

Associação entre os determinantes da saúde e nutrição e o status sociodemográfico de um grupo de profissionais da saúde brasileiros, durante a pandemia de COVID-19

Association between health and nutrition determinants and sociodemographic status of a group of Brazilian health professionals, during the COVID-19 pandemic

Mariângela de Souza Ramos^{1*}, Fernando Luís de Queiroz Carvalho²

¹*Nutricionista formada pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação pela Universidade do Estado da Bahia – UNEB, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia;* ²*Biólogo, Mestre e Doutor em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Professor de Farmacologia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB e dos Programas de Pós-Graduação em Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação da Universidade do Estado da Bahia – UNEB e Processos Interativos de Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia – UFBA*

Resumo

Introdução: a pandemia de COVID-19 desencadeou problemas sociais que, somados à natureza do trabalho dos profissionais de saúde, os tornaram mais vulneráveis a alterações da saúde física e mental, condições que podem determinar escolhas e comportamentos alimentares. **Objetivo:** realizar um levantamento dos determinantes da saúde e nutrição de um grupo de profissionais da saúde brasileiros e associá-los com as características sociodemográficas da amostra. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa de base populacional, observacional, quantitativa, apoiada na aplicação de um questionário estruturado, validado internamente, para execução de um inquérito virtual. **Resultados:** considerando a frequência absoluta das respostas, as variáveis condição de trabalho e privação de lazer, além de custo e tempo para preparo das refeições foram as mais citadas quanto ao impacto na condição de saúde e na alimentação, respectivamente. Após a aplicação dos testes Exato de Fisher ou do Qui-Quadrado, para um nível de significância de 5%, os fatores falta de tempo e informação, acessibilidade física e preparo das refeições centradas em um integrante da família foram mencionados como possíveis intervenientes na alimentação, bem como condição ambiental e violência, intervenientes na saúde, para diferentes categorias profissionais estudadas. Piores desfechos quanto à variável tempo foram identificados para profissionais com maior titulação e maior renda; e falta de informação para aqueles sem exigência de formação de nível superior na área de saúde. Distinções quanto ao gênero também foram identificadas para os determinantes sociais da saúde citados. **Conclusão:** a condição socioeconômica, e, em particular, as variáveis citadas, estiveram associadas com escolhas alimentares e de saúde dos profissionais de saúde participantes do estudo, durante o contexto pandêmico.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; fatores sociodemográficos; profissionais de saúde; hábitos alimentares; COVID-19.

Abstract

Introduction: the COVID-19 pandemic triggered social problems that, added to the nature of the work of health professionals, making them more vulnerable to changes in physical and mental health. These conditions can determine food choices and behaviors. **Objective:** to survey the health and nutrition determinants of a group of Brazilian health professional and associate them with the sociodemographic characteristics of the sample. **Methodology:** this is a population-based, observational, quantitative survey supported by the application of a structured questionnaire, internally validated, to carry out a virtual survey. **Results:** Considering the absolute frequency of responses, the variables work condition and leisure deprivation, as well as cost and time to prepare meals, were the most cited in terms of impact on health condition and diet, respectively. After applying Fisher's Exact or the Chi-Square tests, for a significance level of 5%, the factors of lack of time and information, physical accessibility and preparation of meals centred on a member of the family were mentioned as possible interveners in food, as well as environmental condition and violence, intervening in health, for different professional categories studied. Worse outcomes regarding the time variable were identified for professionals with higher qualifications and higher income and a need for more information for those without higher education requirements in the health area. Gender distinctions were also identified for the aforementioned social determinants of health. **Conclusion:** the socioeconomic condition, and in particular the variables mentioned, were associated with the food and health choices of health professionals participating in the study, during the pandemic context.

Keywords: Social determinants of health; sociodemographic factors; Health professionals; eating habits; COVID-19.

Correspondente/Corresponding: *Mariângela de Souza Ramos – End: –
Tel: (71) 99330-8826 – E-mail: falecommari.ramos@gmail.com

INTRODUÇÃO

As teorias acerca dos determinantes sociais da saúde (DSS), advindas do Século XIX, foram impulsionadas

a partir da década de 70 com o intuito de suplantar a determinação estritamente biológica sobre as condições de saúde da população¹. A discussão sobre a condição de saúde, individual e coletiva, e, conseqüentemente, a gênese das moléstias, esteve, desde então, substancialmente atrelada a fatores de ordem socioeconômica e aos elementos resultantes de seu desdobramento. Dessa forma, a pobreza foi envolvida na gênese do adoecimento^{2,3}.

Políticas públicas brasileiras reconhecem que decisões em saúde não representam somente escolhas individuais, uma vez que podem incorporar limitações demográficas⁴, culturais, econômicas e do contexto social em que o indivíduo está inserido⁵. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, são determinantes ou condicionantes da saúde a educação, o ambiente, o lazer, as condições de trabalho e habitação, o acesso a bens e serviços essenciais e os modos de vida⁵, o que inclui a alimentação, conforme assegura a Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁴. Assim, a alimentação, ao mesmo tempo em que é um determinante da saúde, pode ser influenciada por muitos dos fatores citados.

Os DSS contribuem com cerca de 55% dos parâmetros que avaliam resultados em saúde, como a morbimortalidade.⁶ Nessa linha, muitos estudos sugerem o impacto da falta de garantia dos DSS no bem-estar⁷⁻⁹ e na redução da expectativa de vida^{3,10,11}. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), situação socioeconômica, educação e falta de apoio social se relacionam com o aumento de “morbimortalidade prematura”¹².

