



Fatores associados à depressão e ansiedade em nutricionistas na pandemia por COVID-19

Factors associated with depression and anxiety in nutritionists in the COVID-19 pandemic

Daniela Alves Silva¹, Tatiana Coura Oliveira², Monise Viana Abranches², Raquel Ferreira Miranda², Maria Carmen Viana³

¹ Departamento de Educação Integrada em Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.

² Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Viçosa, campus Rio Paranaíba, Rio Paranaíba (MG), Brasil.

³ Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil.

*Autor correspondente: Daniela Alves Silva - E-mail: daniela.a.silva@ufes.br

Recebido em: 09 junho 2023

Aceito em: 04 agosto 2023

RESUMO

O objetivo foi investigar os fatores associados à depressão e/ou ansiedade em nutricionistas durante a pandemia por COVID-19. Estudo transversal com aplicação das escalas GAD-7 e PHQ-9. Dos 1.018 participantes 60,2% manifestaram rastreio positivo para depressão e/ou ansiedade, com maior força de associação para conflitos muito frequentes nas relações (OR = 11,11; IC_{95%} 6,61;18,67), uso de medicação para dor (OR = 7,42; IC_{95%} 4,67;11,79) e pensar sempre sobre a pandemia (OR = 6,5; IC_{95%} 4,14;10,32). Não estar em tratamento psicoterápico (OR = 0,39; IC_{95%} 0,27;0,560) e não estar em uso de medicamento psicotrópico (OR = 0,40; IC_{95%} 0,26;0,60) foram associados a menores chances de rastreio positivo. O estudo resulta em conhecimento epidemiológico aplicável a ações de vigilância, prevenção e controle da ansiedade e depressão entre nutricionistas.

Palavras-chave: Ansiedade. COVID-19. Depressão. Ideação suicida. Nutricionistas.

ABSTRACT

The objective was to investigate the factors associated with depression and/or anxiety and depression in nutritionists during the COVID-19 pandemic. Cross-sectional study with the application of the GAD-7 and PHQ-9 scales. 1,018 participated, of which 60.2% showed positive screening for depression and/or anxiety, with a greater strength of association for very frequent conflicts in relationships (OR = 11.11; 95%CI 6.61;18.67), use of pain medication (OR = 7.42; 95%CI 4.67;11.79) and always thinking about the pandemic (OR = 6.5; 95%CI 4.14;10.32). Not being under psychotherapeutic treatment (OR = 0.39; 95%CI 0.27;0.560) and not using psychotropic medication (OR = 0.40; 95%CI 0.26;0.60) were associated with lower odds of positive screening. This study results in epidemiological knowledge applicable to surveillance, prevention and control of anxiety and depression among nutritionists.

Keywords: Anxiety. COVID-19. Depression. Suicidal ideation. Nutritionists.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado pelo início da crise sanitária desencadeada pela infecção por SARS-Cov-2, afetando, em maior ou menor grau, todos os países¹. Nos primeiros meses, a escassez de profissionais de saúde habilitados, de recursos hospitalares e de equipamentos de proteção individual, somada à ausência inicial de informações confiáveis e à falta de articulação dos gestores públicos, resultaram na escalada do número de contaminações e óbitos, desencadeando um estado de alerta permanente².

A COVID-19 se instalou no Brasil como uma emergência sanitária, representando grande desafio à resiliência psicológica das pessoas³. Os desdobramentos da pandemia reverberaram para além da saúde, sendo agravados por uma crise política que se estendeu às esferas econômicas e sociais^{4,5}. Desemprego, mudanças na rotina de trabalho, distanciamento social e suas consequências nas relações afetivas e no desempenho de tarefas, assim como as incertezas quanto às expectativas de vida futura, foram fatores que contribuíram deletariamente para oscilações no estado mental dos indivíduos⁶.

O contexto estressor propiciou o agravamento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, que, em períodos anteriores à pandemia, acometiam 9,3% e 5,8% dos brasileiros, respectivamente⁷. Pesquisa realizada no país entre abril e maio de 2020, com a participação de 45.161 indivíduos adultos, revelou que 52,6% se sentiam ansiosos ou nervosos e que 40,4% se sentiam frequentemente tristes ou deprimidos⁸. Isso demonstra que as consequências da pandemia afetaram diferentes dimensões da vida cotidiana, com impactos diversos na vida psíquica.

Estudos com pessoas que trabalhavam direta ou indiretamente em serviços de saúde apontaram agravamento dos indicadores de transtorno de ansiedade generalizada, estresse, depressão, angústia e distúrbios do sono, além de medo de adoecer e de contaminar colegas, amigos e familiares⁹⁻¹³. Muitas pesquisas concentraram-se na investigação da saúde mental de quem atuava no ambiente hospitalar, com destaque para médicos e enfermeiros, e não foram encontradas as que avaliassem de forma específica outros profissionais de saúde que integram as equipes multidisciplinares, como os nutricionistas, cujas atividades na pandemia incluíam a manutenção e a recuperação da saúde de indivíduos hospitalizados e o apoio às equipes médicas das linhas de frente. Além disso, eles compunham grupos multiprofissionais para a realização de ajustes emergenciais nas ações das políticas de segurança alimentar e nutricional e

participavam do planejamento e gestão dos processos de produção de refeições coletivas em diferentes setores nos quais as atividades não haviam sido paralisadas.

O objetivo deste trabalho foi investigar os fatores associados aos quadros de depressão e/ou ansiedade em nutricionistas brasileiros durante a pandemia por COVID-19. Acredita-se que fatores de estilo de vida, de convívio social e de saúde estejam entre os que mais influenciaram a saúde mental desses profissionais no contexto avaliado.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO, CONTEXTO E POPULAÇÃO

Este estudo, de abrangência nacional e corte transversal, apresenta os resultados da pesquisa Nutri-Brasil (2020), desenvolvida por meio da parceria estabelecida entre a Universidade Federal de Viçosa (UFV) – *campus* Rio Paranaíba – e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – *campus* Maruípe, Vitória.

A coleta de dados foi realizada entre 16 de julho e 15 de outubro de 2020, correspondendo ao período compreendido entre a 29^a e a 42^a semana do calendário epidemiológico de agravos de notificação, quando que se observava uma tendência crescente do número de óbitos e contaminações, chegando a 153.690 mortes em 17 de outubro de 2020.

De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas¹⁴, o número de profissionais cadastrados no segundo trimestre de 2020 era de 161.964, dos quais 46,9% se encontravam na Região Sudeste. Com o intuito de alcançá-los, o projeto de pesquisa foi divulgado nos conselhos federal e regionais e entidades de classe. O convite para a participação voluntária ocorreu por meio de mídias sociais (*Instagram*[®], *Facebook*[®] e *Whatsapp*[®]) e em eventos da área. Os critérios de inclusão no estudo foram ser nutricionista com atuação no território nacional e ter idade igual ou superior a 18 anos; já o critério de exclusão foi o preenchimento incompleto dos instrumentos de saúde mental.

VARIÁVEIS

O desfecho de interesse na investigação foi o rastreamento de depressão e/ou ansiedade, categorizado de acordo com a presença de sintomas em “rastreamento negativo” e “rastreamento positivo”,

sendo esta última categoria subdividida em três grupos para análises exploratórias: depressão sem ansiedade; ansiedade sem depressão; e comorbidade depressão e ansiedade.

As variáveis explicativas principais foram as relacionadas à pandemia de COVID-19, a saber: a) estilo de vida e clínicas (consumo de álcool na pandemia; uso de medicação para dor; uso de medicação para sono; tratamento psicoterápico; e uso de medicação por motivo de saúde mental); b) laborais, crenças e óbito por COVID-19 (emprego na pandemia; pensamentos recorrentes sobre pandemia; conflitos nas relações com familiares, amigos e colegas de trabalho; medo de perder entes queridos; probabilidade de contrair COVID-19; e óbitos por COVID-19 entre familiares, amigos ou conhecidos). Já as variáveis de ajuste incluíram: a) sociodemográficas e econômicas (sexo, idade, renda familiar e estado civil); e b) clínica (tentativa de suicídio na vida).

