia. O tempo médio do início até o óbito foi de 23,7 dias (IC95% 22,0-25,3 dias), e o tempo médio do início até a alta hospitalar foi de 26,5 dias (IC95% 25,8-27,2 dias) (LEUNG et al., 2004). Em 95% dos infectados, os sintomas se desenvolveram em até 12,5 dias após a infecção (LEUNG et al., 2004).

Os sinais e sintomas clínicos da SARS frequentemente reportados são: febre, mialgia, dispneia, fadiga, tosse, diarreia e dor de garganta (PEIRIS et al., 2003; ZHU et al., 2020b). Cerca de 20% dos casos resultaram em síndrome de aflição respiratória aguda e 6,7% em lesão renal aguda (ZHU et al., 2020b). Em relação aos achados laboratoriais, o achado anormal mais reportado foi a linfopenia (PEIRIS et al., 2003; ZHU et al., 2020b).

A idade avançada, superior a 60 anos, sexo masculino, sintomas de apresentação atípicos, níveis elevados de lactato desidrogenase na admissão foram associados a desfechos desfavoráveis para SARS (LEUNG et al., 2004). Outros fatores de risco incluem infecção pelo vírus da hepatite B (PEIRIS et al., 2003), diabetes mellitus e outras comorbidades como doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer e doença cardíaca (BOOTH et al., 2003; LEUNG et al., 2004).

O SARS-CoV foi reportado pela primeira vez em Foshan, uma cidade a cerca de 20 km de Guangzhou, na China, em 16 de novembro de 2002. Após o surgimento da doença na China continental, em poucos meses, mais de 300 casos foram relatados, dentre esses casos, a maioria em profissionais da saúde. Posteriormente, as viagens de indivíduos infectados disseminaram ainda mais a doença para outros países, incluindo Hong Kong,

Vietnã, Canadá e muitos outros (LEUNG et al., 2004). A epidemia foi contida em julho de 2003, quando a OMS relatou que a última cadeia humana conhecida de transmissão da SARS havia sido contida, e isso foi possível devido ao isolamento de suspeitos, rastreamento de contatos, medidas de quarentena e restrições de viagens (WHO, 2003a). Desde maio de 2004 nenhum caso de infecção por SARS-CoV em seres humanos foi relatado (ZHU et al., 2020b).

Durante a epidemia de SARS, cerca de 8.098 indivíduos foram infectados, dos quais 774 morreram, uma taxa de mortalidade de 9,6% (WHO, 2003b). Essa epidemia atingiu mais de 30 países nos cinco continentes e a maioria dos casos de SARS foram na China, Canadá e Cingapura, entre os quais, os casos da China continental apresentaram a maior proporção, seguidos por Hong Kong e Taiwan (WHO, 2003b).

O predomínio da doença foi maior no sexo feminino (WHO, 2003b). Indivíduos adultos apresentaram aproximadamente 93% dos casos de infectados, enquanto crianças apenas 7%. A média de idade foi de 39,9 anos, com variação de 1 a 91 anos (LEUNG et al., 2004).

O diagnóstico de SARS é baseado no histórico abrangente de contatos e viagens e em testes laboratoriais precisos. Os testes laboratoriais mais utilizados são os testes moleculares e os testes sorológicos (WHO, 2003a).

Os testes moleculares, como a reação em cadeia da polimerase usando RNA viral extraído de amostras clínicas, tornaram-se o teste diagnóstico padrão e primário dessa doença, devido à sua alta sensibilidade, especificidade e simplicidade (YAN; CHANG; WANG, 2020).

Os testes sorológicos, como a detecção de anticorpos, incluem ensaios de imunofluorescência, ELISAs e ensaios de Western blot, também são recomendados, porém a sensibilidade desses testes é menor do que a dos testes moleculares e a detecção de anticorpos foi usada predominantemente no diagnóstico retrospectivo dessa doença (YAN; CHANG; WANG, 2020), não sendo úteis como uma estratégia para diagnóstico rápido.

Em relação ao tratamento, a SARS foi tratada principalmente com isolamento dos pacientes, tratamento com hormônios, tratamentos antivirais e sintomáticos (XU et al., 2020). Alguns medicamentos como Ribavirina, Metilprednisolona, Interferons e Lopinavir e ribavirina foram as intervenções terapêuticas mais comuns em pacientes com diagnóstico de SARS (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020).

A prevenção primária para a SARS consiste na implementação e manutenção de medidas de controle apropriadas no manuseio e na comercialização de animais selvagens oferecidos para consumo humano em mercados de alimentos (XU et al., 2020). Já a prevenção secundária inclui a quarentena de pessoas infectadas, o distanciamento social e as medidas de autoproteção (uso de máscaras, desinfetantes, lavagem das mãos e desinfecção de superfícies com alvejante ou álcool em gel 70%) (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020).

2.1.3 Gripe A (H1N1)

A H1N1, inicialmente designada como gripe suína, é uma doença causada pelo vírus da influenza A (H1N1) pdm09, também conhecido como o “novo vírus influenza A” (WONG et al., 2013), que é um vírus recombinante que compreende duas cepas suínas, uma cepa humana e uma cepa aviária da gripe (PATEL et al., 2010), com potencial de disseminação entre humanos (WONG et al., 2013).

Como a influenza B e C, a influenza A pertence à família Orthomyxoviridae (SULLIVAN et al., 2010). O vírus do tipo A é o mais mutagênico e importante na infecção humana e consiste principalmente em duas cepas (H1N1 e H3N2). Essas cepas são caracterizadas como vírus de RNA de fita simples, de sentido negativo, com um tamanho total de genoma de 13,5 kb (LEE et al., 2017). Os genomas desse vírus codificam 11 proteínas, incluindo as glicoproteínas de superfície hemaglutinina e neuraminidase, bem como os fatores de virulência NS1 (antagonista do interferon hospedeiro) e PB1-F2 (fator pró-apoptótico) (SULLIVAN et al., 2010).

As aves aquáticas são o reservatório natural de todos os subtipos do vírus influenza (NEUMANN; NODA; KAWAOKA, 2009; MALIK PEIRIS; POON; GUAN, 2009). Outras espécies animais infectadas incluem porcos, cavalos e cães, devido à ampla gama de hospedeiros desses vírus (MALIK PEIRIS; POON; GUAN, 2009).

O vírus é geralmente transmitido por contato com secreções ou aerossóis respiratórios, semelhante a influenza sazonal. A incubação em humanos dura entre um e quatro dias, e a transmissibilidade ocorre entre 24 horas do início dos sintomas até o quinto dia (BELLEI; MELCHIOR, 2011).

Os sintomas da gripe A H1N1 são semelhantes aos da gripe sazonal e em geral causa sintomas como calafrios, febre geralmente superior a 38° C, dor de garganta, tosse,

mal-estar, cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, rinorreia, dor torácica, diarreia, vômito, fadiga, rouquidão, hiperemia conjuntival e, nos casos mais graves, dispneia (falta de ar) (PATEL et al., 2010; KHANDAKER et al., 2011), pneumonia, insuficiência cardíaca e respiratória e morte (PATEL et al., 2010).

Os grupos de indivíduos de maior risco para complicações por infecção pelo vírus H1N1 incluem: crianças menores de 5 anos, gestantes, idosos com mais de 65 anos, imunossuprimidos e doentes crônicos (doenças pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, hepáticas, hematológicas e renais) (CHANG et al., 2009).

Os primeiros casos identificados de influenza A (H1N1) pdm09 surgiram em La Gloria, no México, em fevereiro de 2009 e se espalhou rapidamente por diversos países com velocidade sem precedentes. No dia 11 de junho do mesmo ano a OMS declarou a pandemia do vírus influenza A (H1N1) (COSTA et al., 2020).

Até agosto de 2010, mês no qual a OMS anunciou a transição do período pandêmico para o pós-pandêmico, foram registrados casos confirmados laboratorialmente em 214 países, com mais de 18.449 mortes por influenza A (H1N1) pdm09 (WHO, 2010). No entanto, o estudo de (DAWOOD et al., 2012) sugere que esses números foram subestimados e sugeriu que o número total de mortes estava entre 151.700- 575.400. No Brasil, entre 2009 e 2010, foram confirmados 51.455 casos dessa doença, com 2.173 óbitos, e as maiores incidências ocorreram nas regiões Sul e Sudeste do país (BRASIL, 2012).

As características dessa pandemia a nível mundial retratam um predomínio em crianças e em adultos jovens (NOVEL SWINE-ORIGIN INFLUENZA A (H1N1) VIRUS INVESTIGATION TEAM et al., 2009), uma baixa letalidade (<1%) (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020), com predomínio de casos leves e moderados de síndrome gripal e a maior frequência de óbitos em pacientes idosos e pacientes com doença crônica subjacente (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020). Cenário semelhante foi observado no Brasil, em que as taxas de incidência dessa doença foram maiores em crianças abaixo de 2 anos de idade e em pessoas entre 20 e 29 anos. As maiores taxas de mortalidade foram observadas em pessoas com idade entre 50 e 59 anos e de 30 a 39 anos e em crianças menores de 2 anos de idade. Cerca de 75% das mortes ocorreram em indivíduos com doenças crônicas subjacentes (BRASIL, 2009).

Os métodos diagnósticos para detecção do vírus influenza são vários e diferem na sensibilidade, especificidade, tempo de processamento e habilidade em distinguir diferentes tipos e subtipos do vírus influenza. Dentre os mais realizados citam-se: Cultura

viral, Ensaio de Imunofluorescência, rRT-PCR e Testes Rápidos. Os testes rápidos têm baixa sensibilidade (10 %-70%), não distingue o tipo de vírus e o tempo de processamento é rápido, cerca de 30 minutos. O teste de imunofluorescência (direta ou indireta), não distingue o tipo de vírus, o tempo de processamento é de 2 a 4 horas, com sensibilidade de 47% a 93%. O método considerado padrão ouro para o diagnóstico do vírus influenza A (H1N1) pdm09 é a detecção de ácido ribonucleico (RNA) viral por meio de PCR convencional ou real-time PCR. Estes têm alta sensibilidade (86%-100%), detecta os tipos A e B, tem rápido processamento, de 4 a 6 horas (PATEL et al., 2010; BELLEI; MELCHIOR, 2011).

As amostras clínicas ideais para diagnóstico laboratorial do vírus influenza A (H1N1) pdm09 são: swab nasofaringe, aspirado nasofaringe e lavado nasal, aspirado endotraqueal, lavado bronco alveolar e swab combinado de naso e orofaringe (PATEL et al., 2010; BELLEI; MELCHIOR, 2011).

O tratamento antiviral, como o uso de oseltamivir (Tamiflu) e de zanamivir (Relenza), é recomendado o mais precocemente possível para qualquer paciente com quadro suspeito ou confirmado de infecção por influenza, que apresente doença grave, complicada ou com progressão (BELLEI; MELCHIOR, 2011). O tratamento contribui para a redução do tempo de internação hospitalar, reduzindo o risco de progressão da doença para um quadro clínico grave e diminuindo a taxa de contágio.

Em relação as medidas preventivas adotadas na H1N1, as principais foram a higiene respiratória e a lavagem das mãos (AGÜERO et al., 2011). Além dessas medidas, a vacinação contra a infecção pelo H1N1 foi a medida mais eficaz de prevenção e controle, pois evitou a propagação do vírus e mitigou a gravidade e o impacto da doença (COSTA et al., 2020).

No Brasil, a Estratégia Nacional de Vacinação contra o vírus Influenza teve início em 2010, alcançando mais de 88% de cobertura. Desde o ano de 2011 a imunização contra a influenza passou a compor o calendário nacional de vacinação, sob a forma de imunobiológico trivalente que contém os antígenos de duas cepas do tipo A e uma B, sem adição de adjuvantes e sua composição é determinada pela OMS, de acordo com as informações da vigilância epidemiológica (BRASIL, 2011).

Na última campanha de vacinação nacional, realizada no período de 23 de março a 22 de maio de 2020, sendo o dia “D” o dia 9 de maio, teve como grupos-alvo: idosos (60 anos ou mais), profissionais da saúde, professores, profissionais das forças de segurança e salvamento, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, crianças de

seis meses a menores de seis anos, grávidas, puérperas, pessoas com deficiência, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional, povos indígenas, e adultos de 55 a 59 anos (ANVISA, 2020).

2.1.4 Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS)

O MERS é uma doença respiratória viral, causada por um coronavírus, chamado de “Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)” (AZHAR et al., 2019; MEMISH et al., 2020).

O MERS-CoV pertence à família Coronaviridae, da ordem Nidovirales, do gênero Betacoronavirus e subgênero Merbecovirus (linhagem C) (SONG et al., 2019; KHAN et al., 2020). Esse vírus possui RNA de fita simples, com sentido positivo, com genoma de 30,1 kb (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020; ZHU et al., 2020b).

O MERS-CoV é um patógeno viral zoonótico humano, sendo um dos seis coronavírus conhecidos que causam doença do trato respiratório em humanos, e é o primeiro coronavírus humano altamente patogênico a surgir desde a epidemia causada pelo coronavírus associado à SARS (SARS-CoV) em 2003 (CHAFEKAR; FIELDING, 2018).

A fonte exata e o modo de transmissão do MERS-CoV para os seres humanos são desconhecidos (ZUMLA; HUI; PERLMAN, 2015). No entanto, os morcegos têm sido apontados como a possível fonte original desse vírus (DAWSON et al., 2019). Segundo Memish et al., 2013, que avaliou 1100 amostras de morcegos, apenas um fragmento do gene de MERS-CoV em um morcego do gênero *Taphozous* foi encontrado para se aproximar de um isolado humano de MERS-CoV. Relações epidemiológicas, genéticas e de exposição entre camelos dromedários (*Camelus dromedarius*) e casos de infecção humana por MERS-CoV, parecem indicar que esses animais são prováveis fontes de muitas infecções humanas de MERS-CoV (GARDNER et al., 2019).

Achados sorológicos sugerem que mais de 90% dos dromedários adultos no Oriente Médio e na África são soropositivos para esse vírus (MACKAY; ARDEN, 2015). Entretanto, o papel dos dromedários como fonte de infecção humana com o MERS-CoV continua controverso, já que, muitos indivíduos infectados reportaram não terem tido contato com esses animais (KAYALI; PEIRIS, 2015).

Como a rota de transmissão de animais para humanos não está bem esclarecida, sugere-se que o contato com animais infectados, o contato com urina e carne crua podem ser fontes propiciadoras de transmissão (KAYALI; PEIRIS, 2015). Entre humanos, as principais vias de transmissão são por gotículas, aerossolização e fômites (COSTA et al., 2020) e a sua transmissão ocorre em ambientes de saúde e em contexto hospitalar, no decurso de manobras de intubação ou de reanimação (WHO, 2018b). A transmissão nosocomial e a exposição de cuidadores confirmados com MERS foram as principais formas de propagação da doença (KHAN et al., 2020).

O quadro clínico da infecção por MERS-CoV pode variar de um estado assintomático a sintomas leves, moderados, graves e à morte (AZHAR et al., 2019). A infecciosidade de MERS-CoV depende do período médio de incubação, que é de 5,2 dias (IC95% 1,9-14,7) (AZHAR et al., 2019), variando de 2 a 14 dias (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020). O tempo aproximado do início da doença MERS até a hospitalização é de 4 dias, com duração aproximada de 5 dias para pacientes gravemente enfermos na admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aproximadamente de 12 dias do início dos sintomas virais até a morte (WHO, 2018b). Os casos leves da doença podem apresentar febre baixa, coriza, tosse seca, dor de garganta e mialgia. Já os casos graves têm pneumonia que pode progredir para síndrome da dificuldade respiratória aguda, doença multissistêmica e falência de órgãos (HUI et al., 2018). O quadro clínico mais típico dessa doença inclui febre, tosse e dispneia (KHAN et al., 2020). Outros sintomas foram relatados como produção de expectoração, odinofagia, sinais do sistema digestivo, hemoptise, mialgia e cefaleia (BADAWI; RYOO, 2016). Além desses, a diarreia é frequente em pacientes infectados pelo MERS-CoV do que em pacientes com outras condições respiratórias febris agudas (GARBATI et al., 2016).

Quadros clínicos mais graves e morte por MERS ocorrem mais em pessoas idosas, pessoas com sistema imunológico enfraquecido, infecções concomitantes, albumina baixa (AZHAR et al., 2019) e pessoas com doenças crônicas, como doença renal, câncer, doença pulmonar crônica e diabetes mellitus (WHO, 2018b; AZHAR et al., 2019).

O primeiro caso de MERS-CoV foi reportado em junho de 2012, em um paciente que morreu de síndrome respiratória grave em um hospital em Jeddah, na Arábia Saudita (ZAKI et al., 2012). Desde então, casos foram identificados na Ásia, África, Europa e América (ZUMLA; HUI; PERLMAN, 2015). A maioria dos casos ocorreu em países do Oriente Médio, incluindo os da região do Golfo (Arábia Saudita, Catar, Emirados Árabes Unidos, Omã, Bahrein, Kuwait e Iraque), bem como, Jordânia, Síria, Líbano, Palestina e

Egito (AZHAR et al., 2019). Os pacientes que não eram dessas regiões e que foram identificados com esse vírus tinham histórico de viagem recente ao Oriente Médio ou tiveram contato próximo com um caso primário (ZUMLA; HUI; PERLMAN, 2015).

Desde a identificação do primeiro caso até final de janeiro de 2020, 2.519 casos confirmados de infecção por MERS-CoV foram documentados em mais de 20 países e quatro continentes pela OMS, dos quais culminaram em 866 mortes, com taxa de letalidade de 34,3% (WHO, 2020d). A maioria dos casos (2.121) incluindo (788) mortes (taxa de letalidade de 37,1%) foi reportado na Arábia Saudita (WHO, 2020d).

O MERS-CoV infecta mais homens, com 45 anos ou mais, e aqueles que vivem em áreas de baixa umidade relativa e alta temperatura (ALGHAMDI et al., 2014), infecta mais adultos (98%) do que crianças (2%) (AZHAR et al., 2019). A faixa etária de 50 a 59 anos continua em maior risco de adquirir infecção como casos primários. A faixa etária de 30 a 39 anos apresenta maior risco de infecções secundárias. O número de mortes é maior na faixa etária de 50 a 59 anos para casos primários e de 70 a 79 anos para casos secundários (WHO, 2020d).

Ao contrário do SARS-CoV, que foi contido um ano após o seu surgimento, o MERS-CoV continua a circular na Arábia Saudita provocando casos esporádicos intermitentes, aglomerados comunitários e surtos nosocomiais, consistindo em um patógeno de alta ameaça identificado pela OMS como um patógeno prioritário porque causa doença grave, com alta taxa de mortalidade, com alto potencial epidêmico e nenhuma contramedida médica (MEMISH et al., 2020).

O diagnóstico de MERS pode ser feito pela análise do histórico de viagens, pelas manifestações clínicas e confirmado por testes laboratoriais, que incluem teste para detecção de ácido nucleico viral e/ou teste sorológico (CORMAN et al., 2012).

A presença de ácido nucleico viral pode ser confirmada por RT-PCR de transcrição reversa em tempo real positiva em pelo menos dois alvos genômicos específicos ou por um único alvo positivo com sequenciamento de um segundo produto de -RT-PCR positivo. Um desses protocolos, o ensaio do gene da proteína E (upE), tem sido usado como um ensaio diagnóstico de primeira linha para todos os casos humanos, pois é altamente sensível e é recomendado para a triagem. Também, os ensaios direcionados ao gene open reading frame 1b (ORF 1b) e 1a (ORF 1a) têm sido utilizados, o ensaio ORF 1a fornece a mesma sensibilidade que o ensaio de primeira linha upE, enquanto, o ensaio ORF 1b é menos sensível, mas é útil para confirmação (CORMAN et al., 2012).

Os testes sorológicos para detectar anticorpos para MERS-CoV, como o ensaio de imun absorção enzimática (ELISA) e o ensaio de imunofluorescência (IFA), se apresentarem resultados positivos, devem ser seguidos por um teste de confirmação (neutralização) (CORMAN et al., 2012). A sorologia é valiosa para confirmar casos suspeitos de MERS-CoV e deve ser coletada pelo menos 14 dias após o início dos sintomas. No entanto, os seus resultados devem ser interpretados com cautela, pois podem ser confundidos por reatividade cruzada com outros coronavírus (ZUMLA; HUI; PERLMAN, 2015) ou falsos negativos (DAWSON et al., 2019).

Não há nenhuma vacina ou tratamento específico para o MERS (WHO, 2019). O tratamento é de suporte e é baseado na condição clínica do paciente. A administração de antipiréticos e analgésicos, manutenção da hidratação, suporte respiratório por ventilação mecânica ou oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) e tratamento com antibióticos no caso de superinfecções bacterianas. Porém, esses tratamentos podem não ser suficientes para infecções por MERS-CoV, que podem ser mais graves. A ribavirina e o interferon alfa-2b demonstraram ter efeitos sinérgicos e são mais benéficos quando iniciados precocemente. Além disso, o ácido micofenólico demonstrou interessantes resultados, mas requer mais evidências (AL-OSAIL; AL-WAZZAH, 2017).

Como o MERS-Cov ainda continua em circulação, a OMS recomenda que qualquer pessoa que visite, particularmente a Península Arábica, lugares como fazendas, mercados, celeiros ou outros locais onde camelos dromedários e outros animais estejam presentes deve praticar medidas gerais de higiene, incluindo lavar as mãos regularmente antes e depois de tocar nos animais, e deve evitar o contato com animais doentes. Além disso, deve-se evitar o consumo de carne e de leite crus ou malcozidos de dromedários, bem como o contato direto com esses animais (WHO, 2019).

Além disso, como muitos casos de infecção desse vírus ocorreram e continuam ocorrendo no contexto hospitalar, a prevenção nesse ambiente requer a aplicação de medidas de controle da infecção. Estas medidas, incluem protocolos, que por sua vez levam em conta aspectos ambientais, estruturais e administrativos. A detecção precoce, triagem rápida e o isolamento de doentes com suspeita de MERS são fundamentais para garantir o controle da infecção (AZHAR et al., 2019; MEMISH et al., 2020).

2.1.5 Doença do Coronavírus-2019 (COVID-19)

Em dezembro de 2019, um grupo de pacientes foi admitido em unidades de saúde em Wuhan, uma cidade metropolitana na província de Hubei, na China, com diagnóstico inicial de pneumonia de etiologia desconhecida (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Inicialmente, a maioria dos casos confirmados estava ligada ao mercado atacadista de frutos do mar de Huanan (o chamado “mercado úmido”) em Wuhan, no qual vários tipos de animais selvagens são comercializados, incluindo aves, morcegos, marmotas e cobras (ZHU et al., 2020a).

No início de 2020, o agente causador da misteriosa pneumonia foi identificado como um novo coronavírus por vários laboratórios independentes localizados na China. O vírus causador foi nomeado no primeiro momento como Novo Coronavírus (2019-nCoV) pela OMS e frequentemente referido como coronavírus de Wuhan (RABI et al., 2020). Quando a genômica do 2019-nCoV foi sequenciada, compartilhou 79,6% da sequência genética do SARS-CoV, que causou a pandemia de 2002-2003, na China (ZHOU et al., 2020). Desta forma, o Coronavírus Study Group (CSG) do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus renomeou o 2019-nCoV como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) com base na filogenia, taxonomia e prática estabelecida (ZU et al., 2020). Logo depois, a OMS designou a doença causada por esse vírus como Doença do Coronavírus-2019 (COVID-19) (TSANG et al., 2020).

O SARS-CoV-2 é pertencente à família Coronaviridae, da ordem Nidovirales, do gênero Betacoronavirus e subgênero Sarbecovirus (linhagem B) (SONG et al., 2019; KHAN et al., 2020). É um vírus de RNA de fita simples, de sentido positivo, com genoma de 29,9 kb (ZU et al., 2020; ZHU et al., 2020b). Esse vírus infecta células epiteliais alveolares do pulmão humano por meio de endocitose mediada por receptor usando a enzima conversora de angiotensina II (ACE2) como receptor de entrada. A ligação ao receptor medeia a fusão subsequente entre o envelope viral e a membrana da célula hospedeira, permitindo assim a entrada do vírus na célula hospedeira (ZU et al., 2020).

Em relação à origem do SARS-CoV-2, nenhum reservatório de morcego ou hospedeiro animal intermediário foi identificado até o momento (HOLMES et al., 2021). Também, não há evidências de que o vírus tenha origem laboratorial (HOLMES et al., 2021). Embora o reservatório animal para SARS-CoV-2 não tenha sido identificado e as espécies-chave possam não terem sido testadas, em contraste com outros cenários, há um corpo substancial de evidências científicas que apoiam uma origem zoonótica (HOLMES et al., 2021).

O fato de os primeiros infectados com SARS-CoV-2 em Wuhan terem tido um histórico de contato com um mercado atacadista de frutos do mar nos estágios iniciais, sugere-se fortemente a propagação de animal para pessoa (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Posteriormente, muitos indivíduos que não tiveram exposição ao mercado, sugerindo o desenvolvimento de propagação de pessoa para pessoa (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020).

A transmissão de pessoa para pessoa ocorre por contato direto ou por meio de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe de uma pessoa infectada para uma pessoa livre da infecção (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020), por meio da transmissão por aerossóis (TANG et al., 2020), e em menor grau, por meio do contato com superfícies e objetos contaminados, no qual o vírus pode permanecer por até 72 horas (VAN DOREMALEN et al., 2020), ou por via fecal-oral (ONG et al., 2020; WANG et al., 2020a).

Os sintomas clínicos mais comuns da COVID-19 incluem febre, fadiga, tosse, expectoração. Dor muscular, anorexia, aperto no peito, falta de ar e dispneia também são relatados com frequência. Os sintomas clínicos menos frequentes são náuseas e vômitos, diarreia, cefaleia, faringalgia, calafrios e dor abdominal (ZHU et al., 2020a). Os indicadores laboratoriais mais frequentes incluem contagens de leucócitos normais, linfopenia, níveis elevados de proteína C-reativa e taxa de sedimentação de eritrócitos (ESR) (ZHU et al., 2020a).

Em casos graves, a infecção pode causar pneumonia, falta de ar e dificuldades respiratórias que ocorrem mais de uma semana após a infecção. Pacientes críticos podem progredir rapidamente para síndrome do desconforto respiratório agudo, choque séptico, acidose metabólica, disfunção de coagulação e morte (YANG et al., 2020).

A COVID-19 emergiu no final de dezembro de 2019, em Wuhan, na província de Hubei, na China (TSANG et al., 2020), propagando-se rapidamente por todo o país e em diversos outros países ao redor do mundo (ROTHAN; BYRAREDDY, 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (WHO, 2020a), a sexta emergência de saúde pública após H1N1 (2009), poliomielite (2014), Ebola na África Ocidental (2014), Zika (2016) e Ebola na República Democrática do Congo (2019) (WHO, 2020a). Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como uma “pandemia” (WHO, 2020a), sendo considerada a mais abrangente e grave da história até o momento.

Segundo dados disponíveis em 03 de junho de 2022, diversos países/territórios/áreas reportaram à OMS, um total de 528.816.317 casos confirmados de COVID-19 e 6.294.969 mortes por complicações dessa doença (WHO, 2022). A região das Américas, concentra um número elevado de casos confirmados e de mortes, 221.373.828 e 2.744.395, respectivamente (WHO, 2022). No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro de 2020, até o dia 02 de junho de 2022, foram registrados 31.101.290 casos confirmados e 666.928 óbitos pela doença (BRASIL, 2022).

Indivíduos de todas as idades correm o risco de contrair esta infecção e doença grave (CASCELLA et al., 2022). No entanto, o risco de complicações pela COVID-19 não é uniforme na população, sendo que o risco de agravamento e óbito são previstas pela idade mais avançada (≥ 60 anos) e pela presença de comorbidades médicas subjacentes (obesidade, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes, doença pulmonar crônica, câncer, transplante de órgãos sólidos ou células-tronco hematopoiéticas) (IACCARINO et al., 2020; LI et al., 2021; CASCELLA et al., 2022).

O diagnóstico clínico de rotina de COVID-19 é baseado na história epidemiológica, manifestações clínicas e confirmado por uma variedade de exames laboratoriais, como teste de reação em cadeia da polimerase com transição com reação em tempo real (RT-PCR em tempo real ou RT-qPCR) e/ou teste sorológico, e exames por imagem, como tomografia computadorizada (BRASIL, 2021a; RAI et al., 2021).

Em relação ao tratamento medicamentoso, uma recente revisão com meta-análise encontrou que três novos antivirais orais (molnupiravir, fluvoxamina e paxlovid) foram eficazes para pacientes com COVID-19, reduzindo a mortalidade ou hospitalização em aproximadamente 67,0% (WEN et al., 2022).

Quanto às medidas preventivas para essa doença, citam-se as principais: a autoproteção (uso de máscaras, uso de desinfetantes, lavagem frequente das mãos com água e sabão e/ou uso de álcool em gel 70%, desinfecção de superfícies com alvejantes e álcool 70% e etiqueta da tosse, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir); o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres; o hábito de manter a ventilação nos ambientes; a quarentena; o isolamento de pessoas infectadas; e o distanciamento social (ABDELRAHMAN; LI; WANG, 2020). Estas medidas serão mais bem descritas no próximo capítulo.

Além da manutenção dessas medidas, a vacinação é reconhecida como uma solução em potencial para prevenir a infecção ou para reduzir a gravidade da doença, a

disseminação viral e, portanto, a transmissão, ajudando assim a controlar os surtos de SARS-CoV-2 (LIU et al., 2020).

No Brasil, a campanha de vacinação contra a COVID-19 iniciou oficialmente no dia 18 de janeiro de 2021 e até o dia 03 de junho de 2022, foram aplicadas um total de 399 milhões de doses de vacina contra a COVID-19 em todo o Brasil, tendo 91,5% da população com a 1ª dose e 85,8% da população completamente vacinada (BRASIL, 2022).

Nessa campanha de vacinação optou-se por estabelecer a seguinte ordem de priorização: preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da proteção dos indivíduos com maior risco de infecção e a preservação do funcionamento dos serviços essenciais (BRASIL, 2021b).

Desta forma, de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, foram elencadas as seguintes populações como grupos prioritários para vacinação: pessoas com 60 anos ou mais institucionalizados, pessoas com deficiência institucionalizadas, povos indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores de saúde, pessoas de 75 anos ou mais institucionalizadas; povos e comunidades tradicionais ribeirinhas; povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas de 60 a 74 anos, pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente grave, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação, forças de segurança e salvamento, forças armadas, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores de transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários e trabalhadores industriais (BRASIL, 2021b).

2.2 MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA NÃO FARMACOLÓGICAS PARA CONTROLE E MITIGAÇÃO DA COVID-19

O caráter de transmissão e a rápida disseminação do SARS-COV-2 exigiu que as instituições oficiais de saúde adotassem medidas de saúde pública não farmacológicas ou também conhecidas na literatura como intervenções não farmacêuticas para a redução da

curva de casos até que medicamentos e vacinas estivessem disponíveis em larga escala (GARCIA et al., 2020).

As medidas de saúde pública não farmacológicas visam inibir a transmissão da doença entre as pessoas, desacelerar o seu espalhamento, e conseqüentemente reduzir a demanda por cuidados de saúde e mitigar as conseqüências da doença sobre a saúde das populações, incluindo a minimização da morbidade e da mortalidade associadas (FONG et al., 2020; GARCIA; DUARTE, 2020; WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Tais medidas incluem o uso de máscaras faciais, a higienização frequente das mãos com água e sabão ou desinfecção com álcool 70%; a limpeza rotineira de ambientes e superfícies, bem como a quarentena, o isolamento social e o distanciamento social (ODUSANYA et al., 2020). Estas três últimas são medidas clássicas de saúde pública que já foram usadas no passado para lidar com epidemias e pandemias, como a pandemia de influenza de 1918-1919 (MARKEL et al., 2007), a epidemia de SARS em 2002-2003 (BELL et al., 2004) e a pandemia de influenza H1N1 em 2009-2010 (AHMED; ZVIEDRITE; UZICANIN, 2018; FONG et al., 2020), e que, na pandemia da COVID-19, foram e continuam sendo empregadas em diversos países ao redor do mundo a fim de reduzir a transmissão do vírus e frear a rápida evolução da pandemia (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

A *quarentena* refere-se à restrição de movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estejam doentes, seja porque não foram infectadas ou porque ainda estão no período de incubação ou, ainda, que permanecerão assintomáticas e não serão identificadas (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Essa medida pode ser aplicada no nível individual ou de grupo, mantendo as pessoas expostas nos próprios domicílios, em instituições ou outros locais especialmente designados para essa finalidade. A quarentena pode ser voluntária ou obrigatória. Durante o período de quarentena, todas as pessoas devem ser monitoradas quanto à ocorrência de quaisquer sintomas. Se tais sintomas surgirem, as pessoas devem ser imediatamente isoladas e tratadas. A quarentena é bem-sucedida em situações nas quais a detecção de casos é rápida e os contatos podem ser identificados e rastreados em um curto espaço de tempo (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O *isolamento social* refere-se à separação de pessoas doentes daquelas não infectadas e tem como objetivo reduzir o risco de transmissão da doença (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

O *distanciamento social* refere-se literalmente ao ‘distanciamento físico’ entre as pessoas e visa diminuir as interações entre as pessoas em uma comunidade mais ampla, na qual indivíduos podem estar infectados, mas ainda não foram identificados e, portanto, não isolados, além de proteger aqueles indivíduos em risco de desenvolver a forma grave da doença (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento social permite reduzir a sua transmissão. A OMS recomenda uma distância, de no mínimo, um metro e meio entre as pessoas (WHO, 2020b). Exemplos de medidas que têm sido adotadas com essa finalidade incluem: cancelamento de eventos em massa, suspensão temporária de escolas e locais de trabalho, bloqueio de fronteiras e recomendação para que a população fique em casa (AQUINO et al., 2020). O caso extremo de distanciamento social é a contenção comunitária ou bloqueio (em inglês, *lockdown*), que se refere a uma intervenção rigorosa aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região por meio da proibição de que as pessoas saiam das suas residências- exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência e emergência- visando diminuir drasticamente o contato social (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

No Brasil, desde o sancionamento da Lei nº 13.979, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da COVID-19 e elenca as medidas de saúde pública que podem ser adotadas no país, muitas Unidades da Federação (UFs) passaram a adotar medidas de saúde pública não farmacológicas, em especial, as medidas de distanciamento social, a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020).

Cabe mencionar, que o Supremo Tribunal Federal decidiu que os estados, o Distrito Federal e os municípios possuem autonomia quanto à adoção de medidas de emergência ao combate a COVID-19. Sendo assim, as medidas de saúde pública não farmacológicas podem se diferenciar nas cinco regiões do país, devido as suas particularidades, já que os governantes no momento de implementarem essas medidas devem levar em consideração o cenário epidemiológico da doença e a capacidade dos serviços de saúde da sua região/local sob sua governança (BRASIL, 2020).

As medidas de distanciamento social resultam ser um dos esforços mais difundidos pelas autoridades, e estudos internacionais (GHANBARI et al., 2020; ISLAM et al., 2020) e nacionais (SILVA; FILHO; FERNANDES, 2020) têm demonstrado que são medidas efetivas em reduzir a disseminação da COVID-19 e achatar a sua curva de transmissão. Apesar disso, é importante considerar que a adoção dessas medidas acarreta

impactos negativos nos determinantes sociais e econômicos (AHMED et al., 2020), bem como, implica em mudanças desfavoráveis no estilo de vida e afeta a saúde mental da população (CONSTANT et al., 2020; MALTA et al., 2020).

2.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE OS IMPACTOS DE PANDEMIAS E EPIDEMIAS NOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS, NA SAÚDE MENTAL E NO ESTILO DE VIDA GERAL DA POPULAÇÃO

A intenção inicial deste capítulo era descrever os estudos que tivessem avaliado as influências de pandemias e epidemias passadas no comportamento de atividade física da população adulta e idosa, mas isso não foi possível, pois não foram encontrados estudos na literatura que tivessem avaliado essa problemática. Por isso, optou-se por descrever as influências do Ebola, da SARS, do H1N1, do MERS e da COVID-19 em outros aspectos que dinamizam a problemática em questão, como aspectos socioeconômicos, saúde mental e estilo de vida.

2.1.6.1 Aspectos Socioeconômicos

Alguns estudos evidenciaram que as pandemias e epidemias anteriores, incluindo a pandemia atual da COVID-19, causaram muitos impactos negativos nos aspectos socioeconômicos dos países/locais/regiões acometidos pelas doenças.

Um estudo realizado na Libéria, durante o surto do Ebola em 2014, verificou uma grande diminuição na atividade econômica e nos empregos em todo o país durante esse surto, e um declínio ainda maior em Monróvia, capital da Libéria. Fora da capital, os setores de restaurantes, alimentos e bebidas foram os que mais sofreram e, em Monróvia, os setores de construção e restaurantes foram os que mais dispensaram funcionários, enquanto os setores de alimentos e de bebidas tiveram a maior queda em novos contratos. Foi encontrada baixa associação entre incidência de casos de Ebola e declínios na atividade econômica fora de Monróvia (BOWLES et al., 2016).

Na epidemia de SARS, foi encontrado que os impactos foram maiores nas atividades de lazer, transporte local e internacional e turismo, particularmente em maio de 2003 em Pequim-China. As perdas para o setor do turismo foram estimadas em US

\$1,4 bilhão, ou 300 vezes o custo do tratamento para os casos de SARS em Pequim (BEUTELS et al., 2009).

No estudo realizado por Lee e Cho (2016), que examinou vários resultados no mercado de trabalho (status de desemprego, status de trabalho (temporário ou permanente), horas trabalhadas, desemprego voluntário ou involuntário e o status de subemprego) com o intuito de investigar se um grupo vulnerável (fisicamente) do ponto de vista médico sofre mais impacto no mercado de trabalho após a epidemia de MERS, revelou que os trabalhadores com mais de 50 anos, com vulnerabilidade à doença, tinham maior probabilidade de desemprego após a epidemia de MERS, redução da jornada de trabalho e possibilidade de desemprego involuntário e de subemprego aumentarem quando comparados aos trabalhadores da faixa etária entre 15 e 49 anos, sem vulnerabilidade à doença. A epidemia de MERS aumentou a possibilidade de desemprego e emprego temporário e diminuiu a jornada de trabalho para os trabalhadores de meia idade e para os idosos em comparação com os mais jovens. Foi observado também que o desemprego involuntário e o subemprego apresentaram maior probabilidade de ocorrer após o surgimento dessa epidemia.

Já uma revisão publicada recentemente, realizada por Yen-Hao Chu et al. (2020), que procurou identificar as consequências sociais da quarentena em massa durante surtos de doenças infecciosas anteriores e atuais e identificar estratégias recomendadas para mitigar as implicações sociais negativas dos bloqueios da COVID-19, verificou que as consequências negativas da quarentena baseada na comunidade em seis epidemias de doenças infecciosas, incluindo a COVID-19, foram além dos desafios econômicos, causando também sofrimento psicológico, aumento das desigualdades de comunicação, insegurança alimentar, acesso reduzido a cuidados de saúde, oferta alternativa de educação e violência baseada em gênero.

2.1.6.2 Saúde Mental

No que diz respeito à saúde mental, diversos estudos documentaram que as pandemias e epidemias passadas, incluindo a pandemia atual da COVID-19, causaram impactos psicológicos negativos nas populações que as vivenciaram.

Elevadas prevalências de desfechos desfavoráveis à saúde mental foram documentadas na epidemia do Ebola. Um estudo realizado na Serra Leoa, que avaliou os

efeitos do Ebola na saúde mental da população em geral, após mais de um ano de resposta ao surto, encontrou elevadas prevalências para sintomas de ansiedade-depressão 48% (IC 95% 46,8% a 50,0%), e qualquer sintoma de estresse pós-traumático 76% (IC95% 75,0% a 77,8%) nos indivíduos. Também, foi verificado que 6% (IC 95% 5,4% a 7,0%) atingiram o limite clínico para ansiedade-depressão, 27% (IC 95% 25,8% a 28,8%) preencheram os níveis de preocupação clínica para estresse pós-traumático e 16% (IC 95% 14,7% a 17,1%) preencheram os níveis prováveis para o diagnóstico de estresse pós-traumático. Os fatores associados ao maior relato de quaisquer sintomas foram região de residência, experiências com Ebola e ameaça percebida de Ebola. Saber que alguém foi colocado em quarentena por Ebola foi independentemente associado a sintomas de ansiedade-depressão e perceber o Ebola como uma ameaça foi independentemente associado aos sintomas de ansiedade-depressão (JALLOH et al., 2018).

Na epidemia de SARS, foi encontrado que a prevalência de sintomas depressivos por todos os participantes de Taiwan foi de 3,7%. Os indivíduos que foram colocados em quarentena ou indiretamente expostos à SARS durante a epidemia, tinham níveis mais elevados para sintomas depressivos, relacionamentos de vizinhança menores, autopercepção de saúde pior e um maior impacto econômico quando comparados aos indivíduos que não foram expostos a quarentena ou a SARS (KO et al., 2006).

Semelhantes achados foram verificados no estudo de base populacional de Peng et al. (2010), também realizado em Taiwan, quatro meses após a epidemia de SARS, em uma amostra de 1.278 indivíduos, com idade igual ou maior a 18 anos. Neste estudo foi encontrado que cerca de 9,2% dos participantes relataram que suas percepções de vida se tornaram mais pessimistas após o surto de SARS. A prevalência de morbidade psiquiátrica foi de 11,7%. Os principais fatores associados a se tornar mais pessimista após a crise de SARS foram idade ≥ 60 anos, ensino médio completo, preocupação com a recorrência de SARS, percepção de taxa de sobrevivência percebida de pacientes com SARS $<50\%$, percepção da SARS como uma doença grave, discordância de que a preparação diminui a possibilidade de contrair SARS para si mesmo, parentes ou amigos e morbidade psiquiátrica. Enquanto, os fatores associados aos casos definidos pela escala breve de avaliação de sintomas de cinco itens incluíram idade ≥ 50 anos, ensino médio completo e preocupação com a recorrência de SARS.

Na pandemia de H1N1, Lau et al. (2010) verificaram que 54,9%, 44,0% e 63,4% dos entrevistados (N=999) de Hong Kong, com idade superior a 18 anos, evitavam ir a lugares lotados, evitavam sair e evitavam visitar hospitais, respectivamente. Cerca de

15,8% dos entrevistados estavam muito preocupados com a possibilidade de contrair ou de seus familiares contraírem o H1N1. Em relação ao sofrimento emocional, 4,4% relataram se sentir muito em pânico, 2,2% muito deprimido e 3,4% muito perturbado emocionalmente. Mulheres, indivíduos mais velhos, aqueles com crenças não confirmadas sobre os modos de transmissão e aqueles que se sentem preocupados e emocionalmente angustiados devido ao surto de H1N1 foram mais propensos do que outros a adotar alguns comportamentos de evitação. Aqueles que perceberam alta gravidade e suscetibilidade de contrair o H1N1 e duvidaram da adequação da preparação governamental tinham maior probabilidade do que outros de se sentirem emocionalmente angustiados.

Corroborando com esses achados, uma revisão realizada por Brooks et al. (2020), que avaliou o impacto psicológico da quarentena na população em geral, incluindo 24 estudos, realizados em dez países, referentes a quarentena imposta nas epidemias e pandemias do Ebola, SARS, H1N1 e MERS, encontrou que a maioria dos estudos evidenciou efeitos psicológicos negativos, incluindo distúrbios emocionais, depressão, estresse, mau humor, irritabilidade, insônia, sintomas de estresse pós-traumático, raiva e exaustão emocional. Os principais estressores durante a quarentena foram a quarentena mais longa, medo de infecção, frustração, tédio, suprimentos inadequados, informações inadequadas e, os estressores pós-quarentena, foram a perda financeira e o estigma. Alguns pesquisadores sugeriram efeitos duradouros. Segundo os referidos autores, nas situações em que a quarentena for considerada necessária, as autoridades devem colocar os indivíduos em quarentena por não mais do que o necessário, fornecer uma justificativa plausível para ela e informações sobre protocolos e garantir que suprimentos suficientes sejam fornecidos. Apelos ao altruísmo, lembrando os indivíduos dos benefícios da quarentena para a sociedade em geral, podem ser favoráveis à saúde mental.

Em relação aos efeitos da COVID-19 nos resultados psicológicos, achados semelhantes foram reportados em uma revisão sistemática recente, que encontrou taxas altas de sintomas de ansiedade (6,33% a 50,9%), depressão (14,6% a 48,3%), transtorno de estresse pós-traumático (7% a 53,8%), sofrimento psicológico (34,43% a 38%) e estresse (8,1% a 81,9%) na população em geral durante a pandemia na China, Espanha, Itália, Irã, Estados Unidos, Turquia, Nepal e Dinamarca. Os fatores de risco associados às medidas de sofrimento foram sexo feminino, faixa etária mais jovem (≤ 40 anos), presença de doenças crônicas/ psiquiátricas, desemprego, status de estudante e exposição frequente a mídias sociais/ notícias sobre COVID-19 (XIONG et al., 2020).

Em outra revisão sistemática sobre o impacto da COVID-19 na saúde mental de profissionais da saúde, pacientes e público em geral, encontrou prevalência semelhante de ansiedade, depressão e estresse pós traumático entre profissionais da saúde e o público geral durante a pandemia, mas maior prevalência de pensamentos suicidas/ ideação ou automutilação (11% vs 5,8%) e prevalência mais baixa de bem-estar (28,2% vs 52,6%) entre o público em geral em comparação com os profissionais da saúde (PHIRI et al., 2021).

2.1.6.3 *Estilo de vida*

Quanto aos impactos de pandemias e epidemias no estilo de vida, foram encontrados poucos estudos na literatura que avaliaram esse aspecto em crises anteriores a COVID-19.

Na epidemia de SARS, Lau et al. (2005b) realizaram a comparação de dois estudos transversais, realizados em Hong Kong, em dois momentos diferentes, junho e setembro de 2003, com coleta telefônica, em uma amostra de 1603 indivíduos, que visava avaliar os impactos da SARS nos comportamentos de busca de saúde, encontraram que a SARS não teve apenas impactos negativos na comunidade, mas também impactos positivos. Foi observado que os entrevistados melhoraram as práticas de comportamentos de busca por saúde em junho de 2003, em comparação com o período antes da SARS. Poucos entrevistados relataram o contrário. Isso foi observado em diferentes dimensões como busca de serviços de saúde, adoção de estilo de vida mais saudável, maior gasto de recursos com saúde, adoção de boas práticas de higiene pessoal, uso de máscara na presença de influenza e redução de comportamentos de risco. Aqueles que se preocupavam em contrair a SARS eram mais propensos a melhorar seus comportamentos de busca por saúde.

Em relação à pandemia de COVID-19, a maioria dos estudos encontrou influências negativas das restrições sociais no estilo de vida da população. No estudo transversal baseado na *web* de Chopra et al. (2020), que avaliou o impacto da COVID-19 nos comportamentos relacionados ao estilo de vida, na Índia, que utilizou uma amostragem por cotas (N=995), foi encontrada uma melhora em poucos comportamentos relacionados à saúde durante a pandemia de COVID-19. Houve melhora na alimentação saudável em termos de frequência de ingestão de frutas e vegetais, consumo de

leguminosas, ovos ou carne e consumo de uma dieta balanceada. A ingestão de alimentos não saudáveis diminuiu significativamente. No entanto, foi observada diminuição significativa de exercícios aeróbios de intensidade moderada, aumento significativo nas tarefas domésticas e diminuição significativa nas atividades de lazer. Outros comportamentos relacionados à saúde, como horas diárias de sono, tempo de tela e tempo sentado aumentaram significativamente. Os níveis de estresse durante a COVID-19 também aumentaram significativamente, mas o tabagismo e o consumo de álcool diminuíram significativamente. O apoio social oferecido pela família e amigos para manter comportamentos saudáveis relacionados ao estilo de vida também aumentou significativamente.

Semelhantes resultados foram evidenciados em uma pesquisa online realizada na França, que utilizou uma amostragem estratificada para refletir a distribuição da população geral francesa, totalizando 4005 indivíduos, que avaliou as mudanças no estilo de vida da população em geral em resposta ao bloqueio da COVID-19. Neste estudo foi encontrado que mais de 8 em cada 10 entrevistados relataram mudanças não saudáveis no estilo de vida desde o bloqueio, principalmente em relação à atividade física. Essas mudanças foram positivamente associadas ao sexo masculino, morar em áreas urbanas, ter um jardim, dificuldades financeiras devido a COVID-19 e falta de controle do medo e negativamente associada à evitação cognitiva. Menos de 4 em cada 10 indivíduos relataram mudanças saudáveis no mesmo período, principalmente em relação aos hábitos saudáveis. Eles foram positivamente associados a viver com mais de duas pessoas, ter um terraço e percepção de eficácia e negativamente associado a ter 40 anos ou mais (CONSTANT et al., 2020).

Achados similares foram verificados no Brasil em um estudo transversal baseado na *web*, que avaliou as mudanças no estilo de vida, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, alimentação e atividade física, no período de restrição social para prevenção e controle da pandemia de COVID-19, com uma amostragem em cadeia, totalizando 45161 indivíduos, com idade igual ou maior a 18 anos, foi observada uma piora do estilo de vida e aumento de comportamentos de risco à saúde da população brasileira durante o período pandêmico (MALTA et al., 2020).

No referido estudo os autores encontraram que 34% dos fumantes relataram ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia. O maior consumo de bebida alcoólica durante a restrição social foi reportado por 17,6% (IC95% 16,4; 18,9%). A frequência de consumo de alimentos saudáveis diminuiu e a frequência de consumo de

alimentos não saudáveis aumentou durante a pandemia. Em relação a prática de atividade, foi observada uma mudança devido à pandemia. Antes da pandemia, 30,1% (IC95% 28,9; 31,5) dos adultos faziam atividade física suficiente; durante a pandemia, essa proporção passou a ser de 12,0% (IC95% 11,1; 12,9). No comportamento sedentário durante a pandemia, o tempo médio de uso da televisão foi de 3,31 horas (IC95% 3,24; 3,38), representando um aumento de 1 hora e 45 minutos em relação ao tempo médio dedicado à televisão antes da pandemia. O tempo médio de utilização de computador ou *tablet* também aumentou, representando um aumento médio de 1 hora e 30 minutos em relação ao tempo de uso anterior (MALTA et al., 2020).

2. 4 PROBLEMÁTICA E SUA IMPORTÂNCIA- ATIVIDADE FÍSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética - portanto voluntário, que resulte em um gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Esse conceito abrangente contempla desde o exercício físico, que consiste em uma prática de atividade física planejada, estruturada e repetitiva com propósito de manter ou melhorar um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985), até as práticas corporais livres destes padrões, bem como as atividades diárias da vida diária.

Os benefícios da atividade física para a saúde estão bem estabelecidos na literatura e incluem um risco reduzido de mortalidade por todas as causas e de doenças crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, câncer de mama e câncer de cólon (WARBURTON et al., 2017). Além disso, a atividade física tem efeitos protetores na depressão (SCHUCH et al., 2018), ansiedade (SCHUCH et al., 2019), declínio cognitivo, demência (BLONDELL et al., 2014) e previne o ganho de peso corporal (JAKICIC et al., 2020).

Por outro lado, globalmente, 7,2% das mortes por todas as causas e 7,6% por doenças cardiovasculares são atribuíveis à inatividade física. As proporções de DCNT atribuíveis à inatividade física variam de 1,6% para hipertensão a 8,1% para demência (KATZMARZYK et al., 2022). Destaca-se que os custos relacionados à inatividade física, como gastos com saúde e perdas de produtividade, ultrapassaram US\$67,5 bilhões, em 2013 (DING et al., 2016).

Antes da pandemia de COVID-19, à nível mundial, 27,5% da população não atingia as recomendações de atividade física para a saúde, com grande variação dessa prevalência ao redor do mundo (GUTHOLD et al., 2018). No Brasil, 44,8% dos adultos não atendem às recomendações da prática de atividade física para a saúde (BRASIL, 2020). Em um estudo com uma amostra representativa das áreas urbanas brasileiras, com indivíduos de 15 anos ou mais, foi encontrada uma prevalência de 37,1% para inatividade física (DA SILVA et al., 2018). Com o advento da pandemia, a tendência é que esse cenário piore ainda mais (HALL et al., 2021), causando preocupação, pois em 2017, a OMS elaborou um plano global denominado “Plano de Ação Global sobre Atividade Física 2018-2030” para prevenir e controlar a inatividade física e promover a atividade física (WHO, 2019). Uma das metas desse plano era reduzir a inatividade física em 10% em 2025 e 15% em 2030 (WHO, 2019). No entanto, em vez de reduzir a prevalência de inatividade física que antes da pandemia já era elevada em adultos, o confinamento vem influenciando para aumentar ainda mais a sua prevalência em todo o mundo.

Isso pode ser evidenciado em revisões sistemáticas recentes, que avaliaram as mudanças da atividade física durante a pandemia. Por exemplo, a revisão sistemática realizada por Stockwell et al. (2021), que incluiu 66 estudos, com uma amostra de 86.981 participantes, com idade de 13 a 86 anos, verificou mudanças na atividade física em 64 estudos, com a maioria relatando diminuição na atividade física durante o confinamento da pandemia de COVID-19, independentemente da subpopulação ou da metodologia investigada. O mesmo foi reportado na revisão sistemática e meta-análise realizada por Wunsch et al. (2022), que incluiu 57 estudos com um total de amostra de 119.094 participantes (N entre 10 e 60.560 indivíduos) de 14 países em todo o mundo, com participantes com idade entre quatro e 93 anos, encontrando que 32 estudos revelaram declínio significativo na atividade física, independente do sexo e em todas as faixas etárias.

A redução da atividade física durante o período pandêmico pode expor a população a um risco aumentado para doenças cardiovasculares (PEÇANHA et al., 2020), metabólicas (NARICI et al., 2021) e mentais (SCHUCH et al., 2020), bem como comprometer o sistema imunológico (LADDU et al., 2021). Há evidências também de que o período restritivo influenciou para o aumento do peso corporal dos indivíduos (BAKALOU DI et al., 2021). Acrescenta-se a isso, os riscos potenciais da diminuição desse comportamento nas comunidades e novas variantes do vírus (por exemplo, delta e

ômicon) requerendo uma maior atenção, pois a atividade física reduzida está associada ao risco de desfechos graves da COVID-19 (RAHMATI et al., 2022).

Um estudo piloto realizado na Itália, que teve como objetivo avaliar os efeitos da interrupção da atividade física durante o consumo de uma dieta mediterrânea personalizada no perfil lipídico em pacientes com alto risco cardiovascular durante o bloqueio da COVID-19, com uma amostra de 38 indivíduos, verificou que a redução da atividade física no período restritivo levou a um aumento significativo ($p < 0,01$) no colesterol total (+6,8%) e LDL (+15,8%). Esses fatores aumentam o risco de doença isquêmica do coração em pacientes dislipidêmicos com alto risco cardiovascular (PERRONE et al., 2021). Segundo os referidos autores, uma única mudança de estilo de vida, como a adoção de uma dieta mediterrânea personalizada, parece não ter sido suficiente para controlar o perfil lipídico dos indivíduos, um dos principais fatores de risco cardiovascular (PERRONE et al., 2021). Sabe-se que a atividade física regular, principalmente do tipo aeróbica, induz alterações favoráveis no metabolismo lipídico (MANN et al., 2014). No entanto, apenas duas semanas de atividade reduzida são suficientes para proporcionar uma diminuição da aptidão cardiorrespiratória e da sensibilidade à insulina de múltiplos órgãos (MANN et al., 2014).

No contexto da obesidade, Flanagan (2021) em seu estudo transnacional (Estados Unidos, Austrália, Canadá, Irlanda e Reino Unido), realizado via *web*, que avaliou as mudanças no estilo de vida em diferentes classificações de Índice de Massa Corporal (IMC) em resposta à pandemia global, em uma amostra de 7.753 adultos, verificaram que o distanciamento social induzido pela pandemia, juntamente com o medo de contrair o vírus, impactaram negativamente nos comportamentos de estilo de vida e causaram aumento nos escores de ansiedade $8,78 \pm 0,21$ e a magnitude desse aumento foi maior em pessoas com obesidade. O ganho de peso foi relatado em 27,5% da amostra total em comparação com 33,4% nos participantes obesos. Segundo os autores, esses achados são preocupantes, pois o ganho de peso no período pandêmico pode agravar os sintomas da COVID-19 caso os indivíduos contraiam a doença, resultando em piores desfechos à saúde. Além disso, o aumento dos casos de ganho de peso e os declínios significados na saúde mental em decorrência desse período podem afetar a prática clínica nos próximos anos.

Outros estudos também verificaram que a diminuição da atividade física durante a pandemia causou desfechos desfavoráveis à saúde mental. O estudo realizado na Itália, no ano de 2020, que examinou as mudanças nos níveis de atividade física durante a

autoquarentena na Itália e a sua relação com o bem-estar psicológico, em uma amostra de 2.524 indivíduos, encontrou que a atividade física total diminuiu significativamente entre antes e durante a pandemia de COVID-19 em todas as faixas etárias, especialmente nos homens, e essa redução afetou negativamente a saúde psicológica e o bem-estar da população (MAUGERI et al., 2020).

Semelhantes achados foram reportados por Meyer et al. (2020), que avaliaram o impacto das diretrizes de saúde pública relacionadas à COVID-19 na atividade física, comportamento sedentário, saúde mental e suas inter-relações, por meio de uma pesquisa online, em uma amostra de 3.053 adultos dos Estados Unidos, verificando que a atividade física foi menor pós-COVID entre os participantes que relataram estar anteriormente ativos (mudança média: -32,3% (IC95%: -36,3%; -28,1%), mas praticamente inalterada entre os praticantes inativos (+2,3% (IC95%: -3,5%; +8,1%). Foi encontrado também que deixar de atender as diretrizes de atividade física e aumentar o tempo de tela foram associados a pior depressão, solidão, estresse e saúde mental positiva ($p < 0,001$) durante o período pandêmico.

A atividade física tem associações inversas bem estabelecidas com ansiedade e sintomas depressivos (GORDON et al., 2018; ASHDOWN-FRANKS et al., 2020). Indivíduos que se exercitam regularmente são menos depressivos e ansiosos, apoiando o conceito de que a atividade física proporciona um efeito benéfico contra o desenvolvimento de transtornos mentais (GORDON et al., 2018). Estudos demonstraram que os efeitos ansiolíticos do exercício regular estão ligados à mudança no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e a mediação do sistema opioide endógeno, que estão envolvidos na reatividade ao estresse, ansiedade, humor e respostas emocionais (CREWS; LANDERS, 1987; BODNAR; KLEIN, 2006; RIMMELE et al., 2007). Além disso, a atividade física está implicada na modulação de diferentes fatores tróficos, como o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF). O BDNF, cujos níveis são regulados positivamente após o exercício, representa a neurotrofina mais abundante no cérebro, que influencia positivamente, tanto na ansiedade, quanto nos transtornos depressivos (PHILLIPS et al., 2017).

Particularmente em pacientes ativos e inativos fisicamente com COVID-19, uma recente revisão sistemática com meta-análise, que teve como objetivo explorar a hospitalização, admissões em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e taxas de mortalidade de pacientes com COVID-19 e com histórico de participação em atividades físicas antes da pandemia, que incluiu doze estudos envolvendo 1.256.609 pacientes (991.268 ativos

fisicamente e 265.341 inativos fisicamente) com COVID-19, encontrou associações significativas entre prática de atividades físicas com redução na hospitalização por COVID-19 (RR=0,58; IC95%: 0,46; 0,73, p=0,001) internações na UTI (RR=0,65; IC95%: 0,52; 0,81, p=0,001) e mortalidade (RR=0,47; IC95%: 0,38; 0,59, p=0,001). O efeito protetor da atividade física na hospitalização e mortalidade por COVID-19 pode ser atribuído aos tipos de exercícios, como exercícios de resistência (RR=0,27; IC95%: 0,15; 0,49, p=0,001) e exercícios de *endurance* (resistência aeróbica) (RR=0,41; IC95%: 0,23; 0,74, p=0,003), respectivamente (RAHMATI et al., 2022).

A atividade física regular além de proporcionar diversos benefícios à saúde dos indivíduos conforme supracitado, também promove importantes adaptações ao sistema imunológico (LADDU et al., 2021), aptidão cardiorrespiratória e musculoesquelética (RAHMATI et al., 2022), que podem favorecer a melhores prognósticos da COVID-19.

Diante disso, diversos estudos vêm trazendo à tona a preocupação com a atividade física e COVID-19 e recomendações estão sendo publicadas para auxiliar a população a manter ou a se engajar em atividades físicas de maneira segura no período pandêmico (POLERO et al., 2020).

No final de 2020 a OMS atualizou as diretrizes sobre atividades físicas e comportamento sedentário. Nela recomenda-se que adultos realizem 150 minutos ou mais de atividade física aeróbia de intensidade moderada, ou 75 minutos ou mais de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade física de intensidade moderada e vigorosa ao longo da semana. Ainda, recomenda-se a realização de atividades de fortalecimento muscular em intensidade moderada ou maior, que envolvam todos os principais grupos musculares, em dois dias ou mais por semana (BULL et al., 2020).

Em pessoas com 65 anos ou mais, a OMS aconselha a adicionar atividades físicas multicomponentes que enfatizem o equilíbrio e a coordenação, bem como, o treinamento de força, em intensidade moderada ou maior em três dias ou mais por semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas (BULL et al., 2020).

Na revisão de Polero et al. (2020), que teve como objetivo revisar a literatura existente, incluindo estudos que propuseram recomendações para a prática de atividade física durante a pandemia, e estabelecer diretrizes específicas de acordo com o tipo de população para a qual a atividade seria direcionada, verificou que as orientações mais recomendadas são para exercícios aeróbicos, força, flexibilidade-alongamento e exercícios de equilíbrio. Recomenda-se que todos os adultos saudáveis participem de

atividade física aeróbica de intensidade moderada por um mínimo de 30 minutos em 5 dias por semana ou aeróbica de intensidade vigorosa atividade por um mínimo de 20 min em 3 dias por semana. Além disso, todo o adulto deve realizar atividades que mantenham ou aumentem a força e a resistência muscular por no mínimo 2 dias por semana, não esquecendo outros componentes de um estilo de vida saudável, como treinamento de flexibilidade e equilíbrio. A maioria dos exercícios propostos nesta revisão são atividades comuns do dia a dia e destinam-se a serem realizados em casa.