Além dos infortúnios sociais já citados, outros implicados nas más condições relacionadas a transporte, renda, poluição, discriminação, violência, acesso a alimentos nutritivos, atividade física e habilidades de alfabetização, quando controlados, podem equalizar o acesso a condições mais dignas de saúde^{8,9}. De forma similar, segregação por idade, sexo, escolaridade, renda e cobertura de saúde podem postergar a triagem de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), situação que tem o potencial de desacelerar o desenvolvimento da doença¹³.

Do exposto, percebe-se que o conceito de vida saudável abarca, necessariamente, os eventos decorrentes da vida em sociedade, os chamados fenômenos sociais¹⁴. Mudanças da vida social contemporânea, como exposição à luz artificial das telas azuis, alteração do sono, condições estressoras no âmbito do trabalho podem, por mecanismos de inflamação crônica sistêmica, desencadear problemas de saúde, a exemplo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)¹⁵.

Uma vez que a falta de atenção aos DSSs pode afetar a saúde e a qualidade de vida da população¹⁶, as escolhas alimentares equivocadas também contribuem para a ocorrência das DCNTs, e sua identificação precoce pode melhorar desfechos em saúde¹².

Tomadas de decisão em saúde, como escolhas alimentares, são determinadas, entre outras questões, pela forma como os elementos macrosociais do território

reverberam na vida e nas decisões cotidianas^{5,17}. O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) reconhece os determinantes da alimentação e nutrição e, embora aponte alternativas para tomadas de decisão assertivas sobre o tema da “alimentação adequada e saudável”, avalia também como importante a execução de políticas públicas com impacto na alimentação. Para o GAPB, a acessibilidade física e financeira, as habilidades culinárias, o local de aquisição dos alimentos ou refeições, a realização de refeições em companhia, bem como o ambiente de consumo podem influenciar o comportamento alimentar dos indivíduos¹⁸.

Nessa discussão sobre atravessamentos sociais, a pobreza precisa ser situada historicamente, uma vez que ela também se relaciona com decisões na sociedade¹⁹. Contextualizando com o momento histórico recente, durante a emergência da pandemia de COVID-19, ficou evidente a debilidade da rede de seguridade social²⁰. Alguns países apresentaram um pronunciado aumento das desigualdades sociais, e o Brasil, em particular, retornou ao mapa da fome²¹. Dentro do país, os efeitos deletérios da COVID-19 foram atenuados em cenários com melhor proteção social²², mas, em contrapartida, grupos menos privilegiados estiveram mais suscetíveis à infecção²³.

Alguns indivíduos, conforme seus estágios de vida e a influência de determinantes sociais, tornaram-se mais vulneráveis à degradação de sua saúde física e mental durante a pandemia. Nesse contexto, o trabalho dos profissionais da área da saúde, além de envolver maior risco para infecção, pode abranger, ainda, maiores níveis de estresse e submissão a circunstâncias laborais degradantes, incluindo mudanças na carga de trabalho e renda²⁴.

Há evidências de que os casos de obesidade são crescentes entre os profissionais de saúde e podem chegar a 22% em alguns países²⁵. Estudos brasileiros demonstram incremento no consumo de carboidratos e compulsão alimentar, pelos profissionais de saúde, durante a pandemia²⁶, o que evidencia a necessidade de atenção quanto à saúde desse grupo de trabalhadores.

Questões que envolvem condições inseguras de trabalho ou desemprego, na medida em que se relacionam com piores condições da saúde física e mental, também podem se relacionar com a progressão das DCNTs. Embora questões sociais possam determinar a condição de saúde, elas não são comumente levantadas em anamneses clínicas^{7,10}.

Colocar a temática no cerne das agendas políticas e privilegiar pesquisas envolvendo DSSs foram algumas das proposições para o enfrentamento do cenário pandêmico^{23,27}. Por ocasião da conferência de Genebra, a OMS declarou, em 2008, a necessidade de manter o foco em vigilância em saúde pública e no desencadeamento de pesquisas que pudessem lastrear decisões políticas e oportunizar o engajamento social¹¹.

Diante dessa realidade, este trabalho, como proposta de apoio aos desfechos do contexto pandêmico, realizou um levantamento dos determinantes de saúde e nutrição

de um grupo de profissionais de saúde brasileiros e os associou com as características sociodemográficas da amostra, para compreensão dos fatores que, durante a pandemia de COVID-19, possuíram maior impacto na saúde, nas escolhas e no comportamento alimentar do grupo estudado.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Para a pesquisa na *web*, foi elaborado um questionário estruturado para preenchimento *on-line*, através da plataforma Google Forms (Google Inc, Mountain View, CA, EUA), composto por duas seções. Na primeira seção, eram coletadas informações sobre idade, gênero, característica étnico-racial, atividade profissional, renda familiar, nível de escolaridade e região do país de residência dos participantes. Através da segunda seção, eram levantados dados referentes aos DSS e determinantes nutricionais. Após elaboração, o questionário foi avaliado por quatro juízes doutores e pesquisadores, três da área de saúde e um da área de educação, para julgamento dos seguintes critérios: clareza, relevância, viabilidade e aderência. As orientações quanto aos ajustes nas questões foram acolhidas, gerando o instrumento final.

De forma didática, foram considerados DSSs as condições inadequadas de trabalho, do ambiente e da habitação, privação de lazer, baixo acesso a eventos de arte e cultura, privação de acesso a serviços essenciais, como transporte, serviços de saúde e alimentação, discriminação de qualquer natureza e violência física e (ou) simbólica. Como determinantes com impacto negativo na nutrição, foram incluídas questões emocionais, tempo escasso, preparo da refeição centrada em uma pessoa da família, inabilidade culinária, publicidade de alimentos, falta de informação, ambiente inadequado para o consumo dos alimentos, custo dos insumos e dificuldade no acesso físico aos locais de plantação ou venda.