FONTE DE DADOS E MENSURAÇÃO

Utilizou-se um questionário *on-line* disponibilizado pela plataforma Formulários Google[®], que permitiu a coleta e o gerenciamento dos dados. O preenchimento foi realizado por meio de telefone celular, computador ou outro dispositivo com acesso à internet. Inicialmente, os participantes acessaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, àqueles que concordaram, foi disponibilizado o instrumento de pesquisa. O questionário semiestruturado contemplou as seguintes dimensões: 1) caracterização sociodemográfica, laboral e hábitos de vida; 2) informações e crenças sobre a COVID-19; 3) apoio profissional; e 4) saúde mental, por meio da escala *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), validada no Brasil para rastreamento do transtorno de ansiedade generalizada¹⁵, e o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), traduzido para o português e validado para a população brasileira para rastreamento do transtorno depressivo maior¹⁶. Considerou-se rastreamento positivo para ansiedade e depressão quando a pontuação global foi igual ou superior a 10 no GAD-7 e/ou no PHQ-9, respectivamente.

A presença de ideação e de tentativa suicida foi investigada por meio das seguintes perguntas propostas pelos autores:

- A. Você já desejou e/ou pensou alguma vez em tirar a própria vida?
- B. No último mês, você tem ou teve desejo ou pensamentos de tirar a própria vida?
- C. Alguém da sua família (avós, pais, filhos, tios, irmãos, primos) já se suicidou?
- D. Você já realizou alguma tentativa de suicídio?

As respostas das questões supracitadas foram avaliadas segundo rastreio para ansiedade e depressão a fim de se entender a associação entre essas variáveis. Nesta seção do questionário em especial, dada a conjuntura vivenciada no momento, mas principalmente ao fato de os participantes examinarem alguns pensamentos, emoções e comportamentos que poderiam causar desconforto, os pesquisadores disponibilizaram como recurso de uso imediato (ao final do questionário) o contato do Centro de Valorização da Vida (CVV), bem como da equipe, que incluía profissionais de psiquiatria e psicologia.

CONTROLE DO VIÉS

O instrumento de coleta de dados continha instruções detalhadas em cada seção, e informações complementares foram inseridas nas questões a fim de facilitar o entendimento dos participantes. Além disso, cada um deles foi orientado a esclarecer suas dúvidas com a equipe do projeto por meio de endereço eletrônico disponibilizado, caso fosse necessário.

TAMANHO DO ESTUDO

A pesquisa abrangeu 1.018 participantes, entretanto não foi estimado tamanho amostral por se tratar de um inquérito *on-line* que contemplou uma amostragem de conveniência, tendo em vista que ocorreu nos meses iniciais da pandemia. Dessa forma, o número de respondentes não é representativo da população de nutricionistas brasileiros. Entre os que tomaram parte do estudo, 93,9% (n = 952) eram do sexo feminino, sendo a mediana de idade igual a 33 anos (interquartil 25%-75% 28-40 anos). Mais da metade relatou atuação profissional na região sudeste do país (n = 525, 51,6%).

MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados do formulário eletrônico foram exportados para o *Microsoft Excel*[®] e, posteriormente, organizados, armazenados e analisados utilizando-se o *Stata*[®], versão 13.0. Inicialmente, descreveram-se as características da amostra, a partir das frequências e medidas de tendência central. Foram estimadas as distribuições das variáveis independentes e suas respectivas associações com o rastreio de depressão e/ou ansiedade (negativo e positivo), bem

como de acordo com os três grupos de análises exploratórias (1. Depressão sem ansiedade; 2. Ansiedade sem depressão; e 3. Comorbidade depressão e ansiedade). Os testes de associação foram realizados, com nível de significância de 5%, processando-se análises entre rastreamento de depressão e/ou ansiedade e variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, de estilo de vida, laborais e crenças.

Aplicaram-se o teste do qui-quadrado, para identificar distribuições diferentes do esperado, e a regressão logística, a partir de modelos binomial e multinomial, para estimativa de *Odds Ratio* (OR) brutas e ajustadas, de p-valores e intervalos de confiança de 95% (IC95%) correspondentes, segundo a classificação do rastreamento de depressão e/ou ansiedade e as variáveis explicativas principais. A análise múltipla foi ajustada por idade, sexo, renda familiar, estado civil e tentativa de suicídio, considerando-se os resultados das análises bivariadas e a ausência de colinearidade.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) sob o parecer nº 4.157.407 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 32281220.9.0000.5153. Ressalta-se que somente os pesquisadores que compõem a equipe cadastrada na Plataforma Brasil acessaram o banco de dados, cujo armazenamento foi feito em mídia física, em local seguro, sob responsabilidade deles. Trata-se de um estudo cego, portanto nenhum dado de identificação dos participantes será apresentado; os resultados são divulgados conjuntamente.

RESULTADOS

Do total dos participantes, 79,0% (n = 802) tinham concluído cursos de pós-graduação e 90,1% (n = 915) estavam em atividade profissional; a maior parcela mantinha algum vínculo empregatício (35,1% estatutários e 28,0% celetistas). A faixa salarial de até cinco salários mínimos foi informada pela metade dos nutricionistas, e 41,5% referiram atuação na área de nutrição clínica. Em relação à conformação familiar, 51,0% viviam com cônjuges, e a maioria relatou não ter filhos (62,1%); ser chefe de família foi uma realidade para 34,9% dos indivíduos (Tabela 1).

Entre os profissionais avaliados, 60,2% foram classificados com rastreio positivo para depressão e/ou ansiedade, sendo que 42,9% tiveram rastreio positivo para comorbidade de depressão e ansiedade (Tabela 1). Os escores médios \pm DP [mediana (25%-75%)] foram de 10,2 \pm 6,5 [10,0 (5,0-14,0)] para PHQ-9 e de 10,4 \pm 5,8 [10,0 (5,0-14,0)] para GAD-7.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, laboral e rastreio para depressão e/ou ansiedade dos nutricionistas participantes do estudo, segundo regiões brasileiras. Nutri-Brasil, 2020. (n = 1018)

Informações	Total
Idade, mediana (25%-75%)	33 (28-40)
Sexo, n (%)	
Feminino	952 (93,9)
Masculino	62 (6,1)
Pós-graduação, n (%)	
Nenhuma	213 (21,0)
Especialização	476 (46,9)
Mestrado	185 (18,2)
Doutorado	141 (13,9)
Região de atuação	
Nordeste	211 (2,7)
Norte	64 (6,3)
Sudeste	525 (51,6)
Sul	128 (12,6)
Centro-Oeste	76 (7,5)
Situação laboral, n (%)	
Carteira assinada	284 (28,0)
Autônomo	274 (27,0)
Servidor público	357 (35,1)
Estudando	46 (4,5)
Desempregado	55 (5,4)
Renda familiar em reais, n (%)	
Até 3 salários mínimos	253 (25,0)
> 3 a \leq 5 salários mínimos	253 (25,0)
> 5 a \leq 10 salários mínimos	301 (29,7)
> 10 salários mínimos	205 (20,3)
Estado civil, n (%)	
Casado/União estável	519 (51,0)
Namorando	191 (18,8)
Separado/Divorciado/Viúvo	51 (5,0)
Solteiro	256 (25,2)
Filhos, n (%)	
Sim	385 (37,9)
Não	631 (62,1)
Chefe de família, n (%)	
Sim	353 (34,9)
Não	659 (65,1)
Rastreio para depressão e/ou ansiedade, n (%)	
Não caso	405 (39,8)
Caso	613 (60,2)
Depressão sem ansiedade	78 (7,8)
Ansiedade sem depressão	98 (9,6)
Comorbidade de depressão e ansiedade	437 (42,9)

Escore PHQ-9	
Média+DP	10,2±6,5
Mediana (25%-75%)	10,0 (5,0-14,0)
Escore GAD-7	
Média+DP	10,4±5,8
Mediana (25%-75%)	10,0 (6,0-15,0)
TOTAL^a, n (%)	1018 (100,0)

^a Pequenas diferenças no número de participantes ocorreram pela ausência de respostas.