Ainda de acordo com o referido estudo, pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana e 2 a 3 sessões de força devem ser realizadas pelos indivíduos. No treinamento de força durante o confinamento, é aconselhável usar o próprio peso corporal ou pesos leves para ajudar a manter a condição física. Pessoas com mais de 65 anos também devem se exercitar de 2 a 3 dias por semana para evitar riscos de queda (POLERO et al., 2020).

No contexto brasileiro, foi lançado no ano de 2021 o Guia de Atividade Física para a população Brasileira. Esse guia tem como objetivo oferecer orientações, incentivar e facilitar a adoção da prática de atividades físicas no cotidiano da população. Nele recomenda-se que adultos e idosos realizem 150 minutos ou mais de atividade física moderada por semana ou 75 minutos ou mais de atividade física vigorosa por semana, podendo ainda combinar essas intensidades. Deve-se ainda, incluir em pelo menos 2 dias da semana, atividades de fortalecimento muscular. Os indivíduos idosos também devem incluir exercícios de equilíbrio, 2 a 3 vezes por semana, em dias alternados (BRASIL, 2021). Essas recomendações se assemelham as internacionais.

Deve-se mencionar, que esse documento não foi elaborado em razão do período pandêmico, mas o seu lançamento ocorreu nessa época, o que pode auxiliar na tomada de decisões dos diferentes atores e setores envolvidos na promoção da saúde, fornecendo suporte para as políticas públicas que visem o aumento dos níveis de atividade física da população brasileira.

2.5 REVISÃO SISTEMÁTICA- MUDANÇAS NA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA

A revisão sistemática de literatura descrita nesta seção teve como objetivo investigar, por meio de estudos científicos, os efeitos da pandemia de COVID-19 no comportamento da atividade física da população adulta e idosa, e sumarizar os seus principais resultados.

Essa revisão sistemática foi realizada de acordo com as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (PAGE et al., 2021).

Foram utilizadas como fonte de busca às bases eletrônicas de dados PubMed via Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para essa revisão foram selecionados estudos observacionais e experimentais, nos idiomas inglês, português e espanhol, sem filtro quanto ao ano de publicação de artigos. A seleção dos estudos ocorreu no dia 21 de fevereiro do ano de 2021 e foi atualizada no dia 26 de junho de 2021.

Os termos utilizados foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), e todos são descritores controlados e cadastrados. Nas bases de dados PubMed e Web of Science as buscas foram realizadas em inglês utilizando a seguinte estratégia: ("*novel coronavirus*" OR "*novel coronavirus 2019*" OR "*2019 nCoV*" OR "*COVID-19*" OR "*SARS-CoV-2*") AND ("*Motor Activity*" OR "*physical activity*" OR *Exercise* OR "*Physical Exercise*"). Na base de dados Lilacs, a busca foi feita em português utilizando a seguinte estratégia: ("atividade física" OR "exercício físico") AND COVID-19). Todos os descritores deveriam constar, pelo menos, no título, resumo ou nas palavras-chave.

Foram selecionados os estudos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: 1) Estudos observacionais ou experimentais; 2) Estudos (retrospectivos e/ou prospectivos) que investigaram a atividade física antes e durante a pandemia de COVID-19 e/ou a mudança desse comportamento durante a pandemia, em indivíduos maiores de 18 anos, independentemente de suas condições antropométricas, etnia, renda e sexo. Foram excluídos: 1) Estudos com delineamento diferente do proposto na presente revisão, como resumos, cartas editoriais, relatos de caso, opiniões de especialistas, revisões

sistemáticas e meta-análises e revisões narrativas de literatura. 2) Estudos desenvolvidos exclusivamente com indivíduos com algum acometimento à saúde; 3) Estudos que incluíram apenas indivíduos com excesso de peso; 4) Estudos que incluíram alguma população restrita, como universitários e profissionais da saúde.

A priori, seguidamente da identificação dos descritores no título, resumo e/ou nas palavras-chave, os resumos dos estudos escolhidos passaram por uma breve leitura para avaliação quanto ao seu enquadramento dentro dos critérios de elegibilidade. Nesse sentido, os artigos que se enquadraram nos critérios predeterminados foram adquiridos para leitura na íntegra e extração de dados. Nesta etapa da revisão, foi utilizado o aplicativo Rayyan, desenvolvido pelo *Qatar Computing Research Institute* (QCRI), como uma ferramenta auxiliar para arquivamento, organização e seleção dos artigos (OUZZANI et al., 2016).

Em seguida, foram transcritas as seguintes informações sobre os artigos selecionados: autor, ano de publicação, país de origem, delineamento do estudo, forma e tipo de aplicação, tamanho da amostra, faixa etária e/ou idade média, objetivo do estudo, variáveis avaliadas, desfecho atividade física, instrumentos de avaliação e período de coleta e principais resultados.

Com a busca foram identificados 5.866 títulos, destes 3.025 foram encontrados no PubMed, 2.763 na Web Of Science e 78 no Lilacs. Desses estudos, 1.974 foram excluídos por estarem duplicados nas bases de dados, restando 3.892 estudos. Em seguida, com a análise dos títulos e dos resumos, foram removidos 3.723 estudos devido ao não preenchimento dos critérios de inclusão. Após essa etapa, restaram 169 estudos, os quais foram lidos na íntegra, o que possibilitou a exclusão de outros 91 estudos: 33 fugiam do tema estabelecido, 28 traziam apenas as medidas de atividade física durante a pandemia, 22 estavam fora da faixa etária estabelecida, 6 incluíam populações com alguma condição de saúde ou alguma população restrita (obesidade, insuficiência cardíaca, universitários), 1 revisões de literatura e 1 editorial. Dessa forma, restaram 78 estudos para compor a síntese qualitativa (Figura 1).

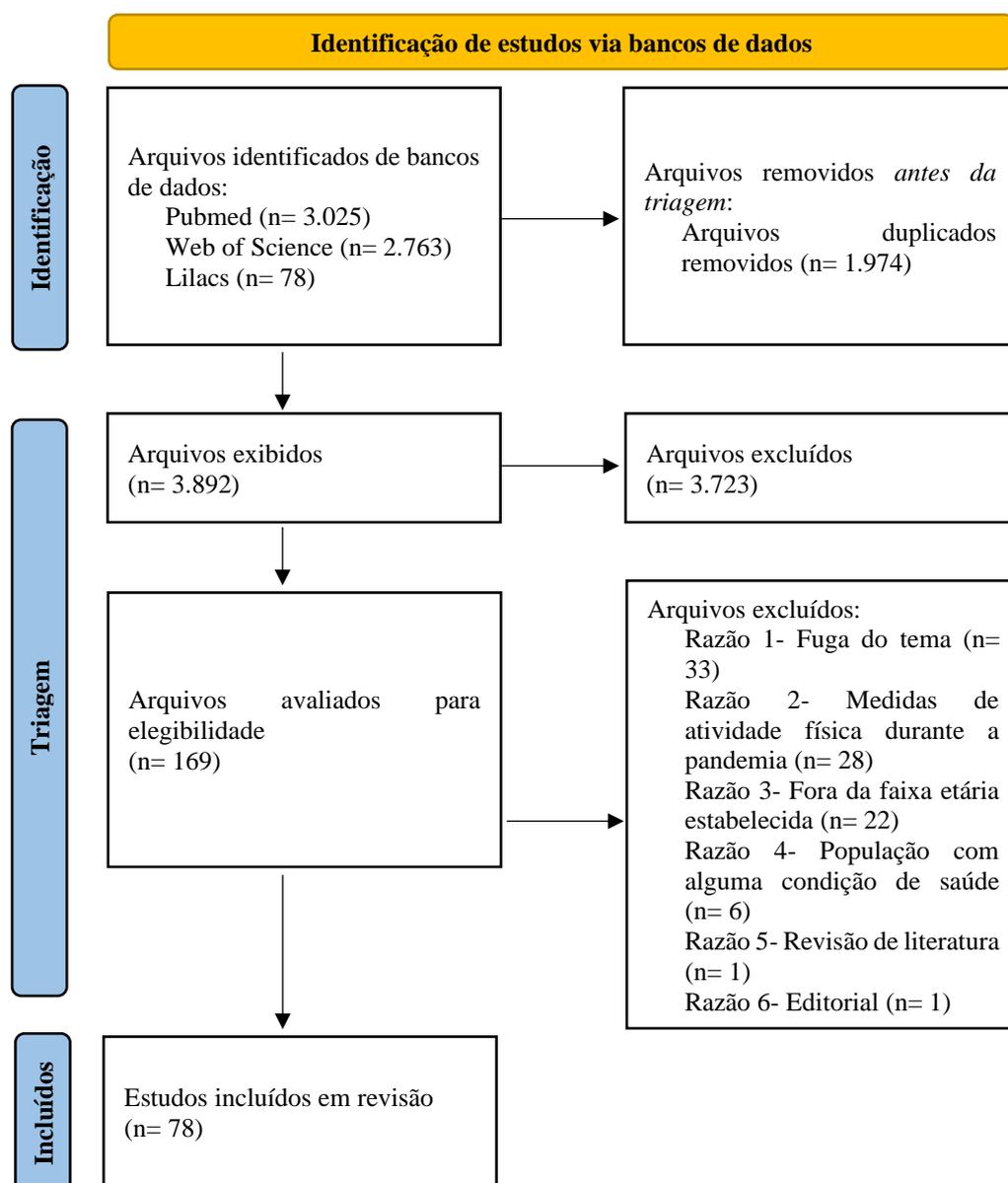


Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos.

Foram selecionados 78 estudos, que avaliaram os efeitos do distanciamento social induzido pela COVID-19 no comportamento relacionado a atividade física de adultos e idosos, conforme está descrito no quadro 1 (APÊNDICE 2).

Dos 78 estudos, 29 estudos foram realizados no continente Americano (BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2021; BANN et al., 2021; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020a; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020b; CHEVAL et al., 2021; CHOUCOU et al., 2021; CONSTANDT et al., 2020; CONSTANT et al., 2020; DESCHASAUX-TANGUY et al., 2021; ĐOGAŠ et al., 2020; EEK et al., 2021; FAULKNER et al., 2021; FRANCO et al., 2021; FÜZÉKI et al., 2021; GARCÍA-TASCÓN et al., 2020; GÓRNICKA et al.,

2020; JANSSEN et al., 2020; LÓPEZ-BUENO et al., 2020a; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MALTAGLIATI et al., 2021; MAUGERI et al., 2020; MITITELU, 2021; PORROVECCHIO et al., 2021; RADWAN et al., 2021; SCHNITZER et al., 2020; SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SPENCE et al., 2021), vinte e um estudos (ABOUZID et al., 2021; ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020; ALFAWAZ et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; HE et al., 2021; HERMASSI et al., 2021; HINO; ASAMI, 2021; HUSAIN; ASHKANANI, 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; KONTSEVAYA et al., 2021; KRIAUCIONIENE et al., 2020; PARK et al., 2021; QI et al., 2020; QIN et al., 2020; SHRESTHA et al., 2020; SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021; WANG et al., 2020a; WANG et al., 2020b; WANG et al., 2021) no continente Asiático, dois estudos (ASIAMAHA et al., 2021; MATSUNGO; CHOPERA, 2020) no continente Africano e outros dois (HARGREAVES et al., 2021; STANTON et al., 2020) na Oceania. Sete estudos (AMMAR et al., 2020; AMMAR et al., 2021; BRAND; TIMME; NOSRAT, 2020; FLANAGAN et al., 2021; KARAGEORGHIS et al., 2021; SONZA et al., 2021b; WILKE et al., 2021) foram transculturais.

Em relação ao ano de publicação, a maioria dos estudos foram publicados nos anos de 2020 e 2021 e apenas um (SOUZA et al., 2022) no ano de 2022.

Quanto aos delineamentos dos estudos, foram identificados 48 estudos de corte transversal (ABOUZID et al., 2021; ALFAWAZ et al., 2021; ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020; BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2021; BRAND; TIMME; NOSRAT, 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; CONSTANDT et al., 2020; CONSTANT et al., 2020; COSTA et al., 2020; ĐOGAŠ et al., 2020; DUNTON et al., 2020; EEK et al., 2021; FAULKNER et al., 2021; FRANCO et al., 2021; FÜZÉKI et al., 2021; GIERC et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; HERMASSI et al., 2021; HUSAIN; ASHKANAN, 2020; KARAGEORGHIS et al., 2021; KOLOKOTRONI et al., 2021; KONTSEVAYA et al., 2021; KRIAUCIONIENE et al., 2020; NIENHUIS; LESSER, 2020; VILLASEÑOR LOPEZ et al., 2021; LÓPEZ-BUENO et al., 2020a; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MALTA et al., 2020; MARTINEZ et al., 2020; MATSUNGO; CHOPERA, 2020; MAUGERI et al., 2020; PORROVECCHIO et al., 2021; PUCCINELLI et al., 2021; QI et al., 2020; QIN et al., 2020; RADWAN et al., 2021; SADARANGANI et al., 2021; SHRESTHA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SONZA et al., 2020a; SONZA et al., 2021b; SPENCE et al., 2021; WANG et al. 2020b;

WANG et al., 2021; WILKE et al., 2021). Em relação à forma de coleta, a maior parte dos estudos foi aplicado via *web* e apenas um estudo (WANG et al., 2021) realizou a coleta por telefone. Quanto ao tipo, apenas seis estudos foram do tipo prospectivo (BANN et al., 2021; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020a; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020b; DI SEBASTIANO et al., 2020; HE et al., 2020; QIN et al., 2020) e os demais retrospectivos.

O tamanho amostral dos estudos oscilou de 121 a 45.161 indivíduos nos 78 estudos. Em relação a idade, todos os estudos incluídos foram realizados com adultos, com idade igual ou maior a 18 anos.

Quanto aos objetivos, a maior parte dos estudos (ABOUZID et al., 2021; ALFAWAZ et al., 2021; AMMAR et al. 2020; AMMAR et al. 2021; ASIAMAH et al., 2021; BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2020; BANN et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; CHOUCOU et al., 2021; CONSTANT et al., 2020; DESCHASA UXTANGUY et al., 2021; ĐOGAŠ et al., 2020; FLANAGAN et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; HE et al., 2020; HUSAIN; ASHKANAN, 2020; JANSSEN et al., 2020; KNELL et al., 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; KONTSEVAYA et al., 2021; KRIAUCIONIENE et al., 2020; LÓPEZ BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MALTA et al., 2020; MARTINEZ et al., 2020; MATSUNGO; CHOPERA, 2020; MITITELU et al., 2021; PARK et al., 2021; QIN et al., 2020; RADWAN et al., 2021; SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021; SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SOUZA et al., 2022; STANTON et al., 2020; VILLASEÑOR LOPEZ et al., 2021; WANG et al., 2021) avaliou o impacto da COVID-19 em diversos comportamentos relacionados ao estilo de vida dos indivíduos e vinte e sete estudos (ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020; BOTERO et al., 2021; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020a; BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020b; CHEVAL et al., 2021; CONSTANDT et al., 2020; COSTA et al., 2020; DI SEBASTIANO et al., 2020; DUNTON et al., 2020; EEK et al., 2021; FRANCO et al., 2021; FÜZÉKI et al., 2021; GARCÍA TASCÓN et al., 2020; HARGREAVES et al., 2021; HINO; ASAMI, 2021; NIENHUIS; LESSER, 2020; LÓPEZ BUENO et al., 2020a; MALTAGLIATI et al., 2021; MARQUES et al., 2020; PORROVECCHIO et al., 2021; SADARANGANI et al., 2021; SCHNITZER et al., 2020; SILVA et al., 2021; SONZA et al., 2020a; SPENCE et al., 2021; WANG et al., 2020a; WILKE et al., 2021) tiveram como objetivo principal avaliar as mudanças nas medidas de atividade física durante a pandemia.

Em relação as variáveis avaliadas, os estudos analisaram as medidas de atividade

física (nível de atividade física ou padrão de atividade física ou prática de atividade física ou passos diários), utilizando como unidade de medida, na sua grande maioria, o tempo total de atividade física. Dentre as demais variáveis relacionadas ao estilo de vida, as mais frequentemente avaliadas foram: vinte e sete estudos (ABOUZID et al., 2021; AMMAR et al. 2020; AMMAR et al. 2021; ASIAMAHA et al., 2021; BANN et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; DESCHASAUX-TANGUY et al., 2021; FLANAGAN et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; HE et al., 2020; HUSAIN; ASHKANAN, 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; KRIAUCIONIENE et al., 2020; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MALTA et al., 2020; MATSUNGO; CHOPERA, 2020; MITITELU et al., 2021; RADWAN et al., 2021; SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021; SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SOUZA et al., 2022; VILLASEÑOR LOPEZ et al., 2021; WANG et al., 2021) que avaliaram os hábitos alimentares e/ou frequência alimentar, vinte e seis estudos (ABOUZID et al., 2021; ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020; AMMAR et al. 2020; ASIAMAHA et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHEVAL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; CONSTANDT et al., 2020; FAULKNER et al., 2021; FRANCO et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; JANSSEN et al., 2020; KARAGEORGHIS et al., 2021; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; MALTA et al., 2020; MATSUNGO; CHOPERA, 2020; QI et al., 2020; QIN et al., 2020; SADARANGANI et al., 2021; SILVA et al., 2021; SPENCE et al., 2021; SOUZA et al., 2022; WANG et al. 2020b; WANG et al., 2021; WOODRUFF et al., 2021) o comportamento sedentário, tempo de tela ou tempo sentado nos indivíduos, principalmente o tempo de exposição em frente à tela e vinte e seis estudos (ABOUZID et al., 2021; AMMAR et al. 2021; ASIAMAHA et al., 2021; BANN et al., 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2020; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHOPRA et al., 2020; CHOUCOU et al., 2021; FLANAGAN et al., 2021; GÓRNICKA et al., 2020; HUSAIN; ASHKANAN, 2020; JANSSEN et al., 2020; KNELL et al., 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; KONTSEVAYA et al., 2021; LÓPEZ-BUENO et al., 2020b; LÓPEZ-MORENO et al., 2020; MITITELU et al., 2021; RADWAN et al., 2021; SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021; SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020; SKOTNICKA et al., 2021; SOUZA et al., 2022; STANTON et al., 2020; VILLASEÑOR LOPEZ et al., 2021; WANG et al. 2020b) analisaram o sono, horas de sono e/ou qualidade do sono.

As medidas de atividade física foram definidas de diversas formas nos estudos incluídos nesta revisão, utilizando-se questionários e/ou dispositivos eletrônicos, no

entanto, nem todos que mediram esse desfecho, por meio de questionários, deixaram claro se os instrumentos utilizados eram validados ou não. O questionário mais relatado nos estudos, em vinte deles (AMMAR et al. 2020; AMMAR et al. 2021; CHEIKH ISMAIL et al., 2021; CHEVAL et al., 2021; CHOUCOU et al., 2021; DESCHASAUXTANGUY et al., 2021; DUNTON et al., 2020; EEK et al., 2021; FRANCO et al., 2021; GIERC et al., 2021; HARGREAVES et al., 2021; HERMASSI et al., 2021; JANSSEN et al., 2020; KNELL et al., 2020; KOLOKOTRONI et al., 2021; MAUGERI et al., 2020; PUCCINELLI et al., 2021; QI et al., 2020; QIN et al., 2020; WANG et al. 2020b) foi o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e em apenas cinco estudos (DI SEBASTIANO et al., 2020; DUNTON et al., 2020; PARK et al., 2021; WANG et al., 2020a; WOODRUFF et al., 2021) as medidas de atividade física foram medidas por meio de dispositivos eletrônicos, contidos nos smartphones dos indivíduos e/ou em acelerômetros. Quanto ao período de coleta de dados, grande parte dos estudos foram aplicados no segundo trimestre de 2020.

Quanto aos principais achados, dos 78 estudos, apenas cinco estudos (BRAND; TIMME; NOSRAT, 2020; CONSTANDT et al., 2020; EEK et al., 2021; SHRESTHA et al., 2020; SPENCE et al., 2020) verificaram aumento nas medidas de atividade física quando comparados os períodos pré e pós-pandemia, três estudos (KOLOKOTRONI et al., 2021; PUCCINELLI et al., 2021; RADWAN et al., 2021) verificaram que a não alteração no comportamento de atividade física foi mais relatada entre a população estudada do que uma redução nesse comportamento durante o período pandêmico. A maior parte dos estudos encontrou que o distanciamento social induzido pela pandemia de COVID-19 impactou negativamente a prática de atividade física de adultos e idosos.

Esta revisão demonstra um crescente corpo de evidências em torno da avaliação do impacto da pandemia de COVID-19 sobre o nível de atividade física de adultos e idosos.

De maneira geral, pode-se observar que o declínio da atividade física foi identificado como uma preocupação durante o distanciamento social imposto pela pandemia de COVID-19, porque pode expor a população a um risco aumentado para a doenças crônicas não transmissíveis (PEÇANHA et al., 2020; FLANAGAN et al., 2021) e uma oportunidade de deterioração das condições crônicas de saúde (PÉREZ-GISBERT et al., 2021). Sendo assim, estimular o engajamento da população para a prática de atividades físicas em segurança é extremamente necessário nesse momento.

A compilação desses achados é útil para conhecer o cenário da atividade física em tempos de pandemia à nível global e nacional, e com isso, apontar os direcionamentos à saúde pública, a fim de melhorar esse cenário.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o padrão de atividade física antes e durante a pandemia de COVID-19 e verificar sua associação com variáveis contextuais, comportamentais e de saúde relacionadas à pandemia na população adulta e idosa da zona urbana dos municípios de Rio Grande, Rio Grande do Sul e Criciúma, Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a prevalência da atividade física de lazer, atividade física de deslocamento, atividade física de lazer e de deslocamento de acordo com as recomendações (≥ 150 min/sem) e inatividade física total antes e depois da pandemia;
- Estimar a prevalência da redução percebida de atividade física durante a pandemia;
- Analisar os fatores associados (contextuais, comportamentais e de saúde) relacionados à pandemia com o padrão de atividade física durante a pandemia;
- Analisar os fatores associados (contextuais, comportamentais e de saúde) relacionados à pandemia com a redução percebida de atividade física durante a pandemia.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDELRAHMAN, Z.; LI, M.; WANG, X. Comparative Review of SARS-CoV-2, SARS-CoV, MERS-CoV, and Influenza A Respiratory Viruses. **Frontiers in Immunology**, v. 11, n. November 2002, 2020.
- ABOUZID, M. et al. Influence of COVID-19 on lifestyle behaviors in the Middle East and North Africa Region: a survey of 5896 individuals. **Journal of Translational Medicine**, v. 19, n. 1, p. 129, 30 dez. 2021.
- AGÜERO, F. et al. Adoption of preventive measures during and after the 2009 influenza A (H1N1) virus pandemic peak in Spain. **Preventive Medicine**, v. 53, n. 3, p. 203–206, 2011.
- AHMED, F. et al. Why inequality could spread COVID-19. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e240, 2020.
- AHMED, F.; ZVIEDRITE, N.; UZICANIN, A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: A systematic review. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1–13, 2018.
- ALFAWAZ, H. et al. Effects of home quarantine during COVID-19 lockdown on physical activity and dietary habits of adults in Saudi Arabia. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 5904, 15 dez. 2021.
- ALGHAMDI, I. G. et al. The pattern of Middle east respiratory syndrome coronavirus in Saudi Arabia: A descriptive epidemiological analysis of data from the Saudi Ministry of Health. **International Journal of General Medicine**, v. 7, p. 417–423, 2014.
- ALOMARI, M. A.; KHABOUR, O. F.; ALZOUBI, K. H. Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior Amid Confinement: The BKSQ-COVID-19 Project. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. Volume 13, p. 1757–1764, set. 2020.
- AL-OSAIL, A. M.; AL-WAZZAH, M. J. The history and epidemiology of Middle East respiratory syndrome corona virus. **Multidisciplinary Respiratory Medicine**, v. 12, n. 1, p. 1–6, 2017.
- AMMAR, A. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1583, 28 maio 2020.
- AMMAR, A. et al. Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: Insight from the ECLB-COVID19 multicenter study. **Biology of Sport**, v. 38, n. 1, p. 9–21, 2021.

ANVISA. NOTA TÉCNICA No 46/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA Orientações sobre as atividades de vacinação durante o período da campanha de vacinação contra a Influenza e a pandemia do novo coronavírus. Disponível em: <http://cvs.saude.sp.gov.br/up/SEI_ANVISA - 46 2020.html>.

AQUINO, E. M. L. et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 2020.

ARUNA, A. et al. Ebola Virus Disease Outbreak — Democratic Republic of the Congo, August 2018–November 2019. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 68, n. 50, p. 1162–1165, 2019.

ASHDOWN-FRANKS, G. et al. Exercise as medicine for mental and substance use disorders: a meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. **Sports Medicine**, v. 50, n. 1, p. 151-170, 2020.

ASIAMAH, N. et al. Short-Term Changes in Behaviors Resulting from COVID-19-Related Social Isolation and Their Influences on Mental Health in Ghana. **Community Mental Health Journal**, v. 57, n. 1, p. 79–92, 8 jan. 2021.

AZHAR, E. I. et al. The Middle East Respiratory Syndrome (MERS). **Infectious Disease Clinics of North America**, v. 33, n. 4, p. 891–905, 2019.

BADAWI, A.; RYOO, S. G. Prevalence of comorbidities in the Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 49, p. 129–133, 2016.

BAKALOUDI, Dimitra Rafailia et al. Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review and a meta-analysis. **Clinical nutrition**, 2021.

BALANZÁ-MARTÍNEZ, V. et al. The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, v. 14, n. 1, p. 16–26, jan. 2021.

BANN, D. et al. Changes in the behavioural determinants of health during the COVID-19 pandemic: gender, socioeconomic and ethnic inequalities in five British cohort studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 75, n. 12, p. 1136–1142, dez. 2021.

BEECHING, N. J.; FENECH, M.; HOULIHAN, C. F. Ebola virus disease. **BMJ** (Online), v. 349, n. December, p. 1–15, 2014.

BELL, D. M. et al. Public health interventions and SARS spread, 2003. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 11, p. 1900–1906, 2004.

- BELLEI, N.; MELCHIOR, T. B. H1N1: pandemia e perspectiva atual. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 47, n. 6, p. 611–617, 2011.
- BEUTELS, P. et al. The economic impact of SARS in Beijing, China. **Tropical Medicine and International Health**, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 85–91, 2009.
- BLONDELL, Sarah J.; HAMMERSLEY-MATHER, Rachel; VEERMAN, J. Lennert. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **BMC public health**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2014.
- BODNAR, R. J.; KLEIN, G. E. Endogenous opiates and behavior: 2005. **Peptides**, v. 27, n. 12, p. 3391-3478, 2006.
- BOOTH, C. M. et al. Clinical Features and Short-term Outcomes of 144 Patients with SARS in the Greater Toronto Area. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 21, p. 2801–2809, 2003.
- BOTERO, J. P. et al. Impact of the COVID-19 pandemic stay at home order and social isolation on physical activity levels and sedentary behavior in Brazilian adults. **Einstein (São Paulo)**, v. 19, p. 1–6, 25 fev. 2021.
- BOURDAS, D. I.; ZACHARAKIS, E. D. Evolution of changes in physical activity over lockdown time: Physical activity datasets of four independent adult sample groups corresponding to each of the last four of the six COVID-19 lockdown weeks in Greece. **Data in Brief**, v. 32, p. 106301, out. 2020a.
- BOURDAS, D. I.; ZACHARAKIS, E. D. Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity in a Sample of Greek Adults. **Sports**, v. 8, n. 10, p. 139, 21 out. 2020b.
- BOWLES, J. et al. Ebola, jobs and economic activity in Liberia. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 70, n. 3, p. 271–277, 2016.
- BRAINARD, J. et al. Risk factors for transmission of Ebola or Marburg virus disease: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Epidemiology**, v. 45, n. 1, p. 102–116, 2016.
- BRAND, R.; TIMME, S.; NOSRAT, S. When Pandemic Hits: Exercise Frequency and Subjective Well-Being During COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. September, p. 1–10, 24 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.
- _____. **COVID-19 painel de controle**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- _____. **LEI No 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020**. Brasília: Ministério da Saúde,

2020.

_____. **Informe Técnico de Influenza, 2009, 2010 e 2011.** Informe Técnico de Influenza, p. 1–15, 2012.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. **Vacinação COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

_____. **Vírus influenza, 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. 2020.

BREMAN, J. G. et al. Discovery and Description of Ebola Zaire Virus in 1976 and Relevance to the West African Epidemic during 2013-2016. **Journal of Infectious Diseases**, v. 214, n. Suppl 3, p. S93–S101, 2016.

BROOKS, S. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [revista en Internet] 2020 [acceso 28 de enero de 2021]; 395(10227): 912-920. **Lancet**, v. 395, n. January, p. 912–20, 2020.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal of Sports Medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 2020.

CASCELLA, M. et al. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). **Statpearls** [internet], 2022.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. **Ebola Virus Disease- Prevention and Vaccine, 2015.** 2015a. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/vhf/ebola/prevention/index.html>>

_____. **Travelers' Health- Ebola and Marburg, 2015.** 2015b. Disponível em: <<https://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/ebola>>

CHAFEKAR, A.; FIELDING, B. C. MERS-CoV: Understanding the latest human coronavirus threat. **Viruses**, v. 10, n. 2, 2018.

- CHANG, L. Y. et al. Novel Swine-origin Influenza Virus A (H1N1): The First Pandemic of the 21st Century. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 108, n. 7, p. 526–532, 2009.
- CHEIKH ISMAIL, L. et al. Assessment of eating habits and lifestyle during the coronavirus 2019 pandemic in the Middle East and North Africa region: a cross-sectional study. **British Journal of Nutrition**, v. 126, n. 5, p. 757–766, 14 set. 2021.
- CHEIKH ISMAIL, L. et al. Eating Habits and Lifestyle during COVID-19 Lockdown in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Study. **Nutrients**, v. 12, n. 11, p. 3314, 29 out. 2020.
- CHEVAL, B. et al. Relationships between changes in self-reported physical activity, sedentary behaviour and health during the coronavirus (COVID-19) pandemic in France and Switzerland. **Journal of Sports Sciences**, v. 39, n. 6, p. 699–704, 19 mar. 2021.
- CHOPRA, S. et al. Impact of COVID-19 on lifestyle-related behaviours- a cross-sectional audit of responses from nine hundred and ninety-five participants from India. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 14, n. 6, p. 2021–2030, nov. 2020.
- CHOUCHOU, F. et al. The importance of sleep and physical activity on well-being during COVID-19 lockdown: reunion island as a case study. **Sleep Medicine**, v. 77, p. 297–301, jan. 2021.
- CREWS, D. J.; LANDERS, D. M. A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 1987.
- CONSTANDT, B. et al. Exercising in Times of Lockdown: An Analysis of the Impact of COVID-19 on Levels and Patterns of Exercise among Adults in Belgium. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4144, 10 jun. 2020.
- CONSTANT, A. et al. Socio-Cognitive Factors Associated With Lifestyle Changes in Response to the COVID-19 Epidemic in the General Population: Results From a Cross-Sectional Study in France. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. September, p. 1–9, 29 set. 2020.
- CORMAN, V. M. et al. Assays for laboratory confirmation of novel human coronavirus (HCOV-EMC) infections. **Eurosurveillance**, v. 17, n. 49, p. 1–9, 2012.
- COSTA, C. L. A. et al. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–6, 23 set. 2020.

COSTA, V. G. et al. Comparative epidemiology between the 2009 H1N1 influenza and COVID-19 pandemics. **Journal of Infection and Public Health**, v. 13, n. 12, p. 1797-1804, 2020.

DA SILVA, Inácio Crochemore M. et al. Overall and leisure-time physical activity among Brazilian adults: national survey based on the Global Physical Activity Questionnaire. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 15, n. 3, p. 212-218, 2018.

DAVIES, K. A. B. Physical inactivity and sedentary time: impact on metabolic health and development of type 2 diabetes. **The University of Liverpool** (United Kingdom), 2018.

DAWOOD, F. S. et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: A modelling study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 12, n. 9, p. 687–695, 2012.

DAWSON, P. et al. What Have We Learned about Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Emergence in Humans? A Systematic Literature Review. **Vector-Borne and Zoonotic Diseases**, v. 19, n. 3, p. 174–192, 2019.

DESCHASAUX-TANGUY, M. et al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March–May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 113, n. 4, p. 924–938, 6 abr. 2021.

DI SEBASTIANO, K. M. et al. Don't Walk So Close to Me: Physical Distancing and Adult Physical Activity in Canada. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. July, 27 jul. 2020.

DING, D. et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, v. 388, n. 10051, p. 1311–1324, 2016.

ĐOGAŠ, Z. et al. The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study. **Croatian Medical Journal**, v. 61, n. 4, p. 309–318, ago. 2020.

DUNTON, G. F. et al. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity locations and behaviors in adults living in the United States. **Preventive Medicine Reports**, v. 20, p. 101241, dez. 2020.

EEK, F. et al. Self-Perceived Changes in Physical Activity and the Relation to Life Satisfaction and Rated Physical Capacity in Swedish Adults during the COVID-19 Pandemic—A Cross Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 2, p. 671, 14 jan. 2021.

- FAULKNER, J. et al. Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 24, n. 4, p. 320–326, abr. 2021.
- FLANAGAN, E. W. et al. The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults. **Obesity**, v. 29, n. 2, p. 438–445, 18 fev. 2021.
- FONG, M. W. et al. Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings-Social Distancing Measures. **Emerging Infectious Diseases**, v. 26, n. 5, p. 976–984, 2020.
- FRANCO, I. et al. Decreased levels of physical activity: results from a cross-sectional study in southern Italy during the COVID-19 lockdown. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v. 61, n. 2, p. 294–300, fev. 2021.
- FÜZÉKI, E. et al. Physical Activity and Its Related Factors during the First COVID-19 Lockdown in Germany. **Sustainability**, v. 13, n. 10, p. 5711, 19 maio 2021.
- GARBATI, M. A. et al. A comparative study of clinical presentation and risk factors for adverse outcome in patients hospitalised with acute respiratory disease due to mers coronavirus or other causes. **PLoS ONE**, v. 11, n. 11, p. 1–12, 2016.
- GARCIA, L. P. et al. O potencial de propagação da COVID-19 e a tomada de decisão governamental: uma análise retrospectiva em Florianópolis, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200091, 2020.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 2, p. e2020222, 2020.
- GARCÍA-TASCÓN, M. et al. The Impact of the COVID-19 Confinement on the Habits of PA Practice According to Gender (Male/Female): Spanish Case. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 19, p. 6961, 23 set. 2020.
- GARDNER, E. G. et al. A rapid scoping review of Middle East respiratory syndrome coronavirus in animal hosts. **Zoonoses and Public Health**, v. 66, n. 1, p. 35–46, 2019.
- GHANBARI, M. K. et al. The impact of the social distancing policy on COVID-19 new cases in Iran: Insights from an interrupted time series analysis. 2020. ISLAM, N. et al. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: Natural experiment in 149 countries. **The BMJ**, v. 370, p. 1–10, 2020.

- GIERC, M. et al. Strange Days: Adult Physical Activity and Mental Health in the First Two Months of the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Public Health**, v. 9, n. April, p. 1–11, 15 abr. 2021.
- GORDON, B. R. et al. Association of efficacy of resistance exercise training with depressive symptoms: meta-analysis and meta-regression analysis of randomized clinical trials. **JAMA psychiatry**, v. 75, n. 6, p. 566-576, 2018.
- GÓRNICKA, M. et al. Dietary and Lifestyle Changes During COVID-19 and the Subsequent Lockdowns among Polish Adults: A Cross-Sectional Online Survey PLifeCOVID-19 Study. **Nutrients**, v. 12, n. 8, p. 2324, 3 ago. 2020.
- GUAN, Y. et al. Molecular epidemiology of the novel CoV that causes SARS. **Lancet**, v. 363, p. 99–104, 2004.
- GUTHOLD, Regina et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1· 9 million participants. **The lancet global health**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.
- HALL, G. et al. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 64, n. xxxx, p. 108–110, 2021.
- HARGREAVES, E. A. et al. Changes in Physical Activity Pre-, During and Post-lockdown COVID-19 Restrictions in New Zealand and the Explanatory Role of Daily Hassles. **Frontiers in Psychology**, v. 12, n. February, p. 1–13, 25 fev. 2021.
- HASAN, S. et al. Ebola virus: A global public health menace: A narrative review. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, n. 6, p. 2189–2201, 2019.
- HE, M. et al. Changes in Body Weight, Physical Activity, and Lifestyle During the Semi-lockdown Period After the Outbreak of COVID-19 in China: An Online Survey. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 15, n. 2, p. e23–e28, 14 abr. 2021.
- HENAO-RESTREPO, A. M. et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). **The Lancet**, v. 389, n. 10068, p. 505–518, 2017.
- HERMASSI, S. et al. Effects of COVID-19 Lockdown on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Satisfaction with Life in Qatar: A Preliminary Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 6, p. 3093, 17 mar. 2021.

- HINO, K.; ASAMI, Y. Change in walking steps and association with built environments during the COVID-19 state of emergency: A longitudinal comparison with the first half of 2019 in Yokohama, Japan. **Health & Place**, v. 69, n. January, p. 102544, maio 2021.
- HOLMES, Edward C. et al. The origins of SARS-CoV-2: A critical review. **Cell**, v. 184, n. 19, p. 4848-4856, 2021.
- HUI, D. S. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 18, n. 8, p. e217–e227, 2018.
- HUSAIN, W.; ASHKANANI, F. Does COVID-19 change dietary habits and lifestyle behaviours in Kuwait: a community-based cross-sectional study. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v. 25, n. 1, p. 61, 12 dez. 2020.
- IACCARINO, G. et al. Age and multimorbidity predict death among COVID-19 Patients: Results of the SARS-RAS study of the Italian society of hypertension. **Hypertension**, v. 76, n. 2, p. 1–7, 2020.
- JAKICIC, John M. et al. Physical activity and the prevention of weight gain in adults: a systematic review. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 51, n. 6, p. 1262, 2019.
- JALLOH, M. F. et al. Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra. n. July 2015, **BMJ global health**, v. 3, n. 2, p. e000471, 2018.
- JANSSEN, X. et al. Changes in physical activity, sitting and sleep across the COVID-19 national lockdown period in Scotland. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 24, p. 9362, 2020.
- KARAGEORGHIS, C. I. et al. Physical activity and mental well-being under COVID-19 lockdown: a cross-sectional multinational study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 988, 27 dez. 2021.
- KATZMARZYK, Peter T. et al. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. **British Journal of Sports Medicine**, v. 56, n. 2, p. 101-106, 2022.
- KAYALI, G.; PEIRIS, M. A more detailed picture of the epidemiology of Middle East respiratory syndrome coronavirus. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 15, n. 5, p. 495–497, 2015.
- KHAN, M. et al. COVID-19: a global challenge with old history, epidemiology and progress so far. **Molecules**, v. 26, n. 1, p. 39, 2020.

- KHANDAKER, G. et al. Systematic review of clinical and epidemiological features of the pandemic influenza A (H1N1) 2009. **Influenza and other Respiratory Viruses**, v. 5, n. 3, p. 148–156, 2011.
- KNELL, G. et al. Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent “Stay-at-Home” Orders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 6268, 28 ago. 2020.
- KO, C. H. et al. Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 60, n. 4, p. 397–403, 2006.
- KOLOKOTRONI, O. et al. Lifestyle habits of adults during the COVID-19 pandemic lockdown in Cyprus: evidence from a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 786, 23 dez. 2021.
- KONTSEVAYA, A. V. et al. Changes in physical activity and sleep habits among adults in Russian Federation during COVID-19: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 893, 11 dez. 2021.
- KRIAUCIONIENE, V. et al. Associations between Changes in Health Behaviours and Body Weight during the COVID-19 Quarantine in Lithuania: The Lithuanian COVIDiet Study. **Nutrients**, v. 12, n. 10, p. 3119, 13 out. 2020.
- LADDU, Deepika R. et al. Physical activity for immunity protection: Inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 64, p. 102, 2021.
- LAU, J. T. F. et al. Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, 2010.
- LAU, J. T. F. et al. Impacts of SARS on health-seeking behaviors in general population in Hong Kong. **Preventive Medicine**, v. 41, n. 2, p. 454–462, 2005b.
- LAU, S. K. P. et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-like virus in Chinese horseshoe bats. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 102, n. 39, p. 14040–14045, 2005a.
- LEE, A.; CHO, J. The impact of epidemics on labor market: identifying victims of the Middle East Respiratory Syndrome in the Korean labor market. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–15, 2016.
- LEE, N. et al. Genome-wide analysis of influenza viral RNA and nucleoprotein association. **Nucleic Acids Research**, v. 45, n. 15, p. 8968–8977, 2017.

- LEUNG, G. M. et al. Article The Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome in the 2003 Hong Kong Epidemic. **Annals of Internal Medicine**, v. 141, 2004.
- LI, J. et al. Epidemiology of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. **Journal of Medical Virology**, v. 93, n. 3, p. 1449–1458, 2021.
- LIU, X. et al. COVID-19: Progress in diagnostics, therapy and vaccination. **Theranostics**, v. 10, n. 17, p. 7821–7835, 2020.
- LÓPEZ-BUENO, R. et al. COVID-19 Confinement and Health Risk Behaviors in Spain. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. June, p. 1–10, 4 jun. 2020a.
- LÓPEZ-BUENO, R. et al. Immediate Impact of the COVID-19 Confinement on Physical Activity Levels in Spanish Adults. **Sustainability**, v. 12, n. 14, p. 5708, 16 jul. 2020b.
- LÓPEZ-MORENO, M. et al. Physical and Psychological Effects Related to Food Habits and Lifestyle Changes Derived from COVID-19 Home Confinement in the Spanish Population. **Nutrients**, v. 12, n. 11, p. 3445, 10 nov. 2020.
- MACKAY, I. M.; ARDEN, K. E. Middle East respiratory syndrome: An emerging coronavirus infection tracked by the crowd. **Virus Research**, v. 202, p. 60–88, 2015.
- MALIK PEIRIS, J. S.; POON, L. L. M.; GUAN, Y. Emergence of a novel swine-origin influenza A virus (S-OIV) H1N1 virus in humans. **Journal of Clinical Virology**, v. 45, n. 3, p. 169–173, 2009.
- MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 4, p. e2020407, 2020.
- MALTAGLIATI, S. et al. Evolution of physical activity habits after a context change: The case of COVID-19 lockdown. **British Journal of Health Psychology**, v. 26, n. 4, p. 1135–1154, 6 nov. 2021.
- MANN, S.; BEEDIE, C.; JIMENEZ, A. Differential effects of aerobic exercise, resistance training and combined exercise modalities on cholesterol and the lipid profile: review, synthesis and recommendations. **Sports medicine**, v. 44, n. 2, p. 211–221, 2014.
- MARKEL, H. et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918–1919 influenza pandemic. **Journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 6, p. 644–654, 2007.
- MARQUES, M. et al. Physical activity during the COVID-19 pandemic: a survey with adults in Northern Brazil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, n. March, p. 1–8, 10 dez. 2020.

- MARTINEZ, E. Z. et al. Physical activity in periods of social distancing due to COVID-19: a cross-sectional survey. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 2, p. 4157–4168, out. 2020.
- MATSUNGO, T. M.; CHOPERA, P. Effect of the COVID-19-induced lockdown on nutrition, health and lifestyle patterns among adults in Zimbabwe. **BMJ Nutrition, Prevention & Health**, v. 3, n. 2, p. 205–212, dez. 2020.
- MAUGERI, G. et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. **Heliyon**, v. 6, n. 6, p. e04315, jun. 2020.
- MEMISH, Z. A. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus in Bats, Saudi Arabia. **Emerging Infectious Diseases**, v. 19, n. 11, p. 1819–1823, 2013.
- MEMISH, Z. A. et al. Middle East respiratory syndrome. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1063–1077, 2020.
- MEYER, Jacob et al. Changes in physical activity and sedentary behavior in response to COVID-19 and their associations with mental health in 3052 US adults. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 18, p. 6469, 2020.
- MITITELU, M. The Impact Of Covid-19 Lockdown On The Lifestyle And Dietary Patterns Among Romanian Population. **Farmacia**, v. 69, n. 1, p. 1–11, 27 fev. 2021.
- NARICI, Marco et al. Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: Physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures. **European journal of sport science**, v. 21, n. 4, p. 614-635, 2021.
- NEUMANN, G.; NODA, T.; KAWAOKA, Y. Emergence and pandemic potential of swine-origin H1N1 influenza virus. **Nature**, v. 459, n. 7249, p. 931–939, 2009.
- NICASTRI, E. et al. Ebola Virus Disease: Epidemiology, Clinical Features, Management, and Prevention. **Infectious Disease Clinics of North America**, v. 33, n. 4, p. 953–976, 2019.
- NIENHUIS, C. P.; LESSER, I. A. The Impact of COVID-19 on Women’s Physical Activity Behavior and Mental Well-Being. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, p. 9036, 4 dez. 2020.
- NOVEL SWINE-ORIGIN INFLUENZA A (H1N1) VIRUS INVESTIGATION TEAM. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *New England journal of medicine*, v. 360, n. 25, p. 2605-2615, 2009.

- ODUSANYA, O. O. et al. COVID-19: A review of the effectiveness of non-pharmacological interventions. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, v. 27, n. 4, p. 261, 2020.
- ONG, S. W. X. et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a Symptomatic Patient. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 16, p. 1610–1612, 2020.
- OUZZANI, M. et al. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2016.
- PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2021.
- PARK, J.-H. et al. What Happened Pre- and during COVID-19 in South Korea? Comparing Physical Activity, Sleep Time, and Body Weight Status. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5863, 29 maio 2021.
- PATEL, M. et al. Pandemic (H1N1) 2009 influenza. **British Journal of Anaesthesia**, v. 104, n. 2, p. 128–142, 2010.
- PEÇANHA, Tiago et al. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. **American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology**, 2020.
- PEIRIS, J. S. M. et al. Clinical progression and viral load in a community outbreak. **Lancet**, v. 361, n. 9371, p. 1767–1772, 2003.
- PENG, E. Y.-C. et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 109, n. 7, p. 524-532, 2010.
- PÉREZ-GISBERT, Laura et al. Effects of the COVID-19 pandemic on physical activity in chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 23, p. 12278, 2021.
- PERRONE, Marco Alfonso et al. The effects of reduced physical activity on the lipid profile in patients with high cardiovascular risk during COVID-19 lockdown. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, p. 8858, 2021.

- PETTI, S. et al. The face of Ebola: Changing frequency of haemorrhage in the West African compared with Eastern-Central African outbreaks. **BMC Infectious Diseases**, v. 15, n. 1, p. 1–10, 2015.
- PHILLIPS, C. Brain-derived neurotrophic factor, depression, and physical activity: making the neuroplastic connection. **Neural plasticity**, 2017.
- PHIRI, P. et al. An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. **EClinicalMedicine**, v. 34, 2021.
- POLERO, Patricia et al. Physical activity recommendations during COVID-19: narrative review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 1, p. 65, 2021.
- PORROVECCHIO, A. et al. The Effect of Social Isolation on Physical Activity during the COVID-19 Pandemic in France. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, p. 5070, 11 maio 2021.
- PUCCINELLI, P. J. et al. Correction to: Reduced level of physical activity during COVID-19 pandemic is associated with depression and anxiety levels: an internet-based survey. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 613, 29 dez. 2021.
- QI, M. et al. Physical Activity, Health-Related Quality of Life, and Stress among the Chinese Adult Population during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 18, p. 6494, 7 set. 2020.
- QIN, F. et al. Physical Activity, Screen Time, and Emotional Well-Being during the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 14, p. 5170, 17 jul. 2020.
- RABI, F. A. et al. Sars-cov-2 and coronavirus disease 2019: What we know so far. **Pathogens**, v. 9, n. 3, p. 1–14, 2020.
- RADWAN, H. et al. Indirect Health Effects of COVID-19: Unhealthy Lifestyle Behaviors during the Lockdown in the United Arab Emirates. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1964, 18 fev. 2021.
- RAHMATI, Masoud et al. Baseline physical activity is associated with reduced mortality and disease outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Reviews in medical virology**, p. e2349, 2022.
- RAI, P. et al. Detection technologies and recent developments in the diagnosis of COVID-19 infection. **Applied Microbiology and Biotechnology**, v. 105, n. 2, p. 441–455, 2021.

- RAMANAN, P. et al. Filoviral immune evasion mechanisms. **Viruses**, v. 3, n. 9, p. 1634–1649, 2011.
- RIMMELE, U. et al. Trained men show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychosocial stress compared with untrained men. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, n. 6, p. 627-635, 2007.
- RINGSEIS, Robert et al. Metabolic signals and innate immune activation in obesity and exercise. **Exercise immunology review**, v. 21, 2015.
- ROJAS, M. et al. Ebola virus disease: An emerging and re-emerging viral threat. **Journal of Autoimmunity**, v. 106, n. December 2019, p. 102375, 2020.
- ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of Autoimmunity**, v. 109, n. February, p. 102433, 2020.
- SADARANGANI, K. P. et al. Changes in Sitting Time, Screen Exposure and Physical Activity during COVID-19 Lockdown in South American Adults: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, p. 5239, 14 maio 2021.
- SALLIS, Robert et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. **British journal of sports medicine**, v. 55, n. 19, p. 1099-1105, 2021.
- SCHNITZER, M. et al. COVID-19 stay-at-home order in Tyrol, Austria: sports and exercise behaviour in change? **Public Health**, v. 185, n. January, p. 218–220, ago. 2020.
- SCHUCH, Felipe B. et al. Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. **Psychiatry research**, v. 292, p. 113339, 2020.
- SCHUCH, Felipe B. et al. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. **American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 7, p. 631-648, 2018.
- SCHUCH, Felipe B. et al. Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. **Depression and anxiety**, v. 36, n. 9, p. 846-858, 2019.
- SHRESTHA, C. et al. Changes and Compromises in Health Choices during COVID-19 Lockdown in Kathmandu Valley: A Descriptive Cross-sectional Study. **Journal of Nepal Medical Association**, v. 58, n. 232, p. 1046–1051, 31 dez. 2020.

SILVA, D. R. P. et al. Changes in the prevalence of physical inactivity and sedentary behavior during COVID-19 pandemic: a survey with 39,693 Brazilian adults. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

SILVA, L.; FILHO, D. F.; FERNANDES, A. The effect of lockdown on the COVID-19 epidemic in Brazil: Evidence from an interrupted time series design. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 10, 2020.

SINGH, B.; JAIN, S.; RASTOGI, A. Effects of nationwide COVID-19 lockdown on lifestyle and diet: An Indian survey. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, n. 3, p. 1246, 2021.

SINISTERRA-LOAIZA, L. I. et al. Food habits in the galician population during confinement by covid-19. **Nutricion Hospitalaria**, v. 37, n. 6, p. 1190–1196, 2020.

SKOTNICKA, M. et al. Dietary Habits before and during the COVID-19 Epidemic in Selected European Countries. **Nutrients**, v. 13, n. 5, p. 1690, 16 maio 2021.

SONG, Z. et al. From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. **Viruses**, v. 11, n. 1, 2019.

SONZA, A. et al. Brazil before and during covid-19 pandemic: Impact on the practice and habits of physical exercise. **Acta Biomedica**, v. 92, n. 1, p. 1–10, 2021a.

SONZA, A. et al. COVID-19 Lockdown and the Behavior Change on Physical Exercise, Pain and Psychological Well-Being: An International Multicentric Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 7, p. 3810, 6 abr. 2021b.

SOUZA, T. C. M. et al. Lifestyle and eating habits before and during COVID-19 quarantine in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 25, n. 1, p. 65–75, 10 jan. 2022.

SPENCE, J. C. et al. Determinants of physical activity among adults in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic: The DUK-COVID study. **British Journal of Health Psychology**, v. 26, n. 2, p. 588–605, 17 maio 2021.

STANTON, R. et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 4065, 7 jun. 2020.

STOCKWELL, Stephanie et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. **BMJ open sport & exercise medicine**, v. 7, n. 1, p. e000960, 2021.

- SULLIVAN, S. J. et al. 2009 H1N1 influenza. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 85, n. 1, p. 64–76, 2010.
- TEMBO, J. et al. Recent advances in the development and evaluation of molecular diagnostics for Ebola virus disease. **Expert Review of Molecular Diagnostics**, v. 19, n. 4, p. 325–340, 2019.
- TSANG, H. F. et al. An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. **Expert Review of Anti-Infective Therapy**, v. 00, n. 00, p. 1–12, 2020.
- VAN DOREMALEN, N. et al. Aerosol and surface stability of HCoV-19 (SARS-CoV-2) compared to SARS-CoV-1. **medRxiv**, 2020.
- VILLASEÑOR LOPEZ, K. et al. Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional. **Revista Española de Nutrición Humana y Dietética**, v. 25, p. e1099, 10 out. 2021.
- WANG, J. et al. Change in eating habits and physical activities before and during the COVID-19 pandemic in Hong Kong: a cross-sectional study via random telephone survey. **Journal of the International Society of Sports Nutrition**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2 jan. 2021.
- WANG, W. et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. **Jama**, v. 323, n. 18, p. 1843-1844, 2020.
- WANG, X. et al. Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 5575, 2 ago. 2020a.
- WANG, Y. et al. Physical Distancing Measures and Walking Activity in Middle-aged and Older Residents in Changsha, China, During the COVID-19 Epidemic Period: Longitudinal Observational Study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 10, p. e21632, 26 out. 2020b.
- WARBURTON, Darren ER; BREDIN, Shannon SD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. **Current opinion in cardiology**, v. 32, n. 5, p. 541-556, 2017.
- WEN, Wen et al. Efficacy and safety of three new oral antiviral treatment (molnupiravir, fluvoxamine and Paxlovid) for COVID-19 : a meta-analysis. **Annals of Medicine**, v. 54, n. 1, p. 516-523, 2022.
- WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel

coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p. 1–4, 2020.

WILKE, J. et al. A Pandemic within the Pandemic? Physical Activity Levels Substantially Decreased in Countries Affected by COVID-19. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2235, 24 fev. 2021.

WONDERLY, B. et al. Comparative performance of four rapid Ebola antigen-detection lateral flow immunoassays during the 2014-2016 Ebola epidemic in West Africa. **PLoS ONE**, v. 14, n. 3, p. 1–14, 2019.

WONG, J. Y. et al. Case fatality risk of influenza a (H1N1pdm09): A systematic review. **Epidemiology**, v. 24, n. 6, p. 830–841, 2013.

WOODRUFF, S. J.; COYNE, P.; ST-PIERRE, E. Stress, physical activity, and screen-related sedentary behaviour within the first month of the COVID-19 pandemic. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 13, n. 2, p. 454–468, maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Geneva: World Health Organization, 2020b.

_____. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Geneva: World Health Organization, 2022.

_____. **Ebola virus disease**. Geneva: World Health Organization, 2018a.

_____. **H1N1 in post-pandemic period**. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. Geneva: World Health Organization, 2020c.

_____. **MERS situation update, December 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020d.

_____. **Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)**. Geneva: World Health Organization, 2018b.

_____. **More active people for a healthier world: Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030**. Geneva: World Health Organization, 2019.

_____. **Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)**. Geneva: World Health Organization, 2019.

_____. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: World Health Organization, 2020a.

_____. **SARS: breaking the chains of transmission.** Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization, 2003a.

_____. **Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.** Geneva: World Health Organization, 2003b.

WUNSCH, Kathrin; KIENBERGER, Korbinian; NIESSNER, Claudia. Changes in physical activity patterns due to the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 4, p. 2250, 2022.

XIONG, J. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, n. June, p. 55–64, 2020.

XU, J. et al. Systematic comparison of two animal-to-human transmitted human coronaviruses: SARS-CoV-2 and SARS-CoV. **Viruses**, v. 12, n. 2, 2020.

YAN, Y.; CHANG, L.; WANG, L. Laboratory testing of SARS-CoV, MERS-CoV, and SARS-CoV-2 (2019-nCoV): Current status, challenges, and countermeasures. **Reviews in Medical Virology**, v. 30, n. 3, p. 1–14, 2020.

YANG, Y. et al. The Deadly Coronaviruses: The 2003 SARS Pandemic and The 2020 Novel Coronavirus Epidemic in China , The Company' s Public News and Information. **Journal of Autoimmunity**, v. 109, n. January, p. 102487, 2020.

YEN-HAO CHU, I. et al. Social consequences of mass quarantine during epidemics: A systematic review with implications for the COVID-19 response. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 7, p. 1–14, 2020.

ZAKI, A. M. et al. Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 19, p. 1814–1820, 2012.

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

ZHU, J. et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: A meta-analysis. **Journal of Medical Virology**, v. 92, n. 10, p. 1902–1914, 2020a.

ZHU, Z. et al. From SARS and MERS to COVID-19: A brief summary and comparison of severe acute respiratory infections caused by three highly pathogenic human coronaviruses. **Respiratory Research**, v. 21, n. 1, p. 1–14, 2020b.

ZU, Z. Y. et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China.

Radiology, v. 296, n.2, p. E15–E25, 2020.

ZUMLA, A.; HUI, D. S.; PERLMAN, S. Middle East respiratory syndrome. **The Lancet**, v. 386, n. 9997, p. 995–1007, 2015.

5 ARTIGOS

5.1 Artigo 1

Submetido à revista: Journal of Public Health.

Situação: Manuscrito em análise do editor.

ORIGINAL RESEARCH

Physical activity pattern before and during the COVID-19 pandemic and association with contextual variables of the pandemic in adults and older adults in southern Brazil

AUTHORS

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: vanisedossantos@hotmail.com.

Thiago Sousa Matias

Universidade Federal de Santa Catarina, Department of Physical Education, Florianópolis, SC, Brazil, CEP: 88040-900, telephone: +55 (48) 3721-9062. E-mail: thiagosousamatias@gmail.com.

Eduardo Gauze Alexandrino

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: eduardogauze@hotmail.com.

Yohana Pereira Vieira

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: yohana_vieira@hotmail.com.

Fernanda Oliveira Meller

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Postgraduate Program in Collective Health, Criciúma, SC, Brazil, CEP 88806-000, telephone: +55 (48) 3431-2609. E-mail: fernandameller@unesc.net.

Antônio Augusto Schäfer

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Postgraduate Program in Collective Health, Criciúma, SC, Brazil, CEP 88806-000, telephone: +55 (48) 3431-2609. E-mail: antonioaschafer@unesc.net.

Samuel Carvalho Dumith

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: scdumith@yahoo.com.br.

CONTACT

Vanise dos Santos Ferreira Viero

vanisedossantos@hotmail.com

Avenida Getúlio Dorneles Vargas, 1965, bairro Passo dos Fortes, Chapecó, Santa Catarina, SC, Brazil.
Cep: 89805-001. Telephone: +55(48) 99900-3476.

DECLARATIONS

Funding

This study received financial support from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS, process number 20/2551-0000277-2.

Ethics approval and consent to participate

The studies are approved by the appropriate Research Ethics Committees (CEP) under the following opinion numbers: (no. ^{FURG} 20/2016 CAAE: 52939016.0.0000.5324; no. ^{UNESC} 3.084.521; no. ^{FURG} 4.055.737). All ethical principles established by the National Health Council in Resolution 466/12 were respected. Those who agreed to participate in the study informed this decision during reading and signing the Free and Informed Consent Form.

Competing interests

The authors declare that there are no conflicting interests.

Consent to Publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon request.

Code availability

Not applicable.

Authors' contribution

VSFV participated in the design of the manuscript, performed the analyses, participated in the writing of the manuscript. TSM, EGA and YPV participated in the writing of the manuscript. TSM, FOM and AAS critically reviewed the manuscript. SCD supervised the analyses, revised the final version of the article, and coordinated the study. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

Not applicable.

ABSTRACT

Aim: To compare the physical activity pattern before and during the COVID-19 pandemic and verify the association with contextual, behavioral, and health variables related to the pandemic in adults and older adults from southern Brazil.

Subject and Methods: This is a before-and-after, population-based study in Rio Grande-RS and Criciúma-SC, with 4,290 individuals. The physical activity pattern (dependent variable) was measured using the International Physical Activity Questionnaire-IPAQ. In addition, contextual, behavioral, and health aspects related to the pandemic (independent variables) were assessed by questionnaires. Fisher's exact test was used for bivariate analyses and *Poisson* regression with robust variance to calculate crude and adjusted prevalence and respective 95% confidence intervals.

Results: There was a 72% reduction in commuting physical activity and a 145% increase in physical inactivity when compared before and during the pandemic. Social distancing, excessive search for information about COVID-19, fear of the pandemic, and COVID-19 infection were all factors that contributed to the decline in physical activity during the pandemic. The *home office* was a protective factor for physical inactivity.

Conclusion: The COVID-19 pandemic has negatively affected the pattern of physical activity in the general population, except for those who switched to working from home.

Keywords: Physical activity; Health behavior; COVID-19; Pandemic.

INTRODUCTION

In response to the COVID-19 outbreak, governments in several countries have implemented non-pharmacological public health interventions, such as containment strategies, to limit the spread of the virus, and prevent the population from being harmed from this virus (Garcia & Duarte, 2020). Among these interventions, social distancing was presented as the most effective measure for preventing COVID-19 (Nussbaumer-Streit et al., 2020). For example, in Brazil, social distancing measures were promptly adopted by states and municipalities, such as encouraging remote work and implementing digital services, restricting the use of public transport, interrupting activities in schools and universities, and closing non-essential businesses and services (Garcia & Duarte, 2020) (Aquino et al., 2020).

Although necessary in times of a pandemic, these measures caused a significant change in daily life and affected the usual processes and routines, including physical activity (Wunsch et al., 2022).