A investigação previu a participação de todas as categorias profissionais envolvidas no trabalho em saúde, mas participaram efetivamente: auxiliares de limpeza, vigilância e copa; maqueiros; técnicos de enfermagem, nutrição, laboratório e radiologia; assistente social; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; nutricionistas; odontólogos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais. Os sujeitos participantes declararam idade superior a 22 anos, no momento do preenchimento do questionário e, após leitura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), concordaram com o estudo e realizaram o preenchimento do questionário, de forma anônima.

A divulgação do questionário ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (CEP, UNEB), conforme parecer substanciado de número 5.133.204. Ele foi enviado por *links*, utilizando-se o

WhatsApp, e ficou disponível para preenchimento por um período de 60 dias, entre janeiro e fevereiro de 2022.

Tamanho amostral

Foi adotada a amostragem não probabilística por meio da técnica de “bola de neve”, sendo, portanto, obtida uma amostra por conveniência com 121 participantes, após a exclusão de 1 participante que não declarou concordância com o TCLE.

Critérios de inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão possuir 22 anos de idade ou mais, concordar com o TCLE e realizar o preenchimento do questionário.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo menores de 22 anos e trabalhadores sem declaração de exercício direto de função ligada ao setor de saúde.

Análise dos dados

Para avaliação de desfecho, os participantes foram subdivididos em quatro grupos, que originaram categorias nomeadas como administrativa, apoio, nível técnico e nível superior. Compuseram o grupo de apoio profissionais do serviço de copa e de limpeza, maqueiros e agentes de portaria. Técnicos de enfermagem, laboratório, nutrição e radiologia foram incluídos no grupo de nível técnico. Os graduados foram agrupados no grupo de nível superior. Os profissionais do setor administrativo foram todos aqueles que informaram exercer atividades administrativas na área da saúde.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico e passaram por análise descritiva para a apresentação das características sociodemográficas da amostra. O Teste do Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher foram utilizados para verificar a independência entre as variáveis. Logo, foram aplicados para avaliação das associações entre os fatores investigados (características sociodemográficas e determinantes sociais da saúde e nutrição). Os resultados foram considerados significativos para valores de $p < 0,05$.

A análise estatística foi realizada usando o *software* R, versão 4.2.1.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta uma população prioritariamente formada por profissionais com idade entre 22 e 59 anos ($n=108;90\%$), identificados biologicamente com o sexo feminino ($n=97;80,2\%$), autodeclarados negros ou pardos ($n=83;68,6\%$), graduados ou pós-graduados ($n=103; 85,1\%$), com maior concentração de renda na faixa de 3 a 10 salários mínimos ($n=67;55,4\%$). Na estratificação por grupos profissionais, além dos graduados em

saúde (n=92;76%), compuseram a amostra profissionais dos grupos de apoio (n=9;7,4%), técnico (n=10;8,3%) e administrativo (n=10;8,3%). Na análise descritiva, observou-se, ainda, um predomínio de profissionais residentes na região Nordeste do Brasil (n=115;95%).

Quanto aos DSSs, as variáveis de impacto na saúde, com maior frequência de citação, foram condição de trabalho e privação de lazer; e, para determinantes nutricionais, foram custo e tempo disponível para o preparo das refeições (Tabela 2).

As Tabelas 2 e 3, além de apresentarem a frequência de citação de cada variável, exprimem, respectivamente, o resultado da associação dos dados sociodemográficos com os DSSs e com os determinantes da nutrição. Considerando a frequência absoluta das respostas após a aplicação dos Testes Exato de Fisher ou Teste do Qui-quadrado de Pearson, para um nível de significância de 5%, fatores ambientais estiveram associados com piores condições de saúde para gêneros não classificados como feminino ou masculino, além de idosos e adultos jovens. Para as faixas etárias citadas, a violência também esteve associada com piores condições de saúde.

Na Tabela 3, foram elencados, como fatores intervenientes nas escolhas alimentares, a falta de tempo por profissionais com maiores níveis de escolaridade e renda, graduados e profissionais do setor administrativo; a falta de informação para profissionais do nível médio, grupos de apoio e grupo técnico, além daqueles que não foram classificados biologicamente no gênero feminino. Sobre o assunto, a acessibilidade física foi um limitador para o gênero masculino e o preparo de refeições centrado em apenas uma pessoa da família para profissionais do grupo técnico e os graduados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra estudada.

Variáveis	N = 121	%
Gênero		
Feminino	97	80,2
Masculino	19	15,7
Não informado	5	4,1
Idade*		
22 a 39anos	47	39,2
40 a 59 anos	61	50,8
≥ 60 anos	12	10,0
Etnia		
Branco	37	30,6
Preto	20	16,5
Pardo	63	52,1
Amarelo	1	0,8
Escolaridade		
Pós-graduação	83	68,6
Graduação	20	16,5
Nível técnico	10	8,3
Nível médio	8	6,6
Renda		
1 salário-mínimo	8	6,6
1 a <3 salários-mínimos	23	19,0
≥3 a 10 salários-mínimos	67	55,4
≥10 salários-mínimos	23	19,0
Grupos profissionais		
Apoio	10	8,3
Técnicos	10	8,3
Graduados	92	76,0
Administrativos	9	7,4

*01 profissional não informou a idade.

Tabela 2 – Associação entre os determinantes sociais da saúde e os dados sociodemográficos da amostra estudada.