Diversos fatores se mostraram associados a uma maior chance de ser caso de ansiedade e/ou depressão (Tabela 2): a) pertencer às faixas etárias mais jovens: 20-30 anos (OR = 3,12; IC_{95%} 1,84;5,30), 31-40 anos (OR = 2,25; IC_{95%} 1,33;3,79), 41-50 anos (OR = 2,03; IC_{95%} 1,14;3,61); b) possuir renda familiar inferior a 10 salários mínimos: até 3 salários mínimos (OR = 2,66; IC_{95%} 1,81;3,89); ≥3 e < 5 salários mínimos (OR = 2,47; IC_{95%} 1,69;3,61) e ≥ 5 e < 10 salários mínimos (OR = 1,78; IC_{95%} 1,24;2,55); c) não ter cônjuge: ser solteiro(a) sem relacionamento afetivo (OR = 1,46; IC_{95%} 1,07;1,99) e ser solteiro com relacionamento afetivo (OR = 2,08; IC_{95%} 1,45;2,98); e d) não ter filhos (OR = 1,36; IC_{95%} 1,01;1,69). Apesar de o sexo feminino não ter se associado ao desfecho, na análise exploratória as mulheres apresentaram 1,97 vez mais chances de ter comorbidade de depressão e ansiedade.

De maneira geral, as características sociodemográficas e laborais se associaram principalmente à comorbidade depressão e ansiedade (Tabela 2). Menores chances de rastreio positivo para depressão e/ou ansiedade (Tabela 2) foram observadas entre os profissionais: com doutorado (OR = 0,61; IC_{95%} 0,40;0,95), servidores públicos (OR = 0,58; IC_{95%} 0,42;0,80) ou autônomo (OR = 0,60; IC_{95%} 0,43;0,85).

Tabela 2. Informações sociodemográficas e laborais de nutricionistas brasileiros, segundo rastreamento para depressão e/ou ansiedade: distribuição e medidas de associação. Nutri-Brasil, 2020. (N = 1.018)

Informações	Não casos N = 405 Referência	Casos N = 613							
		Casos (depressão e/ou ansiedade) N = 613		Depressão sem ansiedade N = 78		Ansiedade sem depressão N = 98		Comorbidade depressão e ansiedade N = 437	
		N (%)	OR (IC95%) ^a	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)	OR (IC95%) ^b
Sexo		ns							
Feminino	375 (92,6)	577 (94,7)	1,44 (0,86-2,41)	70 (90,9)	0,80 (0,33-1,89)	88 (91,7)	0,88 (0,39-1,98)	419 (96,1)	1,97 (1,07-3,63)
Masculino	30 (7,4)	32 (5,3)	Ref.	7 (9,1)	Ref.	8 (8,3)	Ref.	17 (3,9)	Ref.
Idade (anos)		**							
20 a 30	125 (31,1)	251 (41,3)	3,12 (1,84-5,30)	34 (44,1)	3,81 (1,11-13,0)	35 (36,5)	1,30 (,58-2,94)	182 (41,8)	4,07 (2,16-7,66)
31 a 40	166 (41,3)	240 (39,5)	2,25 (1,33-3,79)	31 (40,3)	2,61 (0,76-8,96)	40 (41,7)	1,12 (0,50-2,49)	169 (38,9)	2,85 (1,52-5,33)
41 a 50	69 (17,2)	90 (14,8)	2,03 (1,14-3,61)	9 (11,7)	1,82 (0,47-7,12)	12 (12,5)	0,81 (0,31-2,08)	69 (15,9)	2,79 (1,42-5,51)
50 ou mais	42 (10,4)	27 (4,4)	Ref.	3 (9,9)	Ref.	9 (9,4)	Ref.	15 (3,4)	Ref.
Pós-graduação		**							
Nenhuma	85 (21,0)	128 (21,0)	Ref.	20 (25,6)	Ref.	16 (16,6)	Ref.	92 (21,0)	Ref.
Especialização	163 (40,4)	313 (51,2)	1,27 (0,91-1,77)	41 (52,6)	1,07 (0,59-1,93)	44 (45,8)	1,43 (0,76-2,69)	228 (52,2)	1,29 (0,90-1,85)
Mestrado	83 (20,5)	102 (16,7)	0,82 (0,54-1,21)	14 (18,0)	0,71 (0,34-1,51)	18 (18,8)	1,15 (0,55-2,41)	70 (16,0)	0,78 (0,50-1,20)
Doutorado	73 (18,1)	68 (11,1)	0,61 (0,40-0,95)	3 (3,8)	0,17 (0,05-0,61)	18 (18,8)	1,30 (0,62-2,75)	47 (10,8)	0,59 (0,37-0,95)
Situação laboral		**							
Desempregado	14 (3,5)	49 (8,0)	1,73 (0,91-3,29)	8 (10,3)	2,55 (0,95-6,87)	2 (2,1)	0,41 (0,09-1,94)	39 (8,9)	1,91 (0,98-3,71)
Estudando	9 (2,2)	29 (4,7)	1,59 (0,72-3,50)	5 (6,4)	2,49 (0,75-8,18)	4 (4,1)	1,30 (0,38-4,53)	20 (4,6)	1,52 (0,66-3,49)
Carteira assinada	94 (23,3)	190 (31,1)	Ref.	21 (26,9)	Ref.	32 (33,0)	Ref.	137 (31,3)	Ref.
Servidor público	164 (40,6)	193 (31,5)	0,58 (0,42-0,80)	20 (25,6)	0,55 (0,28-1,06)	38 (39,2)	0,68 (0,40-1,16)	135 (30,9)	0,56 (0,40-0,80)
Autônomo	123 (30,5)	151 (24,7)	0,60 (0,43-0,85)	24 (30,8)	0,87 (0,46-1,66)	21 (21,6)	0,50 (0,27-0,92)	106 (24,3)	0,59 (0,41-0,85)
Renda familiar^c		**							
Até 3 SM	81 (20,1)	172 (28,3)	2,66 (1,81-3,89)	25 (32,0)	4,40 (1,88-10,24)	19 (19,6)	1,02 (0,53-1,98)	128 (29,6)	3,16 (2,07-4,82)
> 3 a ≤ 5 SM	85 (21,0)	168 (27,6)	2,47 (1,69-3,61)	26 (33,3)	4,35 (1,88-10,10)	21 (21,6)	1,08 (0,57-2,05)	121 (27,9)	2,84 (1,87-4,34)
> 5 a ≤ 10 SM	124 (30,7)	177 (29,1)	1,78 (1,24-2,55)	19 (24,4)	2,18 (0,92-5,18)	31 (32,0)	1,09 (0,61-1,95)	127 (29,3)	2,04 (1,36-3,06)
> 10 SM	114 (28,2)	91 (15,0)	Ref.	8 (10,3)	Ref.	26 (26,8)	Ref.	57 (13,2)	Ref.
Chefe de família		ns							
Sim	149 (37,0)	204 (33,5)	0,85 (0,66-1,11)	27 (34,6)	0,90 (0,54-1,50)	37 (38,1)	1,05 (0,66-1,66)	140 (32,3)	0,81 (0,61-1,08)
Não	254 (63,0)	405 (66,5)	Ref.	51 (65,4)	Ref.	60 (61,9)	Ref.	294 (67,7)	Ref.
Estado civil		**							
Solteiro	92 (22,7)	164 (26,8)	1,46 (1,07-1,99)	20 (25,6)	1,75 (0,94-3,25)	19 (19,6)	0,83 (0,47-1,47)	125 (28,6)	1,60 (1,15-2,23)
Namorando	54 (13,3)	137 (22,4)	2,08 (1,45-2,98)	25 (32,1)	3,73 (2,02-6,88)	17 (17,5)	1,27 (0,68-2,35)	95 (21,7)	2,08 (1,41-3,05)
Separado/Divorciado/Viúvo	25 (6,2)	26 (4,2)	0,85 (0,48-1,51)	4 (5,1)	1,29 (0,42-3,97)	3 (3,1)	0,48 (0,14-1,66)	19 (4,4)	0,90 (0,48-1,68)