Regular and adequate levels of physical activity are widely known to have beneficial effects on the immune system (Laddu et al., 2021) and to reduce the risks for many comorbidities such as obesity, diabetes mellitus, and coronary heart disease (Cleven et al., 2020), as well as depression (Schuch et al., 2018) and anxiety (Schuch et al., 2020). Furthermore, a recent meta-analysis concluded that physically active people had less chance of hospitalization and mortality from COVID-19 (Rahmati et al., 2022), and the regular practice of physical activity could be an important component for promoting, maintaining, and restoring mental health in the restrictive period (Marconcin et al., 2022) (Matias et al., 2020).

Despite these benefits, recent systematic reviews with meta-analyses (Wunsch et al., 2022)(Stockwell et al., 2021) found that the social restrictions imposed by the pandemic have reduced the population's practice of physical activity and that psychological depreciation (Schuch et al., 2020) have also contributed to the decline of this behavior.

Although there is no doubt that the containment measures implemented to reduce the spread of COVID-19 have impacted the practice of physical activity by the population around the world, most studies evaluated the change in physical activity retrospectively (Ammar et al., 2020)(Malta et al., 2020)(Wilke et al., 2021)(Caputo et al., 2021)(Füzéki, Schröder, Carraro, et al., 2021)(Füzéki, Schröder, Groneberg, et al., 2021). Prospective comparisons of this behavior "before" and "after" the pandemic are still scarce in the literature. In addition, it is crucial to analyze the effect of the pandemic on the different domains of physical activity and investigate what other contextual variables related to the pandemic (e.g., fear of infection, infodemic; *home office*) may be associated with the pattern of physical activity.

There are indications in the literature that more time at home during the pandemic (Knell et al., 2020) and physical symptoms of COVID-19 (Smith et al., 2020) negatively influenced physical activity behavior during the pandemic.

METHOD

Study design and location

To fill the knowledge gaps, the present study was carried out with the aim of comparing the pattern of physical activity before and during the COVID-19 pandemic and verifying the association with contextual, behavioral and health variables related to the pandemic in adults and elderly adults in southern Brazil.

This is a before-and-after study, which uses data from three cross-sectional studies, entitled “Health of the Rio Grande a population” and “Health of the adult and older population of Criciúma”, carried out in 2016 and 2019, respectively, and replicated in 2021, with the “Mental-COVID” survey, in order to compare the pattern of physical activity before and during the COVID-19 pandemic. “The studies “Health of the Rio Grande a population” and “Health of the adult and older population of Criciúma” aimed to evaluate population’s health, and further methodological details about these studies can be found in other publications (Dumith et al., 2018)(Saes-Silva et al., 2021). The Mental-COVID study sought to assess the impact of COVID-19 on the mental health of the adult and older population of these two municipalities in southern Brazil.

The municipality of Rio Grande is located in the southern region of the state of Rio Grande do Sul (RS) and Criciúma is located in the extreme south of the state of Santa Catarina (SC). The municipalities have similar characteristics in terms of population size and Human Development Index (HDI) (IBGE, 2010).

Population and sample

The target population consisted of individuals aged 18 years or over, living in the urban areas of Rio Grande and Criciúma. Individuals who were institutionalized or who had physical and/or cognitive incapacity to answer the questionnaire were considered ineligible.

The samples of the three studies were obtained through a process of random sampling methods, which was carried out in two stages, based on data from the last Demographic Census of 2010 (IBGE, 2010). The first stage included the census sectors, and the second stage, the households. In 2016, approximately 1,600 eligible individuals were found, in the year 2019, approximately 1,200 individuals, and in 2021, approximately 3,000 individuals. All persons aged 18 years and over, residing in the selected households, were invited to participate in these studies.

The instrument, with an average completion duration of 30 minutes, was applied by previously trained interviewers. The interviews were carried out in front of the homes of those eligible, using a pre-coded and standardized questionnaire, mostly composed of closed questions. In the 2016 and 2019 studies, the interviews were applied through printed questionnaires. In 2021, the instrument was applied using *tablets* and was built using RedCap® software (acronym for *Research Electronic Data Capture*), followed

by data transfer to the computer. Data collection took place between October 2020 and January 2021, with the interviewers wearing the appropriate Personal Protective Equipment-PPE.

Variables

The dependent variables of this study were: Some leisure-time physical activity (No/Yes); Some commuting physical activity (No/Yes); Leisure and commuting physical activity according to the recommendations of 150 minutes per week (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2010)(No/Yes); and Leisure and commuting physical inactivity (No/Yes). Those who responded that they did not perform physical activity on any days per week were considered inactive. These variables were evaluated using the leisure and commuting section of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), long version, validated by Matsudo et al., 2012 (Matsudo et al., 2012). The practice of physical activity in the week prior to the interview (in the previous seven days) was assessed through questions about weekly frequency and duration for walking (also for cycling in the commuting section) and the practice of moderate and vigorous physical activities.

The independent variables were: adherence to social distancing (No/Yes), search for information about the pandemic several times a day (No/Yes); started working remotely during the pandemic (No/Yes); has had symptoms of COVID-19 (No/Yes), has been infected with COVID-19 (No/Yes); and has had contact with someone infected with COVID-19 (No/Yes). These variables were obtained through self-report. In addition, fear of the pandemic was evaluated through the *Fear of COVID-19 (FCV-19S)* scale, adapted and validated for the Brazilian adult population by Medeiros et al. 2021 (de Medeiros et al., 2021).

Based on this scale, a score in quintiles was generated for this study, with the last quintile being isolated and considered the group with the greatest fear of being infected by the disease. Subsequently, the groups were dichotomized into “no” (from the first to the fourth quintile, group with less fear of COVID-19) and “yes” (last quintile, group with greater fear of COVID-19). Participants were also asked about the following symptoms of COVID-19: feverish sensation or fever $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$, cough without phlegm, difficulty breathing, sore throat, muscle pain or more tiredness than normal, diarrhea, decreased taste, decreased sense of smell, tremors or chills, and headache. This variable was dichotomized into “no” (no symptoms) and “yes” (some symptoms).

To control for possible confounding factors, the following covariates were included in the analysis: sex (male/female), age group (collected in complete years and categorized as 18 to 39 years/40 to 59 years/60 years or more), schooling (elementary/ secondary/higher), socioeconomic status (lowest – lowest socioeconomic level/intermediate/highest – highest socioeconomic level), stress (lowest stress level/intermediate/highest – highest stress level), and regular or poor perception of health (no/yes). Stress was assessed using the 14-item Perceived Stress Questionnaire (Siqueira Reis et al., 2010), with the score divided into tertiles.

In addition to the variables mentioned, the following were collected for exploration purposes: skin color, marital status, smoking, excessive alcohol consumption, BMI, health insurance, regular or poor sleep quality, depressive symptoms (Santos et al., 2013), feelings of sadness (Andrews & Withey, 1976), arterial hypertension, diabetes mellitus, heart disease, and chronic back pain. These variables are detailed in a supplementary table 1.

Statistical analysis

Univariate analysis was performed using absolute and relative frequencies to describe the characteristics of the sample. Bivariate analysis was performed to calculate the prevalence of the outcome according to the independent variable, using the Fisher's Exact test.

Multivariate analysis was performed using Poisson regression, which was used to calculate crude and adjusted prevalence ratios (PR) and their corresponding 95% confidence intervals (95% CI). The Wald ratio test for heterogeneity (dichotomous or nominal exposures) was used. The level of significance was set at 5% for two-tailed tests.

It is noteworthy that interaction was tested with the years of research, with statistical significance (p value <0.10) between all the aforementioned covariates.

All statistical procedures were performed using the Software for Statistics and Data Science (STATA), version 16.1 using the prefix svy, which considers the complexity of the sampling process and the effect of the study design. The figure was constructed using the Excel® program.

RESULTS

A total of 2,170 subjects participated in the study in the year 2021, with a response rate of 72%. Of these, the majority were female (59.7%), 31.2% were 60 years of age or older, and more than 70% of the population did not have higher education. Almost a quarter of individuals reported seeking information about the pandemic several times a day, 7.7% reported having switched to working remotely during the pandemic, more than 20% reported having had symptoms of COVID-19, and less than 10% had been infected by the disease (Table 1). The distribution of the sample in relation to demographic, socioeconomic, behavioral, and health variables before and during the pandemic was similar (see Supplementary Table 2).

Include table 1

In Figure 1, it is possible to observe the comparison of the pattern of physical activity before and during the pandemic. It was found that commuting physical activity was 3.5 times higher before the pandemic and during the pandemic it decreased to 18.7%, representing a drop of 72.0%. Before the pandemic, almost half of the sample reached the recommendations of leisure and commuting physical activity for health (≥ 150 min/week) and during the pandemic, only a quarter reported meeting the recommendations (≥ 150 min/week). Approximately 24.4% of subjects reported being physically inactive before the pandemic, while during the pandemic almost 60% were classified as inactive. A change in the prevalence of leisure-time physical activity was also observed when analyzing before and during the pandemic, however, the percentage delta variation was smaller when compared to the other outcomes.

Include figure 1

Regarding the changes from before to during the pandemic in associated factors, the reduction in leisure-time physical activity was greater for males, individuals aged 60 years or older, with less schooling and with a lower level of stress (Supplementary Table 3). The greatest reduction in commuting activity was observed for male individuals, with lower economic status, who perceived their health as fair or poor and had a low level of stress (Supplementary Table 4). Older, less educated, and low-income people who perceived their health as fair or poor reported greater reductions in leisure-time physical activity and

commuting in line with health recommendations (≥ 150 min/week) (Supplementary Table 5). Considering physical inactivity, the greatest increases were observed in individuals with a low level of stress, without depressive symptoms, and without feelings of sadness (Supplementary Table 6).

With respect to the association of demographic, socioeconomic, and health variables with pandemic variables, it can be observed that women adhered more to social distancing, had more infodemic behavior, and greater fear of the pandemic when compared to men. Individuals with higher levels of schooling adhered less to social distancing, had less infodemic behavior, and more COVID-19 infections, more contact with someone infected with the disease, and more remote work than individuals with lower levels of schooling. Those with the highest levels of stress had less infodemic behavior and greater fear of the pandemic, more symptoms of COVID-19, and more contact with someone infected with the disease than those with the lowest level of stress (Supplementary Table 7).

The prevalence of leisure-time physical activity during the pandemic was 17.0% (95%CI: 13.6; 21.0) for those who adhered to social distancing versus 30.8% (95%CI: 28.7; 33.0) for those who did not adhere. For commuting physical activity during the pandemic, the prevalence for those who sought information about the pandemic several times a day was 12.2% (95%CI: 10.0; 15.5) versus 20.5% (95%CI: 18.6; 22.5) for those who did not seek information about the pandemic as often. Considering leisure and commuting physical activities according to health recommendations (≥ 150 min/week), it was found that the prevalence for those who complied with social distancing was 14.8% (95%CI: 11.6; 18.6) versus 26.9% (95%CI: 24.9; 29.0) for those who did not comply. The prevalence of physical inactivity during the pandemic was 41.0% (95%CI: 33.7; 48.7) for those who started working remotely during the pandemic versus 61.4% (95%CI: 59.2; 63.5) for those who continued working as before (Table 2).

Include table 2

During adjusting for possible confounding factors, it was observed that the probability of practicing physical activity during leisure time during the pandemic was lower in those who adhered to social distancing (PR=0.78; 95%CI: 0.61;1.00) when compared to those who did not. Regarding physical activity while commuting, the highest probability of practicing physical activity while commuting during the pandemic period was among those who started working remotely during the pandemic (PR=1.37; 95%CI: 1.02; 1.84), who had symptoms of COVID-19 (PR=1.55; 95%CI: 1.25;1.92), and who had contact with someone infected with the disease (PR=1.29; 95%CI: 1.01;1.65) when compared to their peers. On the other hand, those who reported infodemic behavior and COVID-19 infection were 26% (95%CI: 2 to 45%) and 58% (95%CI: 31 to 75%), respectively, less likely to be active in commuting during the pandemic when compared to those who did not report infodemic behavior and who had the COVID-19 infection. As for the practice of physical activity during leisure time and commuting, according to health recommendations (≥ 150 min/week), it was observed that the probability was 22% (95%CI: 4 to 36%) lower in those who reported greater fear of the pandemic compared to those who were not so afraid. The highest probability of physical inactivity during the pandemic was for those who sought information about the pandemic several times a day (PR=1.11; 95%CI: 1.01;1.22), were more afraid of the pandemic (PR=1.10; 95%CI: 1.01;1.20), and had the COVID-19 infection (PR=1.34; 95%CI: 1.14;1.58) when compared to their peers. On the other hand, those who reported having symptoms of COVID-19 were 11% (95%CI: 1 to 20%) less likely to be inactive when compared to those who had no symptoms of the disease (Table 2).

Include table 2

DISCUSSION

This study compared the pattern of physical activity before and during the COVID-19 pandemic in adults and older adults and analyzed its association with contextual, behavioral, and health variables related to the pandemic in two municipalities in southern Brazil. The results showed that the pattern of physical activity underwent an unfavorable change during the pandemic period compared to the period before the restrictions, as found in other investigations that identified the effect of social isolation induced by the pandemic on physical activity behavior worldwide (Wunsch et al., 2022)(Stockwell et al., 2021). These results were already expected since the “stay at home order”, together with working from home, and the ban on organized sports groups (Wunsch et al., 2022), probably influenced the reduction in this behavior during the pandemic.

It was found in our study that approximately one in four individuals were completely physically inactive before the pandemic, and during the pandemic period more than half became inactive. In the study by Silva et al. (2021) (da Silva et al., 2021), with 39,693 Brazilian adults, a 26% increase in physical inactivity was found during the pandemic. These data point to a worrying scenario, as in 2017, the World Health Organization developed a global plan called the “Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030” (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2018) to prevent and control physical inactivity and promote physical activity. One of the goals of this plan was to reduce physical inactivity by 10% by 2025 and 15% by 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2010). However, instead of reducing the prevalence of physical inactivity, which before the pandemic was already high in adults (27.5%) (Guthold et al., 2018), the social distancing imposed by the pandemic influenced the even greater increase in its prevalence worldwide (Wunsch et al., 2022)(Stockwell et al., 2021). Added to this is the fact that patients infected by COVID-19 who were physically inactive before infection had greater chances of hospitalization (OR=2.26; 95%CI: 1.81;2.83), admission to the intensive care unit (OR=1.73; 95%CI: 1.18;2.55), and death (OR=2.49; 95%CI: 1.33;4.67) as a result of this disease(Sallis et al., 2021).

Interestingly, in the current study it was observed that the greatest reduction in physical activity measures occurred in the commuting domain and not, as expected, in the leisure domain, which was also reported in studies carried out with the population of Italy (Füzéki, Schröder, Carraro, et al., 2021) and Germany (Füzéki, Schröder, Groneberg, et al., 2021), and can be explained by the closing of schools, universities, businesses, and non-essential commerce, as well as the worldwide adherence to the *home office*. Of all the physical activity measures evaluated in this study, leisure-time physical activity suffered the smallest decline during the pandemic when compared to the other measures, which could be attributed to two main reasons: 1) individuals in population groups that were more active in this domain before the restrictions (such as individuals with higher education and higher income) continued to be more likely to practice leisure-time physical activities even with the restrictions imposed; and 2) individuals who adopted *home office* during the pandemic may have allocated the time they saved from commuting to work to increase opportunities for physical leisure activities outdoors and/or at home.

As verified in our findings, the virus infection that causes COVID-19 was not the only factor responsible for negatively influencing the behavior of physical activity, but the pandemic context, such as social distancing, the excessive search for information about COVID-19, and the greater degree of fear of

the pandemic were also responsible for the decline in this behavior in the analyzed period. Social restrictions, as expected, reduced the probability of practicing physical leisure activities in the investigated population. This was also found in the study by Knell et al., 2020 (Knell et al., 2020), in a sample of 1,809 adults residing in the United States, indicating that those who spent more time at home were 1.06 times (95% CI: 1.02; 1.09) more likely to report decreased physical activity. This may be linked to restrictions in access to parks and places conducive to sports and outdoor physical activities during the first waves of the pandemic (Wunsch et al., 2022).

In the current study, the excessive search for information about COVID-19 and a greater degree of fear of the pandemic were risk factors for total physical inactivity during the pandemic. These findings are in line with other studies that found that infodemic behavior and pandemic fear are associated with unfavorable health outcomes, such as anxiety, depression, stress, panic, fear, and tiredness (Rahman et al., 2020) (Rocha et al., 2021) and increased risk behaviors (alcohol and smoking) (Rahman et al., 2020). In view of these convergences, it is suggested that the negative influence of the excessive search for information about COVID-19 and the greater fear of the pandemic were extended to behaviors related to physical activity in our study, as they may have been considered important barriers to the practice of physical activities during the pandemic period by the investigated population.

As found in our results, the study by Smith et al (2020) (Smith et al., 2020), carried out with 911 adults from England, Northern Ireland, Scotland, and Wales, to investigate the levels and correlates of physical activity during social distancing in a sample of UK adults, found that those who reported having physical symptoms of COVID-19 were less likely (OR=0.31; 95% CI 0.21; 0.46) to be physically active during the pandemic. The direction of these associations was predictable, as this disease often causes physical complications such as fatigue, myalgia, arthralgia, reduced physical capacity, and declines in physical function, usual care, and daily activities (Shanbehzadeh et al., 2021), which can easily lead to greater unwillingness to practice physical activities.

While containment strategies may have introduced barriers to physical activity for some people, the requirement to work from home may actually have provided opportunities for physical activity for others, as seen in our study. These findings are consistent with another Brazilian population-based study carried out in two municipalities in Minas Gerais-Brazil, with a sample of 1,750 individuals aged 18 years and over, which found that those who worked from home had reduced chances (OR=0.45; 95% CI: 0.24;0.85) and (OR=0.51; 95% CI: 0.29;0.88) of being physically inactive during leisure time, from March to August 2020 and October to December 2020, respectively (Moura et al., 2021).

Finally, this study must be interpreted considering its limitations and strengths. First, the cross-sectional design of the study does not allow a temporal relationship to be established, and thus may be subject to reverse causality bias. For example, it is not known whether those individuals who were infected with COVID-19 did not already have some debilitating physical condition that limited them in practicing physical activity before the outbreak of the pandemic, and the COVID-19 infection further aggravated this framework. Second, self-report of positive COVID-19 testing and physical activity measures may be subject to recall bias, as well as underdiagnosis, since the individual may have been infected but not aware of this. Third, survival bias, as the most severely ill individuals may have died, leading to underestimation of the investigated outcomes.

As strengths, it should be noted that the present study was population-based and carried out in person, in the households of the interviewees. This is also a differential when compared to other studies on the subject that used online platforms, as the data collection method employed enabled the inclusion of individuals without internet access. In addition, it should be noted that our study differs from others in that we compared the pattern of physical activity before and during the pandemic with the same population and not retrospectively. Finally, we mention the fact that we evaluated different measures of physical activity (leisure physical activity, commuting physical activity, physical activity according to health recommendations (≥ 150 min/week), and total physical inactivity) and that we identified the repercussions of the pandemic for each of these outcomes,

Information on the influence of the COVID-19 pandemic on physical activity pattern, as well as understanding how different contextual, behavioral, and health factors related to the pandemic influenced different measures of physical activity are valuable and can contribute to planning and targeting specific actions and strategies to improve each measure of physical activity behavior evaluated herein. We emphasize the importance of suggesting longitudinal studies to monitor this population, as well as interventions that promote the practice of physical activity, in order to mitigate the impacts of the pandemic on the present and future health of these individuals.

CONCLUSION

Concluded that the COVID-19 pandemic negatively affected the pattern of physical activity of the population studied. Commuting physical activity was the measure that suffered the biggest decline during the pandemic and not leisure activity as expected. Total physical inactivity almost tripled in the comparison of before and during the pandemic. Infection with the virus that causes COVID-19 was not the only factor that contributed to negatively altering physical activity behavior during the pandemic, as social distancing, fear of the pandemic, and the excessive search for information about COVID-19 were also factors responsible for this decline. Contrary to what was expected, work from home might be a protective factor for physical inactivity.

ACKNOWLEDGEMENTS

SCD is a research productivity fellow from the National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ). VSFV and YPV are social demand fellows from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), case numbers 88887.605383/2021-00 and 88887.605391/2021-99, respectively.

REFERENCES

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C., ... Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>

- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Evaluating the Measures of Well-Being. In *Social Indicators of Well-Being* (pp. 175–217). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2253-5_6
- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., de Souza-Filho, J. A., Rocha, A. dos S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D. B., Paixão, E., Alves, F. J. O., Pilecco, F., Menezes, G., Gabrielli, L., Leite, L., de Almeida, M. da C. C., Ortelan, N., Fernandes, Q. H. R. F., ... Lima, R. T. dos S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(suppl 1), 2423–2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
- Caputo, E. L., Feter, N., Doring, I. R., Leite, J. S., Cassuriaga, J., Rombaldi, A. J., da Silva, M. C., & Reichert, F. F. (2021). How has COVID-19 social distancing impacted physical activity patterns? Data from the PAMPA cohort, Brazil. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 19(4), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2021.09.001>
- Cleven, L., Krell-Roesch, J., Nigg, C. R., & Woll, A. (2020). The association between physical activity with incident obesity, coronary heart disease, diabetes and hypertension in adults: a systematic review of longitudinal studies published after 2012. *BMC Public Health*, 20(1), 726. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08715-4>
- da Silva, D. R. P., Werneck, A. O., Malta, D. C., de Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Barros, M. B. de A., & Szwarcwald, C. L. (2021). Changes in the prevalence of physical inactivity and sedentary behavior during COVID-19 pandemic: a survey with 39,693 Brazilian adults. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00221920>
- de Medeiros, E. D., Reis, L. M., Guimarães, C. L. C., da Silva, P. G. N., Monteiro, R. P., Coelho, G. L. de H., Guimarães, C. M. C., Martins, E. R. dos S., & de França, L. L. A. (2021). Psychometric properties of the Brazilian version of the fear of COVID-19 scale (FCV-19S). *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01476-2>
- Dumith, S. C., Paulitsch, R. G., Carpena, M. X., Muraro, M. de F. R., Simões, M. de O., Machado, K. P., Dias, M. da S., Kretschmer, A. C., Oliz, M. M., Pontes, L. da S., & Susin, L. R. O. (2018). Planejamento e execução de um inquérito populacional de saúde por meio de consórcio de pesquisa multidisciplinar. *Scientia Medica*, 28(3), 30407. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.3.30407>
- Füzéki, E., Schröder, J., Carraro, N., Merlo, L., Reer, R., Groneberg, D. A., & Banzer, W. (2021). Physical Activity during the First COVID-19-Related Lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2511. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052511>
- Füzéki, E., Schröder, J., Groneberg, D. A., & Banzer, W. (2021). Physical Activity and Its Related Factors during the First COVID-19 Lockdown in Germany. *Sustainability*, 13(10), 5711. <https://doi.org/10.3390/su13105711>
- Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020222. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico.
- Knell, G., Robertson, M. C., Dooley, E. E., Burford, K., & Mendez, K. S. (2020). Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent “Stay-at-Home” Orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6268. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176268>
- Laddu, D. R., Lavie, C. J., Phillips, S. A., & Arena, R. (2021). Physical activity for immunity protection: Inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 64, 102–104. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.006>
- Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. de A., Gomes, C. S., Machado, Í. E., de Souza Júnior, P. R. B., Romero, D. E., Lima, M. G., Damacena, G. N., Pina, M. de F., Freitas, M. I. de F., Werneck, A. O., da Silva, D. R. P., Azevedo, L. O., & Gracie, R. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>
- Marconcin, P., Werneck, A. O., Peralta, M., Ihle, A., Gouveia, É. R., Ferrari, G., Sarmiento, H., & Marques, A. (2022). The association between physical activity and mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Public Health*, 22(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12590-6>
- Matias, T., Dominski, F. H., & Marks, D. F. (2020). Human needs in COVID-19 isolation. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 871–882. <https://doi.org/10.1177/1359105320925149>
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C., & Braggion, G. (2012). Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. *Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil*, 6(2), 5–18. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>
- Moura, S. S. De, Rocha, A. M. S., & Lourenção, L. G. (2021). COVID-Inconfidentes : How did COVID-19 and home office influence the prevalence of leisure-time physical inactivity ? An analysis of before and during the pandemic. November, 1–23.
- Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., Wagner, G., Siebert, U., Ledinger, D., Zachariah, C., & Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.pub2>
- Rahman, M. A., Hoque, N., Alif, S. M., Salehin, M., Islam, S. M. S., Banik, B., Sharif, A., Nazim, N. B., Sultana, F., & Cross, W. (2020). Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health*, 16(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00624-w>
- Rahmati, M., Shamsi, M. M., Khoramipour, K., Malakoutinia, F., Woo, W., Park, S., Yon, D. K., Lee, S. W., Shin, J. Il, & Smith, L. (2022). Baseline physical activity is associated with reduced mortality and disease outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Medical Virology*. <https://doi.org/10.1002/rmv.2349>
- Rocha, Y. M., de Moura, G. A., Desidério, G. A., de Oliveira, C. H., Lourenço, F. D., & de Figueiredo Nicolete, L. D. (2021). The impact of fake news on social media and its influence on health during the

COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01658-z>

Saes-Silva, E., Viero, V. dos S. F., Meller, F. de O., Schäfer, A. A., Canena, M. V., Saes, M. de O., & Dumith, S. C. (2021). Acute and chronic back pain in adults and elderly in southern Brazil. *Scientia Medica*, 31(1), e39824. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39824>

Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., Smith, G. N., & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: A study in 48 440 adult patients. *British Journal of Sports Medicine*, 55(19), 1099–1105. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>

Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. de, Silva, N. T. B. da, Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533–1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>

Schuch, F. B., Bulzing, R. A., Meyer, J., Vancampfort, D., Firth, J., Stubbs, B., Grabovac, I., Willeit, P., Tavares, V. D. O., Calegari, V. C., Deenik, J., López-Sánchez, G. F., Veronese, N., Caperchione, C. M., Sadarangani, K. P., Abufaraj, M., Tully, M. A., & Smith, L. (2020). Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. *Psychiatry Research*, 292, 113339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113339>

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>

Shanbehzadeh, S., Tavahomi, M., Zanjari, N., Ebrahimi-Takamjani, I., & Amiri-arimi, S. (2021). Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *Journal of Psychosomatic Research*, 147(May), 110525. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>

Siqueira Reis, R., Ferreira Hino, A. A., & Romélio Rodriguez Añez, C. (2010). Perceived Stress Scale. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 107–114. <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>

Smith, L., Jacob, L., Butler, L., Schuch, F., Barnett, Y., Grabovac, I., Veronese, N., Caperchione, C., Lopez-Sanchez, G. F., Meyer, J., Abufaraj, M., Yakkundi, A., Armstrong, N., & Tully, M. A. (2020). Prevalence and correlates of physical activity in a sample of UK adults observing social distancing during the COVID-19 pandemic. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 6(1), e000850. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000850>

Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D., Schuch, F., & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 7(1), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960>

Wilke, J., Mohr, L., Tenforde, A. S., Edouard, P., Fossati, C., González-Gross, M., Sánchez Ramírez, C., Laiño, F., Tan, B., Pillay, J. D., Pigozzi, F., Jimenez-Pavon, D., Novak, B., Jaunig, J., Zhang, M., van Poppel, M., Heidt, C., Willwacher, S., Yuki, G., ... Hollander, K. (2021). A Pandemic within the Pandemic?

Physical Activity Levels Substantially Decreased in Countries Affected by COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2235. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052235>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*.

Wunsch, K., Kienberger, K., & Niessner, C. (2022). Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2250. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042250>

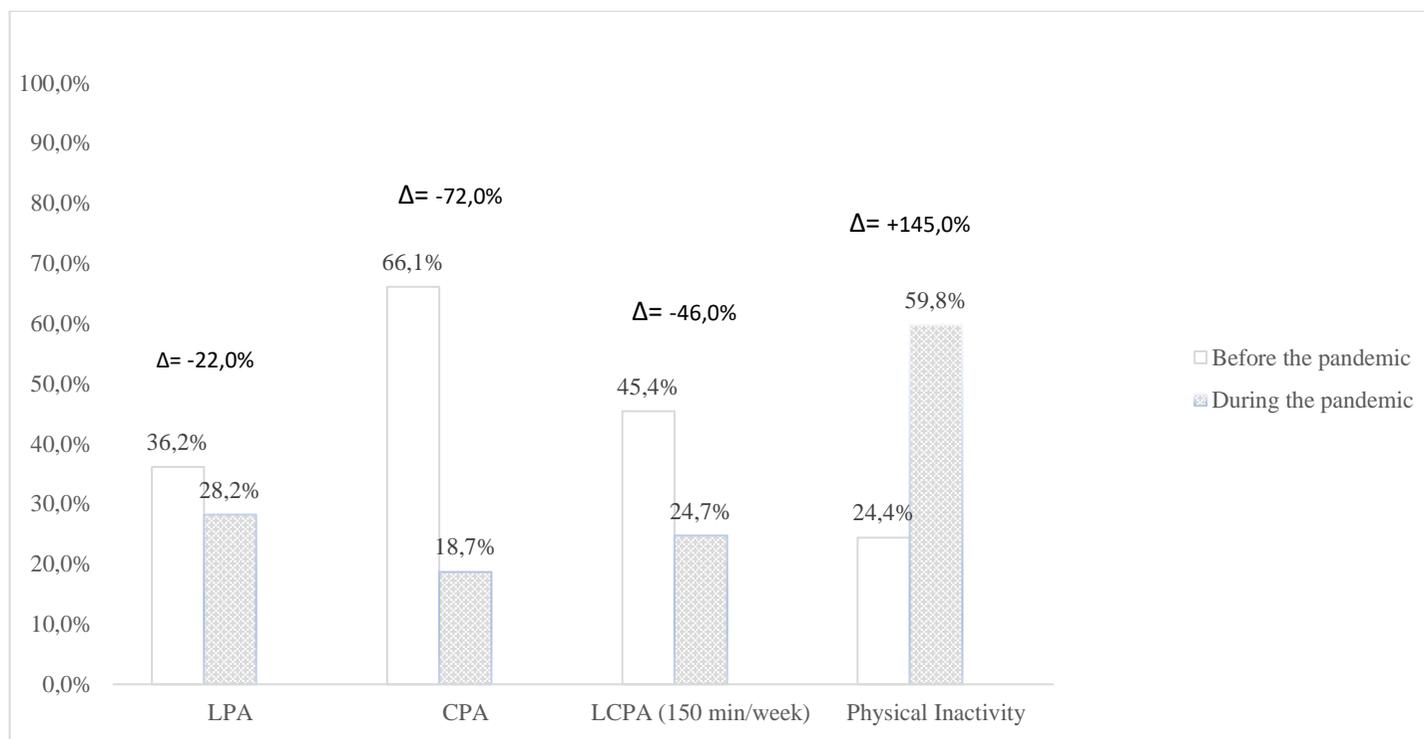


Fig. 1 Comparison of the physical activity pattern before and during the COVID-19 pandemic in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2016/2021) and Criciúma, SC (2019/2021) (N = 4,290)

LPA: Leisure Physical Activity; CPA: Commuting Physical Activity; LCPA: Leisure and Commuting Physical Activity; Δ : Delta Percentage= percentage difference in prevalence from before to during the pandemic.

Table 1. Demographic, socioeconomic, health, and pandemic context characteristics of the sample (2021 assessment) (N = 2,170)

Variables	N	%
Sex		
Male	875	40.3
Female	1,295	59.7
Age group		
18-39	729	33.6
40-59	763	35.2
60 or +	678	31.2
Schooling		
Elementary	921	42.5
Secondary	692	31.9
Higher	555	25.6
Asset index (income tertiles)		
1 (lowest)	719	34.7
2 (intermediate)	673	32.5
3 (highest)	680	32.8
Level of stress (tertiles)		
1 (lowest)	760	35.3
2 (intermediate)	718	33.3
3 (highest)	676	31.4
Regular or poor perception of health		
No	1,624	74.9

Yes	545	25.1
Social distancing		
No	1.768	81.5
Yes	402	18.5
Infodemic		
No	1,692	78.0
Yes	478	22.0
Fear of the pandemic		
No	1,740	80.9
Yes	412	19.1
Switched to working remotely during the pandemic		
No	2,002	92.3
Yes	168	7.7
Symptoms of COVID-19		
No	1,667	76.9
Yes	500	23.1
Infection by COVID-19		
No	2,023	93.2
Yes	147	6.8
Had contact with infection		
No	1,617	74.5
Yes	553	25.5

N: Absolute frequency; %: Relative frequency.

Table 2. Adjusted analysis between pandemic variables and physical activity measures in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2021) and Criciúma, SC (2021) (N = 2,170).

Variables	LPA		CPA		LCPA		Physical Inactivity	
	%	PR (95%CI)*	%	PR (95%CI)**	%	PR (95%CI)***	%	PR (95%CI)***
Social distancing								
No	30.8	1.00	18.8	1.00	26.9	1.00	57.3	1.00
Yes	17.0	0.78 (0.61; 1.00)	18.0	1.14 (0.87; 1.48)	14.8	0.77 (0.59; 1.01)	70.7	1.06 (0.96; 1.17)
Infodemic								
No	28.9	1.00	20.5	1.00	25.0	1.00	57.8	1.00
Yes	25.9	0.93 (0.76; 1.15)	12.2	0.74 (0.55; 0.98)	23.4	0.99 (0.79; 1.25)	66.9	1.11 (1.01; 1.22)
Fear of the pandemic								
No	29.4	1.00	18.3	1.00	26.0	1.00	58.7	1.00
Yes	22.6	0.93 (0.77; 1.12)	18.3	0.81 (0.63; 1.03)	17.3	0.78 (0.64; 0.96)	66.1	1.10 (1.01; 1.20)
Switched to working remotely during the pandemic								
No	26.4	1.00	18.0	1.00	23.1	1.00	61.4	1.00
Yes	50.6	1.14 (0.95; 1.37)	26.8	1.37 (1.02; 1.84)	44.0	1.16 (0.92; 1.47)	41.0	0.87 (0.72; 1.04)
Symptoms of COVID-19								
No	28.5	1.00	16.5	1.00	24.8	1.00	60.9	1.00
Yes	27.5	0.97 (0.80; 1.18)	25.7	1.55 (1.25; 1.92)	24.4	1.06 (0.85; 1.33)	56.2	0.89 (0.80; 0.99)
Infection by COVID-19								
No	28.0	1.00	18.8	1.00	24.6	1.00	59.8	1.00
Yes	32.0	0.88 (0.63; 1.24)	16.3	0.42 (0.25; 0.69)	26.0	0.75 (0.49; 1.15)	60.3	1.34 (1.14; 1.58)

Had contact with infection

No	26.8	1.00	17.6	1.00	23.6	1.00	61.7	1.00
Yes	32.6	1.00 (0.84; 1.19)	21.7	1.29 (1.01; 1.65)	27.9	1.01 (0.84; 1.20)	54.3	0.92 (0.83; 1.03)

?: Prevalence.

PR: Prevalence Ratio.

* Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The adjustment variables were: sex, age, education, asset index, stress, regular or poor perception of health, and commuting physical activity.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The adjustment variables were: sex, age, education, asset index, stress, regular or poor perception of health and leisure-time physical activity.

*** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. Adjustment variables were: sex, age, education, asset index, stress and regular or poor perception of health.

Supplementary Table 1 – Description of the independent variables

Independent variables	Instruments and operationalization
Skin color	White / Others
Marital status	Single / Married or stable union or separated or divorced or widowed
Smoking	No / Yes
Excessive alcohol consumption	No / Yes
BMI	Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)/ Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)/ Obese (30.0 kg/m ²)
Health insurance	No / Yes
Regular or poor sleep quality	No / Yes
Depressive Symptoms	Created from the Patient Health Questionnaire (SANTOS et al., 2013)–9 items, with a cut-off of 9 or more. Categorized as: No / Yes
Feelings of sadness	Created from the Faces Scale (ANDREWS; WITHEY, 1976), being considered as “sad” those who marked the last three faces (sad, very sad, or extremely sad). Categorized as: No/Yes
Arterial hypertension	No / Yes
Diabetes mellitus	No/ Yes
Heart disease	No/ Yes
Chronic back pain	Pain felt for three months or more. Categorized as: No/Yes

Supplementary Table 2. Demographic, socioeconomic, behavioral, and health characteristics of the sample (2016/2019 assessment and 2021 assessment) (N = 4,290).

Variable	Before the pandemic (N=2,120)		During the pandemic (N=2,170)	
	N	%	N	%
Sex				
Male	861	40.6	875	40.3
Female	1,259	59.4	1,295	59.7
Age group				
18-39	702	33.1	729	33.6
40-59	734	34.6	763	35.2
60 or +	684	32.3	678	31.2
Skin color				
White	1,737	82.1	1,815	84.0
Others	379	17.9	347	16.0
Marital status				
Single	749	35.3	751	34.6
Married, stable union/ Separated/divorced/widowed	1,371	64.7	1,419	65.4
Schooling				
Elementary	982	46.4	921	42.5
Secondary	666	31.5	692	31.9
Higher	469	22.1	555	25.6
Asset index (income tertiles)				
1 (lowest)	719	34.0	719	34.7

2 (intermediate)	691	32.7	673	32.5
3 (highest)	704	33.3	680	32.8
Smoking				
No	1,768	83.4	1,861	85.8
Yes	352	16.6	309	14.2
Excessive alcohol consumption				
No	1,892	89.7	1,932	89.1
Yes	218	10.3	237	10.9
Body mass index				
Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)	760	37.6	690	34.6
Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)	756	37.4	801	40.2
Obese (30.0 kg/m ²)	505	25.0	502	25.2
Health insurance				
No	1,205	57.0	1,322	60.9
Yes	911	43.0	848	39.1
Regular or poor sleep quality				
No	1,818	85.8	1,962	90.4
Yes	302	14.2	208	9.6
Regular or poor perception of health				
No	1,566	73.9	1,624	74.9
Yes	552	26.1	545	25.1
Level of stress (tertiles)				
1 (lowest)	727	34.8	760	35.3
2 (intermediate)	735	35.2	718	33.3
3 (highest)	627	30.0	676	31.4

Arterial hypertension				
No	1,389	65.7	1,519	70.2
Yes	726	34.3	646	29.8
Diabetes mellitus				
No	1,853	88.0	1,925	88.8
Yes	253	12.0	242	11.2
Heart disease				
No	1,844	87.2	1,968	91.0
Yes	270	12.8	195	9.0

N: Absolute frequency; %: Relative frequency.

Supplementary Table 3. Crude and adjusted analysis of leisure-time physical activity before and during the pandemic in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2016/2021) and Criciúma, SC (2019/2021) (N = 4,290).

Variable	Before the pandemic			During the pandemic		
	% LPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**	% LPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**
Sex (1)						
Male(***)	43.1	1.37 (1.22; 1.55)	1.31 (1.15; 1.49)	30.1	1.12 (0.97; 1.28)	1.05 (0.92; 1.19)
Female	31.4	1.00	1.00	27.0	1.00	1.00
Age group (1)						
18-39	38.2	1.04 (0.90; 1.19)	0.85 (0.73; 1.00)	34.6	1.71 (1.40; 2.08)	1.14 (0.94; 1.37)
40-59	33.6	0.91 (0.79; 1.05)	0.85 (0.74; 0.99)	29.3	1.45 (1.21; 1.73)	1.12 (0.93; 1.34)
60 or +(***)	36.9	1.00	1.00	20.2	1.00	1.00
Skin color (1)						
White	36.8	1.10 (0.91; 1.33)	1.04 (0.87; 1.24)	29.5	1.35 (1.06; 1.71)	1.08 (0.85; 1.37)

Others	33.3	1.00	1.00	21.9	1.00	1.00
Marital status (1)						
Single	35.9	0.99 (0.88; 1.11)	0.95 (0.82; 1.09)	31.7	1.20 (1.03; 1.39)	1.07 (0.89; 1.28)
Married, stable union/ Separated/divorced/widowed	36.3	1.00	1.00	26.4	1.00	1.00
Schooling (years) (1)						
Elementary(***)	26.6	1.00	1.00	17.4	1.00	1.00
Secondary(***)	40.0	1.50 (1.29; 1.75)	1.45 (1.22; 1.72)	25.9	1.49 (1.24; 1.79)	1.24 (1.01; 1.51)
Higher	51.0	1.91 (1.62; 2.26)	1.76 (1.47; 2.11)	49.0	2.82 (2.35; 3.38)	2.01 (1.62; 2.50)
Asset index (income tertiles) (1)						
1 (lowest)	27.9	1.00	1.00	16.4	1.00	1.00
2 (intermediate)	34.9	1.25 (1.07; 1.46)	1.10 (0.93; 1.31)	29.3	1.79 (1.44; 2.22)	1.42 (1.14; 1.78)
3 (highest)	45.4	1.63 (1.36; 1.95)	1.21 (1.01; 1.44)	39.0	2.38 (1.92; 2.95)	1.46 (1.17; 1.83)
Smoking (2)						
No	38.1	1.00	1.00	30.0	1.00	1.00
Yes	26.7	0.70 (0.59; 0.84)	0.76 (0.62; 0.90)	17.8	0.59 (0.46; 0.77)	0.76 (0.58; 0.98)
Excessive alcohol consumption (2)						
No (***)	35.2	1.00	1.00	26.3	1.00	1.00
Yes	44.5	1.26 (1.07; 1.50)	1.07 (0.89; 1.29)	44.1	1.67 (1.42; 1.98)	1.52 (1.30; 1.78)
Body mass index (2)						
Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)	39.2	1.22 (1.06; 1.41)	1.13 (0.97; 1.32)	33.0	1.41 (1.15; 1.73)	1.29 (1.05; 1.57)
Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)	37.0	1.15 (0.96; 1.38)	1.03 (0.86; 1.24)	30.8	1.32 (1.06; 1.64)	1.19 (0.96; 1.48)
Obese (30.0 kg/m ²)	32.1	1.00	1.00	23.4	1.00	1.00
Health insurance (2)						
No	31.7	1.00	1.00	23.0	1.00	1.00

Yes	42.1	1.33 (1.15; 1.53)	1.07 (0.94; 1.23)	36.4	1.59 (1.35; 1.85)	1.16 (0.98; 1.38)
Regular or poor sleep quality (3)						
No	37.5	0.75 (0.60; 0.94)	0.94 (0.75; 1.17)	28.9	0.77 (0.59; 1.00)	0.97 (0.75; 1.27)
Yes	28.2	1.00	1.00	22.1	1.00	1.00
Regular or poor perception of health (3)						
No	41.0	0.54 (0.46; 0.64)	0.66 (0.55; 0.78)	31.8	0.55 (0.46; 0.67)	0.73 (0.60; 0.88)
Yes	22.3	1.00	1.00	17.6	1.00	1.00
Level of stress (tertiles) (3)						
1 (lowest)(***)	43.0	1.66 (1.42; 1.95)	1.20 (1.01; 1.43)	32.5	1.30 (1.08; 1.57)	1.14 (0.96; 1.36)
2 (intermediate)(***)	37.8	1.46 (1.24; 1.72)	1.19 (1.01; 1.40)	27.1	1.08 (0.89; 1.31)	0.93 (0.78; 1.10)
3 (highest)	25.9	1.00	1.00	25.0	1.00	1.00
Depressive symptoms (3)						
No (***)	40.4	0.64 (0.54; 0.75)	0.87 (0.73; 1.05)	29.0	0.82 (0.66; 1.03)	0.85 (0.68; 1.07)
Yes	25.8	1.00	1.00	23.9	1.00	
Feeling of sadness (3)						
No	37.3	0.73 (0.59; 0.90)	1.08 (0.86; 1.34)	29.1	0.82 (0.67; 1.01)	0.89 (0.71; 1.11)
Yes	27.2	1.00	1.00	23.9	1.00	1.00
Arterial hypertension (3)						
No	37.1	0.93 (0.82; 1.06)	1.08 (0.93; 1.26)	30.5	0.75 (0.62; 0.90)	1.01 (0.83; 1.22)
Yes (***)	34.6	1.00	1.00	22.9	1.00	1.00
Diabetes mellitus (3)						
No	36.4	0.97 (0.79; 1.18)	1.19 (0.96; 1.47)	29.0	0.77 (0.62; 0.97)	1.00 (0.77; 1.30)
Yes	35.2	1.00	1.00	22.4	1.00	1.00
Heart disease (3)						
No	36.9	0.85 (0.72; 1.01)	0.93 (0.77; 1.12)	29.1	0.65 (0.48; 0.88)	0.96 (0.70; 1.34)

Yes (***)	31.3	1.00	1.00	19.0	1.00	1.00
Chronic back pain (3)						
No	38.2	0.78 (0.66; 0.91)	0.99 (0.84; 1.16)	28.7	1.18 (0.93; 1.51)	0.95 (0.75; 1.21)
Yes	29.6	1.00	1.00	24.3	1.00	1.00

LPA: Leisure-time Physical Activity.

#: Prevalence.

PR: Prevalence Ratio.

* Crude PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The estimates took into account three levels: 1st Level: sex, age, skin color, marital status, education and asset index; 2nd Level: smoking, alcohol, BMI, and health insurance; 3rd Level: regular or poor perception of sleep, fair or poor perception of health, stress, depressive symptoms, sadness symptoms, hypertension, diabetes, heart disease, chronic back pain. A value of p<0.20 was maintained in the model.

*** Variables with p-value 0.05 of interaction

Supplementary Table 4. Crude and adjusted analysis of commuting physical activity before and during the pandemic in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2016/2021) and Criciúma, SC (2019/2021) (N = 4,290)

Variable	Before the pandemic			During the pandemic		
	% CPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**	% CPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**
Sex (1)						
Male(***)	65.9	0.99 (0.94; 1.05)	0.99 (0.94; 1.05)	21.3	1.26 (1.08; 1.47)	0.98 (0.83; 1.15)
Female	66.2	1.00	1.00	16.9	1.00	1.00
Age group (1)						
18-39	68.8	1.06 (0.98; 1.14)	1.03 (0.94; 1.14)	19.5	1.20 (0.91; 1.58)	1.01 (0.77; 1.34)
40-59	64.2	0.98 (0.91; 1.06)	0.99 (0.91; 1.07)	20.0	1.23 (0.97; 1.56)	1.20 (0.94; 1.54)
60 or +	65.2	1.00	1.00	16.3	1.00	1.00
Skin color (1)						

White	64.6	0.88 (0.81; 0.95)	0.90 (0.83; 0.97)	18.4	0.94 (0.73; 1.22)	1.03 (0.78; 1.36)
Others	73.3	1.00	1.00	19.6	1.00	1.00
Marital status (1)						
Single	69.2	1.08 (1.01; 1.15)	1.07 (1.00; 1.14)	19.0	1.03 (0.82; 1.28)	0.92 (0.73; 1.15)
Married, stable union/ Separated/divorced/widowed	64.3	1.00	1.00	18.5	1.00	1.00
Schooling (years) (1)						
Elementary	66.8	1.00	1.00	19.1	1.00	1.00
Secondary	68.1	1.02 (0.94; 1.10)	1.02 (0.94; 1.11)	16.6	0.87 (0.67; 1.14)	0.87 (0.66; 1.13)
Higher	61.8	0.93 (0.85; 1.01)	0.93 (0.84; 1.03)	20.6	1.08 (0.79; 1.48)	1.25 (0.90; 1.74)
Asset index (income tertiles) (1)						
1 (lowest)(***)	69.1	1.00	1.00	22.7	1.00	1.00
2 (intermediate)(***)	65.4	0.95 (0.87; 1.03)	0.95 (0.88; 1.04)	20.2	0.89 (0.68; 1.17)	0.86 (0.68; 1.10)
3 (highest)	63.3	0.92 (0.85; 0.99)	0.92 (0.86; 1.00)	15.0	0.66 (0.49; 0.88)	0.60 (0.47; 0.77)
Smoking (2)						
No	66.0	1.00	1.00	18.6	1.00	1.00
Yes	66.5	1.01 (0.92; 1.10)	0.97 (0.89; 1.06)	19.1	1.03 (0.79; 1.33)	0.88 (0.67; 1.14)
Excessive consumption of alcohol (2)						
No (***)	65.8	1.00	1.00	15.5	1.00	1.00
Yes	68.7	1.04 (0.94; 1.15)	1.03 (0.92; 1.16)	44.3	2.86 (2.33; 3.50)	2.48 (2.06; 3.00)
Body mass index (2)						
Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)	66.9	1.04 (0.95; 1.14)	1.04 (0.95; 1.14)	20.9	1.23 (0.95; 1.60)	1.14 (0.89; 1.45)
Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)	66.3	1.03 (0.94; 1.13)	1.04 (0.95; 1.14)	19.6	1.15 (0.90; 1.48)	1.10 (0.87; 1.40)
Obese (30.0 kg/m ²)	64.2	1.00	1.00	17.0	1.00	1.00
Health insurance (2)						

No	68.5	1.00	1.00	20.1	1.00	1.00
Yes	62.8	0.92 (0.85; 0.99)	0.93 (0.87; 1.00)	16.4	1.22 (0.97; 1.54)	0.88 (0.70; 1.10)
Regular or poor sleep quality (3)						
No	66.8	0.92 (0.84; 1.01)	0.97 (0.88; 1.08)	18.9	0.87 (0.61; 1.23)	0.96 (0.68; 1.36)
Yes	61.4	1.00	1.00	16.4	1.00	1.00
Regular or poor perception of health (3)						
No	67.6	0.91 (0.84; 0.98)	0.95 (0.87; 1.03)	20.7	0.61 (0.47; 0.80)	0.60 (0.46; 0.78)
Yes (***)	61.4	1.00	1.00	12.7	1.00	1.00
Level of stress (tertiles) (3)						
1 (lowest)(***)	68.9	1.12 (1.03; 1.21)	1.08 (1.00; 1.17)	11.7	0.49 (0.38; 0.62)	0.52 (0.41; 0.66)
2 (intermediate)(***)	67.3	1.09 (1.01; 1.18)	1.06 (0.99; 1.14)	20.9	0.87 (0.70; 1.07)	0.87 (0.70; 1.07)
3 (highest)	61.8	1.00	1.00	24.2	1.00	1.00
Depressive symptoms (3)						
No	68.3	0.89 (0.82; 0.96)	0.97 (0.89; 1.05)	18.9	0.93 (0.69; 1.25)	0.85 (0.62; 1.16)
Yes	60.6	1.00	1.00	17.5	1.00	1.00
Feeling of sadness (3)						
No	67.6	0.79 (0.71; 0.89)	0.82 (0.73; 0.92)	19.4	0.77 (0.55; 1.08)	0.81 (0.58; 1.12)
Yes	53.7	1.00	1.00	14.9	1.00	1.00
Arterial hypertension (3)						
No	66.6	0.97 (0.91; 1.04)	1.01 (0.93; 1.09)	19.7	0.82 (0.65; 1.04)	1.03 (0.80; 1.32)
Yes	64.9	1.00	1.00	16.3	1.00	1.00
Diabetes mellitus (3)						
No	66.5	0.94 (0.85; 1.05)	0.96 (0.86; 1.07)	19.2	0.75 (0.53; 1.07)	0.89 (0.64; 1.25)
Yes	62.6	1.00	1.00	14.5	1.00	1.00
Heart disease (3)						

No	65.7	1.04 (0.95; 1.14)	1.09 (0.99; 1.20)	19.1	0.78 (0.53; 1.15)	0.96 (0.65; 1.41)
Yes	68.4	1.00	1.00	14.9	1.00	1.00
Chronic back pain (3)						
No	68.0	0.88 (0.81; 0.95)	0.90 (0.83; 0.98)	18.7	1.03 (0.77; 1.39)	0.88 (0.67; 1.16)
Yes	59.6	1.00	1.00	18.1	1.00	1.00

CFA: Commuting Physical Activity.

PR: Prevalence Ratio.

* Crude PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The estimates took into account three levels: 1st Level: sex, age, skin color, marital status, education and asset index; 2nd Level: smoking, alcohol, BMI, and health insurance; 3rd Level: regular or poor perception of sleep, fair or poor perception of health, stress, depressive symptoms, sadness symptoms, hypertension, diabetes, heart disease, chronic back pain. A value of $p < 0.20$ was maintained in the model.

*** Variables with p-value 0.05 of interaction

Supplementary Table 5. Crude and adjusted analysis of leisure-time and commuting physical activity (150 min/week) before and during the pandemic in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2016/2021) and Criciúma, SC (2019/2021) (N = 4,290).

Variable	Before the pandemic			During the pandemic		
	% LCPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**	% LCPA	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**
Sex (1)						
Male	52.0	1.27 (1.16; 1.40)	1.16 (1.06; 1.27)	28.3	1.27 (1.10; 1.47)	1.11 (0.95; 1.29)
Female	40.8	1.00	1.00	22.2	1.00	1.00
Age group (1)						
18-39	49.5	1.14 (1.01; 1.29)	0.90 (0.77; 1.07)	30.1	1.68 (1.35; 2.08)	1.15 (0.90; 1.46)
40-59	43.3	1.00 (0.88; 1.13)	0.92 (0.81; 1.05)	25.4	1.41 (1.16; 1.72)	1.15 (0.92; 1.43)
60 or + (***)	43.4	1.00	1.00	18.0	1.00	1.00
Skin color (1)						
White	44.9	0.95 (0.83; 1.09)	0.95 (0.83; 1.08)	25.1	1.09 (0.88; 1.37)	0.91 (0.73; 1.14)

Others	47.3	1.00	1.00	22.9	1.00	1.00
Marital status (1)						
Single (***)	50.4	1.18 (1.08; 1.30)	1.13 (1.02; 1.24)	28.9	1.28 (1.10; 1.50)	1.13 (0.96; 1.34)
Married, stable union/ Separated/divorced/widowed	42.6	1.00	1.00	22.5	1.00	1.00
Schooling (years) (1)						
Elementary (***)	39.2	1.00	1.00	16.3	1.00	1.00
Secondary (***)	49.1	1.25 (1.12; 1.40)	1.19 (1.06; 1.33)	22.7	1.39 (1.12; 1.74)	1.08 (0.85; 1.37)
Higher	53.5	1.36 (1.19; 1.57)	1.22 (1.06; 1.41)	40.9	2.51 (2.05; 3.09)	1.73 (1.37; 2.17)
Asset index (income tertiles) (1)						
1 (lowest) (***)	44.3	1.00	1.00	15.7	1.00	1.00
2 (intermediate) (***)	43.0	0.97 (0.86; 1.09)	0.92 (0.82; 1.04)	25.8	1.64 (1.30; 2.08)	1.41 (1.11; 1.78)
3 (highest)	48.6	1.10 (0.96; 1.25)	0.98 (0.86; 1.13)	33.1	2.11 (1.67; 2.66)	1.55 (1.21; 1.97)
Smoking (2)						
No	45.6	1.00	1.00	25.9	1.00	1.00
Yes (***)	44.1	0.97 (0.86; 1.09)	0.94 (0.83; 1.06)	17.6	0.68 (0.54; 0.86)	0.83 (0.66; 1.03)
Excessive consumption of alcohol (2)						
No	44.4	1.00	1.00	22.6	1.00	1.00
Yes (***)	55.5	1.25 (1.11; 1.41)	1.07 (0.94; 1.22)	41.5	1.83 (1.55; 2.17)	1.50 (1.26; 1.79)
Body mass index (2)						
Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)	49.5	1.27 (1.12; 1.45)	1.16 (1.02; 1.32)	29.1	1.38 (1.11; 1.71)	1.18 (0.95; 1.46)
Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)	46.5	1.20 (1.03; 1.39)	1.10 (0.95; 1.29)	26.9	1.27 (1.03; 1.57)	1.10 (0.90; 1.36)
Obese (30.0 kg/m ²)	38.9	1.00	1.00	21.1	1.00	1.00
Health insurance (2)						
No	43.2	1.00	1.00	21.4	1.00	1.00

Yes	48.3	1.12 (0.99; 1.26)	1.05 (0.93; 1.18)	29.7	1.37 (1.17; 1.64)	1.07 (0.90; 1.27)
Regular or poor sleep quality (3)						
No	47.0	0.75 (0.64; 0.89)	0.93 (0.79; 1.10)	25.1	0.82 (0.63; 1.07)	1.13 (0.87; 1.48)
Yes	35.4	1.00	1.00	20.7	1.00	1.00
Regular or poor perception of health (3)						
No	49.3	0.69 (0.61; 0.79)	0.82 (0.72; 0.94)	28.3	0.49 (0.40; 0.60)	0.63 (0.51; 0.78)
Yes (***)	34.2	1.00	1.00	13.8	1.00	1.00
Level of stress (tertiles) (3)						
1 (lowest)	52.9	1.50 (1.30; 1.72)	1.24 (1.06; 1.44)	27.9	1.23 (1.00; 1.51)	0.98 (0.79; 1.21)
2 (intermediate)	46.7	1.32 (1.16; 1.50)	1.17 (1.02; 1.34)	23.5	1.03 (0.83; 1.28)	0.83 (0.68; 1.02)
3 (highest)	35.3	1.00	1.00	22.7	1.00	1.00
Depressive symptoms (3)						
No	49.6	0.71 (0.63; 0.80)	0.92 (0.81; 1.04)	25.6	0.76 (0.59; 0.97)	0.85 (0.67; 1.07)
Yes	35.2	1.00	1.00	19.4	1.00	1.00
Feeling of sadness (3)						
No	47.2	0.64 (0.53; 0.79)	0.82 (0.67; 1.01)	26.0	0.70 (0.55; 0.89)	0.82 (0.65; 1.03)
Yes	30.4	1.00	1.00	18.2	1.00	1.00
Arterial hypertension (3)						
No	48.4	0.82 (0.73; 0.92)	1.00 (0.89; 1.13)	26.9	0.72 (0.59; 0.89)	1.11 (0.90; 1.37)
Yes	39.6	1.00	1.00	19.4	1.00	1.00
Diabetes mellitus (3)						
No	46.5	0.79 (0.65; 0.95)	1.01 (0.84; 1.21)	25.9	0.60 (0.44; 0.83)	0.87 (0.61; 1.24)
Yes	36.7	1.00	1.00	15.6	1.00	1.00
Heart disease (3)						
No	46.6	0.79 (0.67; 0.94)	0.93 (0.78; 1.11)	25.8	0.54 (0.37; 0.79)	0.78 (0.52; 1.18)

Yes		1.00	1.00	13.9	1.00	1.00
Chronic back pain (3)						
No	48.0	0.73 (0.64; 0.83)	0.85 (0.73; 0.98)	25.8	1.58 (1.17; 2.14)	1.23 (0.91; 1.67)
Yes	35.3	1.00	1.00	16.3	1.00	1.00

LCPA: Leisure and Commuting Physical Activity.

#: Prevalence.

PR: Prevalence Ratio.

* Crude PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The estimates took into account three levels: 1st Level: sex, age, skin color, marital status, education and asset index; 2nd Level: smoking, alcohol, BMI, and health insurance; 3rd Level: regular or poor perception of sleep, fair or poor perception of health, stress, depressive symptoms, sadness symptoms, hypertension, diabetes, heart disease, chronic back pain. A value of $p < 0.20$ was maintained in the model.

*** Variables with p-value 0.05 of interaction

Supplementary Table 6. Crude and adjusted analysis of physical inactivity during leisure time and commuting before and during the pandemic in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2016/2021) and Criciúma, SC (2019/2021) (N = 4,290).