Variáveis	n	Frequência de citação (%)							
		Trabalho	Habitação	Meio ambiente	Privação de lazer	Acesso às artes	Serviços essenciais	Discriminação	Violência
Faixa etária									
22 a 39 anos	47	31,9	2	14,9	38,3	21,3	10,6	12,8	10,6
40 a 59 anos	61	34,4	0	3,3	26,2	21,3	1,6	1,6	3,3
≥ 60 anos	12	58,3	0	16,7	33,3	33,3	8,3	0	25
p valor		0,215	0,342	0,045	0,427	0,690	0,094	0,051	0,036
Gênero									
Feminino	97	34,0	2,1	9,3	34	23,7	5,2	4,1	7,2
Masculino	19	47,4	0	0	26,3	15,8	5,3	15,8	10,5
NI	5	40,0	0	40,0	0	20,0	20,0	0	20
p valor		0,549	1,000	0,040	0,324	0,817	0,325	0,149	0,284
Etnia									
Branco	37	35,1	2,7	10,8	29,7	16,2	5,4	10,8	10,8
Pardo	63	36,5	0	7,9	30,2	20,6	3,2	1,6	6,3
Preto	20	35,0	5,0	10,0	35,0	40,0	15,0	10,0	10,0
Amarelo	1	100,0	0	0	100,0	0	0	0	0
p valor		0,720	0,236	0,851	0,576	0,207	0,206	0,127	0,693
Escolaridade									
Pós-graduação	83	37,3	2,4	9,6	31,3	22,9	6,0	6,0	8,4
Graduação	20	40,0	0	15,0	45,0	35,0	10,0	5,0	15,0

Associação entre os determinantes da saúde e nutrição e o status sociodemográfico de um grupo de profissionais da saúde brasileiros, durante a pandemia de COVID-19

Nível técnico	10	10,0	0	0	10,0	10,0	0	0	0
Nível médio	8	50,0	0	0	25,0	0	0	12,5	0
p valor		0,264	1,000	0,579	0,294	0,198	0,788	0,701	0,567
Renda									
1 salário-mínimo	8	25,0	0	12,5	12,5	12,5	0	12,5	0
1 a 3 salários-mínimos	23	34,8	0	13,0	17,4	30,4	4,3	8,7	13,0
3 a 10 salários-mínimos	67	37,3	1,5	7,5	40,3	16,4	7,5	3,0	9,0
> 10 salários-mínimos	23	39,1	4,3	8,7	26,1	34,8	4,3	8,7	4,3
p valor		0,924	0,695	0,688	0,100	0,189	1,000	0,247	0,689
Grupos profissionais									
Apoio	10	40,0	0	10,0	10,0	20,0	0	10,0	0
Técnicos	10	30,0	0	10,0	20,0	0	0	0	0
Graduados	92	39,1	2,2	8,7	37,0	25,0	6,5	6,5	9,8
Administrativos	9	11,1	0	11,1	11,1	22,2	11,1	0	11,1
p valor		0,410	1,000	0,932	0,160	0,359	0,635	0,861	0,594

NI: não informado. Teste Exato de Fisher ou Teste do Qui-Quadrado. Considerado significativo $p < 0,05$.

Tabela 3 – Associação entre os determinantes nutricionais e os dados sociodemográficos da amostra estudada.

Frequência de citação (%)											
Variáveis	n	Questões emocionais	Falta de tempo	Preparo por uma pessoa	Habilidade culinária	Publicidade	Falta de informação	Custo	Acesso físico	Ambiente inadequado	Companhia
Faixa etária											
20 a 39 anos	47	19,1	48,9	29,8	19,1	4,3	2,1	48,9	27,7	10,6	25,5
40 a 59 anos	61	4,9	42,6	32,8	32,8	1,6	8,2	62,3	19,7	21,3	27,9
≥ 60 anos	12	16,7	41,7	16,7	16,7	8,3	16,7	58,3	25	16,7	58,3
p valor		0,062	0,799	0,571	0,200	0,307	0,092	0,378	0,600	0,389	0,085
Gênero											
Feminino	97	11,3	47,4	33	26,8	3,1	3,1	58,8	18,6	16,5	33,0
Masculino	19	21,1	36,8	15,8	21,1	5,3	21,1	42,1	47,4	15,8	26,3
NI	5	0	20,0	20,0	20,0	0	20,0	60,0	20	20,0	0
p valor		0,342	0,397	0,373	0,911	0,592	0,009	0,364	0,028	1,000	0,408
Etnia											
Branco	37	16,2	56,8	29,7	32,4	8,1	2,7	48,6	29,7	18,9	43,2
Pardo	63	12,7	34,9	27,0	19,0	1,6	11,1	57,1	19,0	12,7	23,8
Preto	20	5,0	50,0	40,0	35,0	0	0	70,0	25,0	25,0	30,
Amarelo	1	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0
p valor		0,623	0,080	0,682	0,282	0,241	0,232	0,284	0,578	0,481	0,186
Escolaridade											
Pós-graduação	83	12,0	42,8	31,3	27,7	3,6	6,0	54,2	22,9	15,7	31,3
Graduação	20	25,0	60,0	40,0	20,0	5,0	0	65,0	25,0	25,0	25,0
Nível técnico	10	0	20,0	20,0	30,0	0	0	50,0	20,0	20,0	40,0
Nível médio	8	0	0	0	12,5	0	37,5	62,5	25,0	0	25,0
p valor		0,190	0,007	0,186	0,818	1,000	0,020	0,819	1,000	0,468	0,853
Renda											
1 salário-mínimo	8	0	0	0	0	12,5	25,0	62,5	50,0	0	25,0
1 a 3 salários-mínimos	23	13,0	47,8	39,1	26,1	0	0	65,2	13,0	13,0	47,8
3 a 10 salários-mínimos	67	13,4	40,3	32,8	26,9	4,5	7,5	58,2	19,4	20,9	26,9
> 10 salários-mínimos	23	13,0	69,6	21,7	30,4	0	4,3	39,1	34,8	13,0	26,1
p valor		0,913	0,003	0,141	0,402	0,193	0,104	0,319	0,074	0,525	0,279
Grupos profissionais											
Apoio	10	0	0	0	20,0	10,0	30,0	60,0	20,0	0	30,0
Técnicos	10	0	20,0	30,0	10,0	0	10,0	70,0	30,0	20,0	30,0
Graduados	92	13,0	51,1	35,9	28,3	3,3	4,3	56,5	23,9	16,3	30,4
Administrativo	9	33,3	55,6	0	22,2	0	0	33,3	11,1	33,3	33,3
p valor		0,094	0,003	0,011	0,709	0,671	0,040	0,473	0,839	0,250	1,000