Casado/União estável	234 (57,8)	285 (46,6)	Ref.	29 (37,2)	Ref.	58 (59,8)	Ref.	198 (45,3)	Ref.
Filhos		*							
Sim	169 (41,7)	216 (56,1)	Ref.	23 (29,5)	Ref.	42 (43,3)	Ref.	151 (34,6)	Ref.
Não	236 (58,3)	395 (43,9)	1,36 (1,01-1,69)	55 (70,5)	1,71 (1,01-2,89)	55 (56,7)	0,93 (0,60-1,47)	285 (65,4)	1,35 (1,02-1,78)
Atividade religiosa		ns							
Sim	280 (69,5)	400 (65,5)	0,83 (0,63-1,09)	45 (57,7)	0,60 (0,36-0,98)	66 (68,0)	0,93 (0,58-1,50)	289 (66,3)	0,86 (0,64-1,15)
Não	123 (30,5)	211 (34,5)	Ref.	33 (42,3)	Ref.	31 (32,0)	Ref.	147 (33,7)	Ref.
Área de atuação		ns							
Ensino, pesquisa e extensão	88 (21,7)	103 (16,8)	Ref.	8 (10,3)	Ref.	20 (20,4)	Ref.	75 (17,2)	Ref.
Nutrição clínica	160 (39,5)	263 (42,9)	1,40 (0,99-1,98)	36 (46,1)	2,47 (1,10-5,58)	43 (43,9)	1,18 (0,65-2,13)	184 (42,1)	1,35 (0,92-1,96)
Saúde coletiva	55 (13,6)	68 (11,1)	1,05 (0,66-1,66)	9 (11,5)	1,8 (0,65-4,94)	12 (12,2)	0,96 (0,43-2,11)	47 (10,8)	1,00 (0,61-1,65)
Alimentação coletiva	63 (15,6)	107 (17,4)	1,45 (0,95-2,21)	12 (15,4)	2,09 (0,80-5,42)	12 (12,2)	0,83 (0,38-1,83)	83 (19,0)	1,54 (0,98-2,42)
Cadeia de produção	27 (6,7)	50 (8,1)	1,58 (0,91-2,73)	10 (12,8)	4,07 (1,46-11,35)	9 (9,2)	1,46 (0,59-3,60)	31 (7,1)	1,34 (0,74-2,45)
Esporte e exercício físico	12 (3,0)	22 (3,6)	1,56 (0,73-3,34)	3 (3,9)	2,75 (0,64-11,81)	2 (2,0)	0,73 (0,15-3,53)	17 (3,9)	1,66 (0,75-3,70)

Teste do qui-quadrado: ns = não significante; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^a Regressão logística bivariada; ^b Regressão logística multinomial bivariada; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; valores em **negrito** quando $p < 0,05$; ^c SM = salários mínimos.

Quando avaliada a associação entre transtornos mentais e variáveis de estilo de vida e clínicas (Tabela 3), observou-se que os fatores relacionados a maiores chances de depressão e/ou ansiedade foram: a) aumento do consumo de álcool na pandemia (OR = 2,62; IC_{95%} 1,74;3,95); b) aumento do uso de medicação para dor (OR = 7,4; IC_{95%} 4,73;11,57); c) incremento no uso de medicação para iniciar o sono (OR = 6,58; IC_{95%} 4,05;10,69); d) apresentar ideação de suicídio na vida (OR = 2,36; IC_{95%} 1,63;3,42) e no último mês (OR = 4,13; IC_{95%} 2,01;8,46); e e) ter realizado alguma tentativa de suicídio na vida (OR = 3,84; IC_{95%} 1,78;8,23). Por outro lado, não estar em tratamento psicoterápico (OR = 0,41; IC_{95%} 0,28;0,56) e não estar em uso de medicamentos psicotrópicos (OR = 0,42; IC_{95%} 0,28-0,62) foram associados a menores chances de apresentar o desfecho.

Tabela 3. Informações clínicas e de estilo de vida de nutricionistas brasileiros durante a pandemia, segundo rastreamento para depressão e/ou ansiedade: distribuição e medidas de associação. Nutri-Brasil, 2020 (N = 1.018).

Informações	Não caso N = 405	Caso N = 613		Casos					
				Depressão sem ansiedade N = 78		Ansiedade sem depressão N = 98		Comorbidade depressão e ansiedade N = 437	
		N (%)	N (%)	OR (IC95%) ^a	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)
Consumo de álcool		**							
Não se aplica/Não se alterou	313 (79,8)	417 (69,7)	Ref.	58 (75,3)	Ref.	68 (71,6)	Ref.	291 (68,3)	Ref.
Diminuiu	45 (11,5)	62 (10,4)	1,03 (0,68-1,55)	8 (10,4)	0,96 (0,43-2,14)	13 (13,7)	1,33 (0,68-2,60)	41 (9,6)	0,98 (0,62-1,54)
Aumentou	34 (8,7)	119 (19,9)	2,62 (1,74-3,95)	11 (14,3)	1,74 (0,84-3,64)	14 (14,7)	1,89 (0,96-3,72)	94 (22,1)	2,97 (1,95-4,54)
Uso de medicação para dor		**							
Não se aplica/Não se alterou	358 (92,3)	393 (65,7)	Ref.	58 (75,3)	Ref.	75 (79,0)	Ref.	260 (61,0)	Ref.
Diminuiu	6 (1,5)	10 (1,7)	1,51 (0,54-4,21)	0 (0,0)	-	1 (1,0)	0,79 (0,09-6,70)	9 (2,1)	2,06 (0,73-5,87)
Aumentou	24 (6,2)	195 (32,6)	7,40 (4,73-11,57)	19 (24,7)	4,88 (2,52-9,48)	19 (20,0)	3,77 (1,97-7,24)	157 (36,9)	9,00 (5,69-14,24)
Uso de medicação para sono		**							
Não se aplica/Não se alterou	369 (94,9)	440 (73,1)	Ref.	62 (80,5)	Ref.	77 (79,4)	Ref.	301 (70,3)	Ref.
Diminuiu ^c	0 (0,0)	5 (0,8)	--	0(0,0)	--	2 (2,1)	--	3 (0,7)	--
Aumentou	20 (5,1)	157 (26,1)	6,58 (4,05-10,69)	15 (19,5)	4,46 (2,16-9,18)	18 (18,5)	4,31 (2,17-8,53)	124 (29,0)	7,60 (4,62-12,48)
Tratamento psicoterápico		**							
Sim	54 (13,4)	168 (27,6)	Ref.	18 (23,4)	Ref.	17 (17,7)	Ref.	133 (30,5)	Ref.
Não	349 (86,6)	441 (72,4)	0,41 (0,28-0,56)	59 (76,6)	0,51 (0,27-0,92)	79 (82,3)	0,71 (0,39-1,30)	303 (69,5)	0,35 (0,24-0,50)
Uso de medicação por motivo de saúde mental		**							
Sim	37 (9,2)	118 (19,4)	Ref.	13 (17,1)	Ref.	10 (10,3)	Ref.	95 (21,8)	Ref.
Não	364 (90,8)	490 (80,6)	0,42 (0,28-0,62)	63 (82,9)	0,49 (0,28-0,97)	87 (89,7)	0,88 (0,42-1,84)	340 (78,2)	0,36 (0,24-0,54)
Ideação de suicídio na vida		**							
Sim	43 (10,6)	134 (22,0)	2,36 (1,63-3,42)	17 (21,8)	2,34 (1,25-4,36)	10 (10,2)	0,95 (0,46-1,97)	107 (24,7)	2,75 (1,87-4,03)
Não	361 (89,4)	476 (78,0)	Ref.	61 (78,2)	Ref.	88 (89,8)	Ref.	327 (75,3)	Ref.
Ideação de suicídio no último mês		**							
Sim	9 (2,2)	53 (8,7)	4,13 (2,01-8,46)	4 (5,1)	2,35 (0,71-7,84)	2 (2,0)	0,91 (0,19-4,26)	47 (10,8)	5,26 (2,54-10,88)
Não	392 (97,8)	559 (91,3)	Ref.	74 (94,9)	Ref.	96 (98,0)	Ref.	389 (89,2)	Ref.
Tentativa de suicídio na vida		**							
Sim	8 (2,0)	44 (7,2)	3,84 (1,78-8,23)	4 (5,1)	2,68 (0,78-9,13)	2 (2,0)	1,03 (0,22-4,95)	38 (8,7)	4,73 (2,18-10,26)
Não	397 (98,0)	569 (92,8)	Ref.	74 (94,9)	Ref.	96 (98,0)	Ref.	399 (91,3)	Ref.
Histórico familiar de suicídio		ns							