Variable	Before the pandemic			During the pandemic		
	% Physical inactivity	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**	% Physical inactivity	PR (95%CI)*	PR (95%CI)**
Sex (1)						
Male	22.0	0.85 (0.73; 0.98)	0.95 (0.81; 1.11)	55.9	0.89 (0.83; 0.96)	0.97 (0.90; 1.06)
Female	26.0	1.00	1.00	62.4	1.00	1.00
Age group (1)						
18-39	21.0	0.77 (0.63; 0.95)	0.96 (0.74; 1.25)	54.2	0.80 (0.72; 0.88)	0.93 (0.84; 1.05)
40-59	25.2	0.93 (0.78; 1.11)	1.00 (0.83; 1.20)	57.9	0.85 (0.79; 0.93)	0.91 (0.83; 1.00)
60 or +(***)	27.1	1.00	1.00	67.9	1.00	1.00
Skin color (1)						
White	24.8	1.13 (0.88; 1.43)	1.12 (0.88; 1.42)	59.3	0.95 (0.86; 1.05)	1.00 (0.90; 1.11)

Others	22.1	1.00	1.00	62.3	1.00	1.00
Marital status (1)						
Single (***)	20.7	0.78 (0.66; 0.93)	0.77 (0.66; 0.91)	57.2	0.93 (0.86; 1.02)	1.02 (0.93; 1.11)
Married, stable union/ Separated/divorced/widowed	26.4	1.00	1.00	61.2	1.00	1.00
Schooling (years) (1)						
Elementary (***)	27.7	1.00	1.00	67.7	1.00	1.00
Secondary (***)	22.4	0.81 (0.66; 0.99)	0.91 (0.74; 1.11)	62.3	0.92 (0.85; 1.00)	1.00 (0.92; 1.09)
Higher	19.9	0.72 (0.55; 0.94)	0.88 (0.67; 1.15)	43.7	0.65 (0.57; 0.73)	0.71 (0.63; 0.80)
Asset index (income tertiles) (1)						
1 (lowest) (***)	25.0	1.00	1.00	65.8	1.00	1.00
2 (intermediate) (***)	27.5	1.10 (0.90; 1.34)	1.15 (0.95; 1.40)	58.0	0.88 (0.79; 0.98)	0.95 (0.85; 1.06)
3 (highest)	20.9	0.83 (0.69; 1.01)	0.91 (0.75; 1.11)	54.5	0.83 (0.74; 0.92)	0.97 (0.86; 1.10)
Smoking (2)						
No	23.5	1.00	1.00	58.2	1.00	1.00
Yes (***)	29.0	1.24 (1.01; 1.52)	1.20 (0.98; 1.48)	69.4	1.19 (1.09; 1.30)	1.18 (1.08; 1.29)
Excessive consumption of alcohol (2)						
No	24.9	1.00	1.00	63.0	1.00	1.00
Yes (***)	19.6	0.79 (0.58; 1.07)	0.87 (0.64; 1.18)	33.3	0.53 (0.44; 0.64)	0.57 (0.47; 0.69)
Body mass index (2)						
Low/Normal Weight (<25.0 kg/m ²)	23.2	0.86 (0.70; 1.05)	0.87 (0.71; 1.08)	54.3	0.85 (0.77; 0.93)	0.90 (0.82; 0.99)
Overweight (25.0 to 29.9 kg/m ²)	23.2	0.86 (0.70; 1.05)	0.88 (0.71; 1.08)	57.6	0.90 (0.82; 0.99)	0.94 (0.85; 1.03)

Obese (30.0 kg/m ²)	27.1	1.00	1.00	64.1	1.00	1.00
Health insurance (2)						
No	25.4	1.00	1.00	62.1	1.00	1.00
Yes	23.0	0.91 (0.74; 1.10)	0.94 (0.76; 1.15)	56.1	0.90 (0.83; 0.99)	0.99 (0.90; 1.08)
Regular or poor sleep quality (3)						
No	23.3	1.35 (1.10; 1.65)	1.06 (0.85; 1.32)	58.9	1.15 (1.03; 1.28)	1.06 (0.95; 1.18)
Yes	31.3	1.00	1.00	67.8	1.00	1.00
Regular or poor perception of health (3)						
No	21.4	1.53 (1.31; 1.80)	1.25 (1.04; 1.50)	55.3	1.32 (1.23; 1.42)	1.22 (1.13; 1.32)
Yes (***)	32.8	1.00	1.00	73.1	1.00	1.00
Level of stress (tertiles) (3)						
1 (lowest)	19.6	0.64 (0.54; 0.75)	0.83 (0.68; 1.02)	60.7	1.03 (0.93; 1.13)	1.11 (1.00; 1.24)
2 (intermediate)	23.2	0.75 (0.64; 0.88)	0.92 (0.77; 1.08)	59.1	1.00 (0.90; 1.11)	1.10 (0.98; 1.23)
3 (highest)	30.9	1.00	1.00	59.1	1.00	1.00
Depressive symptoms (3)						
No	20.6	1.62 (1.41; 1.88)	1.25 (1.04; 1.51)	58.8	1.12 (1.01; 1.23)	1.12 (1.00; 1.25)
Yes	33.4	1.00	1.00	65.6	1.00	1.00
Feeling of sadness (3)						
No	22.5	1.74 (1.47; 2.06)	1.29 (1.07; 1.57)	58.3	1.15 (1.04; 1.26)	1.08 (0.97; 1.20)
Yes	39.2	1.00	1.00	66.9	1.00	1.00
Arterial hypertension (3)						
No	22.5	1.25 (1.06; 1.47)	1.09 (0.92; 1.29)	57.5	1.13 (1.04; 1.23)	0.97 (0.88; 1.07)
Yes	28.1	1.00	1.00	65.0	1.00	1.00
Diabetes mellitus (3)						

No	23.6	1.27 (1.01; 1.59)	1.05 (0.82; 1.34)	58.8	1.16 (1.06; 1.27)	1.02 (0.92; 1.13)
Yes	30.0	1.00	1.00	68.1	1.00	1.00
Heart disease (3)						
No	24.1	1.08 (0.87; 1.36)	0.89 (0.70; 1.13)	58.9	1.17 (1.05; 1.31)	1.03 (0.90; 1.17)
Yes	26.1	1.00	1.00	69.1	1.00	1.00
Chronic back pain (3)						
No	22.1	1.44 (1.23; 1.68)	1.17 (0.99; 1.38)	59.0	0.89 (0.80; 0.99)	0.99 (0.89; 1.11)
Yes	31.9	1.00	1.00	66.3	1.00	1.00

#: Prevalence.

PR: Prevalence Ratio.

* Crude PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. The estimates took into account three levels: 1st Level: sex, age, skin color, marital status, education and asset index; 2nd Level: smoking, alcohol, BMI, and health insurance; 3rd Level: regular or poor perception of sleep, fair or poor perception of health, stress, depressive symptoms, sadness symptoms, hypertension, diabetes, heart disease, chronic back pain. A value of p<0.20 was maintained in the model.

*** Variables with p-value 0.05 of interaction

Supplementary Table 7. Association between covariates and pandemic variables in adults and older adults in the urban areas of Rio Grande, RS (2021) and Criciúma, SC (2021) (N = 2,170).

Variables	Social distancing	Infodemic behavior	Fear of the pandemic	Symptoms of COVID	Infection by COVID	Contact with someone infected	Switched to working remotely during the pandemic
Sex	<0.001	0.017	<0.001	0.795	0.728	0.316	1.000
Male	12.6	19.4	14.6	23.4	6.5	26.6	7.8
Female	22.6	23.8	22.2	22.9	7.0	24.7	7.7

Age group	<0.001	<0.001	0.002	<0.001	0.031	<0.001	<0.001
18-39	11.0	17.4	16.5	26.0	7.5	31.1	11.0
40-59	12.3	20.6	17.8	25.3	7.9	28.6	9.8
60 or +	33.6	28.6	23.5	17.4	4.7	15.9	1.9
Schooling	<0.001	<0.001	<0.001	0.576	0.010	<0.001	<0.001
Elementary	28.6	25.7	24.0	22.0	5.2	18.5	0.9
Secondary	12.1	21.4	14.5	23.7	6.8	26.7	4.5
Higher	9.7	16.8	17.0	24.1	9.4	35.7	23.2
Asset index (income tertiles)	<0.001	0.266	<0.001	0.900	0.015	<0.001	<0.001
1 (lowest)	22.8	22.4	25.8	23.6	4.6	20.5	2.5
2 (intermediate)	18.4	19.2	16.9	23.2	6.7	24.4	7.9
3 (highest)	13.2	19.6	15.8	22.5	8.4	30.4	13.4
Level of stress (tertiles)	0.149	<0.001	<0.001	<0.001	0.414	0.009	0.247
1 (lowest)	17.5	29.6	10.6	15.4	7.1	24.0	7.6
2 (intermediate)	16.7	18.8	15.3	22.9	5.9	23.3	9.1
3 (highest)	20.6	17.0	32.5	31.9	7.5	29.9	6.7
Regular or poor perception of health	<0.001	0.049	<0.001	0.052	1.000	0.156	0.004
No	14.2	21.0	16.7	22.0	6.8	26.3	8.7
Yes	31.6	25.1	26.3	26.2	6.8	23.1	5.0

5.2 Artigo 2

Submetido à revista: Cadernos de Saúde Pública.

Situação: Manuscrito em análise do editor.

Authors

Vanise dos Santos Ferreira Viero

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: vanisedossantos@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-7780-3595.

Thiago Sousa Matias

Universidade Federal de Santa Catarina, Department of Physical Education, Florianópolis, SC, Brazil, CEP: 88040-900, telephone: +55 (48) 3721-9062. E-mail: thiagosousamatias@gmail.com. Orcid: 0000-0003-0241-3776.

Elizabet Saes-Silva

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: betssaes@gmail.com. Orcid: 0000-0003-2356-7774.

Fernanda Oliveira Meller

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Postgraduate Program in Collective Health, Criciúma, SC, Brazil, CEP 88806-000, telephone: +55 (48) 3431-2609. E-mail: fernandameller@unescc.net. Orcid: 0000-0002-1174-4721.

Antônio Augusto Schäfer

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Postgraduate Program in Collective Health, Criciúma, SC, Brazil, CEP 88806-000, telephone: +55 (48) 3431-2609. E-mail: antonioaschafer@unescc.net. Orcid: 0000-0002-8834-0434.

Samuel Carvalho Dumith

Universidade Federal do Rio Grande, Postgraduate Program in Health Sciences, Rio Grande, RS, Brazil, CEP: 96203-900, telephone: +55 (53) 3233-8800. E-mail: scdumith@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0002-5994-735X.

Corresponding author: Vanise dos Santos Ferreira Viero. Rua João Cruz e Sousa, 512-e, bairro Cristo Rei, Chapecó, Santa Catarina, SC, Brazil. Cep: 89804-363. Telephone: +55(48) 99900-3476. E-mail: vanisedossantos@hotmail.com

Authors' contribution

VSFV participated in the design of the manuscript, performed the analyses, participated in the writing of the manuscript. TSM participated in the writing of the manuscript supervised the analyses and revised the final version of the article. ESS participated in the writing of the manuscript. FOM and AAS critically reviewed the manuscript. SCD supervised the analyses, revised the final version of the article, and coordinated the study.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

SCD is a research productivity fellow from the National Council for Scientific and Technological Development (CNPQ). VSFV and ESS are social demand fellows from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), case numbers 88887.605383/2021-00 and 88887.518515/2020-00, respectively.

Funding

This study received financial support from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS, process number 20/2551-0000277-2.

Title: The contextual dynamics of the COVID-19 pandemic associated with the decrease in physical activity in adults and the elderly in Brazil

Running title: COVID-19 pandemic and physical activity

Concentration area: epidemiology.

Resumo

CONTEXTO: Este estudo teve como objetivo investigar a associação entre variáveis contextuais, comportamentais e de saúde relacionadas à pandemia de COVID-19 e a percepção de redução da Atividade Física (AF) durante a pandemia na população adulta e idosa do sul do Brasil.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em Rio Grande-RS e Criciúma-SC. A percepção da redução da atividade física (variável dependente) e aspectos relacionados à pandemia (variáveis independentes) foram avaliados por meio de questionários. A regressão de Poisson foi utilizada para calcular as razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS: A amostra foi composta por 2.170 indivíduos. Após ajustes, entre os que não atenderam às recomendações da AF, perda do emprego (RP=1,30; IC95% 1,06;1,58), aumento da quantidade de alimentos ingeridos (RP=1,28; IC95% 1,15;1,43), ganho de peso (RP =1,33; IC 95% 1,19;1,48), infecção por COVID-19 (RP=1,28; IC 95% 1,03;1,59), sintomas (RP=1,19; IC 95% 1,02;1,39) e contato com pessoa infectada (RP=1,21; IC95% 1,05;1,38) estiveram associados ao desfecho. Entre os ativos, o aumento da quantidade de alimentos ingeridos (RP=1,37; IC95% 1,07;1,76) e ganho de peso (RP=1,59; IC95% 1,25;2,01) estiveram associados ao desfecho.

CONCLUSÕES: A pandemia pode agravar a condição de inatividade física em alguns subgrupos, portanto, monitoramento e intervenções que estimulem hábitos de vida saudáveis são necessários a fim de minimizar o surgimento de fatores de risco que podem ter impactos negativos na saúde dessa população.

Palavras-chave: Exercício; Doença do coronavírus 2019; Isolamento social.

Abstract

BACKGROUND: This study aimed to investigate the association between contextual, behavioral, and health variables related to the COVID-19 pandemic and the perceived reduction in physical activity (PA) during the pandemic in the adult and older population in southern Brazil.

METHODS: A cross-sectional study carried out in Rio Grande-RS and Criciúma-SC. The perceived reduction in physical activity (dependent variable) and aspects related to the pandemic (independent variables) were assessed using questionnaires. *Poisson* regression was used to calculate crude and adjusted prevalence ratios, with 95% confidence intervals.

RESULTS: The sample consisted of 2,170 individuals. After adjustments, among those who did not meet the PA recommendations, job loss (PR=1.30; 95%CI 1.06;1.58), increased amount of food intake (PR=1.28; 95%CI 1.15;1.43), weight gain (PR=1.33; 95%CI 1.19;1.48), COVID-19 infection (PR=1.28; 95%CI 1.03;1.59), symptoms (PR=1,19; 95%CI 1.02;1.39), and contact with an infected person (PR=1.21; 95%CI 1.05;1.38) were associated with the

outcome. Among the active individuals, an increase in the amount of food intake (PR=1.37; 95%CI 1.07;1.76) and weight gain (PR=1.59; 95%CI 1.25;2.01) were associated with the outcome.

CONCLUSIONS: The pandemic can worsen the condition of physical inactivity in some subgroups, therefore, monitoring and interventions that encourage healthy lifestyle habits are necessary in order to minimize the emergence of risk factors that can have negative impacts on the health of this population.

Key-words: Exercise; Coronavirus Disease 2019; Social isolation.

Introduction

The Coronavirus disease-2019 (COVID-19), which emerged in China at the end of 2019, rapidly spread to several countries¹, affecting more than 250 million individuals worldwide². As a result, measures to contain this disease, such as social distancing between people, and mandatory quarantine policies (closing parks, gyms, sports clubs, and weight training academies) associated with the fear of being contaminated with COVID-19³, reduced the possibilities of people practicing physical activities⁴.

In a systematic analysis of 66 studies on physical activity in times of the COVID-19 pandemic, it was observed that the pandemic negatively impacted the level of physical activity in different populations and in different countries⁵. Reducing physical activity during the pandemic may expose the adult and older population to an increased risk for cardiovascular⁶, metabolic⁷, and mental diseases³, as well as compromising the immune system⁸, which is directly associated with the worsening or not of COVID-19.

On the other hand, in the study by Brawner et al.⁹, an independent and inverse association was verified between maximal exercise capacity and the likelihood of hospitalization for COVID-19 in a racially diverse cohort of patients testing positive for COVID-19. A higher MET of exercise capacity was associated with a 13% (OR=0.87; 95%CI: 0.76; 0.99) lower chance of hospitalization. Muscle strength was also associated with a lower risk of hospitalization for COVID-19 (OR adjusted for 1 standard deviation increase in grip strength = 0.64; 95%CI: 0.45; 0.87) in adults aged 50 years or more¹⁰.

In general, when looking at the body of recent evidence¹¹⁻¹⁷ there seems to be a negative influence of the COVID-19 pandemic on the physical activity of the adult and older population,

which is expected. However, understanding how the pandemic context affected the perception of this behavior in individuals with different levels of physical activity and how behavioral, contextual, and health factors related to this period contributed to the decrease in physical activity are still poorly investigated.

In view of this, the relevance of the present work is justified, which aimed to investigate the association between contextual, behavioral, and health variables related to the COVID-19 pandemic and the perceived reduction in physical activity during the pandemic in the adult and older population in southern Brazil.

Materials and methods

This study is part of the Mental-COVID study, which seeks to assess the impact of COVID-19 on the mental health of the adult and older population in two municipalities in southern Brazil. The present analysis is a cross-sectional, population-based study carried out in the municipalities of Rio Grande and Criciúma. Rio Grande is located in the southern region of the state of Rio Grande do Sul (RS) and Criciúma is located in the extreme south of the state of Santa Catarina (SC). Both municipalities present similar characteristics in terms of population size and Human Development Index (IDH)^{18,19}.

This work was approved by the Research Ethics Committee in the Health Area of the Federal University of Rio Grande, under protocol number 4,055,737. All ethical principles established by the National Health Council in Resolution 466/12 were respected. Participants were informed about their right to refuse participation and about confidentiality procedures. Those who agreed to participate in the study gave their decision after reading the Free and Informed Consent Form.

The target population consisted of adults aged 18 years or older, living in the urban area of the two municipalities. Individuals who had physical and/or cognitive disability to answer the questionnaire were ineligible for this study.

The sample was obtained through a process of random sampling methods, carried out in two stages, based on data from the last Demographic Census of 2010²⁰. The first stage included the census tracts, and the second stage included the households, estimating 2,894 eligible individuals. All individuals aged 18 years or older, residing in the selected households, were invited to participate in this research.

Data collection took place between October 2020 and January 2021, with previously trained interviewers, using the appropriate Personal Protective Equipment-PPE. The interviews were carried out in front of the homes of the eligible individuals, through a pre-coded and standardized questionnaire, composed mainly of closed questions, using tablets. This instrument was built using RedCap® software (Research Electronic Data Capture), followed by data transfer to the computer.

The dependent variable was the frequency of perceived decrease in physical activity during the COVID-19 pandemic, which was investigated through the following question: “During the period of social distancing, your practice of physical activities”, [with the following response options]: “increased”, “decreased”, or “remained the same”. This variable was dichotomized into “no” (increased or maintained) and “yes” (decreased).

The independent variables were: behavioral- adherence to social distancing (no/yes), search for information about the pandemic several times a day (no/yes), perceived increase in the amount of food eaten during the pandemic (no/yes), and stopped doing physical activities during social distancing (no/yes); contextual- loss of job during the pandemic (no/yes) and contact with someone infected with COVID-19 (no/yes); and health- perceived weight gain during the pandemic (no/yes), having been infected with COVID-19 (no/yes), and having had symptoms of COVID-19 (no/yes). All these variables were obtained through self-report.

In addition to the above, fear of COVID-19 (no/yes) was evaluated. This variable was evaluated using the Fear of COVID-19 (FCV-19S) scale, adapted and validated for the Brazilian adult population by Medeiros et al.²¹, with all items presenting factor loadings greater than 0.70 (Mean=0.78; SD=0.04), ranging from 0.73 to 0.88. The results also pointed to adequate internal consistency (≥ 0.70), evaluated using the standardized Cronbach's Alpha ($\alpha=0.91$) and McDonald's omega ($\omega=0.90$). Based on the COVID-19 fear scale, a score was generated in quintiles, with the last quintile being isolated and considered as the group with the greatest fear of being infected by the disease. Afterwards, it was dichotomized into “no” (from the first to the fourth quintiles, group with less fear of COVID-19) and “yes” (last quintile, group with greater fear of COVID-19). For the evaluation of symptoms of COVID-19, the following questions were asked about: feverish sensation or fever $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$, cough without phlegm, difficulty breathing, sore throat, muscle pain or more tiredness than normal, diarrhea, decreased taste, decreased sense of smell, tremors or chills, and headache. This variable was dichotomized into “no” (no symptoms) and “yes” (any symptom).

The following variables were used to describe the sample and for adjustment purposes: demographic - sex (male/female), age group (collected in complete years and categorized as 18 to 39 years old/40 to 59 years old/60 years or older), and schooling (elementary/secondary/higher); socioeconomic - asset index (lower – lower socioeconomic level/ intermediate/ higher – higher socioeconomic level); behavioral and health – smoking (no/yes), health insurance (no/yes), diabetes mellitus (no/yes), chronic back pain (pain felt for three months or more) (no/yes), and feeling of sadness (no/yes). The latter was evaluated using the Faces Scale²², being considered as “sad” those who marked the last three faces (sad, very sad, or extremely sad).

In addition, the level of physical activity of respondents at the time of data collection was evaluated. For this, we used the leisure and displacement section of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), long version, validated in several countries around the world²³, including Brazil²⁴. The practice of physical activity in the week prior to the interview (in the previous seven days) was investigated, with questions about weekly frequency and duration of walking (also of cycling in the commuting section) and the practice of moderate and vigorous physical activities. This variable was categorized into: Physically active - referring to those who followed the recommendations of physical activity for health in the domains of leisure and commuting²⁵, that is, at least 150 minutes of physical activity per week; and who did not meet the PA recommendations - referring to those who did not meet the physical activity recommendations for health in these two domains.

Statistical procedures were performed using the Software for Statistics and Data Science (STATA) version 16.1. Univariate analysis was performed using absolute and relative frequencies to describe the characteristics of the sample. Bivariate analysis was performed to calculate the prevalence of the outcome according to the independent variables using Fisher's Exact test. The chi-square test was performed for each adjustment variable to see the mathematical plausibility for inclusion in the model. Variables that had a p-value < 0.20 with the outcome in the bivariate analysis were included in the multivariate model.

Multivariate analysis was performed using Poisson regression, which was used to calculate crude and adjusted prevalence ratios (PR) and their corresponding 95% confidence intervals (95%CI). For all analyses, the effect of the sample design was considered, using the set of commands “svy” of the statistical program STATA. The Wald ratio test for heterogeneity (dichotomous or nominal exposures) was used. The level of significance was set at 5% for two-tailed tests.

In addition, the interaction test was performed with the participants' current level of physical activity (obtained through the IPAQ), with statistical significance (p value <0.10) between them. For this reason, the analysis was stratified into physically active individuals and those who did not meet the physical activity recommendations for health.

Results

A total of 2,170 individuals aged 18 years or older participated in the study, with a response rate of around 75%. Of these, 59.7% were female, 35.2% were between 40 and 59 years old, with a mean age of 48.9 years ($SD=17.8$), and 42.5% had only elementary school. Regarding information and health conditions, 39.1% had health insurance, 16.1% reported feelings of sadness, and 11.8% reported having chronic back pain (Table 1).

Considering the contextual, behavioral, and health variables related to the pandemic, 18.5% fully adhered to social distancing, 31.2% reported having increased the amount of food eaten during the pandemic, and 38.4% reported having gained weight during the pandemic (Table 1).

The prevalence of perceived reduction in physical activity during the COVID-19 pandemic was 39.3% (95%CI: 37.2;41.4). Among those who did not meet the PA recommendations, this prevalence was 40.7% (95%CI: 38.3%;43.1%), ranging from 31.2% for those who adhered to social distancing to 51.9% for those infected with COVID-19. In the active population, this prevalence was 34.6% (95%CI: 30.7;38.7), ranging from 21.8% for those who sought information about the pandemic several times a day to 46.4% for those who reported having gained weight during the pandemic (Table 2).

Even after adjusting for possible confounders, among those who did not meet the PA recommendations, the group that was least likely to report reduced physical activity during the pandemic was those who adhered to social distancing ($PR=0.77$; 95%CI: 0.63;0.94) compared to those who did not. On the other hand, in those who did not meet the PA recommendations, the factors related to the higher prevalence of the outcome were: job loss during the pandemic ($PR=1.30$; 95%CI: 1.06;1.58), increased amount of food eaten during the pandemic ($PR=1.28$; 95%CI: 1.15;1.43), weight gain during the pandemic ($PR=1.33$; 95%CI: 1.19;1.48), COVID-19 infection ($PR=1.28$; 95%CI: 1.03;1.59), presence of symptoms of COVID-19 ($PR=1.19$; 95%CI: 1.02;1.39), and contact with someone infected ($PR=1.21$; 95%CI: 1.05;1.38).

In turn, among the active individuals, the group that was least likely to report reduced physical activity during the pandemic were those who sought information about the pandemic several times a day (PR=0.59; 95%CI: 0.39;0.89) compared to those who did not seek information, while those who increased the amount of food eaten during the pandemic (PR=1.37; 95%CI: 1.07;1.76) and who gained weight during the pandemic (PR=1, 59; 95%CI: 1.25; 2.01) demonstrated the highest prevalence of the outcome studied (Table 2).

Discussion

This study sought to investigate the association between contextual, behavioral, and health variables related to the COVID-19 pandemic and reduced activity during the pandemic in the adult and older population of southern Brazil. It was observed that four out of ten individuals reported decreased activity during the pandemic. Among those who did not meet the PA recommendations, job loss during the pandemic, increased amount of food eaten during the pandemic, weight gain during the pandemic, COVID-19 infection, COVID-19 symptoms, and contact with infected individuals were the factors associated with reduced physical activity during the pandemic. Among the physically active individuals, those who increased the amount of food ingested and who gained weight during the pandemic were more likely to present the outcome.

The proportion of individuals who reported a perceived decrease in physical activity during the pandemic in our study was similar to that seen in other studies, ranging from 29.8% to 44.8%^{11,12,26}. It has been observed that recommendations regarding social distancing affect the availability of individual and group training activities for populations due to restricted access to parks and places conducive to sports and physical activity, which understandably contributes to this reduction in physical activity^{11-13,27,28}.

Unlike our findings, the study of Knell et al.²⁶, found that those who spent more time at home were 1.06 (95%CI: 1.02; 1.09) more likely to report decreased physical activity. Some hypotheses can be raised to explain the lower probability for the outcome found in our study among those who did not meet the PA recommendations. First, the longer time spent at home due to the social restrictions imposed by the pandemic may have influenced individuals who did not previously meet the PA recommendations to start performing physical activities at home (with an online program, for example). Second, with the possibility of remote work, individuals began to save time in commuting to work, which may have led to many individuals having

more time with their families and for leisure activities. Third, it is possible that individuals who did not meet the PA recommendations increased physical activities in the domestic domain, which may also justify the lower propensity to present the investigated outcome.

Interestingly, it was found that among the physically active individuals, those who sought information about the pandemic several times a day were less likely to report decreased physical activity during the pandemic. The systematic review carried out by Rocha et al.²⁹, who evaluated the impact of social media on the dissemination of infodemic knowledge and its impacts on health, found that infodemic knowledge can cause psychological disorders such as panic, fear, depression, and tiredness. Given these disagreements about the health impacts of the infodemic, it is possible to assume that physically active individuals were more intrinsically motivated than those who did not meet the PA recommendations to continue to practice physical activities creatively during the period of social restriction (e.g. online fitness classes, physical activities at home) without being influenced by extrinsic limitations³⁰, as is the case with the infodemic. Added to this is the fact that physically active subjects with higher education were less influenced by the infodemic when referring to a perceived reduction in physical activity during the pandemic (data not shown), suggesting that, because they had higher education, they had greater knowledge, which could positively influence the discernment of false or true news about COVID-19.

The social confinement directly affected work, with some people starting to work from home while others lost their jobs. The inclusion of remote work and job loss reduced active commuting, which may have contributed to the decrease in physical activity^{12,13,31}. The results found in our study showed that, among those who did not meet the PA recommendations, those who lost their jobs during the pandemic were more likely to have the outcome. This fact was also observed among the unemployed in a study carried out in the United Kingdom³¹. Unemployment in the midst of a pandemic may have a greater potential effect, reflecting in less engagement in physical activity³¹, suggesting that it is related to greater concern to seek a new source of income and consequent worsening in health behaviors.

Our findings showed that both those who were active (44.6%) and those who did not meet the PA recommendations (49.0%) reported having increased their food intake during this period, and this was associated with a negative change in physical activity, being considered a risk marker for health. These unfavorable changes in health behavior during the pandemic were also evidenced in other countries, such as Chile³², Kuwait²⁸, and the United Kingdom³³, mainly the intake of unhealthy foods, such as consumption of sugary drinks, sweets, snacks, and fast

foods that were directly related to reduced physical activity^{28,32,33}. One explanation for this is that containment measures may have hampered access to healthy food, as well as a lack of motivation, control over food, and lack of social support³³. In addition, there was a 10% increase in the use of delivery apps in Brazil during the pandemic³⁴, and it is known that these apps are characterized as obesogenic because they offer large amounts of ultra-processed foods high in fat and sugar³⁵. This increase in the amount of food along with the reduction in physical activity during confinement are the main factors that lead to an increase in body weight^{32,33}.

Another health risk marker verified in the present study was weight gain during the pandemic, which was associated with a higher probability for the outcome, regardless of the individuals' level of physical activity. Similar findings were reported in a cross-sectional study carried out in Chile, which found that those who perceived weight gain were twice as likely to report a decrease in physical activity during COVID-19 confinement³². These findings deserve attention, because, according to the study by Zheng et al.³⁶, conducted with two large long-term cohorts, weight gain from early to mid-adulthood was associated with increased risk of morbidity and mortality and lower odds of achieving healthy aging among women and men, regardless of weight in early adulthood. In addition, the aforementioned study found that gaining just 5 kg was significantly associated with a higher incidence of chronic diseases, such as type 2 diabetes, cardiovascular disease, cancer, and mortality³⁶.

Our results indicate that those who did not meet the PA recommendations, and who reported having been infected with COVID-19, having symptoms of COVID-19, and having been in contact with someone infected with the disease were more likely to report a perceived decrease in physical activity during the pandemic. Studies have reported that muscle fatigue is one of the most commonly reported physical problems during and after COVID-19 infection^{37,38}. This condition, along with physical deconditioning as a result of restricted physical activity can result in decreases in muscle mass and strength³⁹, which may be contributing factors to reduce the propensity to practice physical activities during this period. In addition, barriers to physical activity, such as health problems and/or illness, are more frequent in inactive than physically active individuals⁴⁰, which could also justify our findings.

The results found in this study must be interpreted considering the limitations and strengths. First, the cross-sectional design does not allow the establishment of temporality, which may lead to reverse causality bias. For example, it is not known whether weight gain was already present before or after the reduction in physical activity. Second, the measurement of physical activity was obtained through self-report, and there may be errors in the recall. Third,

the study did not investigate which possible strategies active individuals adopted to maintain physical activity during the pandemic, which is important information to be investigated in future studies.

As strengths, it is highlighted that the present research was carried out in person, which made it possible to include individuals without internet access. In addition, this is one of the few Brazilian population-based studies that guarantees a representative sample of adults and older people from these two municipalities in southern Brazil. It should also be noted that our study contributed important information on several factors related to the pandemic, especially in the field of physical activity.

Conclusion

It is concluded that more than a third of the included individuals reported a decrease in physical activities during the COVID-19 pandemic. Among individuals who did not meet the PA recommendations, those who lost their jobs during the pandemic, who increased their food intake during the pandemic, who gained weight during the pandemic, who became infected with COVID-19, who had symptoms of COVID-19, and who had contact with an infected person were more likely to report reduced physical activity during the pandemic. Among the active individuals, those who increased their food intake and who gained weight during the pandemic were more likely to present the outcome.

Thus, it was observed that factors related to the pandemic may have greatly influenced the behavior of physical activity, especially in individuals who did not meet the PA recommendations. It is possible that active individuals had better strategies to minimize the effects of the pandemic on physical activity. Future studies could verify which strategies the active subjects used to continue physical activity in this period of the health crisis.

Longitudinal studies are also suggested to monitor this population, as well as multicomponent interventions that encourage healthy lifestyle habits, in order to minimize the emergence of risk factors that can have negative impacts on the current and future health of this population.

References

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* [Internet]. 2020 May;109(February):102433. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
2. WORLDOMETER. Countries where COVID-19 has spread [Internet]. 2021. Available from: www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/
3. Schuch FB, Bulzing RA, Meyer J, Vancampfort D, Firth J, Stubbs B, et al. Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Oct;292(May):113339. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113339>
4. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients* [Internet]. 2020 May 28;12(6):1583. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1583>
5. Stockwell S, Trott M, Tully M, Shin J, Barnett Y, Butler L, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2021 Jan 1;7(1):e000960. Available from: <https://bmjopensem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsem-2020-000960>
6. Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, Gualano B. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *Am J Physiol Circ Physiol* [Internet]. 2020 Jun 1;318(6):H1441–6. Available from: <https://journals.physiology.org/doi/10.1152/ajpheart.00268.2020>
7. Narici M, Vito G De, Franchi M, Paoli A, Moro T, Marcolin G, et al. Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: Physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures. *Eur J Sport Sci* [Internet]. 2021 Apr 3;21(4):614–35. Available from: <https://doi.org/10.1080/17461391.2020.1761076>
8. Laddu DR, Lavie CJ, Phillips SA, Arena R. Physical activity for immunity protection: Inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021 Jan;64(XXXX):102–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033062020300785>
9. Brawner CA, Ehrman JK, Bole S, Kerrigan DJ, Parikh SS, Lewis BK, et al. Inverse Relationship of Maximal Exercise Capacity to Hospitalization Secondary to Coronavirus

Disease 2019. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2021 Jan;96(1):32–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.10.003>

10. Cheval B, Sieber S, Maltagliati S, Millet GP, Formánek T, Chalabaev A, et al. Muscle strength is associated with COVID-19 hospitalization in adults 50 years of age or older. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* [Internet]. 2021 Oct 6;12(5):1136–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcsm.12738>

11. Ding K, Yang J, Chin M-K, Sullivan L, Durstine J, Violant-Holz V, et al. Physical Activity among Adults Residing in 11 Countries during the COVID-19 Pandemic Lockdown. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jul 1;18(13):7056. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/13/7056>

12. Eek F, Larsson C, Wisén A, Ekvall Hansson E. Self-Perceived Changes in Physical Activity and the Relation to Life Satisfaction and Rated Physical Capacity in Swedish Adults during the COVID-19 Pandemic—A Cross Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 14;18(2):671. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/671>

13. Füzéki E, Schröder J, Carraro N, Merlo L, Reer R, Groneberg DA, et al. Physical Activity during the First COVID-19-Related Lockdown in Italy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Mar 3;18(5):2511. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2511>

14. Füzéki E, Schröder J, Groneberg DA, Banzer W. Physical Activity and Its Related Factors during the First COVID-19 Lockdown in Germany. *Sustainability* [Internet]. 2021 May 19;13(10):5711. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/10/5711>

15. Duncan GE, Avery AR, Seto E, Tsang S. Perceived change in physical activity levels and mental health during COVID-19: Findings among adult twin pairs. Murakami M, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Aug 13;15(8):e0237695. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0237695>

16. Costa CLA, Costa TM, Barbosa Filho VC, Bandeira PFR, Siqueira RCL. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. *Rev bras ativ fís saúde*. 2020;25:1–6.

17. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Gomes CS, Machado ÍE, Souza Júnior PRB de, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2020;29(4):e2020407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400315&tlng=pt

18. IBGE. IBGE cidades [Internet]. Rio Grande, panorama 2020. 2020. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>
19. IBGE. IBGE cidades [Internet]. Criciúma, panorama 2020. 2020. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2011.
21. de Medeiros ED, Reis LM, Guimarães CLC, da Silva PGN, Monteiro RP, Coelho GL de H, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the fear of COVID-19 scale (FCV-19S). *Curr Psychol* [Internet]. 2021 Feb 20; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12144-021-01476-2>
22. Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of Well-Being [Internet]. Social Indicators of Well-Being. Boston, MA: Springer US; 1976. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4684-2253-5>
23. CRAIG CL, MARSHALL AL, STRONG M M, BAUMAN AE, BOOTH ML, AINSWORTH BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med Sci Sport Exerc* [Internet]. 2003 Aug;35(8):1381–95. Available from: <http://journals.lww.com/00005768-200308000-00020>
24. Matsudo et al. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupio De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. *Quest Int Atividade Física Estupio Validade E Reprodutibilidade No Bras.* 2001;6(2):5–18.
25. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010.
26. Knell G, Robertson MC, Dooley EE, Burford K, Mendez KS. Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent “Stay-at-Home” Orders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Aug 28;17(17):6268. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6268>
27. Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2021 Jan;64(1):108–10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033062020300773>
28. Salman A, Sigodo KO, Al-Ghadban F, Al-Lahou B, Alnashmi M, Hermassi S, et al. Effects of covid-19 lockdown on physical activity and dietary behaviors in kuwait: A cross-sectional study. *Nutrients.* 2021;13(7):1–12.

29. Rocha YM, de Moura GA, Desidério GA, de Oliveira CH, Lourenço FD, de Figueiredo Nicolete LD. The impact of fake news on social media and its influence on health during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2021 Oct 9; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10389-021-01658-z>
30. Aaltonen S, Rottensteiner M, Kaprio J, Kujala UM. Motives for physical activity among active and inactive persons in their mid-30s. *Scand J Med Sci Sports* [Internet]. 2014 Aug;24(4):727–35. Available from: <file:///C:/Users/Carla%0ACarolina/Desktop/Artigos%0Apara%0Aa%0Acrescentar%0Aa%0Aqualifica%C3%A7%C3%A3o/The%0Aimpact%0Aof%0Aa%0Abirth%0Aweight%0Aon%0Aa%0Acardiovascular%0Adisease%0Arisks%0Ain>
31. Wielgoszewska B, Maddock J, Green MJ, Di Gessa G, Parsons S, Griffith GJ, Croft J, Stevenson AJ, Booth C, Silverwood RJ, Bann D, Patalay P, Hughes AD, Chaturvedi N, Howe LD, Fitzsimons E, Katikireddi SV PG. The UK Coronavirus Job Retention Scheme and changes in diet, physical activity and sleep during the COVID-19 pandemic: Evidence from eight longitudinal studies. 2021; Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.08.21258531v2>
32. Reyes-Olavarría D, Latorre-Román PÁ, Guzmán-Guzmán IP, Jerez-Mayorga D, Caamaño-Navarrete F, Delgado-Floody P. Positive and Negative Changes in Food Habits, Physical Activity Patterns, and Weight Status during COVID-19 Confinement: Associated Factors in the Chilean Population. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Jul 28;17(15):5431. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5431>
33. Robinson E, Boyland E, Chisholm A, Harrold J, Maloney NG, Marty L, et al. Obesity, eating behavior and physical activity during COVID-19 lockdown: A study of UK adults. *Appetite* [Internet]. 2021;156(June):104853. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104853>
34. Media KI. Kantar Aponta as Principais Transformações e as Tendências de Comportamento do Consumidor Pós-quarentena [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 27]. Available from: www.kantaribopemedia
35. Horta PM, Souza J de PM, Rocha LL, Mendes LL. Digital food environment of a Brazilian metropolis: food availability and marketing strategies used by delivery apps. *Public Health Nutr* [Internet]. 2021 Feb 9;24(3):544–8. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1368980020003171/type/journal_article

36. Zheng Y, Manson JE, Yuan C, Liang MH, Grodstein F, Stampfer MJ, et al. Associations of Weight Gain From Early to Middle Adulthood With Major Health Outcomes Later in Life. *JAMA* [Internet]. 2017 Jul 18;318(3):255. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.7092>
37. Shanbehzadeh S, Tavahomi M, Zanjari N, Ebrahimi-Takamjani I, Amiri-arimi S. Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2021;147(May):110525. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110525>
38. Azzolino D, Cesari M. Fatigue in the COVID-19 pandemic. *Lancet Heal Longev* [Internet]. 2022 Mar;3(3):e128–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00029-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00029-0)
39. Rimmer JH, Schiller W, Chen M De. Effects of disability-associated low energy expenditure deconditioning syndrome. *Exerc Sport Sci Rev*. 2012;40(1):22–9.
40. Aaltonen S, Leskinen T, Morris T, Alen M, Kaprio J, Liukkonen J, et al. Motives for and Barriers to Physical Activity in Twin Pairs Discordant for Leisure Time Physical Activity for 30 Years. *Int J Sports Med* [Internet]. 2012 Feb 8;33(02):157–63. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1287848>

Table 1. Characteristics of the adult and older population in Rio Grande-RS and Criciúma-SC, Brazil, 2021 (N = 2,170)

Variable	During the pandemic (N=2,170)	
	N	%
Sex		
Male	875	40.3
Female	1,295	59.7
Age range		
18-39	729	33.6
40-59	763	35.2
60 or +	678	31.2
Schooling		
Elementary	921	42.5
Secondary	692	31.9
Higher	555	25.6
Asset index (tertiles)		
1 (lowest)	719	34.7
2	673	32.5
3 (highest)	680	32.8
Smoking		
No	1,861	85.8
Yes	309	14.2
Health insurance		
No	1,322	60.9
Yes	848	39.1
Feeling of sadness (face scale)		
No	1,816	83.9
Yes	349	16.1
Diabetes mellitus		
No	1,925	88.8
Yes	242	11.2
Chronic back pain		
No	1,914	88.2
Yes	255	11.8
Complied with social distancing		
No	1,768	81.5
Yes	402	18.5
Searched for information about the pandemic several times a day		
No	1,692	78.0
Yes	478	22.0
Fear of becoming infected with COVID-19		
No	1,740	80.9
Yes	412	19.1
Lost a job during the pandemic		

No	2,010	92.6
Yes	160	7.4
The amount of food eaten during the pandemic increased		
No	1,492	68.8
Yes	677	31.2
Gained weight during the pandemic		
No	1,326	61.6
Yes	826	38.4
Went out to do physical activities during social distancing		
No	1,769	81.5
Yes	401	18.5
Had COVID-19 infection		
No	2,023	93.2
Yes	147	6.8
Had symptoms of COVID-19		
No	1,667	76.9
Yes	500	23.1
Had contact with someone infected with COVID-19		
No	1,617	74.5
Yes	553	25.5

Table 2. Crude and adjusted analysis of the perceived DECREASE in physical activity during the pandemic, stratified into those who did not meet the PA recommendations and individuals active in leisure and commuting, in individuals aged 18 years and over in the urban area of Rio Grande, RS (2021) and Criciúma, SC (2021) (N = 2,170)

	Did not meet the recommendations					Active				
	DPA	Crude			Adjusted		DPA	Adjusted		
	%	PR	(95%CI)*	PR	(95%CI)**	%	PR	(95%CI)**	PR	(95%CI)**
Complied with social distancing	31.2					32.2				
No		1.00		1.00			1.00		1.00	
Yes		0.72	(0.60; 0.83)	0.77	(0.63; 0.94)		0.92	(0.62; 1.37)	1.08	(0.73; 1.59)
Searched for information about the pandemic several times a day	36.6					21.8				
No		1.00		1.00			1.00		1.00	
Yes		0.87	(0.73; 1.04)	0.92	(0.78; 1.10)		0.58	(0.39; 0.86)	0.59	(0.39; 0.89)
Fear of COVID-19	39.8					38.0				

No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		0.98	(0.86; 1.12)	1.01	(0.88; 1.15)	1.14	(0.82; 1.59)	1.10	(0.79; 1.51)
Lost a job during the pandemic	50.4					26.3			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.26	(1.04; 1.53)	1.30	(1.06; 1.58)	0.75	(0.44; 1.28)	0.80	(0.45; 1.43)
The amount of food eaten during the pandemic increased	49.0					44.6			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.33	(1.20; 1.48)	1.28	(1.15; 1.43)	1.47	(1.16; 1.85)	1.37	(1.07; 1.76)
Went out to do physical activities during social distancing	49.3					33.1			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.24	(1.01; 1.51)	1.16	(0.94; 1.42)	0.92	(0.71; 1.19)	0.81	(0.63; 1.04)
Gained weight during the pandemic	49.1					46.4			
Lost or maintained		1.00		1.00		1.00		1.00	
Gained		1.38	(1.24; 1.53)	1.33	(1.19; 1.48)	1.66	(1.32; 2.08)	1.59	(1.25; 2.01)
Had COVID-19 infection	51.9					34.2			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.30	(1.05; 1.60)	1.28	(1.03; 1.59)	0.99	(0.67; 1.45)	0.95	(0.67; 1.36)
Had symptoms of COVID-19	47.6					40.5			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.23	(1.05; 1.43)	1.19	(1.02; 1.39)	1.23	(0.93; 1.63)	1.22	(0.93; 1.61)
Had contact with someone infected with COVID-19	49.0					32.7			
No		1.00		1.00		1.00		1.00	
Yes		1.29	(1.13; 1.47)	1.21	(1.05; 1.38)	0.92	(0.72; 1.19)	0.88	(0.68; 1.14)

DPA: Decreased Physical Activity. %: Prevalence. PR: Prevalence Ratio.

* Crude PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance.

** Adjusted PRs were calculated using Poisson regression, with robust adjustment for variance. Adjustment variables included: sex, age, education, asset index, smoking, health insurance, symptoms of sadness, diabetes, and chronic back pain

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o padrão de atividade física da população estudada sofreu alterações desfavoráveis quando comparado antes e durante a pandemia. A medida de atividade física que sofreu o maior declínio foi a atividade física de deslocamento, com uma queda de 72%. A prevalência de inatividade física mais que dobrou nesse período, representando um aumento de 145%.

Os fatores que estiveram associados a essa mudança foram o distanciamento social, a busca excessiva de informações sobre a COVID-19, o medo da pandemia e a infecção por COVID-19. Já o trabalho remoto foi fator protetor para a inatividade física.

Estratégias devem, portanto, ser empregadas para aumentar o comportamento da atividade física dessa população, sobretudo no domínio de deslocamento, que foi o mais afetado. Além disso, ações de aconselhamento devem ser realizadas para aumentar a sensibilização da população para a importância do engajamento em atividades físicas.

Estudos longitudinais devem ser realizados com o intuito de acompanhar essa população e avaliar os impactos da pandemia no comportamento da atividade física a longo prazo, bem como, projetar intervenções destinadas a aumentar a atividade física visto que, as mudanças indesejáveis nesse comportamento, especialmente se sustentadas por muito tempo, podem ter consequências negativas futuras para o bem-estar físico, mental e social desses indivíduos.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Quadro 1. Descrição dos estudos que avaliaram o impacto da pandemia de COVID-19 na prática de atividade física da população adulta e idosa.

Autor, ano e local	Delineamento, forma e tipo de coleta	Amostra	Faixa etária ou média de idade	Objetivos	Variáveis avaliadas	Desfecho AF	Instrumentos e período de coleta	Principais resultados
ABOUZID et al., 2021 (Egito, Jordânia, Emirados Árabes Unidos, Kuwait, Bahrein, Arábia Saudita, Omã, Catar, Iêmen, Síria, Palestina, Argélia, Marrocos, Líbia, Tunísia, Iraque e Sudão)	Transversal Pesquisa Online Retrospectivo	N= 5.896	≥ 18 anos	Identificar o impacto do COVID-19 no comportamento de estilo de vida de indivíduos na região do Oriente Médio e Norte da África (MENA) durante o confinamento.	Atividade física, hábitos alimentares, tabagismo, assistir televisão, uso de redes sociais e sono.	Prática de atividade física por semana; Minutos gastos em exercício; Quais atividades físicas.	Questionário elaborado pelos pesquisadores. Validado com um estudo piloto. A coleta foi realizada entre agosto a setembro de 2020.	Observou-se que a frequência da atividade física diminuiu significativamente ($P < 0,001$) durante o COVID-19, 48% relataram interromper as atividades físicas durante o COVID-19 em comparação com 44,6% antes do bloqueio. Além disso, o tipo de atividade física também mudou significativamente, como a caminhada (antes 29,2%; após 20,3%). Declínio do número de exercícios semanais antes e durante o confinamento ($2,22 \pm 1,43$ vs. $2,16 \pm 1,43$; $P < 0,001$). 38,4% dos participantes deixaram de praticar alguma atividade física ($P < 0,001$). Conclusão: o estilo de vida sedentário aumentou, visto pela redução das atividades físicas e pelo maior tempo gasto nas mídias sociais e na televisão. O tempo de sono reduziu e o peso corporal aumentou em muitas pessoas

								durante a pandemia. Embora o consumo de fast-food tenha diminuído significativamente após o bloqueio, houve um aumento significativo na taxa de consumo de suplementos alimentares, incluindo vitamina C, vitamina D e zinco. A exposição ao COVID-19 por infecção direta ou por meio de um membro da família infectado é um preditor significativo de amplificação dessas mudanças.
ALFAWAZ et al., 2021 Arábia Saudita	Transversal Pesquisa eletrônica online Retrospectivo	N= 1.965	18 anos ou mais	Determinar a extensão das mudanças no comportamento do estilo de vida durante esse período por meio de uma pesquisa on-line estruturada distribuída aos residentes da Arábia Saudita.	Sociodemográficas, atividade física e informações dietéticas	Caminhada; Atividade física com pesos; Natação.	Questionário elaborado pelos pesquisadores. Um estudo piloto (n = 75 participantes) foi realizado para confirmar a confiabilidade e validade do questionário e obteve o α de Cronbach, que foi considerado excelente (geral 84%, demografia 88%, atividade física 81% e hábitos alimentares 91%). A coleta de dados foi realizada entre 11 de maio e 6 de junho de 2020	Observou-se diferenças significativas entre as comparações entre os grupos ao longo do tempo para atividade física em termos de caminhada, atividades físicas domiciliares com pesos e natação (valores de $p < 0,001$). Nas atividades físicas de caminhada diária, a porcentagem de participantes caminhando diariamente por mais de 4 vezes por semana diminuiu significativamente durante a pandemia (antes vs durante, 30,5% vs 29,1%; $p < 0,05$), o que ocorreu em paralelo ao aumento significativo na porcentagem dos participantes que não realizaram caminhada diária durante a quarentena (21% vs 23,6%; $p < 0,001$). Da mesma

								<p>forma, o percentual de participantes que nunca realizaram atividades físicas domiciliares com pesos antes da quarentena aumentou significativamente durante a quarentena (42,8% vs 44,6%; $p < 0,001$). Em contraste, houve uma porcentagem significativa de participantes que aumentaram sua frequência em 3 a 4 vezes por semana na natação durante a quarentena (3% vs 4,6%; $p < 0,001$).</p> <p>Em geral, a atividade física foi maior entre: não sauditas [OR 1,41 (1,11–1,79); $p = 0,005$], renda alta [1,45 (1,05–1,99); $< 0,05$] e meia-idade [1,57 (1,22–2,01); $p = 0,001$]. A atividade física foi menor entre os respondentes com mestrado [0,58 (0,40–0,84); $p = 0,004$]. Os não sauditas eram mais propensos a aumentar sua atividade física durante a quarentena.</p> <p>Conclusão: Os resultados da presente pesquisa mostraram consequências adversas modestas e agudas da quarentena domiciliar, refletidas por um estilo de vida mais sedentário e hábitos alimentares alterados por alguns moradores da Arábia Saudita.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALOMARI; KHABOUR; ALZOUBI, 2020 Jordânia	Transversal Pesquisa online	N= 1.844 participa ntes	≥ 18 anos, com média de idade de 33 anos	Investigar as mudanças na prática de atividade física e comportamento sedentário durante o confinamento induzido por COVID-19.	Dados sociodemográficos, percepções sobre a COVID-19, prática de atividade física e comportamento sedentário. Dados autorreferidos.	As medidas de atividades físicas examinadas foram (caminhada, corrida, natação, ciclismo, esportes e levantamento de peso).	Questionário construído pelos pesquisadores e aplicado por meio de plataforma de mídia social. Abril e maio de 2020.	Entre os participantes que estavam regularmente envolvidos em atividades físicas, a maioria (41,8- 42,2%) dos participantes relatou uma “diminuição” ($p < 0,05$) em caminhada, corrida e esportes, enquanto a maioria (46,3–53,1%) relatou “nenhuma mudança” ($p < 0,05$) na natação, ciclismo e levantamento de peso. Além disso, sexo, tipo de trabalho, obesidade e preocupação em contrair a doença estiveram associados ($p < 0,05$) às alterações na atividade física. Conclusão: O estudo atual revelou uma diminuição de 35,9 a 44,5% nas diferentes modalidades de atividade física e um aumento de 72,1 a 82,7% nas várias medidas de comportamento sedentário. Além disso, idade, sexo, renda, ocupação, obesidade e preocupação com a condução da COVID-19 estão associadas às alterações na atividade física e comportamento sedentário.
AMMAR et al. 2020 Europa, Norte da África, Ásia Ocidental e	Não mencionado Pesquisa online	N= 1047 participa ntes	≥18 anos de idade	O presente artigo apresenta dados preliminares sobre atividades físicas e respostas nutricionais antes e durante o confinamento domiciliar; esses dados	Variáveis sociodemográficas, nível de atividade física, hábitos alimentares, comportamento	Atividade física vigorosa; Atividade física moderada; Caminhada; Atividade física	Neste estudo foram utilizados uma coleção de questionários validados. IPAQ-SF; SDBQ-L.	O número de dias / semana e minutos / dia de atividade física de intensidade vigorosa durante, em comparação com antes, o confinamento domiciliar diminuiu 22,7% (t

Américas	Primeiras mil respostas Retrospectivo			foram coletados por meio de pesquisa online internacional (ECLB-COVID19).	sedentário, álcool.	total (soma da atividade vigorosa, moderada e caminhada realizada).	Esse estudo se concentra nas primeiras mil respostas que foram alcançadas em 11 de abril de 2020.	= 7,75, $p < 0,001$, $d = 0,374$) e 33,1% ($t = 9,75$, $p < 0,001$, $d = 0,542$), respectivamente. Além disso, os valores de MET de intensidade vigorosa de atividade física foram 36,9% menores durante, em comparação com antes, o confinamento domiciliar ($t = 6,68$, $p < 0,001$, $d = 0,315$). O número de dias / semana de atividade física de intensidade moderada diminuiu 24% durante o confinamento em casa ($t = 7,89$, $p < 0,001$, $d = 0,396$). Da mesma forma, o número de minutos / dia de atividade física de intensidade moderada diminuiu 33,4% durante o confinamento domiciliar ($t = 7,85$, $p < 0,001$, $d = 0,343$). Além disso, os valores de MET de intensidade moderada foram 34,7% menores durante o confinamento domiciliar ($t = 5,24$, $p < 0,001$, $d = 0,204$). O número de dias / semana de caminhada diminuiu 35% durante o confinamento domiciliar ($t = 15,80$, $p < 0,001$, $d = 0,677$). Da mesma forma, o número de minutos / dia de caminhada diminuiu 34% durante o confinamento domiciliar ($t = 9,34$, $p < 0,001$, $d = 0,389$). Além disso, os valores de MET da caminhada
----------	------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								<p>foram 42,7% mais baixos durante o confinamento domiciliar ($t = 9,03$, $p < 0,001$, $d = 0,361$).</p> <p>O número de dias / semana de todas as atividades físicas diminuiu 24% durante o confinamento domiciliar ($t = 15,61$, $p < 0,001$, $d = 0,482$).</p> <p>Da mesma forma, o número de minutos / dia de todas as atividades físicas diminuíram 33,5% durante o confinamento domiciliar ($t = 12,51$, $p < 0,001$, $d = 0,387$).</p> <p>Além disso, os valores de MET de todas as atividades físicas foram 38% menores durante o confinamento domiciliar ($t = 9,14$, $p < 0,001$, $d = 0,283$).</p> <p>Conclusão: O confinamento domiciliar COVID-19 teve um resultado negativo efeito em todos os níveis de atividade física (vigoroso, moderado, caminhada e geral) e um aumento no tempo diário sentado em mais de 28%. Além disso, foi exibido um padrão não saudável de consumo alimentar (tipo de alimento, alimentação descontrolada, lanches entre as refeições e número de refeições principais). Apenas o consumo excessivo de álcool diminuiu</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								significativamente.
AMMAR et al. 2021 Europa, Norte da África, Ásia Ocidental e Américas	Não mencionado Pesquisa online Primeiras mil respostas Retrospectivo	N= 1047 participantes	≥18 anos de idade	O presente manuscrito visa fornecer informações sobre o efeito do confinamento domiciliar no bem-estar mental, depressão, satisfação com a vida e comportamentos de estilo de vida multidimensionais (ou seja, participação social, atividade física, comportamentos alimentares, qualidade do sono e uso de tecnologia). Além disso, objetivamos identificar possíveis relações entre mudanças psicossociais e comportamentais durante o período de confinamento.	Variáveis sociodemográficas, bem-estar mental, depressão, satisfação com a vida e necessidade de apoio psicossocial, participação social, atividade física, dieta e comportamentos de sono, uso de tecnologia,	Atividade física total (soma da atividade vigorosa, moderada e caminhada realizada).	Neste estudo foram utilizados uma coleção de questionários validados. IPAQ-SF; SDBQ-L. Esse estudo se concentra nas primeiras mil respostas que foram alcançadas em 11 de abril de 2020.	A pontuação total do questionário de atividade física (ou seja, dias/semana de todas as atividades físicas) diminuiu 24% ($t = 15,61$, $p < 0,001$, $d = 0,482$), de “antes” a “durante”. Conclusão: O confinamento domiciliar COVID-19 evocou um efeito negativo no bem-estar mental e no estado emocional ($P < 0,001$; $0,43 \leq d \leq 0,65$) com maior proporção de indivíduos com distúrbios psicossociais e emocionais (+10% a +16,5%). Esses pedágios psicossociais foram associados a comportamentos de estilo de vida não saudáveis, com uma proporção maior de indivíduos experimentando (i) inatividade física (+15,2%) e participação social (+71,2%), (ii) má qualidade do sono (+12,8%), (iii) inatividade insalubre. comportamentos alimentares (+10%) e (iv) desemprego (6%). Por outro lado, os participantes demonstraram um maior uso (+15%) da tecnologia durante o período de confinamento.
ASIAMAH et al., 2021 Gana	Pesquisa descritiva	N= 621 Indivíduos	≥ 18 anos, idade média de 36 anos	Examinar as mudanças comportamentais provocadas pelos protocolos	Variáveis sociodemográficas, mudanças de	Tempo de AF moderada perdida;	Questionário construído pelos pesquisadores e	80% dos participantes perderam tempo de atividade física moderada, com mais de

	Pesquisa online			de distanciamento social da (COVID-19) e suas influências na saúde mental.	comportamento (Tempo de atividade física moderada perdida, tempo de atividade física vigorosa perdida, tempo de comportamento sedentário adicionado, exercício, fumo, álcool, alimentação, uso de substâncias, atividade sexual, violência doméstica) e saúde mental. Dados autorreferidos.	Tempo de AF vigorosa perdida; Exercício.	aplicado por meio de mídias sociais. A saúde mental foi medida com uma escala validada de 9 itens. A pesquisa foi aplicada nos dias de 4 a 16 de abril de 2020.	50% perdendo pelo menos 1 hora de tempo de atividade física moderada. Quase 70% dos participantes perderam tempo de atividade física vigorosa e mais de 50% adicionaram pelo menos 1 hora ao tempo de comportamento sedentário. Cerca de 64% (n = 397) dos participantes faziam exercícios durante o bloqueio. Descobriu-se ainda que uma perda moderada de tempo de atividade física exerce uma influência negativa sobre a saúde mental, o que sugere que a saúde mental reduz na amostra à medida que o tempo moderado de atividade física perdido aumenta e o tempo de comportamento sedentário adicionado aumenta.
BALANZÁ-MARTÍNEZ et al., 2021 Espanha	Transversal Pesquisa Online	N= 1.254 participantes de ambos os sexos	≥ 18 anos, idade média de 43 anos	Os objetivos do presente estudo são três: (1) descrever mudanças autorreferidas em comportamentos de estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 em nível populacional na Espanha, (2) avaliar as propriedades psicométricas do Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation (SMILE) durante a pandemia de COVID-19 e (3) para avaliar os fatores associados	Dados demográficos, comportamentos relacionados ao estilo de vida, experiência do COVID-19, autoavaliação de saúde e condições prévias diagnosticadas. Dados autorreferidos.	Atividade física (Leve/sem alterações; Alterações totalmente/moderadas)	Questionário Short Multidimensional Inventory Lifestyle Evaluation (SMILE). A pesquisa foi realizada no período de 15 de abril de 2020 e 15 de maio de 2020.	Cerca de 70,2% dos participantes relataram mudanças totais/ moderadas nas atividades físicas.