NI: não informado. Teste Exato de Fisher ou Teste do Qui-Quadrado. Considerado significativo $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica demonstrou que o estudo abrange uma amostra de profissionais de saúde residentes na região Nordeste do Brasil, cujas condições de renda e escolaridade se destacam dos dados gerais encontrados dessas variáveis nessa população. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2022), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a região citada concentra o menor percentual de trabalhadores com nível superior completo (PNAD 2022)²⁸. Para o referido Instituto, a qualidade de vida se relaciona inversamente com o nível de escolaridade. Embora este estudo não tenha o objetivo de mensurar percepções quanto à qualidade de vida, é razoável supor que a condição de saúde e a de alimentação possam interferir nesse julgamento. Para este trabalho, os profissionais com maiores graus de escolaridade e de renda avaliaram que a falta de tempo pode interferir nas escolhas alimentares, condição que pode impactar nos achados de saúde²⁹⁻³². Sobre o assunto, em 2019, um estudo com médicos israelenses demonstrou que a falta de tempo bem como o cansaço físico e emocional estavam associados a menor aproveitamento do conhecimento em saúde³³. Notadamente, elevados níveis de escolaridade e renda parecem não garantir, isoladamente, maior adesão a padrões alimentares reconhecidamente saudáveis. Na estratificação por grupo profissional, indivíduos dos setores administrativo e com graduação na área de saúde citaram mais frequentemente a falta de tempo como um problema com possibilidade de repercussão na alimentação. Para o entendimento da forma como a falta de tempo afeta diferentes grupos profissionais da área de saúde, serão necessários novos levantamentos para aprofundamento dos desdobramentos dessas primeiras análises. Porém, assumindo os dados da falta de tempo e considerando a elevada sinalização sobre privação de lazer e condição de trabalho, é possível que a manutenção da renda citada ocorra às custas da cessão de grande quantidade de tempo de vida.

Da mesma forma, para os respondentes, maiores anos de estudo podem limitar o tempo destinado aos cuidados com a alimentação. Para graduados e profissionais de nível técnico, isto é, para os grupos que, neste estudo, possuíam formações específicas na área de saúde, em diferentes níveis de titulação, a produção de alimento, por estar centrada em apenas uma pessoa da família, pode sobrecarregar esse indivíduo e cercear, ainda mais, o tempo disponível para essa atividade.

Ainda sobre os dados sociodemográficos, profissionais do gênero masculino sinalizaram maior dificuldade quanto à acessibilidade física a locais de produção ou venda de alimentos, sendo esse um achado ainda não suportado pela literatura e passível de investigação, uma vez que a acessibilidade física é condição necessária para a garantia da segurança alimentar da população³⁴. Sobre esse critério, dada a baixa taxa de citação do quesito falta

de informação, em consonância com estudos anteriores, os resultados insinuam que ser do gênero feminino parece ter efeito positivo sobre o conhecimento em saúde, talvez pelo papel representado pelas mulheres nas escolhas alimentares dos domicílios, ou mesmo por sentirem maiores impactos da dieta³⁵⁻³⁷.

Idosos e, em menor proporção, adultos jovens representaram as faixas de idade que mais sinalizaram o impacto da violência física e (ou) simbólica na saúde. A violência, cuja ascensão foi retratada, por alguns autores, durante a pandemia de COVID-19, guarda associação com a existência de diferenças de qualquer natureza e se manifesta de forma física ou psicológica, podendo também ser de cunho estrutural³⁸. A definição de violência, para a OMS, engloba, entre outras questões, relações de poder e ameaças, além de consequências que podem custar a vida³⁹. A violência, no local de trabalho em saúde, pode resultar em mudanças no estilo de vida, incluindo na alimentação⁴⁰, da mesma forma como o estresse ocasionado pela pandemia³¹.

Nesta amostra, para a faixa etária supracitada, como também para indivíduos que não se identificam biologicamente com o sexo masculino ou feminino, as condições ambientais, parecem afetar significativamente a saúde. Salgado et al.⁴¹ (2020) utilizam o termo determinante ambiental para tudo o que não pertence ao genoma, ou seja, o termo diz respeito a uma multiplicidade de fatores (nem todos investigados neste trabalho) com impacto na saúde, a exemplo da qualidade da água, fatores socioeconômicos e do trabalho, os quais se encontram, muitas vezes, associados à vida na cidade e ao acesso a condições sociais e financeiras heterogêneas. Dados do referido trabalho informam, ainda, que a melhoria da renda pode resultar em redução da morbimortalidade⁴¹.

O período de urgência sanitária global, vivenciado neste século, esteve associado com piores desfechos econômicos²¹. No exame dos resultados deste trabalho, observa-se que o custo da alimentação obteve alta taxa de citação em todos os estratos e grupos profissionais analisados. Uma coorte conduzida em 2018, num panorama europeu como no Reino Unido, concluiu que o custo dos alimentos pode influenciar a adesão a padrões alimentares saudáveis, para populações com piores condições socioeconômicas⁴².