Sim	38 (9,4)	82 (13,4)	1,48 (0,98-2,22)	12 (15,4)	1,74 (0,86-3,51)	10 (10,2)	1,09 (0,52-2,27)	60 (13,8)	1,53 (0,99-2,35)
Não	364 (90,6)	530 ()	Ref.	66 (84,6)	Ref.	88 (89,8)	Ref.	376 (86,2)	Ref.

Teste do qui-quadrado: ns = não significante; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; ^a Regressão logística bivariada; ^b Regressão logística multinomial bivariada; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; Valores em **negrito** quando $p < 0,05$; ^c OR não calculados pela ausência de participantes não-caso nesta categoria.

Ao se analisar a associação entre os fatores relacionados à pandemia e o rastreamento de depressão e/ou ansiedade (Tabela 4), evidenciou-se que as chances de rastreamento positivo foram proporcionais ao comprometimento da renda, considerando perda do emprego (OR = 4,14; IC_{95%} 2,05;8,34), suspensão do emprego com redução da renda (OR = 1,69; IC_{95%} 1,03;2,76) ou manutenção do emprego com redução da renda (OR = 1,61; IC_{95%} 1,19;2,16). De forma semelhante, identificou-se o efeito dose-resposta na ocorrência do desfecho estudado para: pensamentos recorrentes sobre a pandemia; frequência de conflito nas relações familiares, com amigos e/ou colegas de trabalho; medo de perder entes queridos; e probabilidade de contrair COVID-19. Além disso, participantes que relataram a ocorrência de óbitos por essa doença entre familiares, amigos ou conhecidos tiveram 1,41 vez mais chances de apresentarem depressão e/ou ansiedade.

Tabela 4. Associação entre fatores relacionados à pandemia de COVID-19 e rastreio para depressão e/ou ansiedade em nutricionistas brasileiros. Nutri-Brasil, 2020. (N = 1.018)

Informações	Não casos N = 405 Referência	Casos N=613							
		Casos (depressão e/ou ansiedade) N = 613		Depressão sem ansiedade N = 78		Ansiedade sem depressão N = 98		Comorbidade depressão e ansiedade N = 437	
		N (%)	N (%)	OR (IC95%) ^a	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)	OR (IC95%) ^b	N (%)
Emprego na pandemia		**							
Perdeu o emprego	10 (2,5)	49 (8,2)	4,14 (2,05-8,34)	7 (9,6)	5,41 (1,93-15,16)	3 (3,2)	1,21 (0,32-4,53)	39 (9,1)	4,83 (2,35-9,92)
Teve o emprego suspenso com redução de renda	27 (6,8)	54 (9,1)	1,69 (1,03-2,76)	8 (11,0)	2,29 (0,96-5,44)	4 (4,2)	0,59 (0,20-1,77)	42 (9,8)	1,92 (1,15-3,23)
Manteve o emprego com redução de renda	96 (24,2)	183 (31,0)	1,61 (1,19-2,16)	24 (32,9)	1,93 (1,09-3,42)	23 (24,2)	0,96 (0,57-1,64)	136 (31,7)	1,76 (1,27-2,41)
Manteve o emprego sem redução ou com aumento de renda	263 (66,4)	311 (52,1)	Ref.	34 (46,6)	Ref.	65 (68,4)	Ref.	212 (49,4)	Ref.
Nível de satisfação quanto à quantidade de informações sobre COVID-19		ns							
Muito insatisfeito/Insatisfeito	93 (27,9)	156 (30,9)	Ref.	18 (27,7)	Ref.	19 (22,1)	Ref.	119 (33,6)	Ref.
Satisfeito/Muito satisfeito	225 (65,8)	312 (61,8)	0,82 (0,61-1,12)	39 (60,0)	1,35 (0,97-1,87)	60 (69,8)	1,21 (0,66-2,20)	213 (60,2)	1,76 (1,00-3,09)
Não sabe ^c	24 (7,0)	37 (7,3)	---	8 (12,3)	---	7 (8,1)	---	22 (6,2)	---
Pensamentos recorrentes sobre pandemia		**							
Pouco frequente	218 (64,7)	155 (30,7)	Ref.	31 (47,0)	Ref.	35 (40,7)	Ref.	89 (25,2)	Ref.
A maior parte do tempo	86 (25,5)	208 (41,2)	3,40 (2,45-4,70)	27 (40,9)	2,27 (1,24-3,91)	25 (29,1)	1,81 (1,02-3,20)	156 (44,2)	4,44 (3,09-6,37)
Sempre	33 (9,8)	142 (28,1)	6,05 (3,93-9,31)	8 (12,1)	1,70 (0,72-4,02)	26 (30,2)	4,91 (2,62-9,17)	108 (30,6)	8,02 (5,05-12,71)
Conflito nas relações com familiares, amigos e colegas de trabalho		**							
Nunca	151 (44,9)	87 (17,2)	Ref.	23 (34,8)	Ref.	18 (20,9)	Ref.	46 (13,0)	Ref.
Às vezes	160 (47,6)	266 (52,7)	2,88 (2,07-2,00)	37 (56,1)	1,52 (0,86-2,67)	50 (58,1)	2,62 (1,46-4,69)	179 (50,7)	3,67 (2,48-5,44)
Muito frequente	25 (7,4)	152 (30,1)	10,55 (6,40-17,37)	6 (9,1)	1,57 (0,59-4,26)	18 (20,9)	6,04 (2,77-13,15)	128 (36,3)	16,81 (9,78-28,86)
Medo de perder entes queridos		**							
Pouco frequente	201 (59,8)	148 (29,4)	Ref.	31 (47,0)	Ref.	28 (32,9)	Ref.	89 (25,2)	Ref.
A maior parte do tempo	74 (22,0)	129 (25,6)	2,36 (1,65-3,37)	10 (15,1)	0,88 (0,41-1,87)	21 (24,7)	2,04 (1,09-3,81)	98 (27,8)	2,99 (2,02-4,42)



Sempre	61 (18,2)	227 (45,0)	5,05 (3,54-7,19)	25 (37,9)	2,65 (1,46-4,84)	36 (42,4)	4,24 (2,39-7,50)	166 (47,0)	6,14 (4,18-9,03)
Probabilidade de contrair COVID-19		**							
Nunca/Pouco provável	122 (36,0)	131 (26,0)	Ref.	25 (37,9)	Ref.	23 (26,7)	Ref.	83 (23,6)	Ref.
Provável	159 (46,9)	240 (47,6)	1,40 (1,02-1,93)	27 (40,9)	0,83 (0,46-1,50)	43 (50,0)	1,43 (0,82-2,51)	170 (48,3)	1,57 (1,10-2,24)
Muito provável	58 (17,1)	133 (26,4)	2,13 (1,43-3,16)	14 (21,2)	1,18 (0,57-2,43)	20 (23,3)	1,83 (0,93-3,59)	99 (28,1)	2,51 (1,64-3,85)
Diagnóstico de COVID-19		ns							
Sim	32 (9,4)	50 (9,9)	1,05 (0,66-1,68)	7 (10,6)	1,14 (0,48-2,71)	8 (9,3)	0,99 (0,43-2,23)	35 (9,9)	1,05 (0,63,1,75)
Não	309 (90,6)	456 (90,1)	Ref.	59 (89,4)	Ref.	78 (90,7)	Ref.	319 (90,1)	Ref.
Óbito por COVID-19 entre familiares, amigos ou conhecidos		*							
Sim	132 (38,8)	239 (47,3)	1,41 (1,07-1,87)	28 (42,4)	1,16 (0,68-1,98)	38 (44,2)	1,24 (0,77-2,01)	173 (49,0)	1,51 (1,12-2,05)
Não	208 (61,2)	266 (52,7)	Ref.	38 (57,6)	Ref.	48 (55,8)	Ref.	180 (51,0)	Ref.