				aos escores de estilo de vida durante o período de auto-isolamento do COVID-19.				
BANN et al., 2021 Reino Unido	Coorte Pesquisa online em 2020 Prospectivo	2001 (N=2164) 1990 (N=1661) 1970 (N=3804) 1958 (N=4574) 1946 (N=1080)	2001 (19–20) 1990 (30–31) 1970 (50) 1958 (62) 1946 (74)	Usando dados de cinco estudos de coorte britânicos nacionalmente representativos, cada um usando um questionário de acompanhamento COVID-19 idêntico em maio de 2020, investigamos mudanças em vários comportamentos que afetam a saúde.	Sono, exercício, álcool e dieta.	Exercício físico por 30 minutos ou mais em intensidade moderada-vigorosa.	A coleta de dados foi realizada em maio de 2020.	Os níveis médios de frequência de exercício foram semelhantes durante e antes do bloqueio. A variação foi maior durante o bloqueio, refletindo quantidades reduzidas e aumentadas de exercício durante o bloqueio. A mudança ocorreu em ambas as direções – mudanças da parte central da distribuição para declínios e aumentos no sono, exercícios e uso de álcool. As coortes mais velhas eram menos propensas a relatar mudanças nos comportamentos, enquanto as mais jovens relataram aumentos mais frequentes no sono, exercícios e ingestão de frutas e vegetais, mas menor consumo de álcool. O aumento das desigualdades no sono durante o confinamento foi mais frequente entre mulheres, grupos desfavorecidos socioeconômicos e minorias étnicas. Para outros resultados, as desigualdades permaneceram praticamente inalteradas, mas as minorias étnicas corriam maior risco de realizar menos exercícios e

								consumir quantidades menores de frutas e vegetais.
BOTERO et al., 2021 Brasil	Não mencionado Pesquisa online	N= 1.881	≥18 anos, com média de idade 39 anos	Investigar o impacto da pandemia de coronavírus 2019 nos níveis de atividade física e comportamento sedentário entre brasileiros residentes com idade ≥18 anos.	Dados sociodemográficos, isolamento social, doenças crônicas, excesso de peso e ativos fisicamente.	Nível de atividade física	Instrumento construído pelos pesquisadores e continha informações sobre: informações pessoais; Cuidados pessoais COVID-19; atividade física; comportamento alimentar; hábitos que contribuem para riscos à saúde; saúde mental e saúde geral. Esta pesquisa foi realizada entre os dias 5 e 17 de maio de 2020.	Os participantes que mudaram seus níveis de atividade física durante a pandemia de COVID-19 eram mais jovens (p=0,024), mais acima do peso (p=0,003) e menos ativos antes da pandemia (p<0,001). A análise ajustada mostra que adultos mais velhos (p=0,001), inativos (p<0,001), com sobrepeso (0,005) e portadores de doenças crônicas (0,027) tiveram maior impacto nos níveis de atividade física devido à COVID-19. Conclusão: Nossos resultados demonstraram que idade avançada, doença crônica e inatividade física antes do isolamento social tiveram maior risco de impacto na redução dos níveis de atividade física e aumento do tempo sentado durante a pandemia da doença coronavírus 2019.
BOURDAS; ZACHARAKIS, 2020a Grécia	Estudo comparativo de pré e pós Pesquisa online Prospectivo	N= 8.495 participantes	≥18 anos, com idade média de 37 anos	Explorar quaisquer mudanças na atividade física que possam ter sido ocasionadas pela nova realidade após a “imposição de uma restrição temporária ao tráfego de cidadãos na Grécia” (bloqueio) por meio de um questionário validado	Dados demográficos, nível de atividade física e Índice de Massa Corporal (IMC).	Níveis de atividade física (atividade física baixa, moderada e alta e inativos); Domínios: ocupação diária, transporte, atividades de	Questionário Active-Q. A primeira admissão refere-se a março de 2020 (duas primeiras semanas; ou seja, atividade física em condições normais de	A frequência relativa de atividades esportivas gerais, que, antes do bloqueio, ocorreu pelo menos uma vez por mês, e a participação geral em esportes competitivos foi significativamente reduzida (8,6% (IC 95%, 7,9–9,3) e 84,7% (IC 95%, 82,9–86,6),

				baseado na web.		lazer e atividades esportivas.	<p>vida de 1 a 14 de março) antes do bloqueio do COVID-19. A segunda admissão refere-se a abril de 2020 (de 4 a 9 de abril; ou seja, atividade física em condições de bloqueio) após o aparecimento do COVID-19.</p>	<p>respectivamente). Com exceção das atividades gerais de lazer, que aumentaram significativamente na condição PÓS, as atividades diárias ocupacionais, de transporte e esportivas reduziram significativamente ($p < 0,05$). A atividade física geral foi reduzida em todos os gêneros, idade, índice de massa corporal (IMC) e subgrupos de nível de atividade física na condição PÓS, e uma interação entre os subgrupos masculinos e alta atividade física foi observada. A mudança na atividade física geral (das condições PRÉ para PÓS) foi de -16,3% (IC 95%, -17,3 a -15,4), enquanto nas atividades diárias ocupacionais, de transporte e esportivas foi de -52,9% (IC 95%, - 54,8-51,0), -41,1% (IC 95%, -42,8-39,5) e -23,9% (IC 95%, -25,1-22,8), respectivamente. Conclusão: o período de bloqueio está altamente associado a uma mudança negativa na atividade física geral. Durante o confinamento, a inatividade aumentou drasticamente, com os homens e a população alta de atividade física afetados significativamente mais. O</p>
--	--	--	--	-----------------	--	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								declínio da atividade física é uma grande preocupação devido às possíveis consequências de longo prazo na saúde pública e no sistema de saúde.
BOURDAS; ZACHARAK IS, 2020b Grécia	Resumo de dados Pesquisa Online Prospectivo	N=5.206	Adultos acima de 18 anos, com idade média de 38 anos	Neste estudo, nos concentramos na mudança de atividade física em adultos gregos ao longo do tempo, durante cada uma das últimas quatro semanas de bloqueio na Grécia.	Dados sociodemográficos, características antropométricas e atividade física expressa em gasto energético	Atividade física expressa em gasto energético; Domínios: ocupação diária, transporte, atividades de lazer e atividades esportivas.	Active-Q for adults' (Active-Q) A primeira admissão refere-se a março de 2020 (duas primeiras semanas) antes da presença do COVID-19 na Grécia. A segunda admissão ocorreu de 5 de abril a 3 de maio de 2020). A coleta de dados foi dividida em quatro fases (Ph-I, Ph-II, Ph-III, Ph-V), cada uma correspondendo à 3ª, 4ª, 5ª e 6ª semana, respectivamente, de um lockdown total de seis semanas (22 março a 3 de maio de 2020).	A atividade física geral em todos os grupos de estudo foi significativamente reduzida na condição PÓS (p <0,05), em 21,50%, 13,93%, 10,63% e 5,03%, respectivamente. A alteração geral da atividade física (da condição PRÉ para PÓS) variou de -21,50% no GI (Ph-I) a -5,03 no GV (Ph-V); nos subgrupos masculinos variou de -26,10% em Ph-I a -13,64 em Ph-V; nos subgrupos femininos, variou de -17,42% em Ph-I a -1,39 em Ph-V.
BRAND; TIMME; NOSRAT, 2020 99 países (Europa, Ásia, América do Sul e do Norte)	Estudo transversal Pesquisa Online	N= 13.696	Idade média de 34 anos	Investigar os efeitos das restrições impostas externamente no comportamento do exercício e as respectivas mudanças no BES (humor) em uma escala muito grande e global. O estudo também teve como objetivo estabelecer um modelo de	Humor, exercício físico	Frequência de exercício físico, intensidade e duração	Os dados foram coletados entre 29 de março de 2020 e 7 de maio de 2020.	Os resultados mostram que 44,2% dos participantes não relataram nenhuma mudança, 23,7% relataram uma diminuição e 31,9% relataram um aumento na frequência de exercícios durante a pandemia de coronavírus. Dos que se exercitaram durante a pandemia, 52,3% relataram

				previsão que possa estimar as mudanças no comportamento do exercício durante um bloqueio, dependendo do comportamento do exercício pré-pandêmico.				ser fisicamente ativos em intensidades semelhantes, 30,2% em intensidades mais baixas e 9,1% em intensidades mais altas. Além disso, 35,7% relataram a mesma duração do exercício, 31,4% relataram menor duração e 24,5% relataram maior duração do exercício. De acordo com o modelo de previsão, aqueles que raramente se exercitam antes de um bloqueio tendem a aumentar sua frequência de exercícios durante ele, e aqueles que praticam exercícios frequentes antes de um bloqueio tendem a mantê-lo. Conclusão: Este estudo investigou as mudanças no comportamento do exercício e as respectivas mudanças no BES durante as restrições de bloqueio da pandemia de coronavírus no início de 2020. Os resultados mostram que as restrições de bloqueio não levaram à diminuição dos níveis de exercício. Além disso, aqueles que se exercitaram com mais frequência durante a pandemia relataram os estados de humor mais positivos.
CHEIKH ISMAIL et	Estudo transversal	N= 2.970 participa	≥18 anos de idade	O objetivo deste estudo foi avaliar os hábitos	Informações sociodemográficas,	Atividade física	O instrumento de coleta de dados foi	A frequência dos que não praticavam atividade física

<p>al., 2020 (Grande Oriente Médio) Argélia, Bahrein, Egito, Iraque, Jordânia, Kuwait, Líbano, Líbia, Marrocos, Omã, Palestina, Catar, Arábia Saudita, Sudão, Síria, Tunísia, Emirados Árabes Unidos e Iêmen</p>	<p>Pesquisa online Retrospectivo</p>	<p>ntes</p>		<p>alimentares e outros comportamentos de estilo de vida entre residentes da região do Oriente Médio e Norte da África (MENA) após a implementação de bloqueio e restrições de viagem. Além disso, compreender o efeito da quarentena sobre os hábitos alimentares e estilo de vida dos indivíduos pode ser essencial para o planejamento de protocolos de intervenção na possibilidade de outro bloqueio causado por uma nova onda do mesmo vírus virulento ou mutado.</p>	<p>informações relacionadas à saúde a nutrição, hábitos alimentares, hábitos de compra, atividade física, comportamento sedentário, estresse e irritabilidade e hábitos de sono.</p>		<p>confeccionado com base nos seguintes questionários: Short FFQ, International Physical Activity Questionnaire Short Form e no Copenhagen Psychosocial Questionnaire. A coleta foi realizada entre 15 de abril de 2020 e 29 de abril de 2020.</p>	<p>aumentou da pré- pandemia (34,9%) para durante a pandemia (39,1%). Dos que faziam mais de três vezes por semana, houve uma diminuição de 32,8% para 24,2%. Houve uma associação significativa entre a frequência de treinamento durante a pandemia e a mudança relatada no peso ($P < 0,01$). Daqueles que relataram treinar mais de três vezes por semana, 25,1% perderam peso e 48,9% mantiveram o peso ($P < 0,01$). No entanto, 36,6% das pessoas que não treinaram relataram ganhar peso. Durante a pandemia, mais de 30% relataram ganho de peso, 6,2% consumiram cinco ou mais refeições por dia em comparação com 2,2% antes da pandemia ($P < 0,01$) e 48,8% não consumiam frutas diariamente. Além disso, 39,1% não praticavam atividade física e mais de 35% passavam mais de 5 h / d nas telas. Foi encontrada uma associação significativa entre a frequência de treinamento durante a pandemia e a mudança relatada no peso ($P < 0,01$). Uma porcentagem significativamente maior de participantes relatou exaustão</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								física e emocional, irritabilidade e tensão o tempo todo ou grande parte do tempo durante a pandemia ($P < 0,001$). Embora uma alta porcentagem de participantes tenha relatado dormir mais horas por noite durante a pandemia, 63% tiveram distúrbios do sono.
CHEIKH ISMAIL et al., 2021 (Emirados Árabes Unidos) Abu Dhabi, Dubai, Sharjah, Ajman, Ras al Khaimah, Fujairah e Umm al Quwain	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 1012 indivíduos	≥ 18 anos de idade	Este estudo teve como objetivo investigar o efeito da quarentena nos hábitos alimentares, atividade física, estresse e comportamentos de sono entre residentes adultos dos Emirados Árabes Unidos usando uma pesquisa online formulada. Uma comparação do estilo de vida e dos comportamentos alimentares antes e durante o bloqueio também foi realizada para permitir uma melhor compreensão dos efeitos das políticas de confinamento induzido pela Covid-19 sobre as mudanças no estilo de vida entre os residentes dos Emirados Árabes Unidos. A ingestão alimentar foi examinada durante o bloqueio para avaliar os riscos potenciais de inadequações nutricionais.	Informações sociodemográficas, informações relacionadas à saúde a nutrição, hábitos alimentares, hábitos de compra, atividade física, comportamento sedentário, estresse e irritabilidade e hábitos de sono.	Atividade física	O instrumento foi desenvolvido baseado em uma pesquisa nutricional nacional publicada, no International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF) e no Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II). A coleta foi realizada entre abril e maio de 2020.	32,1% dos participantes relataram não praticar nenhuma atividade física antes da pandemia de coronavírus, e o percentual aumentou para 38,5% durante a pandemia ($p < 0,001$). Além disso, mostra que houve associação significativa entre a frequência de realização de atividade física durante a pandemia e a mudança de peso relatada entre os participantes ($p < 0,001$). Dos que relataram praticar atividade física mais de três vezes por semana, 29,9% perderam peso e 49,5% mantiveram o peso ($p < 0,001$). Além disso, 40,3% das pessoas que não realizaram atividade física relataram ganho de peso. Durante a pandemia, 31% relataram ganho de peso e 72,2% ingeriram menos de oito xícaras de água por dia. Além disso, os hábitos

								alimentares dos participantes foram distanciados dos princípios da dieta mediterrânea e mais próximos de padrões alimentares “não saudáveis”. Além disso, 36,2% passavam mais de cinco horas por dia nas telas para se divertir. $p < 0,001$). Os distúrbios do sono foram prevalentes entre 60,8% dos participantes durante a pandemia.
CHEVAL et al., 2021 França e Suíça	Estudo longitudinal observacional 1 Pesquisa Online Retrospectivo	N= 273 participantes (pré); N= 110 participantes (pós)	Idade média de 40 anos	Nosso primeiro objetivo foi avaliar, em relação à antes do bloqueio do COVID-19, as mudanças na atividade física e comportamento sedentário durante o deslocamento e lazer durante o bloqueio do COVID-19. Nosso segundo objetivo foi investigar se as mudanças na atividade física e no comportamento sedentário durante um período de 2 semanas de bloqueio estavam associadas a mudanças nos indicadores de saúde.	Dados demográficos, IMC, condição crônica, sintomas da COVID-19, nível de atividade física, comportamento sedentário, percepção da saúde física e mental, sintomas depressivos, ansiedade e vitalidade subjetiva	Caminhada, atividade física moderada, atividade física vigorosa.	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) A saúde física e mental global percebida foi avaliada usando dois itens adaptados do Sistema de Informação de Medição de Resultados Relatados pelo Paciente: “Durante os últimos sete dias, como você avaliaria sua saúde física?”; “Nos últimos sete dias, como você avaliaria sua saúde mental, incluindo humor e capacidade de pensar?” “Nos últimos sete dias, você se sentiu deprimido”; “Nos	O bloqueio resultou em menos tempo gasto em atividade física (-16 min / dia, $p < 0,001$) e comportamento sedentário (-28 min / dia, $p < 0,001$) durante o transporte. Durante o tempo de lazer, foi observado mais tempo gasto em comportamento sedentário (+77 min / dia, $p < 0,001$), e caminhada (+5 min / dia, $p < 0,001$) e atividade física moderada (+4 min / dia, $p < 0,001$). Essas duas últimas associações foram ligeiramente mais fortes nas mulheres. Por outro lado, foi observado menos tempo gasto em atividades físicas vigorosas (-6 min / dia, $p < 0,001$). Também foram encontradas evidências de que o aumento da atividade física no lazer foi associado a uma melhor saúde

							<p>últimos sete dias, você ficou desesperado”. “Nos últimos sete dias, você sentiu medo”; “Nos últimos sete dias, você teve dificuldade de se concentrar em outra coisa que não na sua ansiedade”. “Nesse momento me sinto viva e cheia de vida”; “Neste momento, tenho energia e ânimo”. A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2020.</p>	<p>física, enquanto o aumento do tempo sedentário foi associado a uma menor saúde física e mental e vitalidade.</p>
<p>CHOPRA et al., 2020 Índia</p>	<p>Transversal Pesquisa Online e telefônica</p>	<p>N= 995</p>	<p>≥ 18 anos, com idade média de 33 anos</p>	<p>O presente estudo foi realizado para avaliar o impacto do COVID-19 nos comportamentos relacionados ao estilo de vida: alimentação, atividade física e comportamento do sono.</p>	<p>Dados sociodemográficos, peso e altura autorreferidos, IMC, hábitos alimentares, atividade física, comportamento sedentário, estresse, fumo, álcool, suporte social e padrão de sono.</p>	<p>O domínio sobre padrão de atividade física foi avaliado em diferentes componentes da atividade, como exercícios aeróbicos, envolvimento em tarefas domésticas e atividades relacionadas ao lazer.</p>	<p>O questionário utilizado foi desenvolvido pelos pesquisadores e validado como uma extensão de uma versão curta do questionário de práticas relacionadas ao estilo de vida em adultos indianos. A coleta de dados ocorreu entre o dia 15 de agosto de 2020 a 30 de agosto de 2020.</p>	<p>Observou-se uma redução significativa nos exercícios aeróbicos de intensidade moderada, bem como nas atividades de lazer associadas a um aumento na tela diária e no tempo sentado. No geral, a inatividade física foi comparativamente maior em homens e participantes pertencentes a grupos socioeconômicos superiores. No que se refere a alimentação foi observada uma ligeira melhora no consumo de rotina das refeições em intervalos regulares e consumo de alimentos ricos em proteínas, como leguminosas, ovos e</p>

								carne, juntamente com a ingestão restrita de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal (HFSS) itens, especialmente na população mais jovem (idade <30 anos). O estresse e a ansiedade induzidos pela quarentena aumentaram em uma unidade em quase um quarto dos participantes. Conclusão: O COVID-19 melhorou marginalmente o comportamento alimentar, mas um terço dos participantes ganhou peso à medida que a atividade física diminuiu significativamente, juntamente com um aumento na tela e no tempo sentado. A saúde mental também foi prejudicada.
CHOUCHOU et al., 2021 França	Não mencionado Pesquisa Online Retrospectiva	N=400 participantes	≥ 18 anos, com idade média de 29 anos	O objetivo deste trabalho foi investigar o impacto do bloqueio e seus fatores relacionados no bem-estar da população em geral.	Dados sociodemográficos, bem-estar, estilo de vida (atividade física, tempo sentado, sono e ansiedade) antes e após bloqueio.	Atividade física geral, atividade física moderada e atividade física intensa.	- índice de bem-estar da Organização Mundial da Saúde (OMS-5); - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) - Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) - Informações sociodemográficas e de estilo de vida também foram coletadas.	Observou-se que os respondentes relataram uma diminuição em suas práticas de atividades físicas semanais gerais (2466±1853 vs 1788±1558), moderadas (709±621 vs 614±589) e intensas (1757±1507 vs 1174±1261). Também houve uma diminuição de 15,7% no bem-estar (p <0,001), acompanhada de aumento da ansiedade (p <0,001), atraso e pior qualidade do sono (p <0,001). A análise logística

							<p>A coleta de dados ocorreu entre o 35º e 54º dias de bloqueio na Ilha da Reunião (França).</p>	<p>multivariada mostrou que o prejuízo no bem-estar durante o bloqueio foi independentemente associado a um aumento na ansiedade (odds ratio (OR): 4,77 (3,26-6,98), $p < 0,001$), diminuição na atividade física semanal (OR: 0,58 (0,43 –0,79), $p < 0,001$) e sono de baixa qualidade (OR: 0,29 (0,19–0,43), $p < 0,001$).</p>
<p>CONSTANDT et al., 2020 Bélgica</p>	<p>Transversal Pesquisa Online</p>	<p>N= 13.515 participantes, sendo N= 11.763 de pessoas altamente ativas e N= 1752 de pessoas pouco ativas</p>	<p>≥ 18 anos, com idade média de 29 anos</p>	<p>O objetivo deste artigo é examinar se os adultos permaneceram ou começaram a se exercitar durante o bloqueio, prestando atenção às características demográficas e relacionadas ao exercício das pessoas altamente ativas e pouco ativas, bem como às razões subjacentes para se exercitarem menos ou mais.</p>	<p>Dados demográficos, Exercício físico (comportamento relacionado ao exercício físico- se estavam se exercitando menos, tanto ou mais- durante o bloqueio, obstáculos para a realização do exercício físico, atividades que estavam sentindo falta) e comportamento sedentário.</p>	<p>Exercício físico</p>	<p>Não mencionam se o instrumento foi construído pelos autores ou se utilizaram instrumentos validados para a pesquisa.</p> <p>A coleta de dados foi realizada entre março e abril do ano de 2020.</p>	<p>Entre as pessoas altamente ativas, 36% relataram níveis de exercícios mais altos do que antes do bloqueio, 41% relataram se exercitar tanto quanto antes e 23% relataram se exercitar menos. Aproximadamente metade das pessoas altamente ativas (54%) considerou que tinha mais tempo do que antes para se exercitar (6% menos tempo, 36% mais tempo). Em relação ao comportamento sedentário, 46% indicaram sentar-se mais, 39% sentar-se o máximo e 15% sentar-se menos do que antes. Entre aqueles que foram classificados como pouco ativos antes do bloqueio do COVID-19, 58% estavam se exercitando mais, 5% tanto e 7% menos durante o bloqueio do que no período anterior ao bloqueio. Os 30% restantes</p>

								realmente não se exercitaram durante o bloqueio. Um total de 61% das pessoas pouco ativas encontrou mais tempo para se exercitar do que antes do bloqueio (8%: menos tempo; 24%: tanto tempo). Para o comportamento sedentário, 40% sinalizaram que se sentam mais, 36% se sentam tanto e 24% se sentam menos do que antes do bloqueio. Na amostra de baixa atividade, ser mais velho e sentar-se mais contribuiu para menos exercícios. Além disso, parte da explicação para se exercitar menos em nome da subamostra de alta atividade foi encontrada em ter menos tempo, sentar-se mais, sentir falta da forma familiar de se exercitar e perder o elemento competitivo do exercício.
CONSTANT et al., 2020 França	Transversal Pesquisa Online	N= 4.005 participantes	≥ 18 anos de idade	Os objetivos do presente estudo foram avaliar as mudanças nos estilos de vida da população em geral em resposta ao bloqueio da doença coronavírus 2019 (COVID-19) e a influência das percepções do COVID-19, avaliadas <i>pele Extended Parallel Process Model (EPPM)</i> , em estas mudanças.	Dados sociodemográficos, ambientais, Mudanças auto-relatada no estilo de vida (assistir a tela, lanchar, comer frutas e vegetais, fazer exercícios e caminhar) com menos frequência, com a mesma	Exercício físico e caminhada.	O estilo de vida foi avaliado por meio dos cinco comportamentos (assistir a tela, lanchar, comer frutas e vegetais, fazer exercícios e caminhar) com menos frequência, com a mesma frequência ou com maior frequência	De 8 em cada 10 entrevistados relataram mudanças não saudáveis no estilo de vida desde o bloqueio, principalmente em relação à atividade física. Cerca de 45,4% dos participantes relataram diminuição dos exercícios, 60% caminhada e quase 60% relataram aumento de exposição em frente a tela.

					<p>frequência ou com mais frequência do que antes do bloqueio, crenças, expectativas, fatores de risco (álcool; tabaco; obesidade) e dificuldades financeiras.</p>		<p>do que antes do bloqueio.</p> <p>As crenças e expectativas foram avaliadas por meio de uma versão adaptada da EPPM de Witte, juntamente com variáveis sociodemográficas e ambientais.</p> <p>A pesquisa foi realizada entre 8 e 20 de abril de 2020.</p>	
<p>COSTA et al., 2020 Brasil</p>	<p>Transversal Pesquisa Online Retrospectivo</p>	<p>N= 2.004 participantes</p>	<p>≥ 18 anos de idade</p>	<p>O presente estudo objetivou investigar como as medidas de distanciamento social para o combate ao COVID-19 têm influenciado o nível de atividade física de adultos brasileiros.</p>	<p>Dados demográficos, local de residência, grupos de risco e nível de atividade</p>	<p>Insuficientemente ativos e suficientemente ativos</p>	<p>O instrumento utilizado para avaliar as questões relacionadas à prática de atividade física antes e durante o período da pandemia da COVID-19 foi um questionário estruturado com questões objetivas. As questões sobre AF seguiram a estrutura de instrumento aplicado em levantamentos nacionais.</p> <p>A coleta ocorreu entre os dias 2 a 8 de abril de 2020. Durante este</p>	<p>Os resultados demonstraram que houve uma redução do nível de atividade física dos participantes de antes para durante o período de adoção das medidas de distanciamento social. Esta mudança de comportamento foi mais evidente naqueles que não se apresentavam como suficientemente ativos antes da adoção das medidas. Além disso, outros fatores acabam contribuindo para a manutenção do nível de atividade física durante a pandemia. Ser do sexo masculino, residir em região metropolitana e não pertencer a grupos de risco são fatores que estão associado ao maior nível de atividade física</p>

							período a média do índice de distanciamento social no Brasil variou de 45% e 48,5%.	durante a pandemia.
DESCHASA UX-TANGUY et al., 2021 França	Coorte Pesquisa online	N=37.252	≥ 18 anos de idade	O objetivo foi explorar possíveis mudanças na ingestão alimentar, atividade física, peso corporal e suprimento de alimentos durante o bloqueio do COVID-19 e como elas diferem de acordo com as características individuais.	Dados sociodemográficos, ingestão alimentar, atividade física, peso corporal e suprimento de alimentos.	Nível de atividade física (vigorosa, moderada ou caminhada)	Questionário Internacional de Atividade Física [IPAQ]. A coleta foi realizada em abril-maio de 2020.	A maioria (52,8%) dos participantes percebeu uma diminuição no nível de atividade física durante o bloqueio (amostra completa). Entre esses participantes, uma avaliação quantitativa usando o IPAQ (amostra atividade física) revelou níveis medianos de atividade física de 1752 MET-min/semana (IQR, 742,5–3519), que é 38% menor do que antes do bloqueio (teste t de Student pareado, P < 0,0001). Em contraste, uma proporção menor (18,7%; amostra completa) percebeu um aumento em seu nível de atividade física durante o bloqueio (mediana, 2832 MET-min/semana; IQR, 1632–4944; +18% em comparação com antes do bloqueio; P < 0,0001; amostra atividade física). Conclusão: Esses resultados sugerem que mudanças relacionadas à nutrição ocorreram durante o bloqueio em direções desfavoráveis e favoráveis. As mudanças desfavoráveis observadas

								devem ser consideradas no caso de um futuro bloqueio e também devem ser monitoradas para evitar um aumento na carga de doença relacionada à nutrição, caso essas mudanças na dieta/atividade física sejam mantidas a longo prazo. Compreender as mudanças favoráveis pode ajudar a ampliá-las em uma escala mais ampla.
DI SEBASTIAN O et al., 2020 Canadá	Quase- experimental Prospectivo	N= 2.338 participa ntes	≥ 18 anos de idade	O objetivo deste estudo foi investigar as mudanças na atividade física dos canadenses 4 semanas antes e 6 semanas após a implementação de protocolos de distanciamento físico no Canadá, usando dados de um aplicativo de rastreamento de atividade física gratuito promovido nacionalmente, o aplicativo ParticipACTION (PAC aplicativo).	Dados demográficos, regiões do Canadá e atividade física (atividade física moderada a vigorosa, atividade física leve e passos).	Atividade física moderada a vigorosa Atividade física leve	As medidas de atividade física foram feitas por meio do aplicativo de rastreamento de atividade física gratuito promovido nacionalmente, o aplicativo ParticipACTION (PAC aplicativo). As coletas ocorreram entre os dias 10 a 16 de fevereiro de 2020 - 4 semanas antes da declaração da pandemia - e continuaram até 13 a 19 de abril de 2020 - 6 semanas após a declaração da pandemia.	A atividade física moderada a vigorosa, atividade física leve e passos diminuiriam significativamente imediatamente após a declaração da pandemia (pré-pandemia: 194,2 ± 5,2 min, pós-pandemia: 176,7 ± 5,0 min, p <0,001; atividade física leve: pré-pandemia: 1.000,5 ± 17,0 min, pós-pandemia: 874,1 ± 15,6 min, p <0,001; passos: pré-pandemia: 48.625 ± 745 passos, pós-pandemia: 43.395 ± 705 passos, p <0,001). No entanto, 6 semanas após a declaração de pandemia, atividade física moderada a vigorosa (semana 6: 204,4 ± 5,4 min, p = 0,498) havia retornado aos níveis pré-pandêmicos. Atividade física leve (semana 6: 732,0 ± 14,3 min, p = <0,001) e passos (semana 6: 41.946 ± 763, p

								<0,001) permaneceram significativamente mais baixos do que os níveis pré-pandêmicos na semana 6. Declínios significativos e sustentados na atividade física incidental (atividade física leve e passos) foram observados, enquanto a atividade física moderada a vigorosa voltou aos níveis pré-pandêmicos por 6 semanas de distanciamento físico.
ĐOGAŠ et al., 2020 Croácia	Transversal Pesquisa Online Retrospectivo	N= 3.027 participantes	≥ 18 anos de idade	Investigar o efeito do bloqueio do coronavírus 2019 (COVID-19) em comportamentos de estilo de vida e mudanças de humor na população geral croata.	Dados demográficos, condições de vida, dados sobre hábitos de vida (atividade física, café, cigarro e álcool), IMC e mudanças de humor antes e durante o bloqueio COVID-19 foram coletados.	Frequência de exercício físico por semana	Questionário online de autorrelato (não mencionado se o instrumento foi construído pelos autores e nem se foi validado). A coleta de dados ocorreu entre os de 25 de abril a 5 de maio de 2020 por meio de plataformas de mídias sociais e via e-mail.	Observou-se diminuição significativa na frequência e duração dos exercícios físicos (antes $2,8 \pm 1,1$ e $2,6 \pm 1,2$ durante, valor $p < 0,001$) e (antes $57,9 \pm 34,5$ e $51,1 \pm 37,7$ durante, valor $p < 0,001$), respectivamente. Entre os sexos, as mulheres apresentaram reduções significativas para frequência de exercícios (antes $2,8 \pm 1,0$ e durante $2,7 \pm 1,2$, com valor $p < 0,001$) e duração de exercícios (antes $55,6 \pm 29,8$ e durante $49,2 \pm 32,5$, com valor $p < 0,001$). Conclusão: observou-se uma diminuição da atividade física e aumento do tabagismo e do peso corporal em uma amostra da população croata em geral.
DUNTON et	Transversal	N= 268	≥ 18 anos de	O objetivo geral do estudo	Dados demográficos,	Atividade física	- Questionário	De modo geral, os níveis de

al., 2020 Estados Unidos	Pesquisa Online Retrospectivo	participantes	idade, com idade média de 33 anos	atual foi investigar o impacto inicial da pandemia COVID-19 nos níveis de atividade entre os adultos dos EUA durante os primeiros dois meses em que os pedidos de "Abrigo no local" e "Fique em casa" estavam em vigor. O objetivo principal era determinar se a atividade física diminuiu significativamente do período pré-COVID-19 (1 a 29 de fevereiro de 2020) para o período inicial do COVID-19 (3 de abril a 25 de maio de 2020), e se as mudanças físicas os níveis de atividade diferiam por etnia autorrelatada (hispânica / latina vs. não hispânica / latina) e renda familiar.	locais de atividade física, nível de atividade física e quantidade de passos e IMC.	moderada Atividade física vigorosa Caminhada Número de passos	Internacional de Atividade Física Short Form (IPAQ-SF); - Acelerômetro embutido dos smartphones pessoais dos participantes. A coleta ocorreu entre os dias 10 de abril e 25 de maio de 2020.	atividade física diminuíram durante o período inicial da COVID-19. A atividade física vigorosa (190,7±211,2 vs 123,9±171,4); atividade física moderada (202,4±271,9 vs 111,0±172,5); Caminhada (341,9±339,8 vs 244,1±280,8) e passos (6153,2±2805,9 vs 3920,8±3344,5). As mudanças observadas para atividade física autorrelatada variaram de uma redução de 21% para caminhada a uma redução de quase 46% para intensidade moderada. As reduções na caminhada e passos foram maiores para adultos de baixa renda e hispânicos / latinos. Durante o início do COVID19, atividades mais vigorosas e moderadas foram relatadas por aqueles que eram ativos em sua casa / garagem ou calçada / quintal, e mais passos foram registrados por aqueles que eram ativos nas estradas em seu bairro ou em parques / trilhas.
EEK et al., 2021 Suécia	Transversal Pesquisa Online	N=1318 Indivíduos	≥ 18 anos, com idade média de 47 anos	O objetivo deste estudo foi, portanto, descrever os níveis de atividade física autorrelatados e as mudanças percebidas na extensão e intensidade da	Dados demográficos, atividade física autorrelatada e capacidade física, e mudanças percebidas na atividade física e na	A atividade física foi transformada em minutos equivalentes metabólicos (MET). O total de	A atividade física atual autorreferida foi medida com o International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-	Entre aqueles que responderam ao IPAQ (n=1144), 64% preencheram os critérios para atividade de alto nível, 29% eram moderadamente ativos e 7%

				<p>atividade física, bem como nas capacidades físicas durante a pandemia de COVID-19. Um outro objetivo era explorar se as mudanças percebidas (aumento, diminuição ou nenhuma mudança) na atividade física diferem entre os grupos com base em gênero, idade, educação, situação familiar, área geográfica, local de residência e país de nascimento. Finalmente, nosso objetivo foi comparar a capacidade física percebida e a satisfação geral com a vida entre os grupos que relataram aumento, diminuição ou nenhuma mudança na atividade física.</p>	capacidade física.	<p>MET minutos/semana de atividade física foi calculado como a soma de caminhada, MET minutos moderados e vigorosos/semana e categorizados em baixa, moderada e alta intensidade.</p>	<p>SF). A capacidade aeróbica percebida atual na escala Rating of Perceived Capacity (RPC). A satisfação com a vida foi medida pelo Life Satisfaction Questionnaire-11 (LISAT-11). As mudanças percebidas na atividade física, capacidade aeróbia, força muscular e equilíbrio (aumentou, diminuiu ou nenhuma mudança). Se relatassem uma mudança, os participantes foram solicitados a indicar se consideravam a mudança devido à pandemia e às restrições decorrentes (sim, parcialmente ou não). A pesquisa foi criada e gerenciada usando Research Electronic Data Capture (REDCap) e foi aplicada de 1 de setembro de 2020 a 7 de outubro de 2020.</p>	<p>tinham baixa atividade. Uma mudança na atividade física foi relatada por 65% dos participantes. Mais participantes relataram um aumento (36%) do que uma diminuição (29%), no entanto, uma diminuição na atividade física foi significativamente mais frequentemente considerada como sendo devido à pandemia. A maior chance de diminuição da atividade física foi encontrada na faixa etária mais velha (70+ anos) (OR 2,8; IC 95% 1,4–5,7). Aqueles que relataram níveis reduzidos de atividade física relataram menor satisfação com a vida e capacidade aeróbica do que os outros grupos ($p > 0,001$). A diminuição da atividade física foi relatada por muitos, mas uma parte igual relatou aumento da atividade durante a pandemia. As maiores chances de diminuição da atividade foram encontradas no grupo mais velho - o grupo que foi submetido às restrições COVID-19 mais estritas recomendadas na Suécia.</p>
FAULKNER	Transversal	N=8.425	≥18 anos,	Avaliar a atividade física, a	Variáveis	Atividades	- Escala de Estágios	Atendeu às diretrizes de

<p>et al., 2021 Reino Unido, Irlanda, Nova Zelândia e Austrália</p>	<p>Pesquisa Online</p>	<p>participantes</p>	<p>com idade média de 44 anos</p>	<p>saúde mental e o bem-estar de adultos no Reino Unido, Irlanda, Nova Zelândia e Austrália durante os estágios iniciais das respostas de contenção da doença coronavírus dos governos nacionais (COVID-19).</p>	<p>demográficas, atividade física, comportamento sedentário, estágio de mudança de comportamento em relação a atividade física, bem-estar e saúde mental (depressão, ansiedade e estresse).</p>	<p>aeróbicas, Atividades de condicionamento, Atividades online, Atividades domésticas, Atividades esportivas e outras atividades.</p>	<p>de Mudança para mudança de comportamento de exercício; - Questionário Internacional de Atividade Física (versão abreviada); -Índice de Bem-estar da Organização Mundial da Saúde-5; -Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse-9.</p> <p>A pesquisa ocorreu entre os meses de abril e maio de 2020.</p>	<p>atividade física n pré-covid (%): Total= 75,3% Reino Unido= 73,3% Nova Zelândia= 78,2% Irlanda= 69,7% Austrália= 74,4%</p> <p>Os participantes que relataram uma mudança negativa no comportamento de exercício desde antes das restrições iniciais do COVID-19 até durante as restrições iniciais do COVID-19 demonstraram pior saúde mental e bem-estar em comparação com aqueles que demonstraram uma mudança positiva ou nenhuma mudança em seu comportamento de exercício ($p < 0,001$). Enquanto as mulheres relataram mudanças mais positivas no comportamento de exercício, os jovens (18-29 anos) relataram mudanças mais negativas (ambas $p < 0,001$). Indivíduos que tiveram mais comportamentos de exercício positivos relataram melhor saúde mental e bem-estar ($p < 0,001$). Embora não tenha havido diferenças na atividade física entre os países, os indivíduos na Nova Zelândia relataram melhor saúde</p>
-------------------------------------------------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								mental e bem-estar ($p < 0,001$). Quando ajustados para idade, sexo e etnia, os indivíduos que demonstraram uma mudança negativa no comportamento de exercício tiveram pontuações DASS-9 significativamente mais altas e pontuações OMS-5 significativamente mais baixas em comparação com aqueles que tiveram uma mudança positiva ou nenhuma mudança em seu comportamento de exercício (todos $p < 0,001$) Indivíduos que não atendiam às diretrizes recomendadas para atividade física diária antes das restrições do COVID-19 eram mais propensos a exibir uma mudança positiva (74,1%) em seu comportamento de exercício durante as restrições iniciais do COVID-19.
FLANAGAN et al., 2021 Estados Unidos, Austrália, Canadá, Irlanda e o Reino Unido	Não mencionado Pesquisa Online Retrospectiva Pré-print	N= 7.753 participantes	≥ 18 anos	O objetivo deste estudo foi quantificar as mudanças nos comportamentos alimentares habituais, atividade física, sono, sedentarismo comportamentos e saúde mental antes e durante o pico inicial da pandemia COVID-19.	Dados demográficos e familiares, IMC, comportamentos sedentários, atividade física, dieta, sono e saúde mental.	Tempo gasto em atividade física (minutos absolutos) e tempo gasto em atividade física (intensidade ajustada).	O instrumento aplicado continha pequenas validações e perguntas elaboradas pelos próprios pesquisadores. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2020.	No total, 7.753 participantes foram incluídos. A amostra incluiu 32,2% de indivíduos com peso normal, 32,1% com sobrepeso e 34,0% com obesidade. Durante a pandemia, as pontuações gerais para alimentação saudável aumentaram ($p < 0,001$), devido a menos refeições fora de casa e maior cozimento ($p < 0,001$). Os

								<p>comportamentos de lazer sedentários aumentaram enquanto o tempo gasto em atividade física (tempo absoluto e ajustado pela intensidade) diminuiu ($p < 0,001$). Os escores de ansiedade aumentaram $8,78 \pm 0,21$ durante a pandemia e a magnitude do aumento foi significativamente maior em pessoas com obesidade ($p \leq 0,01$). O ganho de peso foi relatado em 27,5% da amostra total em comparação com 33,4% nos participantes com obesidade.</p> <p>Níveis médios de atividade física relatados antes para a pandemia foram $348,06 \pm 6,09$ minutos por semana ($1453,40 \pm 29,96$ MET minutos) e $329,74 \pm 6,19$ minutos por semana ($1341,52 \pm 29,80$ MET minutos) durante. A atividade física diminuiu $18,32 \pm 4,63$ minutos por semana e após contabilizar a intensidade do exercício, diminuiu $111,88 \pm 22,07$ minutos semanais de MET (ambos $p < 0,001$).</p>
FRANCO et al., 2021 Itália	Estudo transversal Pesquisa online	N= 310 indivíduos	Adultos jovens (<35 anos, adulto: 35-64 anos, ≤65 idosos). Homens com	O objetivo do nosso estudo foi estimar os níveis de atividade física e, portanto, o gasto energético (MET-minutos / semana), entre as populações do sul da Itália,	Dados demográficos, atividade física, comportamento sedentário e IMC.	Atividade física (ativo vs nenhum ativo) Atividade física moderada, atividade física	-Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-SF). A coleta foi realizada em maio de 2020.	Os resultados mostram que o bloqueio do COVID-19 teve um efeito negativo na atividade física de intensidade vigorosa e na caminhada, mas não na atividade física de

	Retrospectivo		média de idade de 48 anos e mulheres 46 anos.	antes e durante o confinamento domiciliar COVID-19.		vigorosa e caminhada (expressos como gasto energético (MET – minutos/semana).		intensidade moderada e demonstrou um aumento diário no tempo gasto sentado em mais de 12%. A diminuição do gasto energético (MET-minuto / semana) durante o bloqueio teve impacto negativo em ambos os sexos, principalmente nos grupos de adultos jovens e adultos.
FÜZÉKI et al., 2021 Alemanha	Transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 979	Adultos, mulheres com média de idade de 42 anos e homens com 46 anos.	O objetivo do estudo atual foi avaliar as possíveis mudanças na atividade física na Alemanha após as medidas de bloqueio na primavera de 2020 e explorar associações com fatores facilitadores e dificultadores.	Idade, peso, altura, IMC, atividade física e trabalho remoto	Caminhada e ciclismo relacionadas ao transporte (em minutos por semana e MET-minutos por semana) Atividade física no lazer Dias de atividades de fortalecimento muscular por semana	EHIS PAQ A pesquisa foi realizada de 23 de abril a 12 de setembro de 2020.	A atividade física relacionada ao transporte e no lazer diminuiu ($p < 0,001$, $d = 0,16$; $p < 0,001$, $d = 0,22$, respectivamente). O cumprimento das recomendações de atividade física diminuiu de 38,1% para 30,4% ($\chi^2 [1, 1958] = 12,754$, $p < 0,001$, $V = 0,08$). Na análise de regressão, IMC (OR 0,944, IC 95% 0,909–0,981; $p = 0,003$), educação (OR 1,111, IC 95% 1,021–1,208; $p = 0,015$), relacionado ao transporte (OR 1,000, IC 95% 1,000–1,000; $p = 0,008$) e atividade física no lazer (OR 1,004, IC 95% 1,003–1,004; $p < 0,001$), fortalecimento muscular (OR 5,206, IC 95% 4,433–6,114; $p < 0,001$), bem como o 'variável categórica bloqueio vs. normal' (OR 0,583, IC 95% 0,424–0,802; $p = 0,001$) mostrou uma

								contribuição, enquanto sexo ($p = 0,152$), idade ($p = 0,266$), atividade física relacionada ao trabalho ($p = 0,133$) e trabalho remoto ($p = 0,684$) não.
GARCÍA-TASCÓN et al., 2020 Espanha	Não mencionado Pesquisa online Retrospectivo	N=1.046 indivíduos	Idade média de 40 anos.	Comparar a prática de atividade física antes e durante o confinamento, com base no gênero (homens / mulheres) e os padrões recomendados pela OMS e ACSM.	Atividade física (quantidade, intensidade, tipos de exercícios)	Exercício cardiorrespiratório Aptidão muscular Exercício de flexibilidade Exercício neuromotor	Questionário elaborado para esta pesquisa e validado por pesquisadores. O instrumento incluiu dados sociodemográficos, aspectos relacionados aos hábitos de atividade física antes e durante o confinamento causado pela pandemia COVID-19. As coletas ocorrem entre os meses de abril e maio de 2020.	Para ambos os sexos, houve uma diminuição significativa na quantidade e intensidade ($p = 0,000$) de atividade física. Também houve alteração no tipo de atividade física praticada, passando dos exercícios cardiorrespiratórios e musculação para exercícios de flexibilidade e neuromotores (principalmente em mulheres). A forma mais popular de praticar atividade física durante o confinamento era “autonomamente” (estatisticamente maior nos homens ($M = 3,58$) em comparação com as mulheres ($M = 3,18$) e o formato mais frequente era “virtual” (estatisticamente maior nas mulheres ($M = 2,81$) em comparação com os homens ($M = 1,94$)). O confinamento modifica os hábitos de prática de atividade física, principalmente nos homens. Ambos os sexos colocam sua saúde e qualidade de vida em risco por não seguirem as diretrizes de

								atividade física das autoridades de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do American College of Sports Medicine (ACSM).
GIERC et al., 2021 Canadá	Estudo transversal e observacional Pesquisa Online	Não tem o n amostral claro no estudo	18 anos ou mais, com média de idade de 32 anos	Examinar associações entre atividade física moderada a vigorosa e outros resultados de saúde mental nas fases iniciais da pandemia de COVID.	Dados sociodemográficos, IMC, atividade física, saúde mental	Atividade física moderada a vigorosa	Questionário Internacional de Atividade Física modificado, Short Form (IPAQ). O recrutamento ocorreu entre 24 de março e 8 de maio de 2020.	Os participantes relataram uma média de 406 (DP = 380) minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana antes do COVID, em comparação com 361 (DP = 388) minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana após o COVID. A mudança média relatada na atividade física moderada a vigorosa foi de -45 (DP = 389) minutos. Aproximadamente metade da amostra (45,4%) relatou diminuição da atividade física moderada a vigorosa, enquanto um quarto (22,7%) não relatou alteração da atividade física moderada a vigorosa e o restante (31,8%) relatou aumento da atividade física moderada a vigorosa. Antes do COVID, 68,2% dos participantes relataram ser suficientemente ativos para benefícios de saúde (ou seja, > 150 min 193 atividade física moderada a vigorosa por semana). Isso diminuiu para 60,6% dos participantes durante o período inicial da pandemia de COVID.

								Conclusão: Os participantes que experimentaram os maiores declínios na atividade física moderada a vigorosa relataram sofrimento psicológico relativamente maior e menor satisfação com a vida.
GÓRNICKA et al., 2020 Polônia	Estudo transversal Pesquisa online	N= 2.381 indivíduos	≥18 anos de idade	O estudo teve como objetivo identificar padrões de mudanças alimentares e suas associações com fatores sociodemográficos, índice de massa corporal (IMC) antes da pandemia e mudanças de comportamento no estilo de vida. Também examinamos o efeito dos bloqueios e restrições vinculados à pandemia COVID-19 nos comportamentos dietéticos de estilo de vida entre adultos na Polônia.	Dados sociodemográficos, IMC e estilo de vida (alimentação, atividade física, tempo de tela e sono).	Atividade física (baixa, média e alta) Mudanças na atividade física	Para esta pesquisa foi utilizado o questionário PLifeCOVID-19 (“Impacto da pandemia do COVID-19 na dieta e estilo de vida de adultos”), que incluiu questões sobre mudanças multidimensionais na dieta e no estilo de vida (mudanças na ingestão de alimentos, AF, tempo de tela e sono). A coleta ocorreu entre o fim do mês de abril e fim do mês maio de 2020.	Durante o período do estudo, 43% dos entrevistados diminuíram a atividade física, 49% - aumento do tempo de tela e 34% - aumento do consumo de alimentos. Entre os três padrões de mudanças dietéticas, foram encontrados dois padrões opostos: Pró-saúde (28% dos participantes) e Não-saudável (19% dos participantes). A adesão ao padrão Pro-saudável foi associada negativamente com a idade, mas positivamente com sobrepeso (aOR 1,31) ou obesidade antes da pandemia (aOR 1,64). Adultos com mais de 40 anos, aqueles que vivem com filhos, desempregados, aqueles que vivem em uma região com maior PIB, e aqueles que não consomem refeições caseiras podem estar mais expostos a comportamentos não saudáveis.
HARGREAVES et al., 2021 Nova	Estudo longitudinal	N= 759	18 anos ou mais	O objetivo deste estudo foi investigar mudanças na atividade física de diferentes	Dados sociodemográficos, atividades físicas e	Atividade física total (MET); Atividade física	International Physical Activity Questionnaire-Short	Os resultados mostraram que a atividade física de intensidade vigorosa e

Zelândia	Pesquisa online Retrospectivo			intensidades, em indivíduos que diferiam nos níveis de atividade antes da imposição das restrições de bloqueio e em três períodos de tempo: pré, durante e pós-bloqueio.	aborrecimentos diários.	moderada (MET); Atividade física vigorosa (MET); Caminhada (MET).	Form (IPAQ-SF). A primeira etapa da pesquisa foi concluída entre 8 de abril a 15 de abril de 2020)- “durante o bloqueio”. A pesquisa de acompanhamento foi enviada em 9 de junho de 2020.	moderada foram significativamente menores durante e pós-bloqueio em comparação com o pré-bloqueio naqueles indivíduos que foram altamente ativos antes do confinamento. Em contraste, para indivíduos moderadamente ativos antes do confinamento, a atividade física de intensidade vigorosa e moderada foi significativamente maior durante o confinamento em comparação com o pré-bloqueio, e esses níveis aumentados de atividade física vigorosa foram mantidos após o confinamento. Conclusão: a atividade física não diminuiu durante as restrições de bloqueio em participantes que estavam atendendo às diretrizes de atividade física da OMS antes do bloqueio, de fato, a atividade física de intensidade moderada e vigorosa aumentou. Para aqueles que estavam excedendo as diretrizes antes do bloqueio, a atividade física diminuiu, mas a participação durante o bloqueio ainda estava em um nível alto o suficiente para beneficiar a saúde. Após o confinamento, novos hábitos
----------	--------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								de atividade física foram criados (indivíduos altamente ativos antes do confinamento estavam participando de menos atividade física em comparação ao pré-bloqueio, enquanto indivíduos moderadamente ativos eram mais ativos), o que pode ter sido impulsionado por mudanças nas circunstâncias da vida ou reconhecimento da importância de ser fisicamente ativo nas condições do COVID-19. Como esperado, os participantes relataram aborrecimentos diários relacionados a preocupações internas, família, tempo e finanças como resultado das restrições do COVID-19. no entanto, foi apenas após o bloqueio que esses aborrecimentos foram associados negativamente à atividade física.
HE et al., 2020 China	Não mencionado Pesquisa online Prospectivo e retrospectivo	N= 339 indivíduos	Adultos. Homens com idade média de 36 anos e mulheres com idade média de 37 anos.	Estudar as relações entre as mudanças de peso corporal com mudanças na atividade física e estilo de vida durante um evento incomum de isolamento forçado ou quarentena.	Informações demográficas, antropométricas, estilo de vida (alimentação, álcool, atividade física) e atitudes em relação ao controle de peso e controle da dieta.	Número de passos; Exercício de intensidade moderada ou vigorosa (tempo).	Questionário elaborado pelos autores baseado em questionários relatados na literatura. A coleta foi realizada em março de 2020.	Os passos médios por dia e o tempo médio de exercício de intensidade moderada ou vigorosa diminuíram significativamente para homens e mulheres durante o período de semibloqueio (passos médios por dia: antes vs durante 7038 ± 1923 vs 3741 ± 1042 passos, $P < 0,001$ e 8321 ± 3000 vs 3728

								<p>± 1726 passos, $P < 0,001$ para mulheres e homens, respectivamente). O tempo médio de exercício de intensidade moderada ou vigorosa antes vs durante foi de $14,0 \pm 6,3$ vs $5,4 \pm 2,0$ min, $P < 0,001$ e $15,0 \pm 5,1$ vs $3,2 \pm 3,2$ min, $P < 0,001$ para mulheres e homens, respectivamente.</p> <p>Durante o período de semibloqueio, tanto mulheres quanto homens com IMC < 24 ganharam peso, homens com IMC ≥ 24 perderam peso e mulheres com IMC ≥ 24 ganharam peso. Mudanças no peso corporal se correlacionaram inversamente com mudanças nos passos por dia e exercícios de intensidade moderada ou vigorosa durante a quarentena.</p> <p>Conclusão: Indivíduos com peso normal, que normalmente não são incomodados por sobrepeso ou obesidade, tiveram menos consciência do ganho de peso do que pessoas com IMC ≥ 24. Nas condições de semibloqueio, eles tenderam a ganhar peso.</p>
HERMASSI et al., 2021 Catar	Estudo transversal Pesquisa	N= 1.144	≥ 18 anos, com média de idade 33 anos	Este estudo examinou os efeitos do confinamento domiciliar na atividade física e na satisfação com a	Dados sociodemográficos, estado de saúde, IMC, fumo, atividade	Total de atividade física; Atividades físicas moderadas;	International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF).	O confinamento reduziu todas as intensidades de atividade física ($\eta^2 p 2 = 0,27-0,67$, $p < 0,001$) e aumentou o tempo

	online retrospectivo			vida durante o surto de COVID-19 no Catar.	física, tempo sentado e satisfação com a vida.	Atividades físicas vigorosas; Caminhada.	A coleta de dados foi realizada em julho de 2020.	sentado diário de $3,57 \pm 1,47$ para $6,32 \pm 1,33$ h por dia da semana ($\eta p 2 = 0,67$, $p < 0,001$). A maior redução foi detectada para o parâmetro soma total de atividade física (minutos por semana, $\eta p2 = 0,67$, $p < 0,001$; MET (equivalente metabólico da tarefa)-minutos/semana, $\eta p 2 = 0,69$, $p < 0,001$). Conclusão: o confinamento COVID-19 diminuiu a atividade física, aumentou o tempo sentado e diminuiu a satisfação com a vida no Catar.
HINO; ASAMI, 2021 Japão	Estudo longitudinal	N=18.817	≥ 18 anos	O objetivo deste estudo longitudinal foi analisar a flutuação da contagem de passos de 18.817 cidadãos na cidade de Yokohama, Japão, no primeiro semestre de 2020 em relação ao ano anterior, e investigar a associação entre a mudança na contagem de passos e sua vizinhança ambiente por sexo e subgrupos de idade.	Idade, sexo, número de passos, densidade populacional, distância média até a estação ferroviária e distância média até o parque mais próximo.	Número de passos	Pedômetro marca (Omron HJ-326F, Japão). Utilizou-se os dados obtidos para o primeiro semestre de 2019 e 2020.	A taxa anual de contagem de passos diminuiu especialmente em mulheres e pessoas mais jovens durante o estado de emergência. As mulheres mais velhas foram mais suscetíveis ao ambiente construído vizinho do bairro: os grupos que moram nos bairros com maior densidade populacional ou mais próximos das estações ferroviárias, que tiveram as maiores contagens de passos no ano anterior, perderam a vantagem durante o estado de emergência. Não houve associação significativa entre distância de grandes parques e contagem de passos no ano anterior, mas houve de antes

								para depois do estado de emergência. Por isso, alta caminhabilidade afetou negativamente a contagem de passos de mulheres mais velhas, enquanto a proximidade do parque teve um efeito positivo.
HUSAIN; ASHKANAN, 2020 Kuwait	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 415 indivíduos	≥18 anos de idade, com média de idade de 38 anos.	O objetivo principal deste estudo foi investigar os efeitos do surto de COVID-19 durante o bloqueio sobre os hábitos alimentares e outros comportamentos relacionados à saúde entre adultos no Kuwait. O segundo é examinar a variação demográfica nos hábitos alimentares e estilo de vida.	Informações sociodemográficas, estilo de vida (alimentação, atividade física, e sono) e IMC.	Praticando uma atividade física; Horas praticando atividade física por semana	O instrumento aplicado foi construído pelos pesquisadores do estudo e avaliados por especialistas da área. A coleta de dados foi aplicada de 30 de março a 15 de abril de 2020.	Com relação à prática de atividade física, antes da pandemia, 18% dos participantes praticavam apenas algumas temporadas, contra 20% que nunca o faziam. Durante o COVID-19, apenas 10% dos participantes relataram se exercitar apenas em algumas temporadas, em comparação com 39,5% que relataram não se exercitar (OR = 0,36, IC 95% 0,21–0,62, p <0,001). O tempo despendido em comportamentos sedentários aumentou. Um aumento notável foi detectado no sono diurno e uma diminuição no sono noturno entre os participantes. Padrões de alimentação não saudáveis foram detectados neste estudo, como pular o café da manhã e lanches noturnos.
JANSSEN et al., 2020 Escócia	Não mencionado Pesquisa online	N=3230	18 anos ou mais, com média de idade de 46 anos	Examinamos o impacto do surto de COVID-19 e restrições concomitantes (ou seja, bloqueio) em comportamentos de	Dados sociodemográficos, comportamento sedentário, atividade física e sono.	Atividade física moderada a vigorosa; Caminhada.	Questionário internacional de atividade física (IPAQ)	De T1 a T2, a caminhada diminuiu, enquanto atividade física moderada a vigorosa, sentar e dormir aumentaram, de T2 a T3 os níveis

	Retrospectivo			movimento de 24 horas (ou seja, atividade física, sentar, dormir) em uma amostra intencional de pessoas (n= 3230) relatando mudança recrutada online.			A fase 1 ocorreu de 20 de maio de 2020 a 12 de junho de 2020 (da 9ª à 12ª semana de bloqueio nacional na Escócia) e a fase 2 ocorreu de 3 de agosto a 21 de agosto de 2020 (coincidindo com a flexibilização contínua das restrições de bloqueio na Escócia).	retornaram ao pré-bloqueio para todos, exceto atividade física moderada a vigorosa. Os participantes que mudaram um comportamento positivamente eram mais propensos a relatar uma mudança positiva em outro e 50% daqueles que relataram mudanças positivas de T1 para T2 mantiveram ou melhoraram ainda mais quando as restrições começaram a diminuir. O estudo atual mostrou que grande parte da amostra relatou mudanças positivas, principalmente aquelas que apresentaram níveis inicialmente ruins de cada comportamento.
KARAGEOR GHIS et al., 2021 EUA, Reino Unido, França e Austrália	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N = 2541	≥18 anos	O objetivo principal do presente estudo foi examinar os efeitos dos bloqueios iniciais do COVID-19 em quatro países ocidentais, com foco nos níveis de atividade física, comportamento sedentário e saúde mental. Um objetivo secundário foi examinar a idade como moderador, mas no caso da saúde mental, examinamos o sexo como moderador.	Dados sociodemográficos, saúde mental, atividade física, comportamento sedentário e número de passos.	Atividade física planejada e não planejada.	Brunel Lifestyle Physical Activity Questionnaire (BLPAQ) A pesquisa foi realizada de 21 de abril a 18 de maio de 2020 nos EUA; 30 de abril a 31 de maio de 2020 no Reino Unido; 21 de abril a 10 de maio, 2020 na França; 1º de maio a 20 de junho de 2020 na Austrália.	Nas amostras dos EUA e da Austrália, houve um declínio significativo na atividade física planejada desde o pré até o período de confinamento. Entre os adultos jovens, os australianos exibiram as pontuações mais baixas de atividade física planejada, enquanto nos grupos de meia-idade, o Reino Unido registrou as mais altas. Os adultos jovens exibiram a maior redução na atividade física não planejada. Entre as nações, houve uma redução de ~ 2.000 passos por dia.