O estresse gerado nos profissionais de saúde, durante a pandemia, pode ter favorecido o consumo de alimentos de maior densidade energética e com maior conteúdo de lipídeos. Das preocupações, as finanças, como estímulo estressor, também guardam associação com esse tipo de comportamento alimentar⁴³. A saúde financeira é uma medida de saúde que, quando débil, desencadeia outras dificuldades, a exemplo da precarização da moradia ou da insegurança alimentar⁴⁴. Em contrapartida, a qualidade da alimentação serve para estimar o desenvolvimento social¹¹. A condição de trabalho, DSS com alta taxa de citação entre os profissionais participantes, esteve, em diferentes conjunturas profissionais, negativamente re-

lacionada com alterações da carga de trabalho e renda, durante a pandemia de COVID-19²⁴. A exaustão experimentada em alguns serviços de saúde⁴⁵ – por ocasião, entre outros fatores, da maior exposição à infecção, afastamento da família e adaptação ou incremento de novos protocolos – pôde resultar em desgaste físico e emocional⁴⁶ e alterações dos hábitos de vida⁴⁷.

A falta de informação sobre a alimentação adequada e saudável foi um aspecto listado, por profissionais de nível médio, grupo de apoio e grupo de técnicos da saúde como interferente nas escolhas alimentares. Diferentes formações fornecem oportunidades distintas quanto à participação em atividades educativas que envolvam o tema da alimentação saudável²⁵, o que resulta em desfechos negativos à saúde, uma vez que a baixa alfabetização em saúde pode se associar com maior morbimortalidade^{48,49}. Este trabalho, embora tenha abarcado uma pequena parcela de profissionais das áreas de apoio à saúde, representa esforços para a captação das condições díspares enfrentadas por essa população, que, embora não tenha necessariamente formação específica na área, está exposta a condições similares no ambiente de trabalho.

Saliente-se ainda que todos os DSSs e os determinantes nutricionais, em algum momento, foram citados por alguns dos grupos que compuseram a análise. E, normalmente, mais de um deles foi citado pelo mesmo profissional. Desse achado, conclui-se que há uma comunhão de fatores capazes de intervir na saúde e na escolha alimentar de um mesmo profissional da saúde. A partir daí, percebe-se o quanto são necessários mecanismos de rastreio e, ao mesmo tempo, proposição de intervenções que possam mitigar os efeitos de tais determinantes na saúde de uma população exposta a uma multiplicidade de eventos, muitas vezes insalubres, em condições pandêmicas ou não.

Na prática médica, a detecção dos DSS poderia otimizar encaminhamentos para busca de auxílios sociais⁶, além de auxiliar na alocação de recursos em saúde^{13,50}, dado que pode ser extrapolado para a prática clínica de outros profissionais. Devido a sua complexidade, embora existam limitações quanto às intervenções isoladas sobre os DSS⁵¹, seu levantamento pode suscitar o desencadeamento de ações organizadas entre o Estado e a sociedade civil com o intuito de consolidar redes sociais no âmbito da família e (ou) da própria organização estatal¹⁴.

Há de se pesar, então, o poder de mudança oriundo da manifestação dentro da comunidade⁵². A organização, o fortalecimento, a participação da sociedade civil e a mobilização dos recursos da comunidade têm sido retratados como mecanismos de enfrentamento das injúrias sociais^{2,11,23,53}. O apoio social, individual ou coletivo, pode auxiliar na condução de escolhas alimentares adequadas, bem como amparar situações de insegurança alimentar⁵². São essas, portanto, possibilidades de enfrentamento para as injúrias levantadas com impacto na saúde e na alimentação. De forma mais ampla, com a participação

comunitária e a articulação política, o crescimento econômico com concomitante suporte social, com vistas à redução das desigualdades em saúde, pode auxiliar na melhor distribuição de renda, poder, bens e serviços¹¹. O levantamento dos DSSs e dos determinantes nutricionais pode contribuir para esse cenário ao nortear políticas públicas específicas, suscitar o debate na comunidade e fundamentar protocolos, de uso prático, para diagnóstico da situação social, econômica e educacional, entre outras, com impacto na saúde da população dos profissionais da saúde. Esse é um esforço empreendido neste trabalho, embora os autores reconheçam limitações relacionadas ao viés de memória e à fidedignidade do autorrelato.

CONCLUSÃO

Os determinantes, da saúde ou da nutrição, que compuseram a avaliação foram, em alguns momentos, citados isoladamente ou conjugados por diferentes grupos participantes. Custo e falta de tempo apresentaram elevada frequência de citação em todos os grupos estudados. As associações demonstraram que condições ambientais podem impactar, em maior proporção, idosos e adultos jovens. Para as faixas etárias citadas, a violência também esteve associada com piores condições de saúde. Quanto àquelas relacionadas com a influência na escolha e no comportamento alimentar, a falta de tempo parece configurar-se em um problema, especialmente para profissionais, sejam graduados ou da área administrativa, possuidores de maior nível de escolaridade e renda. E, inversamente, grupos que não requerem formação de nível superior apontam para as repercussões negativas da limitação da informação na condução das próprias escolhas alimentares. Grupos de profissionais que não se identificam com o sexo biológico parecem também sofrer os efeitos negativos da falta de informação e das condições do ambiente na condução de modos de vida mais saudáveis. Ademais, a acessibilidade física, para o gênero masculino, e o preparo de refeições centrado em apenas uma pessoa da família, para profissionais com formações específicas da área de saúde, foram pontuados como limitadores das melhores escolhas alimentares. Do exposto, conclui-se que há evidências de que os DSSs e da nutrição puderam interferir nas escolhas alimentares e na condição de saúde dos profissionais da saúde participantes do estudo, durante o contexto pandêmico. Por fim, condições específicas para grupos da saúde, levantadas e que se constituem em lacunas, na literatura, demandam o seguimento das investigações e podem auxiliar na promoção da qualidade de vida de categorias profissionais específicas.