Teste do qui-quadrado: ns = não significante; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^a Regressão logística bivariada; ^b Regressão logística multinomial bivariada; OR: *Odds ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; valores em **negrito** quando $p < 0,05$; ^c A categoria “não sabe” foi desconsiderada nas análises.

Os modelos de regressão ajustados para avaliação da associação entre fatores relacionados à pandemia de COVID-19 e rastreamento para depressão e/ou ansiedade (Tabela 5) revelaram que o rastreamento positivo teve relação com: consumo aumentado de álcool na pandemia (OR = 2,84; IC_{95%} 1,86;4,35), de medicação para dor (OR = 7,42; IC_{95%} 4,67;11,79) e de medicação para sono (OR = 6,30; IC_{95%} 3,82;10,36); ausência do tratamento psicoterápico (OR = 0,39; IC_{95%} 0,27;0,56); e uso de medicamentos psicotrópicos para saúde mental (OR = 0,40; IC_{95%} 0,26;0,60). Além disso, verificou-se a manutenção do efeito dose-resposta na presença do desfecho para mudanças de emprego/renda; aqueles que perderam o emprego tiveram maior chance (OR = 4,14; IC_{95%} 2,05;8,34) de apresentar ansiedade e/ou depressão, seguido daqueles com redução da renda, seja com suspensão do emprego (OR = 1,69; IC_{95%} 1,03;2,76) ou não (OR = 1,61; IC_{95%} 1,19;2,16). Ainda, pensamentos recorrentes sobre pandemia (OR = 6,05; IC_{95%} 3,93;9,31), conflito nas relações com familiares, amigos e colegas de trabalho (OR = 10,55; IC_{95%} 6,40;17,37) e medo de perder entes queridos (OR = 5,05; IC_{95%} 3,54;7,19) mostraram associação com os transtornos estudados.

A crença de que era muito provável contrair COVID-19 também se mostrou associada ao rastreamento positivo para ansiedade e/ou depressão (OR = 2,05; IC_{95%} 1,35;3,11), o qual também se associou à ocorrência de óbitos por essa doença entre familiares, amigos ou conhecidos (OR = 1,56; IC_{95%} 1,16;2,09).

Tabela 5. Modelos ajustados para avaliação da associação entre fatores relacionados à pandemia de COVID-19 e rastreio para depressão e/ou ansiedade em nutricionistas brasileiros. Nutri-Brasil, 2020. (N = 1.018)

INFORMAÇÕES	NÃO CASOS N = 405	CASOS (depressão e/ou ansiedade) N = 613		
	N (%)	N (%)	MODELO 1 OR (IC95%)	MODELO 2 OR (IC95%)
Consumo de álcool na pandemia				
Não se aplica/Não se alterou	313 (79,8)	417 (69,7)	Ref.	Ref.
Diminuiu	45 (11,5)	62 (10,4)	0,90 (0,59-1,39)	0,90 (0,58-1,39)
Aumentou	34 (8,7)	119 (19,9)	2,89 (1,89-4,41)	2,84 (1,86-4,35)
Uso de medicação para dor				
Não se aplica/Não se alterou	358 (92,3)	393 (65,7)	Ref.	Ref.
Diminuiu	6 (1,5)	10 (1,7)	1,30 (0,45-3,75)	1,31 (0,45-3,82)
Aumentou	24 (6,2)	195 (32,6)	7,65 (4,82-12,14)	7,42 (4,67-11,79)
Uso de medicação para sono				
Não se aplica/Não se alterou	369 (94,9)	440 (73,1)	Ref.	Ref.
Aumentou	20 (5,1)	157 (26,1)	6,59 (4,01-10,83)	6,30 (3,82-10,36)
Tratamento psicoterápico				
Sim	54 (13,4)	168 (27,6)	Ref.	Ref.
Não	349 (86,6)	441 (72,4)	0,37 (0,24-0,53)	0,39 (0,27-0,56)
Uso de medicação por motivo de saúde mental				
Sim	37 (9,2)	118 (19,4)	Ref.	Ref.
Não	364 (90,8)	490 (80,6)	0,37 (0,25-0,57)	0,40 (0,26-0,60)
Emprego na pandemia				
Perdeu o emprego	10 (2,5)	49 (8,2)	3,07 (1,49-6,34)	2,90 (1,40-6,01)
Teve o emprego suspenso com redução de renda	27 (6,8)	54 (9,1)	1,40 (0,83-2,34)	1,34 (0,79-2,26)
Manteve o emprego com redução de renda	96 (24,2)	183 (31,0)	1,45 (1,07-1,97)	1,39 (1,02-1,90)
Manteve o emprego sem redução ou com aumento de renda	263 (66,4)	311 (52,1)	Ref.	
Pensamentos recorrentes sobre pandemia				
Pouco frequente	218 (64,7)	155 (30,7)	Ref.	Ref.
A maior parte do tempo	86 (25,5)	208 (41,2)	3,52 (2,50-4,96)	3,55 (2,52-5,01)
Sempre	33 (9,8)	142 (28,1)	6,76 (4,29-10,65)	6,53 (4,14-10,32)
Conflito nas relações com familiares, amigos e colegas de trabalho				
Nunca	151 (44,9)	87 (17,2)	Ref.	Ref.



Às vezes	160 (47,6)	266 (52,7)	2,80 (1,99-3,95)	2,99 (2,11-4,25)
Muito frequente	25 (7,4)	152 (30,1)	10,97 (6,56-18,36)	11,11 (6,61-18,67)
Medo de perder entes queridos				
Pouco frequente	201 (59,8)	148 (29,4)	Ref.	Ref.
A maior parte do tempo	74 (22,0)	129 (25,6)	2,29 (1,58-3,32)	2,27 (1,57-3,29)
Sempre	61 (18,2)	227 (45,0)	5,28 (3,65-7,66)	5,13 (3,53-7,45)
Probabilidade de contrair COVID-19				
Nunca/Pouco provável	122 (36,0)	131 (26,0)	Ref.	Ref.
Provável	159 (46,9)	240 (47,6)	1,37 (0,97-1,91)	1,36 (0,97-1,91)
Muito provável	58 (17,1)	133 (26,4)	2,03 (1,34-3,07)	2,05 (1,35-3,11)
Óbito por COVID-19 entre familiares, amigos ou conhecidos				
Sim	132 (38,8)	239 (47,3)	1,59 (1,19-2,14)	1,56 (1,16-2,09)
Não	208 (61,2)	266 (52,7)	Ref.	Ref.

Regressão logística multivariada; OR: *Odds ratio*. IC95%: Intervalo de confiança de 95%; valores em **negrito** quando $p < 0,05$.

Modelo 1: Ajustado por variáveis sociodemográficas (idade, sexo, renda familiar e estado civil); Modelo 2: Ajustado pelo Modelo 1 + tentativa de suicídio na vida.

DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo foi a associação de fatores laborais, clínicos, de estilo de vida e relacionados à pandemia com o rastreamento positivo para ansiedade e/ou depressão entre nutricionistas brasileiros. Conflitos muito frequentes nas relações (OR = 11,11; IC_{95%} 6,61;18,67), uso de medicação para dor (OR = 7,42; IC_{95%} 4,67;11,79) e pensar sempre sobre a pandemia (OR = 6,53; IC_{95%} 4,14;10,32) foram os que apresentaram maior força de associação. Ainda, não estar em tratamento psicoterápico (OR = 0,39; IC_{95%} 0,27;0,56) e não estar em uso de medicamento psicotrópico (OR = 0,40; IC_{95%} 0,26;0,60) foram associados a menores chances de rastreamento positivo. Como fenômeno epidemiológico, a disseminação da COVID-19 marcou, em diferentes partes do mundo, o aumento da prevalência dos transtornos mentais^{6,13,17-19}.

Os resultados desta pesquisa, em consonância com a literatura²⁰, corroboram as evidências de que, em situações dessa natureza, a população pode apresentar manifestações psicopatológicas ou seu agravamento. Elas incluem alterações comportamentais, como distúrbios do sono (insônia, sono excessivo e pesadelos) e do pensamento (pensamentos recorrentes sobre a pandemia, saúde dos familiares e amigos, morte e morrer), sendo, por vezes, mais prevalentes e duradouras do que o próprio curso da doença.

A pandemia ampliou na população os fatores associados aos sintomas clínicos de depressão e ansiedade, como preocupação com a COVID-19, baixa tolerância ao estresse e presença de solidão; já o apoio familiar foi associado a baixos níveis de depressão⁶. Uma pesquisa americana²¹ realizada entre a declaração do estado de emergência em saúde e as medidas iniciais de restrição social encontrou em jovens adultos elevados percentuais de depressão (43,3%, PHQ-8 pontuação ≥ 10) e de ansiedade (45,4%, GAD-7 pontuação ≥ 10).

Os profissionais da área da saúde foram especialmente avaliados por estarem envolvidos no enfrentamento da doença. Apesar das particularidades (condições laborais, gênero e relacionamento interpessoal) associadas à heterogeneidade desse contingente de força de trabalho, estar na linha de frente não representou o principal fator de explicação para o sofrimento psíquico. Ao comparar a frequência de sintomas de ansiedade e depressão em equipes médicas chinesas, constituídas majoritariamente por mulheres (87,4%), Liu et al.¹³ encontraram valores mais altos desses desfechos nas equipes que apresentavam características relacionadas à solidão (morar sozinho, não receber ajuda de amigos ou cuidados de vizinhos e não confiar seus problemas a outras pessoas).

Outra pesquisa¹⁹ realizada com trabalhadores canadenses atuantes ou não na área da saúde encontrou, no estágio inicial da pandemia, sintomas de ansiedade e depressão significativamente superiores ($p < 0,001$) entre os que não atuavam nesse segmento. A preocupação com contaminação foi considerada fator que contribuiu para tal quadro. Apesar de não investigadas, questões ligadas ao gênero – uma vez que a maioria dos inquiridos era do sexo feminino (86,2%) –, relacionadas à permanência no trabalho, bem como a desordens mentais preexistentes, foram consideradas relevantes pelo autores. Barros et al.⁸ encontraram sintomas como tristeza, nervosismo e alterações do sono entre adultos jovens, mulheres e pessoas com antecedentes de depressão durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

As mulheres têm se destacado como grupo vulnerável nos estudos relativos à saúde mental no país e no exterior^{3,8,22,23}. Em pesquisa anterior à pandemia, Gonçalves et al.²³ já apontavam prevalência de depressão de 19,7% em mulheres com idade compreendida entre 20 a 59 anos. Doença mental prévia e baixa escolaridade foram fatores de risco associados à depressão, ao passo que os fatores de proteção incluíram ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde.

Considerando-se que a Nutrição é uma profissão predominantemente feminina, como observado entre os respondentes do presente estudo, cabe reconhecer a suscetibilidade das mulheres que exercem a chefia de família e que estão sujeitas às desigualdades encontradas em outras esferas da sociedade^{14,24}. Esse fato é relevante sob a perspectiva de divisão de tarefas por gênero, em que tem-se como usual que as mulheres sejam responsáveis pelas atividades domésticas, que incluem os cuidados com a família, cabendo-lhes conciliá-las com a atuação profissional, seja por escolha, seja por necessidade. Essa situação é naturalizada como parte da vida social, mas se estabelece como uma dimensão oculta, não contabilizada da (sobre)carga de trabalho²⁴. Ser chefe de família é uma tendência crescente nas últimas décadas, como apontado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²⁴, que já havia constatado aumento de 12,3% no número de mulheres nessa condição no período entre 1995 a 2009.

Pensar a realidade das mulheres no contexto da pandemia revisita questões históricas, não analisadas no presente estudo, mas existentes. Houve sobrecarga dos papéis profissionais e domésticos exercidos por elas, ocasionando desgastes físico, cognitivo e afetivo, especialmente entre as que atuavam na área da saúde. Pesquisa¹² realizada com 1.422 trabalhadores espanhóis desse segmento evidenciou sintomas de depressão e ansiedade em 46,0% e 58,6% dos indivíduos avaliados, respectivamente. O destaque foi para a condição de

ser mulher e de fazer escala laboral de 12 ou 24 horas como fatores de risco para esses transtornos mentais, somados à preocupação com a infecção de um membro da família¹².

O isolamento social imposto pela COVID-19 impactou o emprego e a renda. No Brasil, foram publicadas legislações que flexibilizaram as relações trabalhistas por meio de estratégias como a redução proporcional de jornada de trabalho e de salários e a suspensão temporária do contrato de trabalho. Apesar da intenção de minimizar os prejuízos socioeconômicos, essas medidas objetivamente afetaram a vida dos participantes do presente estudo: aqueles que perderam o emprego apresentaram maior chance (OR = 4,14; IC_{95%} 2,05;8,34) de desenvolver ansiedade e/ou depressão, seguido dos que tiveram redução da renda, seja com suspensão do emprego (OR = 1,69; IC_{95%} 1,03;2,76) ou não (OR = 1,61; IC_{95%} 1,19;2,16).

A depressão pode estar relacionada ao desemprego e às suas consequências, tais como as precárias condições de habitação e alimentação. Para além da existência do vínculo de trabalho, deve-se considerar o cenário no qual ele acontece, isso porque o trabalho se consagra como um local onde se investe boa parte do tempo, bem como se estabelecem relações sociais, formando-se uma identidade profissional e expectativas de se alcançar a valorização pessoal. Além disso, o espaço laboral se configura como um palco de conflitos que podem desencadear o surgimento de transtornos mentais. É importante que se reflita sobre como o ambiente influencia a vida das pessoas, sendo a exposição às condições de trabalho adversas um fator de risco para a saúde. Somam-se a isso os múltiplos papéis invisíveis exercidos pelas mulheres sem o devido reconhecimento social, financeiro e familiar²³.

No presente estudo observou-se que o estilo de vida foi impactado pela pandemia. O aumento do consumo de álcool (OR = 2,62; IC_{95%} 1,74;3,95), do uso de medicação para dor (OR = 7,4; IC_{95%} 4,73;11,57) e o incremento no uso de medicação para iniciar o sono (OR = 6,58; IC_{95%} 4,05;10,69) foram relacionados a maiores chances de depressão e/ou ansiedade. Alterações nas condições de saúde mental atreladas a mudanças no estilo de vida também se evidenciaram em um estudo polonês²². Os autores avaliaram ingestão de álcool, distúrbios do sono e sintomas depressivos entre profissionais da saúde durante a pandemia e compararam tais resultados com o período pré-pandêmico. Houve elevação na ingestão de álcool – a qual se mostrou correlacionada com o maior tempo gasto no trabalho –, além de agravamento dos sintomas de depressão e insônia, sendo estes maiores entre as mulheres. O crescimento do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco também foi constatado durante o período de restrição social em adultos brasileiros²⁵.