								Conclusão: As descobertas ilustram os efeitos deletérios do bloqueio na atividade física, comportamento sedentário e saúde mental em quatro nações ocidentais. Os jovens australianos e os adultos de meia-idade inferior pareciam se sair particularmente mal em termos de atividade física planejada. A redução de passos por dia equivale ao não gasto de ~ 100 kcal. Os declínios na saúde mental mostram como os bloqueios podem ser prejudiciais para as mulheres em particular.
KNELL et al., 2020 Estados Unidos	Não Mencionado Pesquisa online	N=1.809 participantes	≥18 anos de idade	Os objetivos deste estudo foram (1) descrever como comportamentos de saúde positivos (atividade física, sono) e comportamentos de saúde negativos (uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas) mudaram (aumentaram / melhoraram ou diminuíram / pioraram ou permaneceram os mesmos) durante um período de 6 a 8 semanas, do início de março a meados de abril de 2020; (2) para entender quem tinha maior probabilidade de mudar seus comportamentos de saúde.	Dados sociodemográficos, comportamentos positivos (atividade física, sono), comportamentos negativos (fumo, álcool, drogas), IMC e comorbidades.	Atividade física (aumentou, reduziu e permaneceu o mesmo)	-Questionário Internacional de Atividade Física-formulário curto (IPAQ-short); -Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); -Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Para investigar se a pandemia de COVID-19 estava relacionada a mudanças nesses comportamentos (atividade física, sono, uso de substâncias), a pesquisa incluiu perguntas de	Os participantes relataram mais diminuição da atividade física (39,0%) do que aumento (25,2%) ou que ela tenha permanecido igual (35,8%). Mudanças na atividade física foram relacionadas a sexo, número de filhos e escore de depressão. Especificamente, em comparação com os homens, as mulheres tiveram 1,47 (IC 95% = 1,12-1,93) vezes a probabilidade relativa de aumentar a atividade física após o controle de fatores relevantes. Aqueles com filhos tiveram 1,42 (IC 95% = 1,07-1,90) vezes a chance relativa de aumentar a

							acompanhamento perguntando se o envolvimento nesse comportamento aumentou / melhorou, diminuiu / piorou ou permaneceu o mesmo desde o início da pandemia. A pesquisa foi realizada de 15 de abril a 5 de maio de 2020.	atividade em comparação com aqueles sem filhos. Finalmente, aqueles com um escore de gravidade dos sintomas de depressão moderada a grave tiveram 5,32 (IC 95% = 3,73-7,58) vezes a probabilidade relativa de relatar uma diminuição na atividade física em comparação com aqueles com um escore de depressão leve ou nenhum, após o controle de outros fatores. “Mais tempo disponível” foi a razão mais comum para aumentar os comportamentos de saúde positivos em geral (930/2216 = 42,0%) e, especificamente, para aumentar a atividade física (359/1499 = 23,9%) e a duração do sono (421/717 = 58,7%). Entre as razões apresentadas para diminuir a atividade física e a duração do sono, “motivação” (434/1361 = 31,8%) e “preocupação / estresse” (370/575 = 64,3%) foram as razões mais comumente citadas, respectivamente.
KOLOKOTR ONI et al., 2021 Chipre	Transversal Pesquisa online Retrospectiv	N=745	≥ 18 anos, com média de idade de 39 anos	O objetivo do estudo foi explorar os efeitos do bloqueio do COVID-19 em todos os pilares da medicina do estilo de vida, ou seja, dieta, atividade física, sono,	Características demográficas, de saúde, dieta, atividade física, estresse, sono, suporte social e uso	Atividade física (baixo, médio e alto)	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). A coleta de dados foi	O escore geral de atividade física não mudou significativamente (p=0,95); 60% dos participantes não relataram nenhuma mudança e os 40% restantes foram

	a			estresse, apoio social e uso de substâncias de risco.	de substância.		realizada entre 10 de abril e 12 de maio de 2020.	divididos entre aumento e diminuição dos níveis de atividade. No entanto, houve um aumento significativo no gasto médio diário de energia semanal na caminhada durante o bloqueio MET (um Equivalente Metabólico - min/semana 297 vs. 231, $p < 0,01$). Em contraste, o MET-min/semana gastos em atividade física moderada ou vigorosa foram menores durante o período de bloqueio, embora não significativos, exceto em participantes mais jovens (18 a 29 anos, estudantes).
KONTSEVA YA et al., 2021 Rússia	Transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 2.432	18 anos ou mais	O objetivo deste estudo foi examinar a associação entre COVID-19 e alterações nos níveis de atividade física e sono e examinar fatores específicos do COVID-19 que podem estar relacionados a alterações na AF e sono entre adultos na Rússia.	Dados sociodemográficos, medidas preventivas da COVID-19, atividade física, sono e comportamentos da COVID-19.	Caminhada; Atividade física de intensidade moderada e vigorosa; Atividades de fortalecimento muscular.	Questionário elaborado pelos pesquisadores. O questionário continha 30 itens e incluía, em sua maioria, perguntas fechadas sobre: dados demográficos, recomendações de autoisolamento, hábitos de atividade física e sono, medidas preventivas da COVID-19. A coleta de dados ocorreu entre 26 de abril de 2020 e 6 de junho de 2020.	Todos os resultados de atividade física diminuíram significativamente desde o pré até o COVID. O tempo médio gasto em atividade física moderada e atividade física vigorosa diminuiu cerca de 12 minutos por dia ($42,43 \pm 37,57$ a $30,44 \pm 35,35$ e $37,79 \pm 37,80$ a $26,56 \pm 34,69$, respectivamente [$\text{todos } P < 0,001$]). O número de minutos por dia de caminhada diminuiu cerca de 20 minutos de $60,5 \pm 38,66$ para $40,83 \pm 38,6$ ($P < 0,001$). A proporção de participantes que atenderam às Diretrizes da OMS para qualquer tipo de atividade física diminuiu de

								<p>68 para 49% (P < 0,001). A proporção que participou de atividades de fortalecimento muscular por 2 ou mais dias por semana diminuiu de 53 para 45% (P < 0,001).</p> <p>Fatores consistentemente associados a um maior declínio nos minutos por semana gastos em atividade física vigorosa, em atividade moderada e em caminhada incluíram um aumento no número de dias com problemas de sono, fechamento da academia de e não poder sair de casa para atividades físicas. Os fatores associados a um maior declínio de dias por semana participando de atividades de fortalecimento muscular incluíram fechamento de academia/academia e não poder sair de casa para atividades físicas.</p> <p>Conclusão: em comparação com antes do COVID-19, a atividade física e a higiene do sono foram afetadas negativamente durante o COVID-19.</p>
KRIAUCION IENE et al., 2020 Lituânia	Estudo transversal Pesquisa online	N= 2.447 indivíduos	≥18 anos de idade	Este estudo teve como objetivo investigar o efeito da quarentena de COVID-19 na dieta, atividade física e hábitos de consumo de álcool de lituanos e a	Variáveis sociodemográficas, comportamentos alimentares, percepção de comer mais, atividade física	Atividade física	O instrumento utilizado foi o Mediterranean Diet Adherence Screen (MEDAS). A coleta de dados teve	Cerca de 60,6% dos participantes relataram que diminuíram a atividade física no período de pandemia ao passo que apenas 14,3% aumentaram esse

				associação entre comportamento de saúde e mudanças de peso.	álcool, percepção sobre a mudança de peso e IMC.		início no dia 14 de abril de 2020 e durou duas semanas.	comportamento no mesmo período. Quase metade dos entrevistados (49,4%) comeu mais do que o normal, 45,1% aumentou os lanches e 62,1% cozinhou em casa com mais frequência. O consumo de bebidas carbonatadas ou açucaradas, fast food e pastéis comerciais diminuiu, enquanto o consumo de salgadinhos caseiros e frituras aumentou. A diminuição da atividade física foi relatada por 60,6% dos entrevistados. Cada terço (31,5%) dos entrevistados, mais frequentemente aqueles que já estão com sobrepeso, ganhou peso. A análise de regressão logística multivariada mostrou que as maiores chances de ganho de peso estiveram associadas ao sexo feminino, idade avançada, maior consumo de bebidas açucaradas, salgadinhos caseiros e frituras, comer mais do que o habitual, aumento de lanches, diminuição da atividade física e aumento do consumo de álcool.
NIENHUIS; LESSER, 2020 Canadá	Não mencionado Transversal pesquisa online	N=1.098 participantes	≥ 19 anos, com média de idade de 42 anos	O objetivo deste estudo foi avaliar como essas medidas preventivas impactaram o comportamento de atividade física e o bem-estar dos	Dados demográficos, comportamento de atividade física, atividade física ao ar livre, ansiedade e	Ativos e inativos fisicamente	Godin Leisure Questionnaire Behavioral Regulations in Exercise	Houve uma significativa (p<0,001) diferença entre participantes ativos e inativos e mudança de comportamento de atividade física desde que

				canadenses.	medidas de bem-estar.		<p>Questionnaire (BREQ-3)</p> <p>Transtorno de Ansiedade Geral-7 (GAD-7)</p> <p>Mental Health Continuum (MHC-SF)</p> <p>A coleta dos dados ocorreu em abril e início de maio de 2020.</p>	<p>as restrições do COVID-19 foram colocadas em prática. Os resultados mostraram que 40,5% dos inativos tornaram-se menos ativos enquanto apenas 22,4% dos ativos tornaram-se menos ativos. Comparativamente, 33% dos inativos tornaram-se mais ativos enquanto 40,3% dos ativos tornaram-se mais ativos. A maioria dos participantes do grupo inativo participava de caminhadas (57,2%), enquanto as atividades mais comumente relatadas para o grupo ativo incluíam corrida (32,8%), caminhada (19,7%) e ciclismo (14,9%). Como as restrições do COVID-19 estavam em vigor, 28,3% dos participantes inativos alteraram seu tipo de atividade física, enquanto 39,6% dos participantes ativos mantiveram sua escolha de atividade física típica.</p> <p>Os participantes inativos que passaram mais tempo envolvidos em atividades físicas ao ar livre apresentaram menor ansiedade do que aqueles que passaram menos tempo em atividades físicas ao ar livre. As medidas de saúde pública afetaram diferentemente os</p>
--	--	--	--	-------------	-----------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								canadenses que eram ativos e inativos e a atividade física foi fortemente associada a resultados de bem-estar em indivíduos inativos. Isso sugere que medidas de promoção da saúde direcionadas a indivíduos inativos podem ser essenciais para melhorar o bem-estar.
LÓPEZ-BUENO et al., 2020a Espanha	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 2.042	Adultos, com média de idade de 35 anos	O presente estudo investigou mudanças nos níveis de atividade física durante os primeiros dias de confinamento.	Dados sociodemográficos e atividade física.	Níveis de atividade física de acordo com as recomendações da OMS; Tipo de atividade física realizada.	Formulário curto dos sinais vitais de atividade física. A coleta de dados foi realizada entre os dias 22 à 29 de março de 2020.	Durante a primeira semana de confinamento, os participantes reduziram seus níveis semanais de atividade física em 20% (~45,2 minutos semanais (IC 95%: 37,4-53,0)). Isso levou a uma diminuição de 60,6% para 48,9% (diferença: 11,7%) ($p < 0,0001$) no número de participantes que atendem aos níveis de atividade física recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os subgrupos incluindo homens, participantes com 43 anos ou mais e aqueles sem diploma universitário tiveram as maiores reduções tanto nos minutos semanais de atividade física quanto na adesão às diretrizes.
LÓPEZ-BUENO et al., 2020b Espanha	Pesquisa transversal Pesquisa online	N= 2.741	18 anos ou mais, com idade média de 34 anos	Este estudo investiga mudanças nos comportamentos de risco à saúde com a duração do confinamento.	Dados demográficos, comportamento sedentário, atividade física, alimentação, sono, fumo e álcool.	<150 minutos semanais de atividade física moderada a vigorosa atividade	O questionário utilizado foi a versão curta do Sinal Vital de Atividade Física. A coleta de dados via	A prevalência de atividade física insuficiente foi de 35,1% antes do confinamento, aumento essa proporção a cada semana de

	Retrospectivo					física	web foi realizada de 22 de março a 5 de abril de 2020 (ou seja, a partir do sétimo dia de confinamento nacional na Espanha).	confinamento, sobretudo, nas duas primeiras semanas: semana 1(52,2%) e semana 2 (40,3%). Já na terceira semana houve uma diminuição dessa prevalência (26,3%).
LÓPEZ-MORENO et al., 2020 Espanha	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 675	≥ 18 anos de idade	O objetivo deste estudo é avaliar os efeitos do confinamento domiciliar COVID-19 sobre os hábitos alimentares, estilo de vida e equilíbrio emocional de a população espanhola.	Características sociodemográficas, Comportamentos de estilo de vida (alimentação, suplementação, sono, atividade física, humor, tabagismo, álcool e medidas de prevenção para a covid-19), IMC e alimentação emocional	Exercício Físico	Emotional eater questionnaire (EEQ); Questionário eletrônico anônimo usando o Formulários Google, composto por 59 questões sobre hábitos alimentares e estilo de vida, para compará-los durante e antes do bloqueio. A coleta de dados ocorreu de 28 de maio a 21 de junho de 2020.	Foi observado que 45,9% não praticavam exercícios físicos durante o confinamento e, neste grupo, 28,7% praticavam atividade física antes do confinamento. Da mesma forma, 20,9% continuaram com o mesmo padrão de treinamento e 13,8% começaram a se exercitar nesse período.
MALTA et al., 2020 Brasil	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 45.161	≥ 18 anos de idade	O presente estudo teve como objetivo descrever as mudanças nos estilos de vida, no que se refere ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, alimentação e atividade física, no período de restrição social para a prevenção e controle da pandemia da COVID-19.	Variáveis sociodemográficas, tabaco, álcool, hábitos alimentares, comportamento sedentário, atividade física	Atividade física suficiente	Utilizou-se os dados do inquérito de saúde virtual 'ConVid, Pesquisa de Comportamentos'. A coleta ocorreu no período de 24 de abril a 24 de maio de 2020.	Antes da COVID-19, 30,1% (IC95% 28,9;31,5) dos adultos faziam atividade física suficiente; durante a pandemia, esse percentual passou a ser de apenas 12,0% (IC95% 11,1;12,9). Tal prevalência já era superior entre os homens (33,0%– IC 95% 30,7;35,5), frente às mulheres (27,6% – IC95% 26,2;29,0); durante a pandemia, embora houvesse redução em ambos os sexos, os homens mantiveram proporção maior de atividade física (14,0% – IC95%

								<p>12,4;15,8) na comparação com as mulheres (10,3% – IC95% 9,4;11,2).</p> <p>Os adultos jovens (18 a 29 anos), que praticavam mais atividade física antes da pandemia, 32,6% (IC95% 30,2;35,1), reduziram-na para 10,9% (IC95% 9,6;12,5), seguidos de adultos com 30 a 39 anos: estes, antes da pandemia, eram 31,0% (IC95% 27,7;34,5), e durante a pandemia, 10,6% (IC 95% 8,8;12,7) a praticar exercícios físicos. Os idosos (60 anos ou mais) passaram de 30,4% (IC95% 27,2;33,8) para 14,2% (IC95% 11,9;16,9) praticantes.</p> <p>Além da diminuição da prática de atividade física, observou-se aumento do tempo em frente a telas, da ingestão de alimentos ultraprocessados, do número de cigarros fumados e do consumo de bebidas alcólicas. Foram observadas diferenças segundo sexo e faixa etária.</p>
MALTAGLI ATI et al., 2021 França e Suíça	Estudo longitudinal de 3 ondas Pesquisa online	N=283	18 anos ou mais	O objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre o bloqueio do COVID-19, uma grande mudança de contexto e a evolução dos hábitos de atividade física. Além disso,	Hábitos de atividade física, atividade física total e motivação autônoma para a prática de atividade física.	Hábitos de atividade física; Atividade física moderada a vigorosa.	Os hábitos de atividade física foram avaliados usando a subescala de automaticidade de 4 itens do Self-Reported Habit em referência ao	A modelagem de efeito misto revelou uma diminuição nos hábitos de atividade física de antes para o meio do confinamento, especialmente entre indivíduos com fortes hábitos antes do

	Retrospectivo			objetivou examinar as associações de comportamentos de atividade física e motivação autônoma com essa evolução.			antes, ao meio e ao final da atividade física. confinamento. A atividade física total foi avaliada usando uma versão adaptada do Questionário Internacional de atividade física. O primeiro questionário foi lançado em 30 de março, durante o lockdown precoce. O segundo questionário foi lançado a 13 de abril, correspondendo ao início da metade do confinamento. O terceiro questionário foi lançado no dia 8 de maio, correspondendo ao fim do lockdown.	confinamento. A análise de caminho mostrou que os hábitos de atividade física antes do confinamento não foram associados a comportamentos de atividade física no meio do confinamento ($\beta = 0,02$, $p=0,837$), enquanto os hábitos de atividade física no meio do confinamento foram positivamente relacionados aos comportamentos de atividade física no final do confinamento ($\beta=.23$, $p=0,021$). A motivação autônoma foi diretamente associada aos hábitos de atividade física ($p < 0,001$) e com comportamentos de atividade física antes e no meio do confinamento ($p < 0,001$) (mas não com comportamentos de atividade física no final do confinamento) e não moderou as relações entre atividade física comportamentos e hábitos ($p > 0,072$). Conclusão: Os hábitos de atividade física foram alterados e sua influência nos comportamentos de atividade física foi impedida durante o bloqueio do COVID-19.
MARQUES et al., 2020 Brasil	Não mencionado	N= 654 indivíduos	≥ 18 anos, com média de idade de	O objetivo deste estudo foi analisar o impacto do distanciamento social	Características sociodemográficas, nível de atividade	Comportamentos ativos e inativos; Modalidades de	Questionário construído pelos pesquisadores.	Analisando os níveis percentuais de atividade física antes e durante o

	<p>Pesquisa Online</p> <p>Retrospectivo</p>		33 anos	<p>provocado pela pandemia sobre o comportamento de atividade física em adultos morando no estado do Amazonas.</p>	<p>física, álcool, tabaco, uso de medicamentos, autopercepção de saúde, doenças diagnosticadas, comportamento relacionado à atividade física (antes e durante a pandemia), tipos de exercícios, intensidade, local e se eram orientados por profissional.</p>	<p>exercício físico: treinamento resistido, corrida, caminhada, dança, treinamento funcional, futsal e outras atividades.</p>	<p>A coleta de dados ocorreu entre 01 e 30 de junho de 2020 (30 dias de coleta de dados).</p>	<p>distanciamento social, observamos um aumento do comportamento fisicamente inativo (19% vs. 36,7%), bem como uma diminuição dos comportamentos ativos (32,6% vs. 18,6%) e muito ativos (16,7% vs. 6,6%). Entre os participantes, 59,2% deles se tornaram sedentários durante a pandemia. Em relação às modalidades de exercícios físicos, força treinamento (n = 213; 28,1% vs. n = 65;16,2%), corrida /corrida (n = 117; 15,5% vs. n = 72; 17,9%) e caminhada (n=105; 13,9% vs. n = 87; 21,6%) diminuiu quando comparando os momentos antes e durante a pandemia de COVID-19, respectivamente. Quanto aos fatores associados, a prática física atividade com um membro da família / amigo, monitorado por um profissional de educação física online, sendo um profissional de educação física e tendo bom / excelente a autopercepção de saúde aumentaram as chances de ser ativo durante a pandemia de COVID-19. As recomendações de distanciamento social devido à pandemia COVID-19 causaram diminuição nos</p>
--	---------------------------------------------	--	---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								níveis gerais de atividade física em adultos residentes no Estado do Amazonas e especificamente na prática de indivíduos que eram fisicamente ativos e muito ativos antes da pandemia.
MARTINEZ et al., 2020 Brasil	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 1.613 participantes	≥18 anos de idade, homens com média de idade de 36 anos e mulheres com média de idade de 35 anos.	O objetivo deste estudo foi avaliar as mudanças nos hábitos de participantes brasileiros em atividades físicas em relação às suas práticas, devido às medidas de distanciamento social durante a epidemia de COVID-19 em 2020. O objetivo secundário foi descrever seus níveis de ansiedade e depressão.	Informações demográficas, autopercepção do impacto do COVID-19 nas rotinas de vida, tabagismo, atividade física (antes e durante), ansiedade e depressão.	Avaliação do impacto do distanciamento social nas atividades físicas; Modalidades de atividades físicas (treinamento de força, resistência e potência, treinamento aeróbico, alongamento, dança, artes marciais, capoeira, Pilates, artes circenses, slackline, ginástica acrobática, Yoga, TaiChi-Chuan, Lian Gong, cross-fit, meditação, hidroginástica, escalada, atividades ao ar livre, esportes indoors ou de campo, esportes aquáticos e atletismo).	Questionário elaborado pelos pesquisadores; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Os dados foram coletados de 11 a 15 de maio de 2020.	79,4% dos participantes relataram que as medidas de contenção da epidemia de COVID-19 tiveram grande ou muito grande impacto em suas atividades físicas. De maneira geral, o treinamento de força e o treinamento aeróbico são as atividades físicas mais praticadas pelos entrevistados até o início das medidas de distanciamento social. Hidroginástica, escalada, esportes ao ar livre ou de campo e esportes aquáticos tiveram um efeito mais expressivo devido ao distanciamento social, uma vez que mais de 90% dos praticantes deixaram de praticá-los. Podemos observar também que atividades que não dependem de aparelhos, como HIIT, ioga, Tai-Chi-Chuan e Lian Gong, e meditação, parecia ter um impacto relativamente baixo devido às medidas de distanciamento social. Como caso especial, as medidas de

								distanciamento social devido ao COVID-19 tiveram pouco efeito sobre a prática da meditação, com apenas 11,9% parando de praticar e 129 entrevistados relataram ter iniciado a prática durante o período dessas medidas. Os resultados indicaram que participantes que sentiram maior impacto das medidas de distanciamento social nas atividades físicas tendem a apresentar maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão.
MATSUNGO ;CHOPERA, 2020 Zimbábue	Estudo transversal Pesquisa online	N= 507	≥18 anos	Investigar os impactos do bloqueio induzido pelo COVID-19 no Zimbábue na nutrição, atividade física, consumo de álcool e tabagismo entre a população do Zimbábue com idade ≥18 anos.	Características sociodemográficas, hábitos alimentares, atividade física, tabagismo, álcool, estresse e ansiedade, tempo de tela, peso corporal, percepção da imagem corporal, disponibilidade de medicamentos e acesso a de serviços de saúde.	Nível de atividade física	Questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. A coleta ocorreu de 11 a 25 de maio de 2020.	A maioria (62,5%) dos participantes relatou redução em seus níveis de atividade física. O período de bloqueio foi associado ao aumento dos preços dos alimentos, diminuição da diversificação alimentar, sintomas elevados de transtorno de ansiedade generalizada, dieta interrompida e padrões de consumo. Houve baixos níveis de atividade física e ganho de peso percebido durante o período de bloqueio, aumentando assim o risco de sobrepeso e obesidade.
MAUGERI et al., 2020 Itália	Estudo transversal	N=2.524 indivíduos	Jovens com idade <21; adulto jovem	O objetivo deste estudo de pesquisa foi examinar (1) mudanças nos níveis de	Dados sociodemográficos, antropométricos,	Atividade física total; Atividade física	Versão adaptada do Questionário Internacional de	Atividade física total diminuiu significativamente entre antes e durante a

	Pesquisa online Retrospectivo		de 21 a 40 anos; adultos com idades entre 41-60; e mais de 60 anos.	atividade física durante a auto quarentena na Itália; (2) a correlação entre atividade física e bem-estar dos indivíduos. Para tanto, foi utilizado um questionário online contendo uma versão adaptada do Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF), para avaliar o nível de atividade física praticado e o gasto energético dos Equivalentes Metabólicos (MET), e o Psicológico Índice de Bem-Estar Geral (PGWBI) para avaliar o bem-estar psicológico e geral.	Mets, nível de atividade física, (bem-estar psicológico: ansiedade, humor deprimido, bem-estar positivo, autocontrole, saúde geral e vitalidade).	moderada; Atividade física vigorosa; Caminhada.	Atividade Física (IPAQ- SF) e o Índice de Bem-Estar Geral Psicológico (PGWBI). A coleta ocorreu de 01 de abril a 30 de abril de 2020.	pandemia de COVID-19 (Média: 2.429 vs. 1.577 MET-min / sem, **** p <0,0001), em todas as faixas etárias e especialmente nos homens (Feminino, média: 1994 vs. . 1443 MET-min / sem, **** p <0,0001; Masculino, média: 2998 vs. 1754 MET-min / sem, **** p <0,0001). Além disso, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a variação da atividade física e o bem-estar mental (r = 0,07541, *** p = 0,0002), sugerindo que a redução da atividade física total teve um impacto profundamente negativo na saúde psicológica e no bem-estar da população.
MITITELU et al., 2021 Romênia	Não mencionado Pesquisa online	N= 805	Adultos acima de 20 anos	Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do bloqueio e do estado de emergência da pandemia de COVID-19 no estilo de vida da população romena e nas mudanças na dieta.	Dados sociodemográficos, IMC, sono, atividade física, alimentação, práticas de compras	Prática de esportes	Não mencionado. A coleta de dados foi realizada entre os dias 8 e 26 julho de 2020.	O estudo revelou que 41,1% dos entrevistados eram inativos, 25,3% raramente praticavam esportes e apenas 13,8% costumavam se exercitar diariamente antes da pandemia. Durante o período de confinamento, há uma ligeira diminuição na tendência de praticar esportes entre os grupos da população ativa.
PARK et al., 2021 Coréia do Sul	Não mencionado	N= 834	Maiores de 18 anos	O objetivo do estudo atual é investigar as mudanças na atividade física, tempo de sono e peso corporal pré e durante o COVID-19 na	Dados sociodemográficos, antropometria, infecção por COVID-19, localização (zona	Número de passos	Aplicativo de saúde de seu smartphone. Os dados foram coletados: pré-	A atividade física média geral foi de 6.747,09 passos por mês antes do COVID-19, mas a atividade física durante o COVID-19 foi de 5.812,11

				<p>Coréia do Sul e, especificamente, os dados de atividade física foram obtidos durante o COVID-19 em três momentos com base nas políticas de distanciamento social em vários níveis.</p>	<p>urbana, rural e suburbano) e número de passos.</p>		<p>COVID-19 (de janeiro de 2019 a dezembro de 2019) e durante o COVID-19 (de janeiro de 2020 a dezembro de 2020).</p>	<p>passos por mês e a atividade física diminuiu à medida que o nível de distanciamento social aumentou. Para ser específico, as análises post-hoc indicaram que havia diferenças significativas na atividade física média entre o pré-COVID-19 e cada nível de distanciamento social ($p < 0,001$), no entanto, não houve diferença significativa entre o nível 2 e o nível 2,5 ($p = 1.000$).</p> <p>Exceto nos meses de janeiro e outubro, houve diferenças significativas na contagem média mensal de passos entre pré e durante a COVID-19 (janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, agosto e setembro: $p < 0,001$, Julho: $p < 0,05$). Além disso, desde que o distanciamento social durante a COVID-19 foi implementado (março de 2020), a atividade física dos participantes diminuiu drasticamente em comparação com a Pré-COVID-19, que foi reduzida na ordem do nível 1 (maio, junho, julho e outubro de 2020), nível 2 (março, abril e agosto de 2020) e nível 2.5 (setembro de 2020).</p>
<p>PORROVEC CHIO et al., 2021</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>N=2.099</p>	<p>18 anos ou mais</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar as mudanças na prática de atividade física de</p>	<p>Dados sociodemográficos, informações sobre</p>	<p>Prática de atividade física</p>	<p>Não mencionado detalhes do instrumento.</p>	<p>Antes do distanciamento social cerca de 54,1% relataram praticar atividade</p>

França	Pesquisa online Retrospectivo			uma amostra de 2.099 adultos franceses, em sua maioria mulheres, que responderam a um questionário online durante o primeiro bloqueio do COVID-19 (março-maio de 2020).	saúde, depressão e atividade física,		A coleta de dados ocorreu entre março e junho de 2020.	física regularmente; durante a pandemia, apenas 19,4% relataram praticar atividade física na mesma frequência; 23,4% relataram praticar, embora com menor frequência e 15,0% relataram que iniciaram a prática após o período de distanciamento social. Entre as pessoas que praticavam atividade física antes do primeiro lockdown, a probabilidade de continuar praticando atividade física é maior entre aqueles com menor escolaridade, entre donas de casa e aposentados e entre os que moravam em cidades de 10.000 habitantes – 19.999 habitantes. Para quem não praticava atividade física antes do distanciamento social, a probabilidade de começar a praticar é maior para quem tem menor escolaridade e para quem sofria de alguma doença crônica.
PUCCINELLI et al., 2021 Brasil	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N= 2.140	18 anos ou mais	O objetivo do presente estudo foi estudar o impacto do distanciamento social no nível de atividade física e a associação entre o estado de humor (depressão e nível de ansiedade) ou sexo com os níveis reais de atividade física, a mudança na	Dados sociodemográficos, antropométricos, IMC, informações sobre o distanciamento social, atividade física, depressão e ansiedade.	Nível de atividade física	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os dados foram coletados entre 02 e 12 de junho de 2020.	Cerca de 36,9% dos participantes reduziram o seu nível de atividade física; 56,7% não alteraram o seu nível de atividade física; e 6,4% aumentaram o seu nível de atividade física. Observou-se que o nível de atividade física adotado

				atividade física causada pelo período de distanciamento social, o nível de adesão ao distanciamento social, o tempo de adoção do distanciamento social, renda familiar e idade.				durante o período de distanciamento social ($3,5 \pm 0,8$) foi inferior ao adotado antes do período de pandemia ($2,9 \pm 1,1$, $p < 0,001$).
QI et al., 2020 China	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N=645 participantes	≥ 18 anos, com idade média de 31 anos	O objetivo deste estudo foi explorar a participação em atividades físicas, qualidade de vida relacionada à saúde e estresse percebido entre os adultos chineses durante a pandemia de COVID-19.	Características demográficas, atividade física, comportamento sedentário, informações sobre Covid-19, qualidade de vida e estresse.	Atividade física (alto, médio e baixo)	International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF); A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada pela versão chinesa do SF-8; Escala de Estresse Percebido de 10 itens (PSS-10). A coleta de dados ocorreu entre 25 de fevereiro e 15 de março de 2020.	A maioria dos participantes realizou média (ou seja, aproximadamente 2–4 vezes por semana; 49,3%) a alta frequência (ou seja, mais de cinco vezes por semana; 26,4%) de atividade física antes da pandemia de COVID-19. Durante a pandemia, houve diminuição de atividades físicas nesses dois grupos. 64,8% dos participantes praticaram pouca atividade física (ou seja, menos de 600 MET-min / semana) durante a pandemia de COVID-19. Apenas 18,0% e 17,2%, respectivamente, dos participantes praticavam níveis moderados e altos de atividade física durante a pandemia. Foram observadas correlações significativas entre a participação em atividades físicas, qualidade de vida e níveis de estresse percebido ($p < 0,05$). O tempo prolongado de sentar também afetou negativamente a qualidade de

								vida (p <0,05).
QIN et al., 2020 China	Estudo transversal Pesquisa online Prospectivo	N= 12.107 participantes	≥18 anos de idade	O objetivo deste estudo foi investigar os níveis e características do estilo de vida entre residentes chineses durante a quarentena domiciliar induzida pelo COVID-19.	Variáveis sociodemográficas, Nível de atividade física, mets, comportamento sedentário, estado emocional	Prática de atividade física insuficiente	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) -Forma curta O humor foi avaliado usando o questionário Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) A coleta de dados ocorreu de 31 de janeiro e 9 de fevereiro de 2020.	Comparando a atividade física de residentes chineses durante um período não epidêmico relatado pela OMS (14,1%), a prevalência de atividade física insuficiente aumentou mais de 3 vezes na China durante a quarentena epidêmica (57,5%, $\chi^2 = 12.700,00$, p <0,0001. Em comparação com as médias globais e chinesa (período não epidêmico), a porcentagem de homens que praticam atividade física insuficiente foi 31,7% e 39,1% maior, respectivamente, durante o estágio inicial da epidemia na China. Enquanto isso, em comparação com as médias global e chinesa (período não epidêmico), a porcentagem de mulheres que praticam atividade física insuficiente foi 27,8% e 47,3% maior, respectivamente, durante o estágio inicial da epidemia na China. Por gênero, a prevalência de atividade física insuficiente entre os homens (55,1%, 53,8–56,4) foi significativamente menor do que entre as mulheres (59,5%, 58,2–60,7) durante a quarentena domiciliar ($\chi^2 =$

								<p>29,51, $p < 0,0001$. Além disso, a taxa de participação em atividades vigorosas foi maior entre os homens do que entre as mulheres ($\chi^2 = 29,51$, $p < 0,0001$). Em todas as faixas etárias, o grupo com maior prevalência de atividade física insuficiente foram os adultos jovens de 20–34 anos ($\chi^2 = 275,87$, $p < 0,0001$). Em contraste, uma prevalência mais baixa de atividade física insuficiente foi encontrada em pessoas com idade entre 55–59 anos (41,1%, 35,4–46,8) e mais de 60 anos (41,3%, 34,2–48,9) durante a quarentena domiciliar induzida por COVID-19.</p> <p>Seu tempo médio de tela era de mais de 4 horas por dia durante a permanência em casa ($261,3 \pm 189,8$ min por dia), e o maior tempo de tela foi encontrado em adultos jovens ($305,6 \pm 217,5$ min por dia). Encontramos uma correlação positiva e significativa entre as proporções provinciais de casos COVID-19 confirmados e as pontuações de afeto negativo ($r = 0,501$, $p = 0,004$). Indivíduos com atividade física vigorosa pareceram ter um melhor estado emocional e menos</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								tempo de tela do que aqueles com atividade física leve.
RADWAN et al., 2021 Emirados Árabes Unidos	Pesquisa transversal Pesquisa online	N= 2060	Idade igual ou superior a 18 anos	O principal objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e os determinantes das mudanças de comportamento não saudável durante o bloqueio do COVID-19 entre os residentes dos Emirados Árabes Unidos, incluindo ingestão alimentar, status do peso, atividade física, sono e tabagismo. Um objetivo secundário foi examinar as percepções de práticas saudáveis e saúde mental durante o bloqueio do COVID-19 entre os participantes do estudo.	Características sociodemográficas, atividade física, alimentação, IMC, peso corporal, fumo, sono e práticas saudáveis relacionadas à COVID-19.	Atividade física (diminuiu, igual, aumentou)	O questionário foi elaborado pelos pesquisadores e foi composto por 30 questões agrupadas em quatro seções principais: (1) Características sociodemográficas, (2) Hábitos alimentares, (3) Práticas de estilo de vida e (4) Práticas saudáveis durante a COVID-19. Esta pesquisa foi realizada entre 5 e 18 de maio de 2020.	Cerca de 16,5% dos entrevistados relataram aumento da atividade física; 30,0% diminuição; e 53,5% relataram que a prática de atividade física permaneceu a mesma durante a pandemia. A diminuição da atividade física foi significativamente associada à idade, nacionalidade, trabalho em casa e IMC: idosos com mais de 40 anos (O: 1,61, IC: 1,25–2,08), trabalhando em casa (OR: 0,7, IC: 0,55–0,89) e sobrepeso ou obesidade (OR adj: 1,38, IC: 1,13–1,72).
SADARANG ANI et al., 2021 Argentina e Chile	Estudo transversal Pesquisa online	Argentina (n=575) Chile (n=730)	≥18 anos	Este estudo teve como objetivo (i) comparar o tempo sentado, exposição à tela, atividade física moderada, atividade física vigorosa e atividade física moderada a vigorosa antes e durante o confinamento para correlatos sociodemográficos e (ii) para avaliar o impacto do bloqueio em combinações de grupos que relatam recomendações de atividade física de encontro/não cumprimento e tempo sentado excessivo engajado/não engajado (≥7	Dados sociodemográficos, tabagismo, álcool, obesidade, diabetes, hipertensão, comportamento sedentário e atividade física.	Atividade física moderada; Atividade física vigorosa; Atividade física de acordo com as recomendações para a saúde.	Não mencionado. A coleta foi realizada durante os períodos de 24 de abril a 27 de julho de 2020 para a Argentina (a quarentena obrigatória foi introduzida em 20 de março de 2020) e de 4 de abril a 26 de abril de 2020 para o Chile (a quarentena obrigatória foi introduzida em 26 de março 2020 em algumas regiões).	Reduções médias em média de 42,7 (±101,0) min/dia na atividade física moderada e 22,0 (±66,2) min/dia na atividade física vigorosa foram observadas para a amostra total, com maiores variações no Chile e na Argentina, respectivamente. Em relação às recomendações de atividade física, 56,9% da amostra foi classificada como ativa durante o lockdown. Associações independentes significativas foram encontradas entre atividade física vigorosa e sexo feminino (β 0,06, IC 95%

				h/dia).				<p>0,56; 18,84) e estado civil (β 0,08, IC 95% 1,26; 12,69) com diferenças limitadas no efeito das variáveis sociodemográficas entre os países.</p> <p>Um dos principais achados deste trabalho é a redução de atividade física moderada e atividade física vigorosa min./dia durante os bloqueios, diminuindo o percentual de participantes ativos em 22,0% (n=286). Em segundo lugar, um aumento de 3,5 h no comportamento sedentário e 2,7 h/dia no tempo sentado levou a um enriquecimento nos comportamentos sedentários. Além disso, também foi demonstrado que os participantes que foram previamente classificados no quadrante de menor risco, realizando ≥ 150 min/semana de atividade física moderada a vigorosa e sentados < 7 h, sofreram grandes efeitos negativos com os bloqueios.</p>
SCHNITZER et al., 2020 Áustria	Não mencionado Pesquisa online e/ou por telefone Retrospectiv	N = 511	A maioria dos entrevistados tinham entre 25 e 59 anos	O objetivo deste estudo foi, portanto, triplo: primeiro, examinar a mudança no comportamento esportivo e de exercício ao longo de três períodos, ou seja, antes da ordem de permanência em casa COVID-19 (PRE-C19),	Esportes ou exercícios	Esportes ou exercícios	Não mencionam sobre o instrumento. A coleta de dados ocorreu de 27 de abril a 4 de maio.	Verificou-se que os pesquisados praticaram menos esportes no período DURANTE-C19 do que nos períodos PRÉ-C19 e POS-C19. No período DURANTE-C19, os entrevistados mudaram para o treinamento

	o			durante a permanência em casa COVID-19 -pedido em casa (DURANTE-C19) e após o pedido de permanência em casa COVID-19 (POS-C19); segundo, para investigar se os tiroleses pesquisados consideraram apropriadas as restrições implementadas do COVID-19 (esportes); e terceiro, para descrever as recomendações dos entrevistados para futuras políticas (esportivas).				em casa, evitaram praticar esportes ao ar livre proibidos, mas foram passear.
SHRESTHA et al., 2020 Nepal	Estudo transversal Pesquisa online	N=667	≥18 anos	Identificar as mudanças e os comprometimentos nas escolhas de saúde devido ao bloqueio no vale de Katmandu. A identificação de escolhas de saúde comprometidas pode ajudar no planejamento de crises futuras inevitáveis.	Variáveis sociodemográficas, utilização de linha de apoio e fontes de informação relacionadas com a COVID-19, utilização de unidades de saúde durante o confinamento, percepção dos participantes sobre os sintomas da gripe, interação Social durante o COVID-19, práticas de cuidados pessoais durante o COVID-19, uso de substâncias durante o bloqueio e padrão de armazenamento durante o bloqueio.	Exercício (reduziu, aumentou e não alterou)	Questionário pré-validado. O estudo foi realizado de 30 de março de 2020 a 31 de julho de 2020.	Cerca de 15,4% dos entrevistados responderam que o exercício físico reduziu durante a pandemia; 54,1% aumentaram; e 30,4% não alteraram a prática nesse período.

SILVA et al., 2021 Brasil	Não mencionado Pesquisa online Retrospectiv a	N= 39.693	Acima de 18 anos	Analisar as mudanças na prevalência de inatividade física e comportamentos sedentários de acordo com correlatos durante a pandemia de COVID-19 entre adultos brasileiros.	Dados sociodemográficos, trabalho durante a pandemia, adesão a quarentena, inatividade física, comportamento sedentário	Inatividade física Consistentemente insuficientemente ativo Torne-se ativo Torne-se pouco ativo Consistentemente ativo	Questionário não mencionado na metodologia do estudo. A coleta de dados foi realizada entre os dias 24 de abril e 24 de maio de 2020.	A inatividade física aumentou 26% durante a pandemia. Maior proporção de “tornar-se pouco ativo” foi observada entre a faixa etária mais jovem (25%), pessoas com maior escolaridade (28%) e maior renda per capita (28%) em relação aos seus pares. Maior proporção de “tornar-se ativo” foi observada entre as pessoas que não estavam trabalhando durante a pandemia (4%) e que estavam em home office (5%) (comparado ao grupo de rotina normal), entre o grupo de maior renda per capita (5%) e na região Sudeste (4%) (em relação à Central). Observou-se também maior proporção de consistentemente insuficientemente ativos e ativos, respectivamente, entre mulheres vs. homens, escolaridade mais baixa versus mais alta e renda mais baixa versus mais alta. Conclusão: A prevalência de inatividade física e comportamentos sedentários aumentou durante a pandemia de COVID-19 entre adultos brasileiros. Embora todos os grupos populacionais tenham sido afetados, maiores aumentos na prevalência de alto tempo de visualização de
---------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------	---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								TV foram encontrados entre os adultos mais jovens e aqueles que aderiram a medidas mais rígidas de quarentena. Durante a pandemia, cerca de 88% dos adultos não estão atendendo às diretrizes internacionais de atividade física, 38% estão gastando ≥ 4 horas/dia assistindo TV e 62% são ≥ 4 horas/dia em uso de computador ou tablet.
SINGH; JAIN; RASTOGI, 2021 Índia	Não mencionado Pesquisa online	N=1.008	De 18 a 81 anos	Explorar e analisar as mudanças na dieta e no estilo de vida durante o bloqueio do COVID-19 entre a população indiana.	Horas de sono, uso de tela, hábitos alimentares, atividade física, estresse, álcool e fumo.	Atividade física	O questionário foi construído pelos próprios pesquisadores. Sem informações sobre validade e confiabilidade. A pesquisa foi realizada de 11 a 20 de maio de 2020.	Com relação a atividade física, não foi observada diferença significativa na porcentagem da população que aumentou (27,1%) ou diminuiu (27,2%) o exercício físico durante o bloqueio do COVID-19 (P = 0,554).
SINISTERRA-LOAIZA et al., 2020 Espanha	Não mencionado Pesquisa online	N= 1.350 indivíduos	≥ 18 anos, com média de idade de 63 anos	O presente trabalho teve como objetivo avaliar as mudanças em hábitos culinários, nível de exercício físico e ingestão dos diferentes grupos de alimentos que aconteceram na população galega durante o período de confinamento nas nossas casas, bem como discutir os efeitos que essas alterações poderão ter na saúde da população no futuro.	Variáveis demográficas, hábitos alimentares e culinários, uso de suplementos, nível de atividade física, consumo de álcool e horas de sono.	Atividade física	Não especificaram sobre o instrumento de avaliação. A coleta de dados ocorreu entre 2 e 15 de maio de 2020.	67% dos entrevistados indicaram que haviam sido ativos durante o confinamento, respondendo que tinham realizado algum tipo de atividade física. No entanto, ao avaliar o nível de atividade física, 57% indicaram que era inferior ao que eles tinham antes do início do confinamento, 21% que era maior do que antes do confinamento e 15% que era igual do que antes do confinamento. 7% indicaram

								<p>que antes do confinamento não realizavam nenhuma atividade física e que durante o confinamento também não o fizera. Entre aqueles que responderam que praticavam atividade física, 86% afirmaram que praticavam exercício físico diariamente e 14% indicaram que não havia se dedicado a isso diariamente.</p> <p>Durante o confinamento, os hábitos alimentares e de estilo de vida da população galega foram modificados.</p>
SKOTNICKA et al., 2021 Polônia, Áustria e Reino Unido	Estudo Transversal Online Retrospectivo	(n=1071) Polônia (n=407), Áustria (n=353) e Reino Unido (n=311)	de 18 a 90 anos	O objetivo do nosso estudo foi investigar os hábitos alimentares antes e durante o COVID-19 e estimar as diferenças entre os países selecionados e identificar mudanças adversas que podem levar a maiores consequências para a saúde.	Variáveis sociodemográficas, hábitos alimentares, frequência de compras e ao local onde os produtos alimentícios eram obtidos, método de obtenção das refeições, bebidas e álcool e frequência da atividade física.	Exercício físico	Questionário validado. O estudo foi realizado de 1 de outubro a 30 de outubro de 2020.	<p>A análise estatística indicou uma frequência diária reduzida de atividade física durante a pandemia (p=0,000). Mais entrevistados relataram praticar esportes com menos frequência. Antes da pandemia, o maior grupo de entrevistados declarou praticar esportes várias vezes por semana ou várias vezes por mês. Porém, o tempo da pandemia e as restrições reduziram a frequência de praticar qualquer tipo de atividade física.</p> <p>Enquanto isso, durante o bloqueio, foi observada uma diferença significativa na frequência de atividade física</p>

								entre os países comparados. A análise indica que diferenças significativas também dizem respeito à Polônia e ao Reino Unido ($p=0,028$).
SONZA et al., 2020a Brasil	Estudo observaciona l transversal Pesquisa online Retrospectiv o	N= 1.848	≥ 18 anos, com idade média de $39,5\pm 13,3$	O objetivo deste estudo foi investigar o impacto da prática e hábitos de exercício físico devido ao isolamento social da COVID-19 antes e durante o surto no Brasil e suas principais macrorregiões, que apresentam disparidades sociais e econômicas.	Variáveis sociodemográficas, doenças, medicamentos, hábitos relacionados ao fumo, antropometria, isolamento social, prática e hábitos de exercício físico.	Exercício Físico (frequência, nível, tipo, duração, fadiga, motivação e período de realização do exercício físico).	Questionário PEF-COVID19, validado e confiável. A coleta de dados aconteceu de 21 de abril a 3 de maio de 2020.	Considerando a prática de exercício físico autorrelatada antes e durante a pandemia de COVID-19 para a população geral brasileira, foi observado que a pandemia de COVID-19 influenciou a prática de exercício físico autorrelatada, com regiões Sul, Sudeste e Nordeste apresentando o mesmo padrão. A amostra da população geral brasileira diminuiu significativamente a prática de exercício físico; as regiões Sul, Sudeste e Nordeste também diminuíram. O número de dias praticando exercício físico para os brasileiros durante a pandemia também mudou e mais pessoas passaram a fazer exercício apenas uma vez por semana; ao analisar as diferentes regiões do Brasil, não foram encontradas alterações para o Sul, para o Sudeste mais pessoas passaram a se exercitar uma vez por semana e menos pessoas 6-7 vezes por semana. Para a região Nordeste, também mais pessoas passaram a se exercitar uma

								vez por semana. A duração do exercício também mudou para o Brasil e demais macrorregiões brasileiras, com diminuição significativamente em geral. O tipo de exercício físico mudou para a população geral brasileira antes e depois da pandemia; ao analisar as diferentes regiões do Brasil, o Sul, Sudeste e Nordeste e o exercício de fortalecimento sofreu as principais alterações. Conclusão: A pandemia do COVID-19 influenciou muito a prática e os hábitos de exercício físico (frequência, duração, motivação, período para praticar) no Brasil e suas principais macrorregiões.
SONZA et al., 2021b Brasil, Itália, França, Alemanha, Portugal e Espanha	Estudo transversal Online Retrospectivo	Brasil (n=1845), Itália (n=680), França (n=236), Alemanha (n=143), Portugal (n=152) e Espanha (n=138)	Idade superior a 18 anos	O objetivo foi avaliar as mudanças no nível de exercício físico, dor e impacto psicológico (ou seja, ansiedade e estresse) antes e durante o surto de COVID-19 usando o questionário “Nível de exercício físico antes e durante isolamento social” (PEF-COVID19) em seis países diferentes: Brasil, França, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha.	Dados sociodemográficos, antropometria, doenças atuais, medicamento, tipo de medicamentos, tabagismo, status do isolamento social, prática de hábitos de exercício físico, motivação para o exercício físico, dor e impacto psicológico.	Nível de exercício físico; Prática de exercício físico; Frequência, duração, tipo de exercício físico e período do exercício físico.	Instrumento validado. A coleta de dados ocorreu de 21 de abril de 2020 a 10 de maio de 2020.	Para os brasileiros observou-se que a pandemia de COVID-19 influenciou significativamente a autopercepção de prática de exercício físico ($p < 0,0001$). Uma maior porcentagem de “sedentários” e “pouco ativos” e, por outro lado, uma porcentagem menor de “ativos” e “muito ativos” foram encontrados durante o COVID-19 em comparação com a prática de prática de exercício físico registrada anteriormente. A análise dos

								<p>países europeus mostrou um aumento significativo do percentual de “sedentários” durante o COVID-19 e uma redução concomitante de “ativos” apenas na Itália ($p < 0,0001$), enquanto não foram detectadas diferenças entre antes e durante a COVID-19 na França ($p < 0,001$), Alemanha ($p < 0,001$), Portugal ($p = 0,024$) e Espanha ($p < 0,001$).</p> <p>A amostra da população geral do Brasil e da França diminuiu significativamente a prática de exercício físico, ($p < 0,0001$, $p = 0,001$, respectivamente), enquanto não foram observadas alterações na Itália ($p = 0,84$), Alemanha ($p = 0,3$), Portugal ($p = 0,24$) e Espanha ($p = 0,21$). O número de dias de prática de exercício físico para a amostra brasileira durante a pandemia também mudou ($p < 0,0001$).</p> <p>A amostra brasileira foi altamente influenciada pela pandemia considerando a prática e hábitos de prática de exercícios físicos, dor, ansiedade e estresse ($p < 0,05$). Entre os países europeus, a Itália apresentou as maiores mudanças. O modelo para prever a não prática de</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

								exercício físico durante a isolamento social mostrou que as variáveis países, tabagismo, isolamento social e nível de prática de exercícios físicos foram preditores significativos ($p < 0,001$).
SOUZA et al., 2022 Brasil	Estudo observacional Pesquisa online Retrospectivo	N=1368	Maiores de 18 anos	O objetivo desta pesquisa foi avaliar as mudanças nos hábitos diários, escolhas alimentares e estilo de vida de brasileiros adultos antes e durante a pandemia de COVID-19.	Características sociodemográficas, atividade física, hábitos alimentares, bebida alcoólica, cigarro, tempo de tela e sono.	Atividade física, duração total por semana	Não mencionaram informações sobre o instrumento. A coleta ocorreu de agosto a setembro de 2020.	A atividade física diminuiu de antes para o decorrer da pandemia de maneira significativa ($p=<0,0001$). A inatividade física (0 minutos por semana) aumentou e as durações totais de atividades físicas por semana diminuíram significativamente ($p=<0,0001$). Foi possível observar um aumento no tempo de tela, horas de sono, frequência de tabagismo e etilismo. Por outro lado, houve redução na dose de bebidas alcoólicas, mas também na prática de atividade física. Os hábitos alimentares também mudaram, reduzindo o desempenho das refeições diurnas e aumentando o desempenho das refeições noturnas. A frequência de consumo de refeições instantâneas e fast food aumentou, enquanto o consumo de frutas e vegetais diminuiu.

SPENCE et al., 2021 Reino Unido	Estudo transversal Pesquisa online Retrospectivo	N=1.521 indivíduos	≥18 anos de idade	Examinar o impacto do bloqueio do COVID-19 na atividade física de adultos do Reino Unido e os determinantes motivacionais potenciais de tal comportamento.	Dados sociodemográficos, atividade física, comportamento sedentário e crenças.	Atividade física (em geral, em casa, para transporte, no local de trabalho, na vizinhança local, em instalações recreativas/esportivas)	“Nos três meses anteriores ao surto de COVID-19 e ao subsequente bloqueio ordenado pelo governo (ou seja, meados de março de 2020), descreva sua atividade física no trabalho”; “Descreva a sua atividade física nos momentos de lazer”; “A atividade física atual foi avaliada com um único item, ou seja, 'Na última semana, em quantos dias você fez um total de 30 minutos ou mais de atividade física, o que foi suficiente para aumentar sua taxa de respiração?’” Para este estudo amostra foi recrutada em 1 de junho de 2020.	Especificamente, 31% dos adultos alcançaram pelo menos 150 minutos de atividade física moderada na última semana. A maioria dos entrevistados (57%) manteve ou aumentou seus níveis de atividade física durante o bloqueio do COVID-19. No entanto, à proporção que atendeu às diretrizes de atividade física (31%) foi baixa e o envolvimento em comportamentos relacionados ao sedentarismo para trabalho e lazer aumentou substancialmente durante o bloqueio. Os componentes do modelo COM-B foram associados a mudanças na atividade física. Em particular, a oportunidade física (odds ratio variando de 1,14 a 1,20) e a motivação reflexiva (odds ratio variando de 1,11 a 1,25) pareceram ser os preditores de comportamento mais consistentes.
STANTON et al., 2020 Austrália	Não mencionado Pesquisa online	N=1491 participantes	≥18 anos, com média de idade de 50 anos	O presente estudo tem como objetivo examinar as associações entre depressão, ansiedade e estresse e mudanças nos comportamentos de saúde, incluindo atividade física, sono, tabagismo e uso de álcool após o início do	Variáveis sociodemográficas, Atividade física, fumo, sono e saúde mental.	Mudança na atividade física (alteração negativa; sem alteração; mudança positiva);	A atividade física foi avaliada por meio do Active Australia Survey (AAS); A coleta de dados ocorreu entre 9 e 19 de abril de 2020.	Os entrevistados relataram fazer em média 312,5 (DP 363,5) minutos por semana de atividade física. Cerca de 48,9% dos entrevistados relataram uma mudança negativa na atividade física durante a pandemia. Os participantes que relataram

				COVID-19 e a implementação de regras de isolamento social na Austrália.				<p>uma mudança negativa na atividade física eram mais propensos a ter depressão maior (OR ajustado = 1,08, IC de 95% = 1,06, 1,11), ansiedade (OR ajustado = 1,09, IC de 95% = 1,05, 1,13) e estresse (OR ajustado = 1,08, IC 95% = 1,05, 1,11) sintomas.</p> <p>Mudança negativa também foi relatada para sono (40,7%), álcool (26,6%) e tabagismo (6,9%) desde o início da pandemia de COVID-19. Pontuações significativamente mais altas em um ou mais estados de sofrimento psicológico foram encontradas para mulheres, e aquelas que não estavam em um relacionamento, na categoria de renda mais baixa, com idade entre 18-45 anos ou com uma doença crônica. Mudanças negativas na atividade física, sono, tabagismo e ingestão de álcool foram associadas a maiores sintomas de depressão, ansiedade e estresse.</p>
VILLASEÑO R LOPEZ et al., 2021 México	Estudo transversal Pesquisa online	N=1.084	18 anos ou mais, com média de idade de 35 anos	O estudo tem como objetivo avaliar o consumo de alimentos não práticas saudáveis e de estilo de vida em mexicanos durante o confinamento por	Dados sociodemográficos, localização, alimentação, tabaco, atividade física, sono e álcool.	Atividade física	Questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. O questionário foi	Antes da pandemia 62,0% dos homens realizavam atividade física, depois da pandemia esse percentual baixou para 53,2%. O mesmo aconteceu entre as mulheres, antes da

	Retrospectivo			SARS-CoV-2 (COVID-19).			aplicado de 27 de abril a 17 de maio de 2020.	pandemia 62,8% faziam atividade física e depois da pandemia esse percentual diminuiu para 57,4%. Essas mudanças não foram significativas estatisticamente.
WANG et al., 2020a China	Estudo longitudinal	N= 3.544 participantes	≥40 anos, com média de idade de 51 anos	O objetivo deste estudo foi determinar se houve alguma mudança nos passos diários, um componente importante da atividade física diária, e examinar os fatores de risco para passos diários baixos frequentes durante a epidemia de COVID-19.	Variáveis sociodemográficas, passos de caminhada, comorbidades e IMC.	Número de passos	A contagem diária de passos foi coletada por meio de um smartphone vinculado ao WeChat. As outras variáveis foram coletadas durante uma consulta de check-up físico anual. Nessa análise, foi definido o intervalo de tempo de 22 de janeiro a 20 de fevereiro de 2020 (30 dias após a data do índice), como período epidêmico do COVID-19, e o intervalo de tempo de 22 de dezembro de 2019, a 20 de janeiro de 2020 (30 dias antes da data do índice), como período de referência.	Observou-se que a média de passos diários caiu de 8.097 para 5.440 e a prevalência de passos diários baixos aumentou de 3% (2.287 / 76.136 pessoas-dia) para 18,5% (12.951 / 70.183 pessoa-dia) durante os períodos de referência e epidêmico, respectivamente. Esse fenômeno não foi observado durante o período correspondente em 2019. Idade mais avançada (P para interação = 0,001) e sexo feminino (P para interação <0,001) foram ambos associados a uma maior prevalência de passos diários baixos e frequentes e foram mais pronunciados durante o período epidêmico. Mais educação foi associada a uma prevalência mais baixa de passos diários baixos frequentes durante o período de referência, mas não no período epidêmico (P para interação = 0,34). O índice de massa corporal ou comorbidade não foram

								associados com passos diários baixos frequentes durante qualquer período.
WANG et al. 2020b China	Estudo transversal Pesquisa Online	N= 2.289	≥18 anos, com média de idade de 27 anos.	Este estudo teve como objetivo explorar como COVID-19 está afetando a qualidade de vida relacionada à saúde (QV) entre adultos chineses.	Variáveis sociodemográficas, nível de atividade, física, comportamento sedentário, consumo de alimentos, qualidade do sono, fumo, bebida, qualidade de vida.	Atividade física leve; Atividade física moderada; Atividade física vigorosa; Exercício físico.	International Physical Activity Questionnaire Short Form modificado (IPAQ-SF, versão chinesa); O questionário para o consumo de alimentos foi adotado a partir da pesquisa nutricional online da Guangdong Nutrition Society e da Sun Yat-sen University; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); O questionário da Organização Mundial de Saúde de Qualidade de Vida (QV) (WHOQOL-BREF). A coleta de dados ocorreu de 23 de março a 26 de abril de 2020.	Cinquenta e dois por cento dos participantes relataram níveis reduzidos de atividade física, enquanto 17% aumentaram sua quantidade de exercício, 44% dos participantes reduziram sua atividade física diária e 19% aumentaram sua atividade física diária. Apenas 20% dos entrevistados relataram praticar atividade física moderada a vigorosa, 23% dos adultos relataram que mudaram suas dietas para serem mais saudáveis e 30% relataram consumir mais vegetais, frutas, e produtos lácteos do que antes do isolamento doméstico. Durante o isolamento domiciliar, 75,2% dos adultos avaliaram a qualidade do sono como muito boa e 65% relataram estar satisfeitos com sua qualidade de vida. A qualidade do sono mediou a relação entre atividade física e qualidade de vida.
WANG et al., 2021 China	Estudo transversal Pesquisa telefônica	N= 724	Idade igual ou superior a 18 anos	O objetivo do estudo foi examinar as mudanças nos hábitos alimentares e atividades físicas antes e durante a pandemia de	Dados sociodemográficos, hábitos alimentares, atividade física e comportamento	Esportes de alta intensidade; Esportes de intensidade moderada;	Não traz informações sobre o questionário. A pesquisa foi realizada de maio a junho de 2020.	Observou-se que as frequências de caminhada ($\Delta = -91,7$ min por semana, $p < 0,001$), esportes de intensidade moderada ($\Delta = -$

				COVID-19 em Hong Kong e identificar fatores sociodemográficos relacionados à mudança de comportamento.	sedentário.	Caminhada.		29,2 min por semana, $p < 0,001$) e esportes de alta intensidade ($\Delta = -53,0$ min por semana, $p < 0,001$) foram significativamente reduzidos. Indivíduos que relataram condição(ões) crônica(s) foram menos propensos a praticar esportes de intensidade moderada do que aqueles sem nenhuma condição crônica ($\beta = -35,6$ min por semana, $p < 0,05$). Aqueles que avaliaram sua saúde como “boa ou muito boa” eram mais propensos a andar do que aqueles que avaliaram sua saúde como “ruim ou regular” ($\beta = 48,84$ min por semana, $p < 0,05$). Os com menor renda familiar tiveram maior mudança na frequência de caminhada ($\beta = 79,33$ min por semana, $p < 0,01$), os indivíduos que moram em moradias públicas ou alugadas tiveram menor redução no tempo gasto em esportes de alta intensidade durante o Pandemia de COVID-19 ($\beta = -55,89$ min por semana, $p < 0,01$).
WILKE et al., 2021 Austrália, Áustria, Argentina, Brasil, Chile,	Estudo transversal Pesquisa online	N= 13.503	18 anos ou mais	O objetivo deste estudo foi avaliar as alterações da atividade física autorreferida em países com surtos de SARS-CoV2 em nível multinacional.	Dados demográficos e atividade física.	Atividades físicas totais; Atividades físicas no tempo de lazer; Atividades físicas no trabalho;	Nordic Physical Activity Questionnaire-short (NPAQ-short). A pesquisa foi	Em comparação com as pré-restrições, a atividade física global autorreferida diminuiu 41% (atividade física moderada a vigorosa) e 42,2% (atividade física vigorosa). As

<p>França, Alemanha, Itália, Holanda, África do Sul, Cingapura, Suíça, Espanha e Estados Unidos</p>						<p>Atividades físicas moderadas e vigorosas; Atividades físicas vigorosas.</p>	<p>realizada entre 3 de abril e 9 de maio de 2020.</p>	<p>reduções foram maiores para o tempo de trabalho versus lazer, jovens e idosos versus pessoas de meia-idade, anteriormente mais ativos versus menos ativos, mas semelhantes entre homens e mulheres. Em comparação com a pré-pandemia, a conformidade com as diretrizes da OMS diminuiu de 80,9% (IC 95%: 80,3–81,7) para 62,5% (IC 95%: 61,6–63,3). Os resultados sugerem que os níveis de atividade física diminuíram substancialmente globalmente durante a pandemia de COVID-19.</p>
<p>WOODRUFF et al., 2021 Canadá</p>	<p>Não mencionado Pesquisa online</p>	<p>N=121</p>	<p>Acima de 18 anos, com média de idade de 36 anos</p>	<p>O objetivo deste estudo foi investigar como o estresse, a atividade física e o comportamento sedentário relacionado à tela mudaram no primeiro mês da pandemia de COVID-19 (março/abril de 2020).</p>	<p>Dados sociodemográficos, estresse, atividade física, comportamento sedentário e barreiras/razões para mudança na atividade física.</p>	<p>Número de passos; Atividade física subjetiva.</p>	<p>Rastreador de atividade vestível e um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores. A maioria das perguntas desse instrumento foi geralmente feita e/ou adaptada de pesquisas validadas e/ou nacionais. A pesquisa foi realizada entre março/abril de 2020.</p>	<p>A contagem de passos diminuiu significativamente ao longo do mês ($p=0,004$), mas o tempo de atividade física autorrelatado foi mantido ($p=0,450$). Além disso, igual número de participantes relatou aumento ($n=55$; 45%) ou diminuição ($n=55$; 45%) na atividade física, com os demais participantes relatando nenhuma alteração ($n=11$; 10%). A diminuição da atividade física, como resultado da pandemia, também foi associada a um aumento maior do estresse no trabalho,</p>

								em comparação com aqueles que relataram que sua atividade física foi mantida ou aumentada ($p=0,005$). Os motivos/barreiras mais comuns para mudanças nos comportamentos de atividade física foram acesso/equipamento, tempo e motivação.
--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICES 2

Questionário de Rio Grande, RS, 2016

NQUES: _____

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE	
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO	CODIFICAÇÃO
NÚMERO DO SETOR ____	nset ____
NÚMERO DO DOMICÍLIO ____	ndom ____
NUMERO DA PESSOA ____	npes ____
ENDEREÇO: _____ (1) casa (2) apartamento	tipom ____
BAIRRO: _____	bairro ____
DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / 2016	de ____ / ____
ENTREVISTADORA: ____	nent ____
BLOCO A – GERAL	
A1. Qual o seu nome completo?	
A2. Sexo (observado pelo entrevistador) (1) Masculino (2) Feminino	A2 ____
A3. Qual a sua idade? ____ anos	A3 ____
A4. Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / 19 ____	A4 ____ / ____ / ____
A5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste bairro? ____ anos ____ meses	A5a ____ A5m ____
A6. Qual o seu estado civil? (1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo	A6 ____
A7. A sua cor ou raça é: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Não sabe ou não quis responder	A7 ____
A8. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim	A8 ____
A9. Até que série o(a) Sr.(a) estudou? ____ série ____ grau	A9s ____ A9g ____
A10. (SE MULHER): Alguma vez na vida a Sra. já engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA A12 (1) Sim	A10 ____
A11. (SE MULHER COM MENOS DE 50 ANOS): A Sra. está grávida no momento? (0) Não (1) Sim	A11 ____
A12. O(a) Sr.(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? Se estiver grávida, pergunte o peso antes de engravidar: ____ kg (999) Não sabe ou não quis informar	A12 ____
A13. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) se pesou da última vez? (0) Nunca se pesou (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 mês e 6 meses (3) Entre 6 meses e 1 ano (4) Mais de 1 ano (9) Não lembra	A13 ____

A14. O(a) Sr.(a) está fazendo alguma coisa para perder peso ou ganhar massa muscular? (0) Não (1) Sim	A14 __
A15. Como o(a) Sr.(a) se sente hoje em relação ao seu peso? (1) Muito magro(a) (2) Um pouco magro(a) (3) Magro(a) (4) Normal (5) Um pouco gordo(a) (6) Gordo(a) (7) Muito gordo(a) (8) Não sabe ou não quis informar	A15 __
A16. O(a) Sr.(a) usa algum tipo de vitamina ou suplemento alimentar? (0) Não (1) Sim	A16 __
A17. O(a) Sr.(a) sabe sua altura? _____ m _____ cm (999) Não sabe ou não quis informar	A17 ___ __ __
A18. Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	A18 __
A19. Como o(a) Sr.(a) diria que está sua saúde desde <DIA DO MÊS PASSADO> até hoje? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	A19 __
A20. O(a) Sr.(a) costuma utilizar protetor ou filtro solar? (0) Não (1) Sim, somente no verão (2) Sim, durante todo o ano	A20 __
A21. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) sofreu alguma queda em casa ou na rua? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA A23</i> (1) Sim (9) Não lembra – <i>VÁ PARA A PERGUNTA A23</i>	A21 __
A22. O(a) Sr.(a) quebrou algum osso por causa dessa queda? (0) Não (1) Sim	A22 __
A23. O(a) Sr.(a) já quebrou algum osso na vida? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra	A23 __
BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA	
Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida.	
B1. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B4</i> (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias	B1 __
B2. Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia? _____ cigarros ou _____ maços	B2c __ __ B2m __
B3. O(a) Sr.(a) já tentou parar de fumar? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i> (1) Sim – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i>	B3 __
B4. O(a) Sr.(a) já fumou alguma vez na vida? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B7</i> (1) Sim, já fumou (2) Sim, apenas experimentou – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B7</i>	B4 __
B5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) parou de fumar? _____ anos _____ meses (9999) não lembra	B5a __ __ B5m __ __
B6. Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar? _____ anos (99) não lembra	B6 __ __