REFERÊNCIAS

1. Colombo D. Commission on Social Determinants of Health. CSDH Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Rev Direito Sanitário [Internet]. 2008 [cited 2022 Mar 16]:253-66. Available in: https://www.researchgate.net/publication/276388865_Commission_on_Social_

- Determinants_of_Health_CSDH_Final_Report_Closing_the_Gap_in_a_Generation_Health_Equity_Through_Action_on_the_Social_Determinants_of_Health
2. Buss PM, de Araújo Hartz ZM, Pinto LF, Rocha CMF. Health promotion and quality of life: A historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Cienc Saude Colet*. 2020;25(12):4723-35. doi:10.1590/1413-812320202512.15902020
 3. Bradley SH. The ethics and politics of addressing health inequalities. *Clin Med J R Coll Physicians*. 2021;21(2):147-9. doi:10.7861/CLINMED.2020-0945
 4. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2023 Jun 15]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
 5. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2023 Jun 15]. Disponível em : http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
 6. Rogers CK, Parulekar M, Malik F, Torres CA. A Local Perspective into electronic health record design, integration, and implementation of screening and referral for social determinants of health. *Perspect Heal Inf Manag*. 2022;19(Spring).
 7. Neadley KE, McMichael G, Freeman T, Browne-Yung K, Baum F, Petrorius E, et al. Capturing the social determinants of health at the individual level: a pilot study. *Public Heal Res Pract*. 2021;31(2):1-7. doi:10.17061/PHRP30232008
 8. Frier A, Devine S, Barnett F, McBain-Rigg K, Dunning T. Incorporating social determinants of health into individual care—a multidisciplinary perspective of health professionals who work with people who have type 2 diabetes. *Plos One*. 2022;17(8):1-14. doi:10.1371/journal.pone.0271980
 9. U.S Department of Health and Human Services. Social Determinants of Health. *Healthy People 2030*. Health Gov [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 15]. Available in: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/access-foods-support-healthy-dietary-patterns>
 10. Browne-Yung K, Freeman T, Battersby M, McEvoy DR, Baum F. Developing a screening tool to recognise social determinants of health in Australian clinical settings. *Public Heal Res Pract*. 2019;29(4):1-6. doi:10.17061/phrp28341813
 11. OMS. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Relatório Final Genebra 2008*. 2008:1-232.
 12. Imran A, Rawal MD, Botre N, Patil A. Improving and Promoting Social Determinants of Health at a System Level. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2022;48(8):376-84. doi:10.1016/j.jcjq.2022.06.004
 13. Nguyen T, Barefield A, Nguyen GT. Social Determinants of Health Associated with the Use of Screenings for Hypertension, Hypercholesterolemia, and Hyperglycemia among American Adults. *Med Sci*. 2021;9(1). doi:10.3390/medsci9010019
 14. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2020;54:e03558.
 15. Furman D, Campisi J, Verdin E, Carrera-Bastos P, Targ S, Franceschi C et al. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat med*. 2020;25(12):1822-32. doi:10.1038/s41591-019-0675-0. Chronic
 16. Campbell M, Liveris M, Caruso Brown AE, Williams AL, Ngongo W, Persell S, et al. Assessment and Evaluation in Social Determinants of Health Education: a National Survey of US Medical Schools and Physician Assistant Programs. *J Gen Intern Med*. 2022;37(9):2180-6. doi:10.1007/s11606-022-07498-1
 17. Soares C, Oliveira D, Mello AO. Uma leitura humanista da nutrição. Salvador: Edufba; 2008.
 18. Guia Alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2023 jun 5]. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
 19. Nedel FB, Bastos JL. Whither social determinants of health? *Rev Saude Publica*. 2020;54:1-6. doi:10.11606/S1518-8787.2020054001618
 20. Biehl J. Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos*. 2021;27(59):337-59. doi:10.1590/s0104-71832021000100017
 21. Rodrigues AR, Kauchakje S, Oliveira FH de. Mapas, fome e planejamento territorial. *Rev Katálysis*. 2023;26(1):32-42. doi:10.1590/1982-0259.2023.e88237
 22. Guedes MBOG, de Assis SJC, Sanchis GJB, Araujo DN, da Costa Oliveira AGR, Lopes JM. COVID-19 in Brazilian cities: Impact of social determinants, coverage and quality of primary health care. *PLoS ONE*. 2021;16(9):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0257347
 23. Mascarello KC, Vieira ACBC, de Souza ASS, Marcarini WD, Barauna VG, Maciel ELN. COVID-19 hospitalization and death and relationship with social determinants of health and morbidities in Espírito Santo State, Brazil: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(3):1-11. doi:10.1590/S1679-49742021000300004
 24. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Andrade LS de, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet*. 2020;25(9):3465-74. doi:10.1590/1413-81232020259.19562020
 25. Downing MA, Bazzi MO, Vinicky ME, Lampasona NV, Tsvyetaev O, Mayrovitz HN. Dietary views and habits of students in health professional vs. non-health professional graduate programs in a single university. *J Osteopath Med*. 2021;121(4):377-83. doi:10.1515/jom-2020-0178
 26. Mota IA, de Oliveira Sobrinho GD, Morais LPS, Dantas TF. Impact of COVID-19 on eating habits, physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. *Arq Neuropsiquiatr*. 2021;79(5):429-36. doi:10.1590/0004-282X-ANP-2020-0482
 27. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz ODC. Structural determinants of health, race, gender, and social class: a scope review. *Saude Soc*. 2021;30(2). doi:10.1590/S0104-12902021200743
 28. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Segundo Trimestre de 2022 [Internet]. 2022 [citado 2023 jun 5]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2022_2tri.pdf
 29. Palacios C, Bernal J, Bonvecchio A, Gutiérrez M, Herrera Cuenca M, Irizarry L, et al. Recomendaciones nutricionales para el personal de salud y el personal esencial expuesto a la COVID-19 en Latinoamérica. *Arch Latinoam Nutr*. 2020;69(4):242-58. doi:10.37527/2019.69.4.005
 30. Ayseli YI, Aytakin N, Buyukkayhan D, Aslan I, Ayseli MT. Food policy, nutrition and nutraceuticals in the prevention and management of COVID-19: advice for healthcare professionals. *Trends Food Sci Technol*. 2020;105:186-99. doi:10.1016/j.tifs.2020.09.001

31. Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med.* 2020;18(1):1-15. doi:10.1186/s12967-020-02399-5
32. Coelho-Ravagnani C de F, Corgosinho FC, Sanches FLFZ, Prado CMM, Laviano A, Mota JF. Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic. *Nutr Rev.* 2021;79(4):382-93. doi:10.1093/nutrit/nuaa067
33. Miron RW, Malatskey L, Rosen LJ. Health-related behaviours and perceptions among physicians: results from a cross-sectional study in Israel. *BMJ Open.* 2019;9(9):1-8. doi:10.1136/bmjopen-2019-031353
34. Foloma M. Impacto do conflito Homem e animais selvagens na segurança alimentar na Província de Cabo Delgado, Moçambique. *Food and Agriculture Organization of the United Nations.* 2005;(7).
35. Gabe KT, Jaime PC. Validade convergente e análise de invariância de uma escala de adesão a práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25:1-14. doi:10.1590/1980-549720220009.2
36. Pedroni C, Castetbon K, Desbouys L, Rouche M, Vandevijvere S. The Cost of Diets According to Nutritional quality and sociodemographic characteristics: a population-based assessment in Belgium. *J Acad Nutr Diet.* 2021;121(11):2187-200. doi:10.1016/j.jand.2021.05.024
37. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr.* 2014;111(10):1713-26. doi:10.1017/S0007114514000087
38. Wintemute G. Health Professionals, Violence, and Social Change. *Ann Intern Med.* 2020;1-3. doi:https://doi.org/10.7326/M20-4411
39. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: a concept analysis. *J Occup Health.* 2021;63(1):1-11. doi:10.1002/1348-9585.12226
40. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. *Clin Ter.* 2019;170(2):E110-23. doi:10.7417/CT.2019.2120
41. Salgado M, Madureira J, Mendes AS, Torres A, Teixeira JP, Oliveira MD. Environmental determinants of population health in urban settings. A systematic review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1-11. doi:10.1186/s12889-020-08905-0
42. Tong TYN, Imamura F, Monsivais P, Brage S, Griffin SJ, Wareham NJ, et al. Dietary cost associated with adherence to the Mediterranean diet, and its variation by socio-economic factors in the UK Fenland Study. *Br J Nutr.* 2018;119(6):685-94. doi:10.1017/S0007114517003993
43. Yaman GB, Hocaoglu Ç. Examination of eating and nutritional habits in health care workers during the COVID-19 pandemic. *Nutrition.* 2023;105. doi:10.1016/j.nut.2022.111839
44. Weida EB, Phojanakong P, Patel F, Chilton M. Financial health as a measurable social determinant of health. *PLoS ONE.* 2020;15(5):1-14. doi:10.1371/journal.pone.0233359
45. Machado MH, Wermelinger M, Machado AV, Vargas FL, Pereira EJ, Aguiar Filho W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.* Fiocruz. 2022:283-95. doi:10.7476/9786557081587.0019 Série Informação para ação na Covid-19 |
46. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Am J Infect Control.* 2021;49(5):547-54. doi:10.1016/j.ajic.2020.10.001
47. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:91-8. doi:10.1016/j.jad.2020.11.117
48. Yuen EYN, Thomson M, Gardiner H. Measuring nutrition and food literacy in adults: a systematic review and appraisal of existing measurement tools. *HLRP Heal Lit Res Pract.* 2018;2(3):134-60. doi:10.3928/24748307-20180625-01
49. Michou M, Panagiotakos DB, Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Cent Eur J Public Health.* 2018;26(3):234-41. doi:10.21101/cejph.a5172
50. Vest JR, Grannis SJ, Haut DP, Halverson PK, Menachemi N. Using structured and unstructured data to identify patients' need for services that address the social determinants of health. *Int J Med Inform.* 2017;107:101-106. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.09.008
51. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersectoriality, Social and environmental determinants and health promotion. *Cienc Saude Colet.* 2014;19(11):4361-70. doi:10.1590/1413-812320141911.10042014
52. Bierhals VR, Bairros FS de, Olinto MTA, Silva JC da, Garcez A, Pattussi MP. Influência do apoio social e capital social no consumo alimentar de adultos no sul do Brasil. *Cad Saude Colet.* 2022;30(4):548-60. doi:10.1590/1414-462x202230040080
53. Freeman T, Gesesew HA, Bamba C, Giugliani ERJ, Popay J, Sanders D, et al. Why do some countries do better or worse in life expectancy relative to income? An analysis of Brazil, Ethiopia, and the United States of America. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):1-19. doi:10.1186/s12939-020-01315-z