Os resultados encontrados na análise da ideação de suicídio na vida (OR = 2,36; IC_{95%} 1,63;3,42) e no último mês (OR = 4,13; IC_{95%} 2,01;8,46) entre os nutricionistas indicam a necessidade de se aprimorar a atenção à saúde mental desse profissional e de se promoverem ações de respostas às suas consequências. Estudo brasileiro que avaliou as motivações para busca de atendimento *on-line* em saúde mental durante a pandemia da COVID-19 identificou que mais de 89% dos acessos foram realizados por mulheres com idade compreendida entre 40 e 59 anos e que dentre tais motivações destacaram-se ansiedade, depressão e ideação suicida²⁶.

Aspectos relacionados ao estilo de vida estiveram associados à ideação suicida em pesquisa feita com mulheres no Piauí, cuja coleta de dados ocorreu entre agosto de 2015 e março de 2016. Evidenciou-se que aquelas que eram possíveis dependentes de álcool (OR = 3,9 IC_{95%} 1,96;8,15) e de tabaco (OR = 3,3; IC_{95%} 1,46;6,72) tinham mais chances de possuir ideação suicida²⁷. Investigação²⁸ que contou com a participação de adultos jovens que já haviam tentado tirar a própria vida, que tinham histórico de ideação suicida ou que nunca tiveram tal pensamento revelou que o grupo com ideação suicida tinha médias superiores para ansiedade social (26,03±10,25), ao passo que o que não possuía tal ideação apresentou médias superiores para autoeficácia (35,35±6,44), autoestima (41,33±7,02) e relacionamento familiar (59,63±10,01)²⁸. No Reino Unido, um estudo²⁹ reportou maior frequência de pensamentos suicidas e de automutilação entre mulheres, negros, asiáticos e demais etnias minoritárias, bem como entre pessoas com fragilidade socioeconômica, desempregadas, com doenças crônicas, com transtornos mentais e com diagnóstico COVID-19, revelando a necessidade de discussão sobre a vulnerabilidade de diferentes grupos sociais.

Apesar da associação entre quadros de ansiedade e/ou depressão e risco de suicídio, não há evidências de que a pandemia tenha contribuído, em países de média e alta renda, para o aumento de tal risco. Todavia, é preciso acompanhar possíveis mudanças socioeconômicas que porventura venham a repercutir nesse indicador. Isso porque o sofrimento mental estava presente no período pandêmico, independentemente da elevação no número de suicídios, sendo importante considerá-lo um fenômeno complexo³⁰.

O presente estudo é o primeiro a investigar a saúde mental de nutricionistas no país e os impactos da pandemia sobre a categoria. Sua limitação se refere à amostragem, que pode ter sido influenciada pela dificuldade de acesso à internet ou, ainda, por condições de sobrecarga de trabalho. Porém, constatou-se similaridade quanto às características sociodemográficas e laborais encontradas em publicação prévia que abordou o perfil dos nutricionistas brasileiros – a distribuição dos respondentes foi menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde,

historicamente, é menor o número de profissionais¹⁴. Ressalta-se que para minimizar os vieses potenciais da amostragem de conveniência, buscou-se aumentar a quantidade de participantes por meio do investimento na divulgação e ampliação do período de coleta de dados.

Os dados aqui mostrados resultam em conhecimento epidemiológico aplicável a ações de vigilância, prevenção e controle da ansiedade e depressão entre nutricionistas brasileiros. Eles permitiram identificar a existência de associação entre ansiedade e depressão com fatores laborais, clínicos, de estilo de vida e relacionados à pandemia. Apesar de o fim da COVID-19 ter sido decretado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 5 de maio de 2023, o que foi apresentado no presente estudo coloca luz e soma evidências a respeito da necessidade do desenvolvimento de estratégias que tornem possível antecipar alguns efeitos de uma pandemia.

É importante que entidades de classe estejam preparadas para auxiliar na mediação dos conflitos ligados ao trabalho, pensando na proteção do profissional. Aos serviços e órgãos de saúde, cabe avaliar as demandas da sociedade no contexto da saúde mental, com segurança e rapidez, desenvolvendo políticas públicas para o rastreamento de ansiedade e depressão e mitigação dos seus danos. Os resultados também reforçam a importância de um olhar de gênero para as ações, considerando-se as transformações socioeconômicas do pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavírus disease (COVID-19) pandemic. [Internet] 2019 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Oliveira TC, Abranches MV, Lana RM, (In)Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00055220. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00055220>
3. Ozamiz-Etxebarria N, Dosiil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui, M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00054020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
4. Liu Y, Sandmann FG, Barnard RC, Pearson CAB, Pastore R, Pebody R, et al. Optimising health and economic impacts of COVID-19 vaccine prioritisation strategies in the WHO European Region: a mathematical modelling study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2022;12:100267. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.09.21260272>
5. Almeida WDS, Szwarcwald CL, Malta DC, Barros MBDA, Souza Júnior PRBD, Azevedo LO, et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros

- durante a pandemia de COVID-19. Rev Bras Epidemiol. 2021;23:e200105. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>
6. Liu N, Zhang, F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. Psychiatry Res. 2020;287:112921. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
 7. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. [Internet] 2017 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?s>
 8. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(4):e2020427. doi: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
 9. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Cienc Saúde Coletiva. 2020;25(9):3465-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
 10. Prado AD, Peixoto BC, Silva AMB, Scalia LAM. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. REAS. 2020; 46:e4128. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
 11. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. QJM. 2020;113(10):707-12. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
 12. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):5514. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
 13. Liu Y, Chen H, Zhang N, Wang X, Fan Q, Zhang Y, et al. Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. J Affect Disord. 2021; 278:144-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004>
 14. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). [Internet]. [S.d.] [citado em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/>
 15. Moreno AL, Sousa D, Souza AMFLP, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. Temas Psicol. 2016;24(1):367-76. doi: <https://doi.org/10.9788/tp2016.1-25>
 16. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública. 2013;29(8):1533-43. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00144612>

17. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:883-92. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
18. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson AJ, Niedzwiedz CL, et al. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *Br J Psychiatry*. 2020; 21:1-8. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
19. Mrklas K, Shalaby R, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. Prevalence of Perceived Stress, Anxiety, Depression, and Obsessive-Compulsive Symptoms in Health Care Workers and Other Workers in Alberta During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey. *JMIR Mental Health*. 2020;7(9):e22408. doi: <https://doi.org/10.2196/22408>
20. Bicalho PP, Lima CH, Davi JS. Da crise à pandemia: da letalidade como política às políticas editoriais de resistência. *Arq Bras Psicol*. 2020;2(1):3-7. doi: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2020v72i2p.3-7>
21. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Res*. 2020; 290:113172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
22. Klimkiewicz A, Schmalenberg A, Klimkiewicz J, Jasińska A, Jasionowska J, Machura W, et al. COVID-19 Pandemic Influence on Healthcare Professionals. *J Clin Med*. 2021;19(6):1280. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm10061280>
23. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Almeida JR, Gama CSL, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(2):101-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. [Internet] 2011 [citado em 2021 dez 17]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>
25. Malta DC, Szwarewald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza JPRB, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020407. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>
26. Guedes AC, Kantorski LP, Willrich JQ, Coimbra VCC, Wunsch CG, Sperb LCSO, et al. Online mental health care during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2022;75 (Supl 1):e20210554. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0554>
27. Silva Júnior F, Monteiro C, Sales J, Andrade S, Veloso L, Costa AP. Ideação suicida, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco pelas mulheres. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2021;25:69-82. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180206>

28. Pereira AS, Wilhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Cien Saúde Colet.* 2018;23(11):3767-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.
29. Job E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry.* 2020; 217:543-6. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.130>
30. Pirkis J, John A, Shin S, Del Pozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Phychiatric.* 2021;8(7):579-88. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)