B7. Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr.(a) costuma fumar dentro de casa? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (mora sozinho)	B7 __
B8. Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente que o(a) Sr.(a) trabalha ou estuda? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha nem estuda fora)	B8 __
B9. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? (0) Não bebo nunca ou menos de uma vez por semana – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B12</i> dias	B9 __
B10. Em geral, no dia em que o(a) Sr.(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr.(a) consome? (1 DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA EQUIVALE A 1 LATA DE CERVEJA, 1 TAÇA DE VINHO O 1 DOSE DE CACHAÇA, WHISKY OU QUALQUER OUTRA BEBIDA ALCOÓLICA DESTILADA) doses	B10 __ __
B11. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu 5 ou mais (<i>se homem</i>) ou 4 ou mais (<i>se mulher</i>) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (0) Não (1) Sim (9) Não quis responder	B11 __
B12. Quantas horas de sono o(a) Sr.(a) costuma dormir por dia durante a semana (de segunda à sexta-feira)? horas __ min __	B12h __ __ B12m __ __
B13. Como o(a) Sr.(a) considera o seu sono? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	B13 __
B14. Desde <DIA> da semana passada, o(a) Sr.(a) tomou remédio para dormir? (0) Não (1) Sim	B14 __
B15. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão durante a semana (de segunda a sexta-feira)? horas __ minutos __ (0000) não assiste (9999) Não sabe	B15h __ __ B15m __ __
BLOCO C – SOCIOECONÓMICO (APENAS O CHEFE DO DOMICÍLIO DEVERÁ RESPONDER ESTE BLOCO. CASO CONTRÁRIO, VÁ PARA O BLOCO D).	
Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.	
C1. A casa onde o(a) Sr.(a) mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Pensão/pensionato, hotel (5) Outro:	C1 __
C2. A água utilizada para beber neste domicílio é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Mineral industrializada (4) Da torneira (5) Outra:	C2 __
C3. Quantas peças da casa são usadas para dormir? __ peças	C3 __
C4. Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio? __ banheiros	C4 __
C5. Qual o destino dado ao lixo desta casa? (1) Coletado diretamente pelo lixeiro (caminhão do lixo) (2) É queimado ou enterrado na casa (3) Jogado em terreno baldio ou na rua (4) Jogado em rio, lago ou mar (5) Outro:	C5 __
C6. Neste domicílio existe: a) Televisão em cores? (0) não (1) sim b) Geladeira? (0) não (1) sim c) Vídeo/DVD? (0) não (1) sim	C6a __ C6b __ C6c __

d) Máquina de lavar roupa?	(0) não (1) sim	C6d __
e) Máquina de secar roupa?	(0) não (1) sim	C6e __
f) Telefone fixo?	(0) não (1) sim	C6f __
g) Telefone celular?	(0) não (1) sim	C6g __
h) Forno microondas?	(0) não (1) sim	C6h __
i) Fogão à lenha?	(0) não (1) sim	C6i __
j) Computador ou notebook?	(0) não (1) sim	C6j __
k) Acesso à internet?	(0) não (1) sim	C6k __
l) Motocicleta?	(0) não (1) sim	C6l __
C7. Quantos carros há no domicílio? __ carros		C7 __
C8. Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista? (0) Não (1) Sim		C8 __
C9. Quantas pessoas moram neste domicílio? __ pessoas		C9 __ __
C10. No último mês, o(a) Sr.(a) trabalhou sendo pago(a)? (0) Não (1) Sim (2) Estava em férias/licença		C10 __
C11. Quanto o(a) Sr.(a) e as pessoas que moram na casa receberam no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)? Morador 1 (<i>A PRÓPRIA PESSOA</i>) _____ Reais (99999) IGN Morador 2 (_____) _____ Reais (99999) IGN Morador 3 (_____) _____ Reais (99999) IGN Morador 4 (_____) _____ Reais (99999) IGN Morador 5 (_____) _____ Reais (99999) IGN		C11a _____ C11b _____ C11c _____ C11d _____ C11e _____
C12. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas? (0) Não (1) Sim (2) Em parte		C12 __
C13 Escreva o nome da pessoa que respondeu este bloco:		C13 _____
BLOCO D - DOENÇAS CRÔNICAS		
As próximas perguntas são sobre algumas doenças.		
D1. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe		D1 __
D2. O(a) Sr.(a) toma algum medicamento para controlar a pressão? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe		D2 __
D3. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra		D3 __
D4. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe		D4 __
D5. O(a) Sr.(a) toma algum comprimido para controlar o diabetes ou o nível de açúcar do sangue? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe		D5 __
D6. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>)? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA D9</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe		D6 __

D7. (SE MULHER E SE JÁ ENGRAVIDOU): O diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>) foi apenas quando estava grávida? (0) Não (1) Sim (8) Nunca engravidou (9) Não lembra/não sabe	D7 __
D8. O(a) Sr.(a) está usa insulina para controlar o diabetes ou o nível de açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim	D8 __
D9. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir o colesterol ou triglicerídeos? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe	D9 __
D10. O(a) Sr.(a) usa medicação para controlar o colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D10 __
D11. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/Não sabe	D11 __
D12. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? (0) Não (1) Sim	D12 __
D13. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC (<i>acidente vascular cerebral</i>)? (0) Não (1) Sim	D13 __
D14. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem artrite ou reumatismo? (0) Não (1) Sim	D14 __
D15. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem DORT (doença osteomuscular relacionada ao trabalho) ou LER (lesão por esforço repetitivo)? (0) Não (1) Sim	D15 __
D16. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem câncer? (0) Não (1) Sim – ONDE (que tipo de câncer)? _____	D16 __
D17. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem insuficiência renal crônica? (0) Não (1) Sim	D17 __
D18. Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tinha depressão? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D20 (1) Sim (9) Não lembra / não sabe	D18 __
D19. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS> do ano passado, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem depressão? (0) Não (1) Sim	D19 __
D20. O(a) Sr.(a) toma algum remédio para tratar depressão? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D22 (1) Sim	D20 __
D21. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) toma remédio para depressão? _____ anos _____ meses (9999) não sabe / não lembra	D21a ____ D21m ____
D22. Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (<i>transtorno obsessivo compulsivo</i>)? (0) Não (1) Sim – QUAL? _____	D22 __
D23. O(a) Sr.(a) teve dor nas costas nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS> do ano passado? (0) Não – VÁ PARA O BLOCO E (1) Sim	D23 __

D24. Essa dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos? (0) Não (1) Sim						D24 __
D25. O(a) Sr.(a) teve que faltar o trabalho ou aula por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim						D25 __
D26. O(a) Sr.(a) procurou atendimento médico por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim						D26 __
BLOCO E - QUALIDADE DE VIDA						
As próximas perguntas são sobre como o(a) Sr.(a) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se o(a) Sr.(a) não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que o(a) Sr.(a) acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. <i>MOSTRE O CARTÃO-RESPOSTA PARA A PESSOA QUE ESTIVER RESPONDENDO.</i>						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa	
E1. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	E1 __
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
E2. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	E2 __
As questões seguintes são sobre o quanto o(a) Sr.(a) tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
E3. Em que medida o(a) Sr.(a) acha que sua dor (física) impede o(a) Sr.(a) de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5	E3 __
E4. O quanto o(a) Sr.(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	E4 __
E5. O quanto o(a) Sr.(a) aproveita a vida?	1	2	3	4	5	E5 __
E6. Em que medida o(a) Sr.(a) acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	E6 __
E7. O quanto o(a) Sr.(a) consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	E7 __
E8. Quão seguro(a) o(a) Sr.(a) se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	E8 __
E9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	E9 __
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente o(a) Sr.(a) tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
E10. O(a) Sr.(a) tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E10 __
E11. O(a) Sr.(a) é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	E11 __
E12. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	E12 __
E13. Quão disponíveis para o(a) Sr.(a) estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E13 __
E14. Em que medida o(a) Sr.(a) tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	E14 __
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito o(a) Sr.(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
E15. Quão bem o(a) Sr.(a) é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	E15 __

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
E16. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5	E16 __
E17. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E17 __
E18. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	E18 __
E19. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	E19 __
E20. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	E20 __
E21. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	E21 __
E22. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o apoio que o(a) Sr.(a) recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	E22 __
E23. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	E23 __
E24. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	E24 __
E25. Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	E25 __
A questão seguinte se refere à frequência que o(a) Sr.(a) sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
	Nunca	Algumas vezes	Frequente mente	Muito frequente mente	Sempre	
E26. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	E26 __
BLOCO F - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS						
As perguntas a seguir são sobre doenças respiratórias.						
F1. O(a) Sr.(a) costuma ter tosse, sem estar resfriado ou gripado? (0) Não (1) Sim						F1 __
F2. O(a) Sr.(a) tosse na maioria dos dias, por pelo menos três meses do ano? (0) Não (1) Sim						F2 __
F3. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do pulmão, tais como: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não lembra						F3 __
F4. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem asma ou bronquite asmática? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não lembra						F4 __
F5. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem síndrome da apneia obstrutiva do sono, isto é, parar de respirar enquanto dorme? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não lembra						F5 __
F6. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve algum episódio de: a. Sibilos ou chiado no peito? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe b. Asma ou bronquite? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe d. Enfisema? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe e. DPOC? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe f. Rinite alérgica? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe						F6a __ F6b __ F6c __ F6d __ F6fe __

F7. O(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? (0) Não – <i>VÁ PARA O BLOCO G</i> (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha) – <i>VÁ PARA O BLOCO G</i>	F7 __
F8. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? anos _____ meses (0000) Não está (8888) Não trabalha (9999) Não sabe	F8a __ __ F8m _____
BLOCO G - SERVIÇOS DE SAÚDE	
Agora vamos falar sobre a utilização do serviço de saúde.	
G1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	G1 __
G2. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) recebeu visita de algum agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	G2 __
G3. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico particular? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA G5</i> (1) Sim, plano particular. QUAL? _____ (2) Sim, plano empresarial. QUAL? _____	G3 __
G4. Como o(a) Sr.(a) considera este plano de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	G4 __
G5. Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez? (0) Nunca foi ao médico – <i>VÁ PARA A PERGUNTA G8</i> (1) No último mês (2) Entre o último mês e o último ano (3) De 1 ano a menos do que 2 anos (4) De 2 anos a menos do que 3 anos (5) 3 anos ou mais (9) Não lembra/não sabe	G5 __
G6. Qual foi o motivo desta consulta? (1) Acidente ou lesão (2) Doença aguda ou outro problema de saúde agudo que não seja traumático (3) Doença crônica ou outro problema de saúde crônico (4) Sessão de tratamento ou terapia para doença/problema crônico (5) Consulta pré-natal (6) Exame médico periódico para prevenção de doença (7) Outro exame médico (admissional, carteira de motorista etc.) (8) Outro: _____ (9) Não lembra/não sabe	G6 __
G7. Essa última consulta foi: (1) Pelo SUS (2) Por convênio/plano de saúde particular (3) Por convênio/plano de saúde empresarial (4) Particular (9) Não lembra/não sabe	G7 __
G8. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) ficou internado em hospital por pelo menos 24 horas? (0) Não (1) Sim	G8 __
G9. O(a) Sr.(a) tomou vacina contra gripe neste ano ou no ano passado? (0) Não (1) Sim, no SUS (posto de saúde) (2) Sim, em clínica privada	G9 __
G10. (<i>SE MULHER</i>): A Sra. já fez exame preventivo de câncer do útero, também conhecido como CP ou Papanicolau? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA G12</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – <i>VÁ PARA A PERGUNTA G12</i>	G10 __

G11. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? anos meses (9999) não lembra	G11a ___ __ G11m ___
G12. (SE MULHER): A Sra. já fez alguma vez mamografia ou raio-X das mamas? (0) Não – VÁ PARA O BLOCO H (1) Sim	G12 ___
G13. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? anos meses (9999) não lembra	G13a ___ __ G13m ___
G14. (SE HOMEM COM MAIS DE 40 ANOS): O Sr. já fez exame de próstata, toque retal ou PSA? (0) Não (1) Sim, toque retal (2) Sim, PSA (3) Sim, ambos	G14 ___
BLOCO H - CONSUMO ALIMENTAR	
AS PERGUNTAS H1 A H15 DEVERÃO SER RESPONDIDAS APENAS PELO CHEFE DA FAMÍLIA. SE NÃO FOR O CHEFE DE FAMÍLIA, VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) Sr.(a) e de sua família.	
H1. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) teve a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H1 ___
H2. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os alimentos acabaram antes que o(a) Sr.(a) tivesse dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H2 ___
H3. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> o(a) Sr.(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) Não (1) Sim	H3 ___
H4. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) ou algum morador deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim	H4 ___
H5. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H5 ___
H6. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	H6 ___
H7. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	H7 ___
H8. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H8 ___
H9. Neste domicílio, reside algum morador com menos de 18 anos de idade? (0) Não – VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16 (1) Sim	H9 ___
H10. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	H10 ___
H11. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim	H11 ___
H12. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que o(a) Sr.(a) achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H12 ___

H13. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H13 __
H14. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim	H14 __
H15. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	H15 __
Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares.	
H16. Como o(a) Sr.(a) considera a sua alimentação? Para responder esta pergunta, não pense na quantidade de alimentos nem nas marcas dos produtos, e sim se sua alimentação é variada e com alimentos como carnes, peixes, legumes, verduras e frutas. (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	H16 __
H17. Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse quais delas costuma fazer: a. Café da manhã (0) Não (1) Sim b. Lanche no meio da manhã (0) Não (1) Sim c. Almoço (0) Não (1) Sim d. Lanche ou café da tarde (0) Não (1) Sim e. Jantar ou café noite (0) Não (1) Sim f. Ceia ou lanche antes de dormir (0) Não (1) Sim	H17a __ H17b __ H17c __ H17d __ H17e __ H17f __
H18. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H18 __
H19. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame) (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H19 __
H20. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)? (0) Nunca - VÁ PARA A PERGUNTA H22 (1) Quase nunca - VÁ PARA A PERGUNTA H22 (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H20 __
H21. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a gordura aparente da carne vermelha? (0) Não (1) Sim	H21 __
H22. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha? (0) Nunca - VÁ PARA A PERGUNTA H24 (1) Quase nunca - VÁ PARA A PERGUNTA H24 (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)	H22 __
H23. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a pele do frango? (0) Não (1) Sim	H23 __

<p>H24. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer peixe?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H24 __
<p>H25. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H25 __
<p>H26. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H26 __
<p>H27. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H27 __
<p>H28. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? (não inclui leite de soja)</p> <p>(0) Nunca- <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H28 __
<p>H29. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</p> <p>(1) Integral (2) Desnatado ou semidesnatado (3) Ambos (9) Não sabe</p>	H29 __
<p>H30. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H30 __
<p>H31. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma trocar a comida do almoço e/ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H31 __
<p>H32. O(a) Sr.(a) costuma comer quando está assistindo TV?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não assiste TV</p>	H32 __
<p>H34. Depois que o seu prato já está servido, o(a) Sr.(a) costuma colocar mais sal na comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H34 __

H33. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr.(a) acha que o seu consumo de sal é: (1) Muito baixo (2) Baixo (3) Adequado (4) Alto (5) Muito alto	H33 __
H35. O(a) Sr.(a) costuma colocar açúcar ou adoçante no café, chá ou suco? (0) Não (1) Sim	H35 __
H36. Onde o(a) Sr.(a) costuma realizar a maior parte das suas refeições? (1) Em casa (2) No trabalho (3) Em algum restaurante (4) Outro local: _____	H36 __
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre assistência nutricional	
H37. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação sobre como deveria se alimentar desde <MÊS> do ano passado? (0) Não – <i>VÁ PARA O BLOCO I</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – <i>VÁ PARA O BLOCO I</i>	H37 __
H38. Onde foi que o(a) Sr.(a) recebeu essa orientação sobre alimentação? (1) Posto de Saúde (2) Hospital (3) Clínica privada ou consultório particular (4) Mídia (5) Outro: _____	H38 __
H39. Quem falou com o(a) Sr.(a) sobre alimentação? (1) Nutricionista (2) Médica (3) Enfermeira (4) Outro: _____ (9) Não soube informar	H39 __
H40. Quando o(a) Sr.(a) foi orientado sobre como deveria se alimentar, qual foi a orientação dada? a. Comer menos gorduras ou frituras (0) não (1) sim b. Comer menos doce ou açúcar (0) não (1) sim c. Comer menos sal (0) não (1) sim d. Comer mais frutas, legumes ou verduras (0) não (1) sim e. Outra: _____	H40a __ H40b __ H40c __ H40d __ H40e __
H41. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação? (0) Nenhuma (1) Dieta (2) Lista de alimentos (3) Dieta e lista de alimentos (4) Outra: _____	H41 __
H42. Esta orientação sobre como o(a) Sr.(a) deveria se alimentar lhe ajudou a se alimentar melhor? (0) Não (1) Sim	H42 __
H43. O(a) Sr.(a) considera que suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas? (0) Não (1) Sim (8) Não tinha dúvidas	H43 __
BLOCO I - ATIVIDADE FÍSICA	
<p style="text-align: center;">Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que: Atividades físicas fortes são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal Atividades físicas moderadas são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido do que o normal. Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram pelo menos 10 minutos seguidos. Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu tempo livre (lazer).</p>	
I1. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre? __ dias por SEMANA (9) Não sabe (0) Nenhum - <i>VÁ PARA A PERGUNTA I3</i>	I1 __
I2. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? __ horas __ minutos (9999) IGN	I2h __ __ I2m __ __

I3. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc.. __ dias por SEMANA (9) Não sabe (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA I5	I3 __
I4. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? horas minutos (9999) IGN	I4h __ __ I4m __ __
I5. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas moderadas fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc.. __ dias por SEMANA (9) Não sabe (0) Nenhum - VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA I7	I5 __
I6. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? horas minutos (9999) IGN	I6h __ __ I6m __ __
Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro quando este deslocamento dura pelo menos 10 minutos seguidos. Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.	
I7. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (9) Não sabe (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA I9	I7 __
I8. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia? horas minutos (9999) IGN	I8h __ __ I8m __ __
I9. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (9) Não sabe (0) Nenhum - VÁ PARA O BLOCO J	I9 __
I10. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminha por dia? horas minutos (9999) IGN	I10h __ __ I10m __ __
BLOCO J - SOBRE O BAIRRO	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o bairro em que você mora.	
J1. Existe perto de sua casa algum lugar PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício físico ou praticar esporte? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J1 __
J2. Sua casa já foi assaltada ou roubada alguma vez? (0) Não (1) Sim	J2 __
J3. O(a) Sr.(a) gosta de morar neste bairro? (0) Não (1) Sim	J3 __
J4. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo a sua residência? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA J6 (1) Sim (9) Não sabe – VÁ PARA A PERGUNTA J6	J4 __
J5. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J5 __
J6. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, <i>light/diet</i>) à venda próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J6 __
J7. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (<i>fast-food</i>) próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim	J7 __
Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa. Considere como perto os locais dos quais o(a) Sr.(a) consegue chegar caminhando 10 minutos.	
J8. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J8 __
J9. Como o(a) Sr.(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas	J9 __

J10. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa? (0) Não – <i>VÁ PARA PERGUNTA J12</i> (1) Sim	J10 __
J11. Como o(a) Sr.(a) considera as áreas verdes perto de sua casa? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas	J11 __
J12. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)? (0) Não (1) Sim	J12 __
J13. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J13 __
J14. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J14 __
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.	
J15. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou o uso de bicicletas perto da sua casa? (0) Não (1) Sim	J15 __
J16. Existem faixas de segurança para atravessar as ruas perto de sua casa? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA J18</i> (1) Sim	J16 __
J17. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem a faixa de segurança? (0) Não (1) Sim	J17 __
J18. Existe fumaça de poluição perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J18 __
Agora vamos falar sobre a segurança de seu bairro.	
J19. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas a noite? (0) Não (1) Sim	J19 __
J20. Durante o dia o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J20 __
J21. Durante a noite o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta, ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J21 __
Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e o clima no seu bairro.	
J22. Algum amigo ou vizinho convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J22 __
J23. Algum parente convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta, ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J23 __
J24. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas em seu bairro? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J24 __
J25. O clima (frio, chuva ou calor) dificulta que o(a) Sr.(a) caminhe, ande de bicicleta, ou pratique esportes em seu bairro? (0) Não (1) Sim	J25 __
J26. O(a) Sr.(a) tem cachorro? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA J28</i> (1) Sim	J26 __
J27. O Sr.(a) costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim	J27 __

J28. O(a) Sr.(a) tem medo ou preocupação com alguma destas coisas <u>no bairro onde mora?</u>	
a. Sujeira ou poluição (0) não (1) sim	J28a __
b. Violência de bandidos, assaltos e outros tipos de crime (0) não (1) sim	J28b __
c. Animais perigosos ou doenças transmitidas por eles (0) não (1) sim	J28c __
d. Tempestades ou enchentes (0) não (1) sim	J28d __
e. Incêndio, explosão ou vazamento de produto de alguma empresa (0) não (1) sim	J28e __
f. Incêndio, explosão ou vazamento de algum veículo de transporte (0) não (1) sim	J28f __
BLOCO L – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Agora vamos falar sobre aula de educação física. Considere aula de educação física um contato direto com professor, instrutor, personal trainer em academias, serviços, clubes, entre outros espaços.	
L1. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) Sr.(a) realizou aula com algum professor de Educação Física? (0) Não - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L7</i> (1) Sim (9) Não lembra - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L7</i>	L1 __
L2. Em que lugar, no último mês, ocorreu esta aula? (Nos casos de mais de uma resposta, priorizar o lugar (aula) que o entrevistado esteja há mais tempo). (1) Academia de ginástica, musculação, <i>personal trainer</i> (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na FURG, outras IES (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar. Qual? _____ (9) Não lembra	L2 __
L3. Esta aula foi paga ou de graça? (1) Paga (2) De graça	L3 __
L4. Qual a frequência semanal desta aula? (1) 1 vez por semana (2) 2 vezes por semana (3) 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (9) Não quis responder	L4 __
L5. Qual o principal motivo levou o(a) Sr.(a) a buscar esta aula de Educação Física? (1) Emagrecimento (2) Recomendação/ Orientação profissional (médico, nutricionista, outro) (3) Ganho de Massa Muscular/ Definição muscular (força) (4) Convívio Social (5) Saúde/ Qualidade de Vida / Bem-estar (6) Outro. Qual? _____	L5 __
L6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está frequentando a aula de Educação Física? __ meses – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> (99) Não lembra – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i>	L6 __ —
APLIQUE PARA QUEM NÃO REALIZOU AULA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES COM PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
L7. O(a) Sr.(a) procurou professor de Educação Física nos últimos três meses? (0) Não (1) Sim. Onde? _____ - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L9</i>	L7 __
L8. Por qual motivo o(a) Sr.(a) não procurou professor de Educação Física? (1) Não sei onde procurar (2) Ninguém disse que eu precisava (3) Não preciso (4) Falta de tempo (5) Outro motivo. Qual? _____	L8 __
L9. O(a) Sr.(a) lembra qual foi o último lugar onde realizou aula com professor de Educação Física? (0) Nunca fez - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i> (1) Academia de ginástica, musculação, <i>personal trainer</i> (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na FURG, outras IES (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar. Qual? _____ (9) Não lembra - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i>	L9 __

<p>L10. Esta aula foi paga ou de graça?</p> <p>(1) Paga – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i></p> <p>(2) De graça – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i></p> <p>(9) Não soube responder – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i></p>	L10 __
<p>L11. Se o(a) Sr.(a) tivesse que procurar um lugar com professor de Educação Física, qual lugar seria?</p> <p>(1) Escola</p> <p>(2) Academia</p> <p>(3) Posto de Saúde</p> <p>(4) Hospital</p> <p>(5) FURG</p> <p>(6) SESI</p> <p>(7) Outro lugar. Qual? _____</p> <p>(9) Não sabe / não quis responder</p>	L11 __
Agora vamos fazer perguntas sobre o professor de Educação Física nos espaços públicos de saúde.	
<p>L12. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física nos postos de Saúde de Rio Grande?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	L12 __
<p>L13. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física no hospital da FURG?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>	L13 __
<p>L14. O(a) Sr.(a) conhece algum programa público em Rio Grande de estímulo à prática de atividade física?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim - QUAL?</p>	L14 __
BLOCO M - SAÚDE MENTAL	
<p>Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (apontar para o primeiro rosto) até uma pessoa que se sente muito triste (apontar para o último rosto).</p> <p>Qual desses rostos mostra melhor como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, <u>no último ano?</u></p> <p style="text-align: center;"><i>(MOSTRAR FIGURA PARA OS ENTREVISTADOS)</i></p>	
 <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p>	M __
Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês. (MOSTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)	
<p>M1. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) quase nunca</p> <p>(2) às vezes</p> <p>(3) quase sempre</p> <p>(4) sempre</p>	M1 __
<p>M2. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) quase nunca</p> <p>(2) às vezes</p> <p>(3) quase sempre</p> <p>(4) sempre</p>	M2 __
<p>M3. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e “estressado”?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) quase nunca</p> <p>(2) às vezes</p> <p>(3) quase sempre</p> <p>(4) sempre</p>	M3 __
<p>M4. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) quase nunca</p> <p>(2) às vezes</p> <p>(3) quase sempre</p> <p>(4) sempre</p>	M4 __

<p>M5. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M5 __
<p>M6. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M6 __
<p>M7. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M7 __
<p>M8. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M8 __
<p>M9. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M9 __
<p>M10. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M10 __
<p>M11. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?</p> <p>(0) Nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M11 __
<p>M12. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M12 __
<p>M13. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?</p> <p>(0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre</p>	M13 __

M14. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre	M14 __
BLOCO N - SAÚDE BUCAL	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seus dentes.	
N1. O(a) Sr.(a) range os dentes ou alguém de sua família lhe disse que o(a) Sr.(a) range os dentes durante o sono? (0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (9) Não sabe	N1 __
N2. O(a) Sr.(a) tem impressão de que seus dentes são mais desgastados do que deveriam ser? (0) Não (1) Sim	N2 __
N3. O(a) Sr.(a) sente cansaço ou dor nos músculos da mandíbula ou da boca quando se acorda? (0) Não (1) Sim	N3 __
N4. O(a) Sr.(a) sente dor nas têmporas (lateral da cabeça, acima das orelhas) quando se acorda? (0) Não (1) Sim	N4 __
N5. O(a) Sr.(a) tem dificuldade de abrir a boca quando se acorda? (0) Não (1) Sim	N5 __
N6. O(a) Sr.(a) usa prótese ou dentadura? (0) Não (1) Sim, superior e inferior – VÁ PARA A PERGUNTA N9 (2) Sim, superior – VÁ PARA A PERGUNTA N9 (3) Sim, inferior – VÁ PARA A PERGUNTA N9	N6 __
N7. Quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) escova os dentes? vezes	N7 __
N8. O(a) Sr.(a) usa fio dental todos os dias? (0) Não (1) Sim	N8 __
N9. O(a) Sr.(a) já consultou o dentista alguma vez? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA N13 (1) Sim	N9 __
N10. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) consultou o dentista pela última vez? ____ anos ____ meses (9999) Não lembra	N10a ____ N10m ____
N11. Qual o motivo da última consulta com o dentista? (1) Revisão / consulta de rotina (2) Dor de dente (3) Outro motivo que não dor de dente: _____ (9) Não lembra	N11 __
N12. Qual o tipo de serviço utilizado na última consulta com o dentista? (1) Público (2) Particular (3) Convênio (9) Não lembra / não sabe	N12 __
N13. Nos últimos seis meses, isto é, desde <MÊS> até agora, o(a) Sr.(a) teve dor de dente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	N13 __
N14. Com relação aos seus dentes e à sua boca, o(a) Sr.(a) diria que está: (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito	N14 __

<i>BLOCO O - SAÚDE MENTAL (SEGUNDA PARTE)</i>	
O questionário está chegando ao fim. Faltam apenas mais dez perguntas. Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas. (MOSTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)	
O1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O1 __
O2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O2 __
O3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O3 __
O4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O4 __
O5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O5 __
O6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O6 __
O7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O7 __
O8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O8 __
O9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O9 __
O10. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? (0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias	O10 __
<i>AGRADEÇA A ATENÇÃO, DIGA QUE A EQUIPE DE PESQUISA ESTÁ À DISPOSIÇÃO PARA PRESTAR ALGUM TIPO DE ENCAMINHAMENTO E PEGUE OS NÚMEROS DE TELEFONE PARA CONTATO NA PRÓXIMA FOLHA.</i>	

Questionário de Criciúma, SC, 2019



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISA SAÚDE DA POPULAÇÃO CRICIUMENSE



NQUES: _____

IDENTIFICAÇÃO		CODIFICAÇÃO
Número do setor: _____		nset _____
<u>Endereço</u>		
Rua: _____		
Número: _____ (1) casa (2) apartamento → número: _____		tipom __
Bairro: _____		bairro __ __
Data da entrevista: __/__/____		de __/__/____
Número do(a) entrevistador(a): _____		nent __ __
Quantas pessoas com 18 anos ou mais moram neste domicílio? ____ pessoa(s)		nadul __ __
Número da pessoa: ____		npes __
BLOCO A – GERAL		
A1. Qual o seu nome completo? _____		
A2. Sexo (<i>OBSERVADO PELO(A) ENTREVISTADOR(A)</i>) (1) Masculino (2) Feminino		A2 __
A3. Qual a sua idade? ____ anos		A3 __ __
A4. Qual a sua data de nascimento? __/__/____		A4 __/__/____
A5. Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora neste bairro? __ ano(s) __ mês(s)		A5a __ __ A5m __ __
A6. O(a) senhor(a) mora com cônjuge ou companheiro(a)? (0) Não (1) Sim		A6 __
A7. Qual o seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/união estável (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Viúvo(a)		A7 __
A8. Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Não sabe ou não quis responder		A8 __

<p>A9. O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>A9 __</p>
<p>A10. Até que série e grau o(a) senhor(a) estudou?</p> <p>__ série __ grau</p> <p>ORIENTAÇÃO PARA O(A) ENTREVISTADOR(A): 1º grau: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série. 2º grau: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano. 3º grau: ensino superior, ou seja, faculdade. 4º grau: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.</p>	<p>A10s __ A10g __</p>
<p>A11. <i>(SE MULHER)</i>: Alguma vez na vida a senhora já engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?</p> <p>(0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA A13</i> (1) Sim (8) Não se aplica (não é mulher)</p>	<p>A11 __</p>
<p>A12. <i>(SE MULHER COM MENOS DE 50 ANOS)</i>: A senhora está grávida no momento?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é mulher ou não tem menos de 50 anos)</p>	<p>A12 __</p>
<p>A13. O(a) senhor(a) tem filho ou filha?</p> <p>(0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA A15</i> (1) Sim</p> <p><u>SE SIM:</u> A13a. Quantos? __ __ filho(s) (88) Não se aplica</p>	<p>A13 __ A13a __ __</p>
<p>A14. Algum deles é filho adotivo?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p><u>SE SIM:</u> A14a. Quantos são adotivos? __ __ filho(s) (88) Não se aplica</p>	<p>A14 __ A14a __ __</p>
<p>A15. O(a) senhor(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? <i>(SE ESTIVER GRÁVIDA, PERGUNTE O PESO ANTES DE ENGRAVIDAR)</i></p> <p>__ __ __ Kg (999) Não sabe ou não quis informar</p>	<p>A15 __ __ __</p>
<p>A16. Quanto tempo faz que o(a) senhor(a) se pesou pela última vez?</p> <p>(0) Nunca se pesou (1) Menos de 1 mês (2) Entre 1 mês e 6 meses (3) Entre 7 meses e 1 ano (4) Mais de 1 ano (9) Não lembra</p>	<p>A16 __</p>

<p>A17. O(a) senhor(a) está fazendo alguma coisa para perder peso?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	A17 __
<p>A18. Como o(a) senhor(a) se sente hoje em relação ao seu peso?</p> <p>(1) Muito magro(a) (2) Um pouco magro(a) (3) Magro(a) (4) Normal (5) Um pouco gordo(a) (6) Gordo(a) (7) Muito gordo(a) (9) Não sabe ou não quis informar</p>	A18 __
<p>A19. Qual a altura do(a) senhor(a)?</p> <p>__ m __ cm (999) Não sabe ou não quis informar</p>	A19 __ __ __
<p>A20. Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde?</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	A20 __
<p>A21. Neste último mês, como o(a) senhor(a) diria que está sua saúde?</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	A21 __
<p>A22. O(a) senhor(a) costuma utilizar protetor ou filtro solar?</p> <p>(0) Não (1) Sim, somente no verão (2) Sim, durante todo o ano</p>	A22 __
<p>A23. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) senhor(a) sofreu alguma queda?</p> <p>(0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA A25</i> (1) Sim (2) Não lembra → <i>VÁ PARA A PERGUNTA A25</i></p>	A23 __
<p>A24. O(a) senhor(a) quebrou algum osso por causa dessa queda?</p> <p>(0) Não (1) Sim → <i>VÁ PARA O BLOCO B</i> (8) Não se aplica (não sofreu queda)</p>	A24 __
<p>A25. O(a) senhor(a) já quebrou algum osso na vida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (2) Não lembra</p>	A25 __

<i>BLOCO B – HÁBITOS DE VIDA</i>	
Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida	
B1. Atualmente, o(a) senhor(a) fuma? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B4</i> (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias	B1 __
B2. Quanto cigarros, em média, o(a) senhor(a) fuma por dia? __ __ cigarro(s) (88) Não se aplica (não fuma)	B2 __ __
B3. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i> (1) Sim → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i> (8) Não se aplica (não fuma)	B3 __
B4. O(a) senhor(a) já fumou alguma vez na vida? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B7</i> (1) Sim, já fumou (2) Sim, apenas experimentou → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B7</i>	B4 __
B5. Há quanto tempo o(a) senhor(a) parou de fumar? __ __ anos __ __ meses (9999) Não lembra	B5a __ __ B5m __ __
B6. Com que idade o(a) senhor(a) começou a fumar? __ __ anos (88) Não se aplica (99) Não lembra	B6 __ __
B7. Alguma das pessoas que mora com o(a) senhor(a) costuma fumar dentro de casa? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (mora sozinho)	B7 __
B8. Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente que o(a) senhor(a) trabalha ou estuda? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha nem estuda fora)	B8 __
B9. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? __ dia(s) (0) Não bebe nunca ou menos de uma vez por semana → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B12</i>	B9 __
B10. Em geral, no dia em que o(a) senhor(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) senhor(a) consome? (1 DOSE EQUIVALE A: 1 LATA DE CERVEJA, 1 TAÇA DE VINHO, 1 DOSE DE CACHAÇA, WHISKY OU QUALQUER OUTRA BEBIDA ALCOÓLICA DESTILADA) __ __ dose(s) (99) Não lembra/não sabe (88) Não se aplica (não bebe)	B10 __ __
B11. Nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) consumiu 5 ou mais (<i>SE FOR HOMEM</i>) ou 4 ou mais (<i>SE FOR MULHER</i>) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não quis responder ou não lembra	B11 __

B12. Que horas o(a) senhor(a) costuma dormir durante a semana (de segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (9999) Não lembra	B12h ___ B12m ___
B13. Que horas o(a) senhor(a) costuma acordar durante a semana (de segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (9999) Não lembra	B13h ___ B13m ___
B14. Como o(a) senhor(a) considera a qualidade do seu sono? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	B14 ___
B15. O(a) senhor(a) toma remédio para dormir? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B17</i> (1) Sim	B15 ___
B16. Durante o mês passado, quantas vezes o(a) senhor(a) tomou remédio para dormir? (0) Nenhuma vez durante o mês passado (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três ou mais vezes por semana (8) Não se aplica (não toma remédio para dormir)	B16 ___
B17. O(a) senhor(a) costuma tomar remédio sem orientação médica? (0) Não (1) Sim	B17 ___
B18. Em média, quanto tempo por dia o(a) senhor(a) costuma ficar assistindo à televisão durante a semana (de segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (8888) Não assiste (9999) Não sabe	B18h ___ B18m ___
B19. O(a) senhor(a) usa computador em casa? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B21</i> (1) Sim	B19 ___
B20. Em média, quanto tempo por dia, o(a) senhor(a) costuma ficar no computador durante a semana (de segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (8888) Não usa de segunda a sexta-feira (9999) Não sabe	B20h ___ B20m ___
B21. O(a) senhor(a) trabalha fora de casa? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B23</i> (1) Sim	B21 ___
B22. Em média, quanto tempo por dia, o(a) senhor(a) costuma ficar sentado(a) no trabalho durante a semana (segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (8888) Não fica sentado (9999) Não sabe	B22h ___ B22m ___
B23. O(a) senhor(a) estuda fora de casa (escola, faculdade, curso)? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA B25</i> (1) Sim	B23 ___
B24. Em média, quanto tempo por dia, o(a) senhor(a) costuma ficar sentado(a) na sala de aula durante a semana (segunda a sexta-feira)? ___ horas ___ minutos (8888) Não estuda fora (9999) Não sabe	B24h ___ B24m ___

B25. O(a) senhor(a) anda de carro, moto ou ônibus? (0) Não → <i>VÁ PARA O BLOCO C</i> (1) Sim	B25 __
B26. Em média, quanto tempo por dia, o(a) senhor(a) costuma ficar sentado(a) no carro, moto ou ônibus durante a semana (segunda a sexta-feira)? __ horas __ minutos (8888) Não anda de carro/moto ou ônibus (9999) Não sabe	B26h __ __ B26m __ __
BLOCO C - SOCIOECONÔMICO	
Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.	
C1. A casa onde o(a) senhor mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Pensão/pensionato, hotel (5) Outro: _____	C1 __
C2. Neste domicílio, a água utilizada para beber é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Mineral industrializada (4) Da torneira (5) Outra: _____	C2 __
C3. Quantas peças da casa são usadas para dormir? __ peça(s)	C3 __
C4. Qual o destino dado ao lixo desse domicílio? (1) Coletado diretamente pelo lixeiro (caminhão do lixo) (2) Queimado ou enterrado na casa (3) Jogado em terreno baldio ou na rua (4) Jogado em rio, lago ou mar (5) Outro: _____	C4 __
As perguntas abaixo são sobre os itens que existem em sua casa. Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se houver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.	
C5. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular: (0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais	C5 __
C6. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias na semana: (0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais	C6 __

<p>C7. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinhos:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C7 __
<p>C8. Quantidade de banheiros:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C8 __
<p>C9. Quantidade de DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C9 __
<p>C10. Quantidade de geladeiras:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C10 __
<p>C11. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C11 __
<p>C12. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palmtops ou smartphones:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C12 __
<p>C13. Quantidade de lavadora de louças:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C13 __

<p>C14. Quantidades de fornos micro-ondas:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C14 __
<p>C15. Quantidades de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C15 __
<p>C16. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca:</p> <p>(0) Não possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais</p>	C16 __
<p>C17. A água utilizada em casa é proveniente de rede geral de distribuição (água encanada)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	C17 __
<p>C18. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é pavimentada?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	C18 __
<p>C19. Qual é a escolaridade do chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda da família)</p> <p>(0) Analfabeto/Fundamental I incompleto (1) Fundamental I completo/fundamental II incompleto (2) Fundamental II completo/médio incompleto (3) Médio completo/superior incompleto (4) Superior completo (9) Não sabe</p>	C19 __
<p>C20. <u>Contando com o senhor(a)</u>, quantas pessoas moram neste domicílio?</p> <p>__ __ pessoa(s)</p>	C20 __ __
<p>C21. No último mês, o(a) senhor(a) trabalhou sendo pago(a)?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	C21 __

<p>C22. Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)? (SE NECESSÁRIO, LELA AS OPÇÕES DE RESPOSTA)</p> <p>(1) Menos de R\$ 500,00 (2) De R\$ 500,00 a 1.000,00 (3) De R\$ 1.001,00 a 2.000,00 (4) De R\$ 2.001,00 a 4.000,00 (5) De R\$ 4.001,00 a 6.000,00 (6) De R\$ 6.001,00 a 8.000,00 (7) De R\$ 8.001,00 a 10.000,00 (8) De R\$ 10.001,00 a 20.000,00 (9) Mais de R\$ 20.000,00 (88) Não tem renda (99) Não quis informar</p>	C22 __
<p>C23. O(a) senhor(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (2) Em parte</p>	C23 __
BLOCO D - DOENÇAS CRÔNICAS	
Agora vamos falar sobre algumas doenças	
<p>D1. Quando foi a última vez que o(a) senhor(a) teve a sua pressão arterial medida?</p> <p>(0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe</p>	D1 __
<p>D2. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA D4 (1) Sim (9) Não lembra</p>	D2 __
<p>D3. O(a) senhor(a) toma algum remédio para controlar a pressão?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não tem pressão alta) (9) Não lembra/não sabe</p>	D3 __
<p>D4. Quando foi a última vez que o(a) senhor(a) fez exame para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?</p> <p>(0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe</p>	D4 __
<p>D5. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem açúcar alto no sangue ou diabetes?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA D9 (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	D5 __

<p>D6. O(a) senhor(a) toma algum remédio para controlar o açúcar alto no sangue ou diabetes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não tem diabetes) (9) Não lembra/não sabe</p>	D6 __
<p>D7. (SE MULHER E SE JÁ ENGRAVIDOU): O açúcar alto no sangue ou diabetes foi apenas quando estava grávida?</p> <p>(0) Não (1) Sim → VÁ PARA A PERGUNTA D9 (8) Não se aplica (não é mulher ou nunca engravidou) (9) Não lembra/não sabe</p>	D7 __
<p>D8. O(a) senhor(a) usa insulina para controlar o açúcar alto no sangue ou diabetes?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não tem diabetes)</p>	D8 __
<p>D9. Quando foi a última vez que o(a) senhor(a) fez exame para medir o colesterol ou triglicéridos, ou seja, gordura no sangue?</p> <p>(0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe</p>	D9 __
<p>D10. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem colesterol ou triglicéridos altos, ou seja, gordura no sangue?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA D12 (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	D10 __
<p>D11. O(a) senhor(a) toma algum remédio para controlar o colesterol ou triglicéridos altos, ou seja, gordura no sangue?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não tem colesterol ou triglicéridos altos) (9) Não lembra/não sabe</p>	D11 __
<p>D12. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença do coração, tais como insuficiência cardíaca, infarto, angina ou outra?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	D12 __
<p>D13. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) teve derrame ou AVC (acidente vascular cerebral)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	D13 __

D14. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem artrite ou reumatismo? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D14 __
D15. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) ou lesão por esforço repetitivo (LER)? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D15 __
D16. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem câncer? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe <u>SE SIM:</u> D16a. Onde (qual tipo de câncer)? _____ (8) Não se aplica	D16 __ D16a __
D17. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem insuficiência renal crônica? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D17 __
D18. Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) senhor(a) tinha depressão? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA D20</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	D18 __
D19. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS> do ano passado, algum médico ou psicólogo lhe disse que o(a) senhor(a) tem depressão? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (nunca disseram que ele(a) tem depressão) (9) Não lembra/não sabe	D19 __
D20. O(a) senhor(a) toma algum remédio para tratar depressão? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA D22</i> (1) Sim	D20 __
D21. Há quanto tempo o(a) senhor(a) toma remédio para depressão? __ __ ano(s) __ __ mês(s) (9999) Não sabe/não lembra	D21a __ __ D21m __ __
D22. Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) senhor(a) tem alguma outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (transtorno obsessivo compulsivo)? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe <u>SE SIM:</u> D22a. Qual? _____	D22 __ D22a __

D23. O(a) senhor(a) teve dor nas costas nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS> do ano passado? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA D27</i> (1) Sim	D23 __
D24. Esta dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não teve dor nas costas)	D24 __
D25. O(a) senhor(a) teve que faltar ao trabalho ou aula por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não teve dor nas costas)	D25 __
D26. O(a) senhor(a) procurou atendimento médico por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não teve dor nas costas)	D26 __
D27. O(a) senhor(a) tem problema de visão? (0) Não → <i>VÁ PARA O BLOCO E</i> (1) Sim	D27 __
D28. O senhor(a) usa óculos de grau ou lentes de contato com grau? (0) Não → <i>VÁ PARA O BLOCO E</i> (1) Sim (9) Não se aplica	D28 __
D29. O senhor(a) usa: (1) Só óculos (2) Só lentes (3) Óculos e lentes (8) Não se aplica (não tem problema de visão)	D29 __
BLOCO E - QUALIDADE DE VIDA	
<p>As próximas perguntas são sobre como o(a) senhor(a) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se o(a) senhor(a) não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que o(a) senhor(a) acha de sua vida, tomando como referência as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.</p> <p>→ <i>LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)</i></p>	
E1. Como o(a) senhor(a) avalia sua qualidade de vida? (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	E1 __
E2. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com a sua saúde? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito satisfeito	E2 __

As questões seguintes são sobre o quanto o(a) senhor(a) tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.						
→ LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)						
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
E3. Em que medida o(a) senhor(a) acha que sua dor (física) lhe impede de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5	E3 __
E4. O quanto o(a) senhor(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	E4 __
E5. O quanto o(a) senhor(a) aproveita a vida?	1	2	3	4	5	E5 __
E6. Em que medida o(a) senhor(a) acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	E6 __
E7. O quanto o(a) senhor(a) consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	E7 __
E8. Quão seguro(a) o(a) senhor(a) se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	E8 __
E9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	E9 __
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente o(a) senhor(a) tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.						
→ LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)						
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
E10. O(a) senhor(a) tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E10 __
E11. O(a) senhor(a) é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	E11 __
E12. O(a) senhor(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	E12 __
E13. Quão disponíveis para o(a) senhor(a) estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E13 __
E14. Em que medida o(a) senhor(a) tem oportunidades de realizar atividade de lazer?	1	2	3	4	5	E14 __
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito o(a) senhor(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.						
→ LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)						
E15. Quão bem o(a) senhor(a) é capaz de se locomover?						E15 __
(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem bom (4) Bom (5) Muito bom						

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
E16. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5	E16 __
E17. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	E17 __
E18. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	E18 __
E19. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	E19 __
E20. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	E20 __
E21. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	E21 __
E22. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	E22 __
E23. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	E23 __
E24. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	E24 __
E25. Quão satisfeito(a) o(a) senhor(a) está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	E25 __
A questão seguinte se refere à frequência com que o(a) senhor(a) sentiu ou experimentou certas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.						
→ LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)						
E26. Com que frequência o(a) senhor(a) tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente (5) Sempre						E26 __
BLOCO F - DOENÇAS RESPIRATÓRIAS						
Agora vamos falar sobre doenças respiratórias.						

F1. O(a) senhor(a) costuma ter tosse, sem estar resfriado(a) ou gripado(a)? (0) Não (1) Sim	F1 __
F2. O(a) senhor(a) tosse na maioria dos dias, por pelo menos três meses do ano? (0) Não (1) Sim	F2 __
F3. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem doença do pulmão, como: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	F3 __
F4. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem asma ou bronquite asmática? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	F4 __
F5. Algum vez na vida o(a) senhor(a) teve espirros ou coriza (nariz escorrendo) ou nariz entupido, sem estar resfriado(a) ou gripado(a)? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA F8</i> (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	F5 __
F6. Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) teve espirros ou coriza (nariz escorrendo) ou nariz entupido, sem estar resfriado(a) ou gripado(a)? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA F8</i> (1) Sim (8) Não se aplica (não teve espirros, coriza, nariz entupido) (9) Não lembra/não sabe	F6 __
F7. Nos últimos 12 meses, este problema de nariz esteve acompanhado de lágrimas ou coceira nos olhos? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não teve espirros, coriza, nariz entupido) (9) Não lembra/não sabe	F7 __
F8. Alguma vez na vida o(a) senhor(a) teve rinite alérgica? (0) Não (1) Sim	F8 __
F9. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem rinite alérgica? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	F9 __
F10. Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem síndrome da apneia obstrutiva do sono, ou seja, parar de respirar enquanto dorme? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	F10 __

F11. O(a) senhor(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? (0) Não → <i>VÁ PARA O BLOCO G</i> (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha) → <i>VÁ PARA O BLOCO G</i>	F11 __
F12. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? ____ ano(s) ____ mês(s) (8888) Não se aplica (9999) Não lembra/ não sabe	F12a __ __ F12m __ __
BLOCO G - SERVIÇOS DE SAÚDE	
Agora vamos falar sobre a utilização do serviço de saúde	
G1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família (posto de saúde)? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	G1 __
G2. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) senhor(a) recebeu visita de algum agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família do posto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe	G2 __
G3. O(a) senhor(a) tem plano de saúde ou convênio médico particular? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA G5</i> (1) Sim, plano particular. QUAL? _____ (2) Sim, plano empresarial. QUAL? _____	G3 __ G3pp__ G3pe__
G4. Como o(a) senhor(a) considera este plano de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (8) Não se aplica (não tem plano)	G4 __
G5. Quando o(a) senhor(a) foi à consulta médica pela última vez? (0) Nunca foi ao médico → <i>VÁ PARA A PERGUNTA G8</i> (1) No último mês (2) Entre o último mês e o último ano (3) De um ano a menos de 2 anos (4) De 2 anos a menos de 3 anos (5) 3 anos ou mais (9) Não lembra/não sabe	G5 __
G6. Qual foi o motivo desta consulta? (1) Acidente ou lesão (2) Doença aguda ou outro problema de saúde agudo que não seja traumático (3) Doença crônica ou outro problema de saúde crônico (4) Sessão de tratamento ou terapia para doença crônica	G6 __

<p>(5) Consulta pré-natal (6) Exame médico periódico para prevenção de doença (7) Outro exame médico (admissional, carteira de motorista, etc.) (8) Outro. Qual? _____ (9) Não lembra/não sabe (88) Não se aplica (nunca foi ao médico)</p>	
<p>G7. Essa última consulta foi:</p> <p>(1) Pelo SUS (2) Por convênio/plano de saúde particular (3) Por convênio/plano de saúde empresarial (4) Particular (8) Não se aplica (nunca foi ao médico) (9) Não lembra/não sabe</p>	G7 __
<p>G8. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) senhor(a) ficou internado em hospital por pelo menos 24 horas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	G8 __
<p>G9. O(a) senhor(a) tomou vacina contra gripe neste ano ou no ano passado?</p> <p>(0) Não (1) Sim, no posto de saúde (2) Sim, em clínica privada (9) Não lembra/não sabe</p>	G9 __
<p>G10. (SE MULHER): A senhora já fez exame preventivo de câncer do útero, também conhecido como Papanicolau ou citopatológico (CP)?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA G12 (1) Sim (8) Não se aplica (não é mulher) (9) Não lembra/não sabe → VÁ PARA A PERGUNTA G12</p>	G10 __
<p>G11. Quanto tempo faz que a senhora fez este exame?</p> <p>____ ano(s) ____ mês(s) (8888) Não se aplica (9999) Não lembra</p>	G11a __ __ G11m __ __
<p>G12. (SE MULHER): A senhora já fez alguma vez mamografia ou raio-X das mamas?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA O BLOCO H (1) Sim (8) Não se aplica (não é mulher) (9) Não lembra/não sabe</p>	G12 __
<p>G13. Quanto tempo faz que a senhora fez este exame?</p> <p>____ anos ____ meses (8888) Não se aplica (9999) não lembra</p>	G13a __ __ G13m __ __
<p>G14. (SE HOMEM COM MAIS DE 40 ANOS): O senhor já fez exame de próstata, toque retal ou PSA?</p> <p>(0) Não (1) Sim, toque retal (2) Sim, PSA (3) Sim, ambos (8) Não se aplica (9) Não lembra/não sabe</p>	G14 __

<i>BLOCO H - SEGURANÇA E HÁBITO ALIMENTAR</i>	
<i>AS PERGUNTAS H1 ATÉ H15 DEVERÃO SER RESPONDIDAS APENAS PELO CHEFE DA FAMÍLLA, SE NÃO FOR O CHEFE DE FAMÍLLA, VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16.</i>	
<i>PERGUNTAR PARA O(A) ENTREVISTADO(A) SE ELE(A) É O CHEFE DA FAMÍLLA, EXPLICANDO QUE CHEFE DA FAMÍLLA É A PESSOA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARTE DA RENDA DA FAMÍLLA.</i>	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) senhor(a) e de sua família.	
H1. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) senhor(a) teve a preocupação de que a comida acabasse antes que tivesse dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H1 __
H2. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os alimentos acabaram antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H2 __
H3. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H3 __
H4. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) senhor(a) ou algum morador deste domicílio comeu apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H4 __
H5. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H5 __
H6. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que deveria, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H6 __
H7. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)	H7 __

<p>H8. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H8 __
<p>H9. Neste domicílio, reside algum morador com menos de 18 anos de idade?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16 (1) Sim (9) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H9 __
<p>H10. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(s) morador(s) com menos de 18 anos de idade não pôde (puderam) ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H10 __
<p>H11. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(s) morador(s) com menos de 18 anos de idade comeu(comeram) apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H11 __
<p>H12. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que o(a) senhor(a) achou que deveria, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H12 __
<p>H13. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H13 __
<p>H14. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H14 __

<p>H15. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H15 __
Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares	
<p>H16. Como o(a) senhor(a) considera a sua alimentação? Para responder esta pergunta, não pense na quantidade de alimentos nem nas marcas dos produtos, e sim se sua alimentação é variada e com alimentos como carnes, peixes, legumes, verduras e frutas.</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	H16 __
<p>H17. Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer:</p> <p>a. Café da manhã (0) Não (1) Sim b. Lanche no meio da manhã (0) Não (1) Sim c. Almoço (0) Não (1) Sim d. Lanche ou café da tarde (0) Não (1) Sim e. Jantar ou café da noite (0) Não (1) Sim f. Ceia ou lanche antes de dormir (0) Não (1) Sim</p>	<p>H17a __ H17b __ H17c __ H17d __ H17e __ H17f __</p>
<p>H18. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H18 __
<p>H19. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame)</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H19 __
<p>H20. Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)?</p> <p>(0) Nunca → VÁ PARA A PERGUNTA H22 (1) Quase nunca → VÁ PARA A PERGUNTA H22 (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H20 __

<p>H21. O(a) senhor(a) tem o hábito de comer a gordura aparente da carne vermelha?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica</p>	H21 __
<p>H22. Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer frango/galinha?</p> <p>(0) Nunca → <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i> (1) Quase nunca → <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H22 __
<p>H23. O(a) senhor(a) tem o hábito de comer a pele do frango?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica</p>	H23 __
<p>H24. Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer peixe?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H24 __
<p>H25. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H25 __
<p>H26. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar suco de frutas natural?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H26 __
<p>H27. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H27 __

<p>H28. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar leite (não inclui leite vegetal, como soja, amêndoa, castanha, arroz)?</p> <p>(0) Nunca → <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (1) Quase nunca → <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H28 __
<p>H29. Quando o(a) senhor(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</p> <p>(1) Integral (2) Semidesnatado (3) Desnatado (8) Não se aplica (não toma leite) (9) Não sabe</p>	H29 __
<p>H30. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H30 __
<p>H31. Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma trocar a comida do almoço e/ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo)</p>	H31 __
<p>H32. O(a) senhor(a) costuma comer quando está assistindo TV?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não assiste TV</p>	H32 __
<p>H33. Depois que o seu prato já está servido, o(a) senhor(a) costuma colocar mais sal na comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	H33 __
<p>H34. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) senhor(a) acha que o seu consumo de sal é:</p> <p>(1) Muito baixo (2) Baixo (3) Adequado (4) Alto (5) Muito alto</p>	H34 __

H42. Esta orientação sobre alimentação ajudou o(a) senhor(a) a se alimentar melhor? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não recebeu orientação)	H42 __
H43. O(a) senhor(a) considera que suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas? (0) Não (1) Sim (3) Não tinha dúvidas (8) Não se aplica (não recebeu orientação)	H43 __
BLOCO I - ATIVIDADE FÍSICA	
<p>Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) senhor(a) deve saber que: <u>Atividades físicas fortes</u> são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal. <u>Atividades físicas moderadas</u> são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido do que o normal. Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS.</p> <p>Agora eu gostaria que o(a) senhor(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu tempo livre (lazer).</p>	
I1. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) faz caminhada no seu tempo livre? __ dia(s) POR SEMANA (0) Nenhum → <i>VÁ PARA A PERGUNTA I3</i> (9) Não sabe	I1 __
I2. Nos dias em que o(a) senhor(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? __ hora(s) __ minuto(s) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe	I2h __ __ I2m __ __
I3. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos. __ dia(s) POR SEMANA (0) Nenhum → <i>VÁ PARA A PERGUNTA I5</i> (9) Não sabe	I3 __
I4. Nos dias em que o(a) senhor(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? __ hora(s) __ minuto(s) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe	I4h __ __ I4m __ __
I5. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) faz atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc. __ dia(s) POR SEMANA (0) Nenhum → <i>VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA I7</i> (9) Não sabe	I5 __
I6. Nos dias em que o(a) senhor(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? __ hora(s) __ minuto(s) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe	I6h __ __ I6m __ __
<p>Agora eu gostaria que o(a) senhor(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro quando este deslocamento dura PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar amigos ou ir à escola/faculdade.</p>	
I7. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? __ dia(s) POR SEMANA (0) Nenhum → <i>VÁ PARA A PERGUNTA I9</i> (9) Não sabe	I7 __

I8. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) senhor(a) pedala por dia? ___ hora(s) ___ minuto(s) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe	I8h ___ I8m ___
I9. Quantos dias por semana o(a) senhor(a) caminha para ir de um lugar a outro? ___ dia(s) POR SEMANA (0) Nenhum → <i>VÁ PARA A PERGUNTA I11</i> (9) Não sabe	I9 ___
I10. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) senhor(a) caminha por dia? ___ hora(s) ___ minuto(s) (8888) Não se aplica (9999) Não sabe	I10h ___ I10m ___
I11. O(a) senhor(a) realiza mais atividade física durante o período do horário de verão? (0) Não (1) Sim	I11 ___
BLOCO J – PERCEPÇÃO DO BAIRRO	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o bairro em que você mora	
J1. Existe perto de sua casa algum lugar PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício físico ou praticar esporte? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J1 ___
J2. Sua casa já foi assaltada ou roubada alguma vez? (0) Não (1) Sim	J2 ___
J3. O(a) senhor(a) gosta de morar neste bairro? (0) Não (1) Sim	J3 ___
J4. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA J6</i> (1) Sim (9) Não sabe → <i>VÁ PARA A PERGUNTA J6</i>	J4 ___
J5. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe	J5 ___
J6. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, light/diet) à venda próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J6 ___
J7. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (<i>fast-food</i>) próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim	J7 ___

Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa. Considere como perto os locais nos quais o(a) senhor(a) consegue chegar caminhando em 10 minutos.	
J8. Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J8 __
J9. Como o(a) senhor(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas	J9 __
J10. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa? (0) Não → <i>VÁ PARA PERGUNTA J12</i> (1) Sim	J10 __
J11. Como o(a) senhor(a) considera as áreas verdes perto de sua casa? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas (8) Não se aplica (não existem áreas verdes)	J11 __
J12. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)? (0) Não (1) Sim	J12 __
J13. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J13 __
J14. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J14 __
Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.	
J15. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou o uso de bicicletas perto da sua casa? (0) Não (1) Sim	J15 __
J16. Existem faixas de segurança para atravessar as ruas perto de sua casa? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA J18</i> (1) Sim	J16 __
J17. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem a faixa de segurança? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica	J17 __
J18. Existe fumaça de poluição perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J18 __

Agora vamos falar sobre a segurança de seu bairro	
J19. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite? (0) Não (1) Sim	J19 __
J20. Durante o dia o(a) senhor(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J20 __
J21. Durante a noite o(a) senhor(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta, ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim	J21 __
Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e o clima no seu bairro	
J22. Algum amigo ou vizinho convida o(a) senhor(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J22 __
J23. Algum parente convida o(a) senhor(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim	J23 __
J24. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas em seu bairro? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe	J24 __
J25. O clima (frio, chuva ou calor) dificulta que o(a) senhor(a) caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes em seu bairro? (0) Não (1) Sim	J25 __
J26. O(a) senhor(a) tem cachorro? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA J28</i> (1) Sim	J26 __
J27. O senhor(a) costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não tem cachorro)	J27 __
J28. O(a) senhor(a) tem medo ou preocupação com alguma destas coisas no bairro onde mora?	
a. Sujeira ou poluição (0) Não (1) Sim	J28a __
b. Violência de bandidos, assaltos e outros tipos de crime (0) Não (1) Sim	J28b __
c. Animais perigosos ou doenças transmitidas por eles (0) Não (1) Sim	J28c __
d. Tempestades ou enchentes (0) Não (1) Sim	J28d __
e. Incêndio, explosão ou vazamento de produto de alguma empresa (0) Não (1) Sim	J28e __
f. Incêndio, explosão ou vazamento de algum veículo de transporte (0) Não (1) Sim	J28f __

<i>BLOCO L – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA</i>	
Agora vamos falar sobre aula de educação física. Considere aula de educação física um contato direto com professor, instrutor, personal trainer em academias, serviços, clubes, entre outros espaços.	
L1. Desde <TRÊS MESES ATRÁS>, o(a) senhor(a) realizou aula com algum professor de Educação Física? (0) Não → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L7</i> (1) Sim (9) Não lembra → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L7</i>	L1 __
L2. Em que lugar ocorreu esta aula? <i>(NO CASO DE MAIS DE UMA RESPOSTA, PRIORIZAR O LUGAR QUE O ENTREVISTADO FREQUENTA HÁ MAIS TEMPO).</i> (1) Academia de ginástica, musculação, personal trainer (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na UNESC (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar. Qual? _____ (8) Não se aplica (não realizou aula) (9) Não lembra	L2 __
L3. Esta aula foi paga ou de graça? (1) Paga (2) De graça (8) Não se aplica (não realizou aula)	L3 __
L4. Em quantos dias da semana ocorre esta aula? (1) 1 vez por semana (2) 2 vezes por semana (3) 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (8) Não se aplica (não realizou aula) (9) Não quis responder/não sabe	L4 __
L5. Qual o principal motivo que levou o(a) senhor(a) a buscar esta aula de Educação Física? (1) Emagrecimento (2) Recomendação/ Orientação profissional (médico, nutricionista, outro) (3) Ganho de Massa Muscular/ Definição muscular (força) (4) Convívio Social (5) Saúde/ Qualidade de Vida / Bem-estar (6) Outro. Qual? _____ (8) Não se aplica (não realizou aula)	L5 __
L6. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está frequentando a aula de Educação Física? __ __ __ __ mês(es) → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> (88) Não se aplica (não realizou aula) (99) Não lembra → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i>	L6 __ __

<i>AS PERGUNTAS L7 ATÉ L11 DEVEM SER APLICADAS SE O ENTREVISTADO NÃO REALIZOU AULA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES COM PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA</i>	
<p>L7. O(a) senhor(a) procurou professor de Educação Física nos últimos três meses?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim. Onde? _____ → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L9</i></p> <p>(8) Não se aplica (realizou aula nos últimos três meses)</p>	L7 __
<p>L8. Por qual motivo o(a) senhor(a) não procurou professor de Educação Física?</p> <p>(1) Não sabe onde procurar</p> <p>(2) Ninguém disse que precisava</p> <p>(3) Não precisa</p> <p>(4) Falta de tempo</p> <p>(5) Outro motivo. Qual? _____</p> <p>(8) Não se aplica (realizou aula nos últimos três meses)</p>	L8 __
<p>L9. O(a) senhor(a) lembra qual foi o último lugar onde realizou aula com professor de Educação Física?</p> <p>(0) Nunca realizou → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i></p> <p>(1) Academia de ginástica, musculação, personal trainer</p> <p>(2) Escola, aula de educação física na escola</p> <p>(3) Posto de Saúde, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)</p> <p>(4) No hospital, clínica de recuperação</p> <p>(5) Na UNESC</p> <p>(6) Na rua, em uma praça</p> <p>(7) Em outro lugar. Qual? _____</p> <p>(8) Não se aplica (realizou aula nos últimos três meses)</p> <p>(9) Não lembra → <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i></p>	L9 __
<p>L10. Esta aula foi paga ou de graça?</p> <p>(1) Paga → <i>VÁ PARA O BLOCO M</i></p> <p>(2) De graça → <i>VÁ PARA O BLOCO M</i></p> <p>(8) Não se aplica (realizou aula nos últimos três meses)</p> <p>(9) Não soube responder → <i>VÁ PARA O BLOCO M</i></p>	L10 __
<p>L11. Se o(a) senhor(a) tivesse que procurar um lugar com professor de Educação Física, qual lugar seria?</p> <p>(1) Escola</p> <p>(2) Academia</p> <p>(3) Posto de Saúde</p> <p>(4) Hospital</p> <p>(5) UNESC</p> <p>(6) SESI</p> <p>(7) Outro lugar. Qual? _____</p> <p>(8) Não se aplica (realizou aula nos últimos três meses)</p> <p>(9) Não sabe/não quis responder</p>	L11 __

<i>BLOCO M – SAÚDE MENTAL</i>	
<p>→ MOstrar CARTÃO-RESPOSTA COM OS ROSTOS PARA O(A) ENTREVISTADO(A)</p> <p>Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (APONTAR PARA O ROSTO 1) até uma pessoa que se sente muito triste (APONTAR PARA O ROSTO 7)</p>	
<p>M1. Qual desses rostos mostra melhor como o(a) senhor(a) se sentiu na maior parte do tempo, no último ano?</p> <div style="text-align: center;"> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> </div>	M1 __
<p>Agora vamos falar sobre como o(a) senhor(a) tem se sentido no último mês.</p> <p>→ MOSTRE O CARTÃO-RESPOSTA PARA O(A) ENTREVISTADO(A)</p>	
<p>M2. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M2 __
<p>M3. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M3 __
<p>M4. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido nervoso e “estressado”?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M4 __
<p>M5. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M5 __
<p>M6. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M6 __

<p>M7. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M7 __
<p>M8. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M8 __
<p>M9. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M9 __
<p>M10. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M10 __
<p>M11. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M11 __
<p>M12. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M12 __
<p>M13. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M13 __
<p>M14. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?</p> <p>(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre</p>	M14 __

M15. Neste último mês, com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) Às vezes (3) Quase sempre (4) Sempre	M15 __
<i>BLOCO N – SAÚDE BUCAL</i>	
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seus dentes	
N1. Com que frequência o(a) senhor(a) range os dentes ou alguém de sua família lhe disse que o(a) senhor(a) range os dentes durante o sono? (0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (9) Não sabe	N1 __
N2. O(a) senhor(a) tem impressão de que seus dentes são mais desgastados do que deveriam ser? (0) Não (1) Sim	N2 __
N3. O(a) senhor(a) sente cansaço ou dor nos músculos da mandíbula ou da boca quando acorda? (0) Não (1) Sim	N3 __
N4. O(a) senhor(a) sente dor nas têmporas (lateral da cabeça, acima das orelhas) quando acorda? (0) Não (1) Sim	N4 __
N5. O(a) senhor(a) tem dificuldade de abrir a boca quando acorda? (0) Não (1) Sim	N5 __
N6. O(a) senhor(a) usa prótese ou dentadura? (0) Não (1) Sim, superior e inferior → VÁ PARA A PERGUNTA N9 (2) Sim, superior → VÁ PARA A PERGUNTA N9 (3) Sim, inferior → VÁ PARA A PERGUNTA N9	N6 __
N7. Quantas vezes por dia o(a) senhor(a) escova os dentes? __ vez(s) (88) Não se aplica (usa prótese ou dentadura)	N7 __
N8. O(a) senhor(a) passa fio dental todos os dias? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica	N8 __
N9. O(a) senhor(a) já consultou o dentista alguma vez? (0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA N13 (1) Sim	N9 __
N10. Quanto tempo faz que o(a) senhor(a) consultou o dentista pela última vez? __ __ ano(s) __ __ mês(s) (8888) Não se aplica (9999) Não lembra	N10a __ __ N10m __ __

<p>N11. Qual o motivo da última consulta com o dentista?</p> <p>(1) Revisão / consulta de rotina (2) Dor de dente (3) Outro motivo. Qual? _____ (8) Não se aplica (nunca consultou o dentista) (9) Não lembra</p>	N11 __
<p>N12. Qual o tipo de serviço utilizado na última consulta com o dentista?</p> <p>(1) Público (2) Particular (3) Convênio (8) Não se aplica (nunca consultou o dentista) (9) Não lembra/não sabe</p>	N12 __
<p>N13. Nos últimos seis meses, isto é, desde <MÊS> até agora, o(a) senhor(a) teve dor de dente?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe</p>	N13 __
<p>N14. Com relação aos seus dentes e à sua boca, o(a) senhor(a) diria que está:</p> <p>(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito</p>	N14 __
<i>BLOCO O – SAÚDE MENTAL (SEGUNDA PARTE)</i>	
<p>O questionário está chegando ao fim. Faltam apenas mais dez perguntas. Agora vamos falar sobre como o(a) senhor(a) tem se sentido nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.</p> <p>→ <i>MOSTRE O CARTÃO-RESPOSTA O(A) ENTREVISTADO(A)</i></p>	
<p>O1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O1 __
<p>O2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O2 __
<p>O3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O3 __

<p>O4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O4 __
<p>O5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O5 __
<p>O6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O6 __
<p>O7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O7 __
<p>O8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O8 __
<p>O9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O9 __
<p>O10. Considerando as últimas duas semanas, com que frequência os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>	O10 __
<p><i>AGRADEÇA A ATENÇÃO, DIGA QUE A EQUIPE DE PESQUISA ESTÁ À DISPOSIÇÃO PARA PRESTAR ALGUM TIPO DE ENCAMINHAMENTO E ANOTE OS NÚMEROS DE TELEFONE PARA CONTATO NA PRÓXIMA PÁGINA.</i></p>	

Questionário de Rio Grande, RS e de Criciúma, SC, 2020/21

Responsável Rio Grande: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567

Responsável Criciúma: Prof. Dr. Antônio A. Schäfer – Telefone: (48) 34312609



C E P A S COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS
 E-mail: cepas@furg.br - Telefone: 3237.4652 - Homepage: www.cepas.furg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Medicina – Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde e em Saúde Pública
 Responsável: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567 ou (53) 3237-4621
 E-mail: scdumith@yahoo.com.br

Você, está convidado (a) a participar do estudo “*Impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população*”. Trata-se de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG e desenvolvida com o apoio/financiamento da FAPERGS.

O objetivo geral é “avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral. A sua participação é voluntária. Cabe a você decidir se aceita ou não participar. Caso desejar, podemos encaminhar por e-mail uma cópia do TCLE. Ao aceitar, você responderá a um questionário com duração aproximada de 20 a 30 min. Ao completar o questionário, considerar-se-á que você leu o termo de consentimento e aceitou voluntariamente participar da pesquisa. **Havendo qualquer dúvida você ou seus familiares poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (53) 3237-4641.**

As informações prestadas serão utilizadas sem identificação pessoal. A identificação, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas.

1- Você concorda em participar desta pesquisa?

- NÃO
 SIM

2- Documento de identificação:
 (*Apenas um dos documentos.)

- CPF
 RG

Documento de identificação (CPF): _____

Documento de identificação (RG): _____

IDENTIFICAÇÃO

NÚMERO DO SETOR:

NÚMERO DO DOMICILIO:

NÚMERO DA PESSOA:

ENDEREÇO:

- Casa
 Apartamento

BAIRRO:

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADORA:

BLOCO A - GERAL

1- Qual o seu nome completo?

2- Sexo (observado pelo entrevistador)

- Masculino
 Feminino

3- Qual a sua idade?

4- Qual a sua data de nascimento?

5- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste bairro? (ANOS)

_____ (ANOS)

6- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora neste bairro? (MESES)

_____ (MESES)

7- Qual o seu estado civil?

- Casado
 Solteiro
 Separado/Divorciado
 Viúvo

8- A sua cor ou raça é:

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 Não sabe ou não quis responder

9- O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

- Não
 Sim

ORIENTAÇÃO PARA O(A) ENTREVISTADOR(A):

1º GRAU: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série.

2º GRAU: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano.

3º GRAU: ensino superior, ou seja, faculdade.

4º GRAU: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.

10- Até que GRAU o(a) Sr.(a) estudou?

- 1º GRAU: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série.
 - 2º GRAU: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano.
 - 3º GRAU: ensino superior, ou seja, faculdade.
 - 4º GRAU: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.
 - Nenhum.
-

11.1- Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

1º Grau:

(* Considerar séries concluídas)

- Pré-escola (Jardim de Infância)
 - 1ª série do Ensino Fundamental
 - 2ª série do Ensino Fundamental
 - 3ª série do Ensino Fundamental
 - 4ª série do Ensino Fundamental
 - 5ª série do Ensino Fundamental
 - 6ª série do Ensino Fundamental
 - 7ª série do Ensino Fundamental
 - 8ª série do Ensino Fundamental
-

11.1- Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

2º GRAU:

(Considerar séries CONCLUÍDAS)

- 1º ano do Ensino Médio
 - 2º ano do Ensino Médio
 - 3º ano do Ensino Médio
-

11.1- Até que série você estudou?

- Estou cursando Ensino Superior/Técnico
 - Já concluí o Ensino Superior
-

Alguma vez na vida a Sra. já engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?

- Não
 - Sim
-

A Sra. está grávida no momento?

- Não
 - Sim
-

12- O(a) senhor(a) tem filho ou filha?

- Não
 - Sim
-

12.1- Se sim, quantos?

(* Considerar filhos vivos.)

13- O(a) Sr.(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? (em quilos)

Atenção: Se estiver grávida, pergunte o peso antes de engravidar:

(999 = Não sabe ou não quis informar)

14- O(a) Sr.(a) sabe sua altura? (em centímetros)

(999 = Não sabe ou não quis informar)

15- Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Regular
- Ruim

BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida.**

1- Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?

- Não
- Sim, todos os dias
- Sim, mas não todos os dias

1.1- Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia?

(Referência: um maço possui 20 cigarros.)

1.1a- Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia?

(Referência: um maço possui 20 cigarros.)

2- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?

- Não bebo nunca ou menos de uma vez por semana
- Um dia ou mais de um dia por semana

2.1- Quantos dias por semanas você consome bebida alcoólica?

- Um dia por semana
- Dois dias por semana
- Três dias por semana
- Quatro dias por semana
- Cinco dias por semana
- Seis dias por semana
- Sete dias por semana

2.2- Em geral, no dia em que o(a) Sr.(a) consome bebida alcoólica, quantas doses de bebida o(a) Sr.(a) consome? 01 DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA EQUIVALE:

1 LATA DE CERVEJA;

1 TAÇA DE VINHO;

1 DOSE DE CACHAÇA, WHISKY OU QUALQUER OUTRA BEBIDA ALCOÓLICA DESTILADA.

2.3- Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu 5 ou mais (se HOMEM) ou 4 ou mais (se MULHER) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- Não
- Sim
- Não quis responder

3- Que horas o(a) senhor(a) costuma dormir durante a semana (de segunda a sexta-feira)?

HORAS:

MINUTOS:

4- Que horas o(a) senhor(a) costuma acordar durante a semana (de segunda a sexta-feira)?

HORAS:

MINUTOS:

5- Como o(a) Sr.(a) considera a qualidade do seu sono?

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

6- O(a) Sr.(a) toma remédio para dormir?

- Não
- Sim

6.1- Durante o mês passado, quantas vezes o(a) senhor(a) tomou remédio para dormir?

- Nenhuma vez durante o mês passado
- Menos de uma vez por semana
- Uma ou duas vezes por semana
- Três ou mais vezes por semana

BLOCO C - SOCIOECONÔMICO**Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.**

1- Quantas peças da casa são usadas para dormir?

2- Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio?

3- Neste domicílio existe:

(* Pode ser marcado mais de um item.)

- Freezer separado da geladeira
- Vídeo/DVD?
- Telefone fixo?
- Máquina de lavar roupa?
- Máquina de secar roupa?
- Forno microondas?
- Computador ou notebook?
- Acesso à internet?
- Aparelho de ar condicionado

4- Quantos carros há no domicílio?

5- Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?

- Não
- Sim

6- Contando com o(a) Sr.(a), quantas pessoas moram neste domicílio?

7- O(a) Sr.(a) se considera o chefe da família?

- Não
- Sim
- Não sabe

8- No último mês, o(a) Sr.(a) trabalhou sendo pago(a)?

- Não
- Sim
- Estava em férias/licença

9- Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)?
(SE NECESSÁRIO, LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Menos de R\$ 500,00
- De R\$ 500,00 a 1.000,00
- De R\$ 1.001,00 a 2.000,00
- De R\$ 2.001,00 a 4.000,00
- De R\$ 4.001,00 a 6.000,00
- De R\$ 6.001,00 a 8.000,00
- De R\$ 8.001,00 a 10.000,00
- De R\$ 10.001,00 a 20.000,00
- Mais de R\$ 20.000,00
- Não tem renda
- Não quis informar

10- O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas?

- Não
- Sim
- Em parte

Bloco D - Covid19

BLOCO 01: Distanciamento social

Durante o período de distanciamento social, em que apenas os serviços essenciais estavam abertos, você:

	Não	Sim	IGN
1- Você saiu de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Saiu para necessidades essenciais (trabalho, supermercado, farmácia)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Saiu para realizar atividades de lazer/atividade física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Saiu para visitar amigos/parentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Saiu de casa normalmente, como fazia antes das medidas de distanciamento social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Utilizou ônibus e/ou lotação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Frequentou bares, restaurantes e shoppings?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Recebeu em sua casa familiares e/ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Interagiu com seus amigos e/ou familiares utilizando ferramentas online?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Usou de estratégias como por exemplo: meditação, mindfulness, yoga, tai chi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Consultou com psiquiatra ou psicólogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- Praticou alguma crença, religião ou espiritualidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13- Teve alguém para ajudar nas demandas cotidianas (por exemplo: fazer a comida, limpar a casa, fazer compras)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 - Você faz uso das seguintes substâncias?

	Não	Sim
ÁLCOOL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TABACO (CIGARRO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROGAS ILÍCITAS (MACONHA, CRACK, ENTRE OUTRAS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.1- Se a resposta for positiva para ÁLCOOL: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:

- AUMENTOU
 DIMINUIU
 CONTINUOU IGUAL

14.2- Se a resposta for positiva para TABACO: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:

- AUMENTOU
 DIMINUIU
 CONTINUOU IGUAL

14.3- Se a resposta for positiva para DROGAS ILÍCITAS: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:

- AUMENTOU
 DIMINUIU
 CONTINUOU IGUAL

BLOCO 02: Medidas de proteção individual.

Nos últimos 30 dias, com qual frequência, você tem adotado os comportamentos abaixo:

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
17- Lavado as mãos com água e sabão:	<input type="radio"/>				
18- Utilizado álcool 70%:	<input type="radio"/>				
19- Usado o lenço ou antebraço na frente da boca na hora de espirrar ou tossir:	<input type="radio"/>				
20- Utilizado máscara de proteção ao sair de casa:	<input type="radio"/>				

BLOCO 03: Sintomas relacionados à Covid-19.

21- Você realizou teste e/ou exame para diagnóstico da COVID-19?

- Não
 Sim
 IGN

22- Qual foi o resultado do teste?

- NEGATIVO
- POSITIVO
- NSA
- IGN

(SE RECEBEU DIAGNÓSTICO POSITIVO)

Ao receber o diagnóstico, você:

	Não	Sim	IGN
23- Ficou em casa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24- Recebeu atendimento através de serviços de teletriagem:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25- Recebeu visita de algum profissional de saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26- Foi hospitalizado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bloco D.1 - Covid 19

DURANTE O PERÍODO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL, VOCÊ:

27- Teve contato pessoal próximo com alguém diagnosticado com a COVID-19?

- Não
 Sim
 IGN

APRESENTA OU APRESENTOU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO:

	Não	Sim	IGN
28- Tem ou teve sensação febril ou febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29- Tem ou teve tosse sem catarro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30- Tem ou teve dificuldade para respirar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31- Tem ou teve dor de garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32- Tem ou teve dor muscular ou cansaço a mais do que o normal para o Sr(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33- Tem ou teve diarreia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34- Tem ou teve diminuição do paladar (gosto dos alimentos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35- Tem ou teve diminuição do olfato (sentir cheiros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36- Tem ou teve tremores ou calafrios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37- Tem ou teve dor de cabeça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38- Apresenta ou apresentou dois ou mais sintomas de síndrome gripal ao mesmo tempo (como por exemplo: febre, tosse, coriza, dificuldade para respirar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOCO 04: Acesso e utilização de serviços de saúde (relativo a COVID-19)

39- Você procurou atendimento em algum serviço de saúde por causa do(s) sintoma(s) acima relatado(s)? (* NSA: Não Se Aplica)

- Não
 Sim
 NSA

40- Qual foi o serviço de saúde procurado?
(* Marque uma única alternativa.)

- UBS/ Posto de saúde
- Consultório Médico Particular ou convênio
- Unidade de pronto atendimento (UPA)/ Unidade de atendimento 24h/Pronto socorro
- Hospital
- Teletriagem
- Centro de triagem para COVID-19

BLOCO 05: Teletriagem

	Não	Sim	IGN
41- Você sabe o que são os serviços de teletriagem e telemedicina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42- Você já usou os serviços de teletriagem e telemedicina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOCO 06: Meios de comunicação utilizados para buscar informações sobre a Covid-19.

43- Em relação à Covid-19, qual é a principal fonte de informação que você utiliza para se informar sobre a doença?
(* Marque uma única alternativa)

- TELEVISÃO
- RÁDIO
- JORNAL
- SITES DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E/OU GOVERNAMENTAIS
- REDES SOCIAIS (FACEBOOK, INSTAGRAM, WHATSAPP)
- SITES EM GERAL

44- Quantas vezes você busca ou recebe informações sobre a COVID-19?

- VÁRIAS VEZES POR DIA
- ALGUMAS VEZES POR DIA
- POUCAS VEZES AO DIA
- APENAS UMA VEZ AO DIA
- ALGUMAS VEZES POR SEMANA
- NUNCA

BLOCO 07: Medo de pegar a Covid-19.

Identifique através da escala qual a melhor opção para a resposta



DISCORDO TOTALMENTE DISCORDO INDIFERENTE CONCORDO CONCORDO TOTALMENTE IGN

- | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 45- Eu tenho medo de pegar o Coronavírus: | <input type="radio"/> |
| 46- Fico desconfortável ao pensar no Coronavírus: | <input type="radio"/> |
| 47- Minhas mãos ficam úmidas quando penso no Coronavírus: | <input type="radio"/> |
| 48- Tenho medo de perder minha vida por causa do Coronavírus: | <input type="radio"/> |
| 49- Quando assisto notícias e histórias sobre o Coronavírus nas mídias sociais, fico nervoso ou ansioso: | <input type="radio"/> |
| 50- Não consigo dormir porque estou preocupado com o Coronavírus: | <input type="radio"/> |
| 51- Meu coração dispara ou palpita quando penso que posso pegar Coronavírus: | <input type="radio"/> |

BLOCO 08: Trabalho e renda

52) Como o distanciamento social devido a pandemia de Covid-19 afetou a sua ocupação/trabalho?
 (* Marque uma única alternativa.)

- NÃO TRABALHAVA ANTES E CONTINUEI SEM TRABALHAR
 CONTINUEI TRABALHANDO NORMALMENTE
 CONTINUEI TRABALHANDO, MAS EM CASA (HOME OFFICE)
 COMECEI A TRABALHAR DURANTE A PANDEMIA
 PERDI O EMPREGO OU PAREI DE TRABALHAR
 OUTRO

53) Durante o período de distanciamento social devido à pandemia:
 (* Marque uma única alternativa.)

- TRABALHEI UM POUCO MAIS DO QUE O DE COSTUME
 TRABALHEI MUITO MAIS DO QUE O DE COSTUME, ME SENTI SOBRECARRREGADO(A)
 TRABALHEI NO MESMO RITMO QUE COSTUMAVA TRABALHAR
 TRABALHEI MENOS DO QUE O DE COSTUME

Bloco E - DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO E - DOENÇAS CRÔNICAS

As próximas perguntas são sobre algumas doenças.

1- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe

2- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe

3- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe

4- Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tinha depressão?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe

4.1- Desde o mês de março deste ano até agora, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr.(a) tem depressão?

- Não
 Sim

4.2- O(a) Sr.(a) toma remédio para tratar a depressão?

- Não
 Sim

4.3- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) toma remédio para tratar a depressão? (ANOS)

(9999 = Não sabe ou não quis informar)

4.3.1- MESES:

(9999 = Não sabe ou não quis informar)

5- Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (transtorno obsessivo compulsivo)?

- Não
 Sim

5.1- Este diagnóstico ocorreu de março até agora?

- Não
 Sim

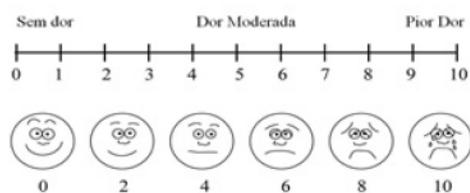
6- Antes da pandemia, o(a) Sr.(a) teve dor nas costas?

- Não
 Sim

6.1- Esta dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos?

- Não
 Sim

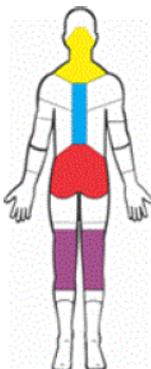
MOstrar A IMAGEM PARA RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA:



6.2- Numa escala de 0 a 10, qual foi a intensidade da sua dor?

(* Baseado na imagem anterior.)

MOstrar FIGURA PARA RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA:



6.3- Em que local o(a) Sr.(a) sentiu esta dor? (MOSTRAR FIGURA)

	Não	Sim
AMARELO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AZUL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VERMELHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

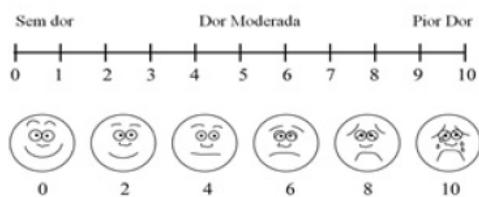
7- Durante a pandemia, o(a) Sr.(a) teve dor nas costas?

- Não
 Sim

7.1- Esta dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos?

- Não
 Sim

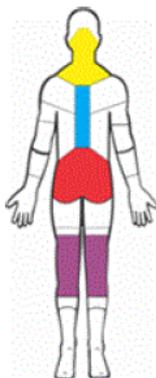
MOSTRAR ESSA IMAGEM PARA RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA:



7.2- Numa escala de 0 a 10, qual foi a intensidade da sua dor?

(* Baseado na imagem anterior.)

MOSTRAR FIGURA PARA RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA:

**7.3- Em que local o(a) Sr.(a) sentiu esta dor (MOSTRAR FIGURA):**

	Não	Sim
AMARELO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AZUL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VERMELHO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bloco G - SERVIÇOS DE SAÚDE

rayma 20

Agora vamos falar sobre a utilização do serviço de saúde.

1- O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico particular?

- Não
 Sim, plano particular
 Sim, plano empresarial

1.1- Qual?

1.2- Qual?

2- Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez? (ANOS)

(9999 = Não sabe ou não quis informar)

Meses:

("9999 = Não sabe ou não quis informar")

3- O(a) Sr.(a) tomou vacina contra gripe neste ano?

- Não
 Sim

3.1- Essa vacina foi:

- Em posto de saúde
 Em clínica privada

Bloco H - CONSUMO ALIMENTAR

BLOCO H - CONSUMO ALIMENTAR

Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares.

1- Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer:
(* Pode ser marcado mais de um item.)

- Café da manhã
- Lanche no meio da manhã
- Almoço
- Lanche ou café da tarde
- Jantar ou café da noite
- Ceia ou lanche antes de dormir

2- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

3- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame)

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

4- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

5- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer frango/galinha?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

6- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

7- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

8- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar leite (não inclui leite vegetal, como soja, amêndoa, castanha, arroz)?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

9- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

10- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança em seu peso corporal?

- Não, permaneceu igual
- Sim, aumentou
- Sim, diminuiu
- Não sei informar

11- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na quantidade de alimentos ingeridos em sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais
- Sim, comecei a comer menos
- Não sei informar

12- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na qualidade de sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis (como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros)
- Sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis (produtos industrializados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, fast foods, entre outros)
- Não sei informar

Bloco I - INSEGURANÇA ALIMENTAR

Página 23

BLOCO I - INSEGURANÇA ALIMENTAR

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) Sr.(a) e de sua família.

1) O(a) Sr.(a) é o(a) responsável pela compra dos alimentos na sua casa?

- Não
 Sim

2) O(a) Sr.(a) é o(a) responsável pelo preparo dos alimentos na sua casa?

- Não
 Sim

3) 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?

- Não
 Sim

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

- Não
 Sim

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

- Não
 Sim

6) 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?

- Não
 Sim

7) 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?

- Não
 Sim

Bloco J - ATIVIDADE FÍSICA

Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que:

ATIVIDADES FÍSICAS FORTES são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar muito mais rápido que o normal; **ATIVIDADES FÍSICAS MODERADAS** são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar um pouco mais rápido do que o normal.

Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu **TEMPO LIVRE (de LAZER)**.

1- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre?

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

1.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

(99 = NÃO SABE)

MINUTOS:

(99 = NÃO SABE)

2- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

2.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades fortes, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

MINUTOS:

3- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

3.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades moderadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

HORAS:

MINUTOS:

_____ (0 = Nenhum - 99 = Não sabe)

Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro.

Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.

4- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

4.1- Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia?

HORAS:

MINUTOS:

5- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar a outro?

_____ (0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

5.1 Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminha por dia?

HORAS:

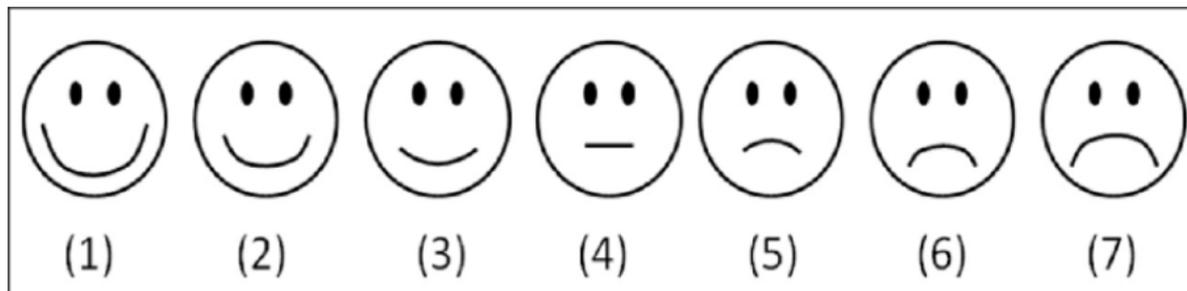
MINUTOS:

6. Durante o período de distanciamento social, a sua prática de atividades físicas:
(* Ler opções)

- Aumentou
- Diminuiu
- Continuou igual

Bloco K - SAÚDE MENTAL

Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (apontar para o primeiro rosto) até uma pessoa que se sente muito triste (apontar para o último rosto).



Qual desses rostos mostra melhor como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, neste ano?

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

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês. (MOSTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)

1- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

2- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

3- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e "estressado"?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

4- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

5- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

6- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

7- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

8- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

9- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

10- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

11- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

12- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

13- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

14- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

Bloco L - SAÚDE MENTAL (segunda parte)

1- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

2- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

3- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

4- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

5- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

6- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

7- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

8- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

9- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

10- Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- Nenhum dia
 Menos de uma semana
 Uma semana ou mais
 Quase todos os dias

AGRADEÇA A ATENÇÃO, DIGA QUE A EQUIPE DE PESQUISA ESTÁ À DISPOSIÇÃO PARA PRESTAR ALGUM TIPO DE ENCAMINHAMENTO E PEGUE OS NÚMEROS DE TELEFONE PARA CONTATO.

AGORA SOLICITO O SEU NÚMERO DE TELEFONE CASO A EQUIPE DA PESQUISA PRECISE ENTRAR EM CONTATO COM O(A) SR.(A):

TELEFONE 1:

NOME 1:

TELEFONE 2:

NOME 2:

O(a) Sr.(a) gostaria de falar alguma coisa?

(O entrevistado poderá deixar algum comentário ou solicitação sobre a entrevista ou sobre sua condição de saúde.)

ANEXOS

ANEXO 1**Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa****Parecer CEP de Rio Grande, RS, 2016**

CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 20/2016

CEPAS 08/2016

CAAE: 52939016.0.0000.5324

Processo: 23116.000438/2016-61

Título da Pesquisa: Saúde da população Riograndina.

Pesquisador Responsável: Samuel de Carvalho Dumith

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 14/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Saúde da população Riograndina.**"

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 18 de março de 2016.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Eli Sinnott Silva'.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

Parecer CEP de Criciúma, SC, 2019

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SAÚDE DA POPULAÇÃO CRICIUMENSE

Pesquisador: Fernanda de Oliveira Meller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04033118.4.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.084.521

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que será conduzido por pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e bolsistas de iniciação científica no período de março a maio de 2019. Os dados serão coletados através de um questionário único, pré-codificado e padronizado, contendo informações sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e de saúde dos indivíduos estudados. Todas as informações serão coletadas por entrevistadores devidamente treinados. Para a seleção dos domicílios, serão selecionados sistematicamente uma média de 10 domicílios por setor, com probabilidade proporcional ao número de domicílios no setor, totalizando cerca de 750 domicílios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC.

Objetivos Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas, comportamentais e antropométricas dos participantes;

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 3.084.521

- Avaliar o perfil de saúde dos participantes;
- Investigar a prevalência de depressão e seus fatores associados;
- Avaliar a prevalência de bruxismo e sua associação com o estresse;
- Descrever o consumo alimentar dos participantes;
- Descrever a frequência e os fatores associados à insegurança alimentar;
- Estudar a autopercepção de alimentação saudável;
- Investigar a influência de fatores ambientais sobre o nível de atividade física total, de lazer e de deslocamento;
- Caracterizar a utilização de serviços de Educação Física, no formato de aulas, bem como a descrição dos indivíduos que não utilizam estes serviços;
- Investigar a prevalência de doenças respiratórias crônicas e os seus principais fatores associados. Avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos indivíduos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na presente pesquisa não serão realizados procedimentos invasivos portanto, resguardado o sigilo dos dados pessoais dos participantes e que a aplicação do questionário e a aferição das medidas sejam realizadas em local reservado e confortável, a presente pesquisa não apresenta maiores riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa poderá contribuir com a implementação e o planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, visando fornecer melhor assistência à população da cidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Recomendações:

Recomendamos que ao término da pesquisa seja postado na plataforma Brasil o relatório final de pesquisa e que os dados sejam disponibilizados aos gestores municipais para contribuir no planejamento das ações de saúde do município.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa não apresenta pendências ou inadequações.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 3.084.521

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1270593.pdf	05/12/2018 09:32:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/12/2018 09:32:07	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Folha de Rosto	PopCrici.pdf	05/12/2018 09:30:15	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/12/2018 15:22:43	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Outros	Questionario.pdf	04/12/2018 15:22:34	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/12/2018 15:21:42	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 14 de Dezembro de 2018

Assinado por:
RENAN ANTONIO CERETTA
(Coordenador(a))

Parecer CEP de Rio Grande, RS e de Criciúma, SC, 2020/2021

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população

Pesquisador: Samuel de Carvalho Dumith

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 30955120.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.162.424

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo “P B _ I N F O R M A Ç Õ E S _ B Á S I C A S _ D O _ P R O J E T O _ 1 5 3 9 4 7 6 . p d f” .

INTRODUÇÃO

A infecção causada pelo novo coronavírus, denominado COVID-19, iniciou em uma província da China no final do ano 2019. De lá para cá, o que era um surto (âmbito local), se transformou numa epidemia em alguns países, até virar uma pandemia em nível global. No dia 15 de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em seu sítio eletrônico, relatório apontando 1.914.016 casos confirmados da COVID-19 mundialmente e 70.082 óbitos pela doença (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports/>). No Brasil, foram confirmados, até a presente data, 25.262 casos, dos quais 1.532 foram a óbito, conferindo uma letalidade de 6% (<https://covid.saude.gov.br/>). O Rio Grande do Sul é o nono estado do Brasil com o maior número de casos, havendo 747 casos confirmados e 19 óbitos, atingindo 88 municípios do estado (<http://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>). Apesar de recente, é bem provável que esta seja a terceira pior pandemia da história da humanidade, atrás da peste negra ou bubônica (século XIV) e da gripe espanhola (século XX), que exterminaram milhões de vidas. Não se sabe qual será a extensão temporal da COVID-19, ou seja, até quando este vírus assolará a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

humanidade. O que se sabe é que ele está afetando a vida de todos, tanto dos infectados como dos seus familiares, tanto dos grupos de risco quanto das pessoas que não fazem parte dos grupos de risco. Estima-se que uma a cada cinco pessoas (22%) apresentarão depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno bipolar ou esquizofrenia após situações de conflito ou de emergência, e que estas condições aumentem conforme a faixa etária (Charlson et al., 2019). Como todos estão sujeitos a adquirir e, conseqüentemente, transmitir o vírus, medidas de confinamento (ou isolamento social ou distanciamento social ou “quarentena”) estão sendo adotadas em diversos países. Porém, estas medidas, apesar de necessárias para minimizar a transmissão do vírus, podem trazer efeitos psicológicos negativos sobre a saúde da população que tendem a aumentar na medida em que aumenta o tempo de confinamento (Brooks et al., 2020). Ou seja, além do impacto sobre a saúde física das pessoas infectadas pelo coronavírus, há toda uma carga de impacto sobre a saúde mental, tanto pelas pessoas infectadas quanto por aquelas que estão se cuidando para não adquirirem o vírus. Além disso, a grande carga de informações a que as pessoas estão expostas pode também vir a ser um fator estressor (Fiorillo and Gorwood, 2020). Durante uma epidemia, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser muito superior ao número de pessoas afetadas pela infecção (Reardon, 2015). As implicações sobre a saúde mental podem ainda se estender por um longo período, mesmo após o término da pandemia (Galea et al., 2020). Isto porque, numa pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse, mesmo em indivíduos saudáveis, e intensifica tais sintomas naquelas pessoas que já tinham transtornos psiquiátricos (Shigemura et al., 2020). Esse medo e/ou estresse de ser infectado pelo vírus tem levado alguns autores a se questionar se estamos vivenciando uma outra pandemia juntamente à da COVID-19, que seria a pandemia do “pânico” (Ornell et al., 2020). Uma outra consequência da pandemia sobre a saúde mental da população é que os problemas psiquiátricos sejam considerados menos importantes do que os problemas físicos (Fiorillo and Gorwood, 2020). Tal fenômeno é compreensível, pois durante uma pandemia, é comum os profissionais de saúde focarem no patógeno (vacinas, meios de transmissão, medicamentos) e propor medidas de prevenção (Ornell et al., 2020). Entretanto, estima-se que haverá aumentos expressivos na prevalência de ansiedade, depressão, uso de substâncias (álcool, drogas e medicamentos), solidão, violência doméstica e até mesmo abuso infantil em decorrência da pandemia da COVID-19 (Galea et al., 2020). Apesar do grande número de publicações divulgadas diariamente sobre a COVID-19 – em uma busca no PubMed em 15/04/2020, havia 4.086 resultados com o termo “COVID-19” e 113 referências com a combinação “COVID-19 and mental health” – ainda há grande escassez de pesquisas sobre o impacto deste coronavírus sobre a saúde

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

mental da população. A maior parte das publicações acerca desta temática são oriundas de comentários, opiniões, editoriais e cartas ao editor, tendo como base outras epidemias. Porém, foi encontrado um estudo de revisão sistemática, publicado em 31 de março numa versão não definitiva, que almejou compilar os estudos publicados até então sobre a relação da COVID-19 com a saúde mental (Rajkumar, 2020). Os autores encontraram apenas quatro artigos originais (em que houve coleta de dados), sendo que todos foram feitos na China e apenas um foi de base populacional – os demais foram realizados com grupos específicos. Neste estudo com a população em geral (Wang et al., 2020), incluindo 1.210 respondentes de 194 cidades da China, por meio de um inquérito virtual, os autores verificaram que 8% relataram níveis moderados a severos de estresse, 16,5% apresentaram níveis moderados a severos de sintomas depressivos e 28,8% tiveram níveis moderados a severos de ansiedade. Os grupos de risco foram mulheres, estudantes, aqueles com sintomas físicos (semelhantes aos do coronavírus) e que percebiam sua saúde como ruim (Wang et al., 2020). Os autores do artigo de revisão concluem recomendando que mais pesquisas sejam feitas, principalmente para avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental de crianças e jovens, indivíduos da zona rural e pessoas de menor nível socioeconômico (Rajkumar, 2020).

HIPÓTESE

Espera-se encontrar uma deterioração nos níveis e prevalência dos indicadores de saúde mental da população de todos os sub-estudos incluídos nesta proposta. Acredita-se que esta deterioração na saúde mental esteja relacionada com decréscimo no nível socioeconômico, bem como com a prática de comportamentos não saudáveis (tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, inatividade física). Será possível avaliar também o impacto das medidas de confinamento (isolamento social ou “quarentena”) sobre a saúde mental dos indivíduos.

METODOLOGIA

Esta proposta de pesquisa caracteriza-se como um estudo experimental comunitário do tipo antes-e-depois. A intervenção ou experimento, neste caso, consiste no surgimento da epidemia do coronavírus (COVID-19), cujos primeiros casos foram confirmados no mês de março de 2020. Para tal, pretende-se replicar cinco estudos, feitos com diferentes populações e em diferentes contextos. Destaca-se que três dos estudos (adultos e idosos de Rio Grande e de Criciúma e universitários) empregaram métodos aleatórios de amostragem, com o intuito de garantir uma amostra representativa da população-alvo. Outros dois estudos (idosos da população rural e

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

estudantes do ensino médio) consistiram num censo. O motivo da inclusão do estudo com adultos e idosos de Criciúma, SC, justifica-se por ter sido empregado o mesmo instrumento e metodologia do estudo com adultos e idosos de Rio Grande, RS (Dumith et al., 2018). Todos os estudos utilizaram um questionário como instrumento para a coleta dos dados. Para atingir os objetivos da pesquisa, projeta-se refazer estes cinco estudos durante o segundo semestre do ano 2020. Ao todo, espera-se ter um banco com informações para cerca de 5.000 indivíduos. As perguntas sobre a COVID-19 (conhecimento acerca da doença e modos de transmissão, adesão às medidas de confinamento e se foi de forma espontânea, apresentação de sintomas característicos da doença, contato com pessoas infectadas, perspectivas quanto ao futuro profissional e pessoal) serão comuns a todos os estudos, permitindo a comparação destas questões entre as diferentes populações e a relação com a saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo principal da presente proposta é avaliar o impacto do COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral, incluindo:

- a) adultos e idosos da zona urbana,
- b) idosos da zona rural,
- c) estudantes do ensino médio,
- d) estudantes universitários.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Como objetivos secundários, almeja-se:

- a) analisar se as mudanças nos indicadores de saúde mental estão associadas com mudanças em indicadores socioeconômicos e comportamentais e;
- b) analisar se o conhecimento acerca da doença, adesão às medidas de isolamento e perspectivas quanto ao futuro (pessoal e profissional) estão relacionadas com a saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes. Dentre estes riscos, estão a possibilidade de desconforto e mal-estar durante a aplicação dos questionários.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

BENEFÍCIOS

A pesquisa poderá fornecer subsídios sobre como atuar para melhorar a saúde mental da população ou para evitar que piore.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa do tipo experimento natural antes e depois. O objetivo desse estudo é avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral a partir de 5 estudos anteriores já realizados.

Para atingir tais objetivos, pretende-se replicar em 2020 os estudos que foram feitos com as populações citadas abaixo entre 2016 e 2019. Dessa forma, o delineamento consiste em um estudo experimental comunitário do tipo antes-e-depois, considerando como intervenção a própria pandemia da COVID-19.

Populações estudadas:

1) Saúde da população rio grandina:

- População: Adultos e idosos (18 anos ou mais) da zona urbana do município de Rio Grande, RS
- Amostragem: Probabilística por conglomerados (seleção de setores e domicílios)
- Tamanho da Amostra: 1.500
- Modo de coleta de dados: Entrevista domiciliar face a face (tablets)

2) Saúde da população rural do Rio Grande

- População: Idosos (60 anos ou mais), residentes na zona rural do município de Rio Grande, RS
- Amostragem: Censo dos idosos incluídos na coleta feita em 2017
- Tamanho da amostra: 800
- Modo de coleta de dados: Entrevista domiciliar face a face (tablets)

3) Saúde da população adulta e idosa de Criciúma:

- População: Adultos e idosos (18 anos ou mais) da zona urbana do município de Criciúma, SC
- Amostragem: Probabilística por conglomerados (seleção de setores e domicílios)
- Tamanho da amostra: 1.000
- Modo de coleta de dados: Entrevista domiciliar face a face (tablets).

4) Saúde mental do estudante de graduação

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

- População: Estudantes de graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
- Amostragem: Probabilística com seleção aleatória das turmas
- Tamanho da amostra: 1.100
- Modo de coleta de dados: Autoaplicação dos questionários em sala de aula (smartphones)

5) Saúde na escola

- População: Estudantes do ensino médio do Instituto Federal do Rio Grande do Sul – campus Rio Grande
- Amostragem: Censo dos estudantes do ensino médio
- Tamanho da amostra: 500
- Modo de coleta de dados: Autoaplicação dos questionários em sala de aula (smartphones)

As perguntas sobre a COVID-19 (conhecimento acerca da doença e modos de transmissão, adesão às medidas de confinamento e se foi de forma espontânea, apresentação de sintomas característicos da doença, contato com pessoas infectadas, perspectivas quanto ao futuro profissional e pessoal) serão comuns a todos os estudos, permitindo a comparação destas questões entre as diferentes populações e a relação com a saúde mental. Para atingir tais objetivos, pretende-se replicar em 2020 os estudos que foram feitos com estas populações entre 2016 e 2019. Dessa forma, o delineamento consiste em um estudo experimental comunitário do tipo antes-e-depois, considerando como intervenção a própria pandemia da COVID-19.

Não haverá retenção de amostras.

Patrocinador: Financiamento próprio (Pleiteando apoio financeiro da FAPERGS).

Orçamento previsto: R\$ 150.000,00.

Número de participantes da pesquisa no Brasil: 5.000 participantes.

País de Origem: Brasil.

Previsão de início do estudo: junho/2020.

Previsão de encerramento do estudo: maio/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de respostas ao parecer pendente nº 4.055.737 emitido pela Conep em 28/05/2020:

1. Em relação ao documento intitulado "Folha_de_rosto.pdf" postado na Plataforma Brasil em

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

16/04/2020. Segundo a Norma Operacional CNS 001/2013 a Folha de Rosto é documento obrigatório e deve ser apresentada DEVIDAMENTE PREENCHIDA e em conformidade com o protocolo apresentado. No entanto, considerando a pandemia provocada pela Covid-19, o Sistema CEP/CONEP autorizou, em caráter excepcional, a dispensa de assinatura no documento, durante o tempo necessário à instalação da segurança e saúde pública. Ressalta-se que a dispensa do campo assinatura não isenta o pesquisador de apresentar os dados da instituição proponente e do gestor responsável pela autorização institucional para a execução da mesma. Solicita-se adequação do preenchimento e compromisso explícito do pesquisador de que, assim que possível, será encaminhada nova folha de rosto assinada, por meio de Notificação na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Foram realizadas as adequações no preenchimento da folha de rosto, conforme solicitado no parecer e encontra-se anexado na plataforma Brasil. Ressalta-se que assim que possível, será encaminhada nova folha de rosto assinada, por meio de notificação na Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. No que se refere ao Projeto Detalhado, documento intitulado "Proposta_FAPERGS.pdf", na página 4 de 9 lê-se "pretende-se replicar cinco estudos, feitos com diferentes populações e em diferentes contextos". Lembramos que esse é documento fundamental o qual devem conter, obrigatoriamente a descrição detalhada dos Métodos e Procedimentos justificados com base em fundamentação científica; a descrição da forma de abordagem ou plano de recrutamento dos possíveis indivíduos participantes, os métodos que afetem diretamente ou indiretamente os participantes da pesquisa, e que possam, de fato, ser significativos para a análise ética.

RESPOSTA:

Foram descritas, de maneira detalhada no projeto, os métodos e procedimentos para cada estudo que será replicado.

- Saúde da população rio grandina

Utilizará métodos aleatórios de amostragem probabilística por conglomerados, através da seleção de setores e domicílios. Será realizada uma entrevista no domicílio, por uma equipe de entrevistadoras treinadas. O entrevistado responderá ao questionário, face a face, com duração média de 20 a 30 minutos.

- Saúde da população rural do Rio Grande

O estudo utilizará o censo de idosos incluídos na coleta de 2017. Será realizada no domicílio, com identificação prévia do setor e domicílio. A entrevista será face a face através da utilização de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

tablet, sendo aplicado por um entrevistador treinado. O questionário contém informações sobre a saúde geral.

- Saúde da população adulta e idosa de Criciúma

Utilizará métodos aleatórios de amostragem (probabilística por conglomerados (seleção de setores e domicílios), garantindo assim uma amostra representativa. Os dados serão coletados no domicílio sorteado, com adultos e idosos, a partir de 18 anos que responderá a um questionário contendo informações sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e de saúde. Será aplicado por um entrevistador treinado, face a face, através da utilização de tablet.

- Saúde mental do estudante de graduação

Utilizará como método a pesquisa online, em razão das medidas de distanciamento social e prevenção da transmissão do coronavírus. Para participar os estudantes deverão acessar o formulário online disponível na plataforma de pesquisa. O questionário contém informações sobre aspectos socioeconômicos, demográficos, comportamentais, sintomatologia depressiva e ansiosa, estresse, comportamento sexual e uso de substâncias.

- Saúde na escola

Utilizará como método a pesquisa online, em razão das medidas de distanciamento social e prevenção da transmissão do coronavírus. Para participar os estudantes deverão acessar o formulário online disponível na plataforma de pesquisa do IFRS.

2.1. No que tange aos instrumentos de pesquisa, apesar dos os pesquisadores informarem que utilizarão diferentes instrumentos em diferentes populações, não são apresentados de maneira pormenorizada as diferentes etapas e seus procedimentos. Solicita-se que sejam apresentados os instrumentos de pesquisa em seu formato final que serão utilizados para coleta de dados junto ao participante de pesquisa nas diferentes populações.

RESPOSTA: Os instrumentos de pesquisa, que serão utilizados para a coleta dos dados, estão apresentados em seu formato final na plataforma.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Nos documentos do protocolo de pesquisa não consta a descrição da forma de abordagem ou plano de recrutamento dos possíveis indivíduos participantes, e que possam, de fato, ser significativos para a análise ética. Solicita-se apresentação detalhada da forma de recrutamento e estratégias de divulgação para as diferentes populações de estudo.

RESPOSTA: Foram atendidas as solicitações, apresentando detalhadamente no projeto a forma de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

recrutamento e estratégias de divulgação para as diferentes populações.

- Saúde da população rio grandina

O recrutamento será através de sorteio dos setores e domicílios dos bairros da zona urbana de Rio Grande. Cerca de 800 domicílios serão visitados por uma equipe de seis entrevistadoras e um supervisor. A divulgação será realizada através da página da FURG e meios de comunicação (TV e rádio FURG).

- Saúde da população rural do Rio Grande

Através de viatura oficial da prefeitura municipal do Rio Grande e FURG, a equipe composta de três entrevistadoras e dois supervisores, visitará as casas de idosos incluídos na coleta realizada em 2017. Será divulgado previamente as equipes de Estratégia de Saúde da Família de cada área e meios de comunicação página da FURG, TV FURG e rádio FURG)

- Saúde da população adulta e idosa de Criciúma

O recrutamento será através de sorteio dos setores e domicílios dos bairros da zona urbana de Criciúma. Cerca de 800 domicílios serão visitados por uma equipe de seis entrevistadoras e um supervisor. A divulgação será realizada através de mídia.

- Saúde mental do estudante de graduação

Os acadêmicos receberão o questionário online pelo seu e-mail pessoal. As estratégias para a divulgação contarão com o apoio institucional através da divulgação das informações através das redes sociais e página da FURG

- Saúde na escola

Os estudantes receberão o questionário online pelo seu e-mail pessoal. As estratégias para a divulgação contarão com o apoio institucional através da divulgação das informações através das redes sociais e página da escola.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. No que se refere aos procedimentos de coleta de dados, lê-se "poderão ser executados, tomando as devidas medidas de precaução, como uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) pela equipe envolvida na pesquisa". Considerando ainda que os instrumentos de coleta de dados se tratam de "Entrevistas" e "questionários autoaplicáveis" e que o momento de isolamento social prevê a diminuição de todos e qualquer contato físico para além do essencial, solicita-se que o pesquisador reconsidere a estratégia de coleta de dados apresentada bem como as medidas de segurança que serão adotadas a fim de garantir a manutenção do estado de segurança da saúde pública.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

RESPOSTA: Para a garantia da manutenção do estado de segurança da saúde pública, a pesquisa seguirá todos os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e pelo Comitê de vigilância em saúde local. Reforça-se o compartilhamento e o apoio das prefeituras e das instituições envolvidas para a realização da pesquisa. A coleta dos dados com os Universitários e estudantes de ensino médio, optou-se como alternativa a pesquisa online. Os demais estudos, será realizado no domicílio, após comum acordo entre prefeitura e vigilância em saúde. Os entrevistadores serão treinados por um profissional da área de saúde e utilizarão os equipamentos de proteção individuais (EPIs) conforme orientação do Ministério da saúde.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Em relação ao documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539476.pdf", gerado pela Plataforma Brasil em 16/04/2020:

3.1. Na página 4 de 5, item orçamento, o valor cotado é de R\$ 90.000,00 reais. Já no documento intitulado "Proposta_FAPERGS.pdf" de 16/04/2020 o valor relatado é de R\$ 150.000,00 reais. O orçamento financeiro apresentado não está de acordo com o solicitado pela Norma Operacional CNS 001/2013 (item 3.3.e). Solicita-se adequação quanto a apresentação de um único orçamento financeiro detalhado, que especifique todos os recursos e destinação, em especial os custos operacionais, bem como qual é a FONTE FINANCIADORA.

RESPOSTA: O estudo tem como fonte financiadora a Fundação de amparo à pesquisa do Estado do RS. Projeto aprovado no edital emergencial 06/2020 no valor de R\$ 100.000 (cem mil reais).

DESPESAS	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Serviços de terceiros (tradução de artigos)	– 4	- 1.000,00	- 4.000,00
Material permanente (tablets)	– 15	- 1.300,00	- 19.500,00
Aplicadores (pessoa física)	- 14 x 3	- 1.250,00 por mês/cada	- 52.500,00
Bolsa DTI - 6 meses	- 4.000,00	- 24.000,00	
Total			100.000,00

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3.2. Na página 4 de 5, o pesquisador afirma que o estudo não é multicêntrico e não informa nenhum centro participante no PB informações básicas. Entretanto, no documento "TCLE_FURG.pdf" de 16/04/2020 o título do projeto é "Saúde Mental do Estudante de Graduação do Brasil – Um Estudo MULTICÊNTRICO" (destaque nosso). Solicita-se que o pesquisador esclareça se o presente

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

projeto é ou não multicêntrico.

RESPOSTA: Serão avaliados apenas estudantes de graduação da FURG, portanto não se caracteriza como projeto multicêntrico, e sim no projeto anterior.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Em relação aos documentos intitulados "TCLE_FURG.pdf" e "TCLE.pdf" postados na Plataforma Brasil em 16/04/2020:

4.1. No que se refere ao Projeto Detalhado, documento intitulado "Proposta_FAPERGS.pdf", na página 4 de 9 lê-se "pretende-se replicar cinco estudos, feitos com diferentes populações e em diferentes contextos". Lembramos que o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em LINGUAGEM CLARA E DE FÁCIL ENTENDIMENTO para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa. (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 15). Nesse sentido, solicita-se adequação dos Registros de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma a atender a cada grupo de pesquisa e às características do processo de consentimento de cada grupo, conforme descrito na metodologia do estudo.

RESPOSTA: As adequações no TCLE foram atendidas para a cada projeto de pesquisa e suas características.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. A Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 17, Inciso I, prevê que o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, em suas diferentes formas, deve conter "a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa". O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre os procedimentos adotados, no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo. Nos casos do documento por escrito, esses devem apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que essa seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2 e 2 de 2. Recomenda-se a adequação.

RESPOSTA: Foram esclarecidos nos TCLE o local e o tempo dispensado para participar do estudo.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.3. Solicita-se incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Destaca-se no TCLE a inclusão da informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.4. O pesquisador deve assegurar de forma clara e afirmativa que o participante de pesquisa receberá uma via (e não cópia) por escrito do Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, este documento deve ser assinado pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo/a pesquisador/a, e rubricada em todas as páginas por ambos (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso X).

RESPOSTA: Destaca-se no TCLE, que todo o participante receberá uma via assinada pelo participante/representante legal e pelo pesquisador.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.5. Considerando para a composição da amostra de pesquisa está previsto "Estudantes do ensino médio do Instituto Federal do Rio Grande do Sul – campus Rio Grande, solicita-se esclarecimentos e/ou adequação do protocolo no que se refere aos participantes de pesquisa menores de 18 anos.

RESPOSTA: Para os estudantes Universitários e do Ensino médio, menores de 18 anos, será disponibilizado o TCLE para o preenchimento dos pais/responsáveis, autorizando-os a participar da pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.6. No documento apresentado está previsto que "durante o período de aplicação, os aplicadores, que receberam treinamento para acolhimento e manejo de possíveis reações adversas, estarão à sua disposição para prestação de apoio integral e gratuito". Considerando que parte da pesquisa será realizada por meio de "Autoaplicação dos questionários em sala de aula" solicitam-se que sejam apresentadas as providências e cautelas a fim de prestar assistência imediata resguardando o direito ao sigilo e confidencialidade dos dados.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

RESPOSTA: Por se tratar de uma pesquisa online, as respostas dos estudantes serão registradas diretamente em questionário eletrônico, sem necessidade de interferência do entrevistador.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.7. Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Recomenda-se que seja considerada uma forma de retorno aos participantes da pesquisa, como aconselhamento e orientações e que traga benefícios diretos a eles sem prejuízo do retorno à sociedade em geral.

RESPOSTA: Após o término do estudo, os resultados serão divulgados para os serviços de saúde, através de um relatório, que será entregue para cada instituição participante. Para a comunidade em geral, será divulgado nos jornais, rádio e televisão locais e, para a comunidade acadêmica, os resultados serão apresentados sob forma de palestra, sendo ofertado orientações e aconselhamentos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.8. No documento apresentado lê-se "ao final do instrumento será oferecido um espaço para identificação voluntária, caso você tenha interesse em receber um retorno sobre os resultados do seu questionário". Considerando que o participante de pesquisa não possui capacidade técnica para apreciar os instrumentos utilizados como indicadores de saúde mental, ou mesmo compreender que diagnóstico como Estresse, Depressão, Ansiedade, Ideação Suicida e Risco de comportamento suicida, exigem uma apurada análise do caso, onde a escala serve como indicador, mas não como determinante. Solicita-se esclarecimentos e/ou adequação no que se refere a oferta de "resultados" individualizados e as estratégias e procedimentos adotados a fim de garantir que o mesmo receba diagnóstico não conclusivo que pode acarretar inclusive em desconforto/gatilho psíquico (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Inciso V).

RESPOSTA: Quanto a oferta dos resultados de forma individualizada, a justificativa para a realização do mesmo, levou-se em consideração que, as instituições IFRS e FURG oferece suporte psicológico e de saúde aos estudantes. Embora os instrumentos utilizados, sejam para rastrear doenças, caso identificado algum problema de saúde, a devolutiva dos resultados poderá ajudá-los a evitar o agravamento. Considerando que doenças mentais, quando não identificada e tratada pode impactar negativamente a qualidade de vida, é dever do pesquisador ofertar os resultados,

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

desde que se tenha uma equipe qualificada para atender a população.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539476.pdf	06/07/2020 10:46:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_sem_destaque.pdf	06/07/2020 10:46:10	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID_CONEP.pdf	06/07/2020 10:40:31	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_PB_assinadas.pdf	30/06/2020 17:53:03	Priscila Arruda da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_estudos.pdf	22/06/2020 17:08:52	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Outros	Carta_resposta_CONEP.pdf	21/06/2020 22:40:24	Priscila Arruda da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento da pesquisa de Rio Grande, RS, 2016

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA INTITULADA: “SAÚDE DA POPULAÇÃO RIOGRANDINA”

Pesquisador responsável: Samuel de Carvalho Dumith.
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
Telefone: (53) 9111.8595

CEPAS – FURG – End: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Visconde de Paranaguá, 102, CEP 96200-190 Rio Grande/RS. Telefone (53)32330235.

Informações sobre a pesquisa:

Prezado(a) Senhor(a):

Este estudo tem por objetivo avaliar diversas questões sobre a saúde da população da cidade do Rio Grande (RS). Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, responderá a um questionário aplicado por uma entrevistadora devidamente treinada para esta pesquisa. Sua participação neste estudo é de livre escolha e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de esclarecimentos ou de aviso prévio. A desistência da sua participação no estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo. Salienta-se que o participante não será identificado, mantendo-se o caráter sigiloso das informações. Não há despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada à sua participação. Destaca-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos para o participante. Se o(a) Sr.(a) se sentir constrangido ou desconfortável, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento.

Apesar de o estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir para nortear políticas públicas de promoção à saúde. A equipe responsável se compromete a fornecer esclarecimentos a qualquer momento no caso de dúvidas sobre o questionário e demais assuntos relacionados à pesquisa, em qualquer etapa do estudo.

Se o(a) Sr.(a) concordar em participar do estudo, solicitamos que assine o termo a seguir:

Declaro de que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os motivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo, concordando em participar da pesquisa. Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/2016

Declaro que obtive de forma voluntária o consentimento livre e esclarecido deste profissional membro da equipe para a participação neste estudo. Assinatura do entrevistador: _____ Data: ____/____/2016

Termo de Consentimento da pesquisa de Criciúma, RS, 2019

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Saúde da população Criciumense

Objetivo: Analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC.

Período da coleta de dados: Março a agosto de 2019

Tempo estimado para cada coleta: 50 minutos

Local da coleta: Domicílios da cidade de Criciúma-SC

Pesquisadores: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer

Prof.ª Dra. Fernanda de Oliveira Meller

Telefone: (48) 34312609

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa a cima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma.

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
A coleta dos dados será realizada no domicílio sorteado com os adultos residentes com 18 anos de idade ou mais. O(A) senhor(a) responderá a um questionário contendo informações socioedemográficas, comportamentais,

antropométricas e de saúde. Este questionário será aplicado por entrevistador treinado, em um tempo estimado de, 50 minutos.

RISCOS

Não haverá nenhum exame e/ou medida invasiva aos participantes da pesquisa. Os possíveis riscos da pesquisa são o desconforto ou constrangimento em respostas alguma pergunta do questionário, porém, sendo detectados, a entrevista poderá ser encerrada imediatamente. Outro risco seria a quebra de sigilo dos dados, porém, os autores garantirão total confidencialidade dos dados coletados.

BENEFÍCIOS

Os benefícios são que, através dos resultados desta pesquisa, será possível contribuir com a implementação de ações e planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde a nível municipal, visando fornecer melhor assistência à população da cidade.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessária, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 itens IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com os pesquisadores Antônio Augusto Schäfer e Fernanda de Oliveira Meller pelo telefone (48) 34312609 e/ou pelos e-mails antonioaschafer@unesc.net e fernandameller@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431 2606 e/ou pelo e-mail cética@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESCO pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESCO revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESCO a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
<hr/> Assinatura	 <hr/> Assinatura
Nome: _____	Nome: Fernanda de Oliveira Meller
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: 019.604.120.19

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2019.

Termo de Consentimento das pesquisas de Rio Grande e Criciúma-2020/2021

Responsável Rio Grande: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567

Responsável Criciúma: Prof. Dr. Antônio A. Schäfer – Telefone: (48) 34312609



C E P A S COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
 Universidade Federal do Rio Grande - Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS
 E-mail: cepas@furg.br - Telefone: 3237.4652 - Homepage: www.cepas.furg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Medicina – Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde e em Saúde Pública
 Responsável: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567 ou (53) 3237-4621
 E-mail: scdumith@yahoo.com.br

Você, está convidado (a) a participar do estudo “*Impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população*”. Trata-se de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG e desenvolvida com o apoio/financiamento da FAPERGS.

O objetivo geral é “avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população em geral. A sua participação é voluntária. Cabe a você decidir se aceita ou não participar. Caso desejar, podemos encaminhar por e-mail uma cópia do TCLE. Ao aceitar, você responderá a um questionário com duração aproximada de 20 a 30 min. Ao completar o questionário, considerar-se-á que você leu o termo de consentimento e aceitou voluntariamente participar da pesquisa. **Havendo qualquer dúvida você ou seus familiares poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (53) 3237-4641.**

As informações prestadas serão utilizadas sem identificação pessoal. A identificação, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas.

1- Você concorda em participar desta pesquisa?

- NÃO
 SIM

2- Documento de identificação:
 (*Apenas um dos documentos.)

- CPF
 RG

Documento de identificação (CPF): _____

Documento de identificação (RG): _____