



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana**

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR NO TRABALHO DE NUTRICIONISTAS  
BRASILEIROS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE SARS-CoV-2**

Raquel Adjafre da Costa Matos

Brasília/DF  
2020

Raquel Adjafre da Costa Matos

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR NO TRABALHO DE NUTRICIONISTAS  
BRASILEIROS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE SARS-CoV-2.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Nutrição Humana da Universidade de Brasília,  
como requisito obrigatório para obtenção do título de  
Doutora em Nutrição Humana.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Raquel Braz Assunção Botelho

Brasília/DF

2020

Raquel Adjafre da Costa Matos

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR NO TRABALHO DE NUTRICIONISTAS  
BRASILEIROS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DE SARS-CoV-2.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação  
em Nutrição Humana da Universidade de Brasília,  
como requisito obrigatório para obtenção do título de  
Doutora em Nutrição Humana.

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Raquel Braz Assunção Botelho  
Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília  
Orientadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Natacha Toral Bertolin  
Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília  
Membro interno

Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro  
ESCS/FEPECS/SES  
Membro externo

Prof.<sup>a</sup> Dra. Priscila Farage de Gouveia  
Faculdade de Nutrição - Universidade Federal de Goiás  
Membro externo

Prof.<sup>a</sup> Dra. Muriel Bauermann Gubert  
Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília  
Suplente interno

Adjafre da Costa Matos, Raquel  
Qualidade de vida e bem-estar no trabalho de Nutricionistas  
brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2.  
Tese de Doutorado/Faculdade de Ciências da Saúde, Programa  
de Pós-graduação em Nutrição Humana, Universidade de  
Brasília, 2020.  
Área de Concentração: Nutrição  
Orientadora: Professora Dra. Raquel Braz Assunção Botelho

Ao meu pai, Aureliano da Costa Matos e  
À minha avó, Maria José Costa Matos  
(*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que por diversas vezes, foi minha única companhia e consolo nos momentos tão desafiadores que passei ao longo deste Doutorado. Junto a ele, meu pai e minha avó.

Agradeço à minha orientadora, a professora Dra. Raquel Braz Assunção Botelho, a quem devo muito do que sou hoje como nutricionista. Uma Professora que exerce seu papel na Universidade pública da maneira mais extraordinária, completa, humana e competente. A ela, o meu mais profundo e sincero agradecimento.

À professora Rita Akutsu, que transformou um simples café em um convite e incentivo ao meu retorno à Universidade como aluna de Doutorado. Esteve comigo no princípio e no fim. E, por tudo, sou grata. Aos professores da Universidade de Brasília que em diferentes momentos do processo me deram às mãos e me fizeram continuar: professora Wilma Araújo, professor Márcio Mendonça, professora Renata Monteiro, professora Eliane Said Dutra, professora Vivian Siqueira e professora Renata Puppini Zandonadi.

À Universidade de Brasília, minha casa acadêmica na Graduação, no Mestrado e no Doutorado. Esforço-me a fazer jus ao peso de seu nome em meu currículo.

Ao Conselho Regional de Nutricionistas da 1ª região, e todos os seus colaboradores. Estendo meus agradecimentos ao Sistema CFN/CRN, onde fiz amigos que além de muito, me ajudaram no envio do link desta pesquisa aos nutricionistas de todo o Brasil.

Às minhas terapeutas, Dra. Rafaela Frecchiane e Dra. Monique Scalco, responsáveis pelo meu resgate e minha saúde.

Aos meus grandes amigos nutricionistas, aqui representados por: Aldemir Mangabeira, Carolina Sasaki, Leandro Rodrigues da Cunha, Fernando Lamarca, Guilherme Falcão Mendes, Caroline Romeiro, Larissa Mazocco, Mariana Olival, Priscila Almeida, Isabella Duarte, Janaína Baiocchi, Gabriella Villas-Boas, Cecília Campos, Wilson de Campos, Geovana Farias e Talita Spineli. E aos não nutricionistas: Luiz Trigo, Carlos Janssen, Renato Valduga, Renato André, Rochester, Paula Jaramillo, Fernanda Tallarico e Juan Sebastian Toquica.

Aos amigos do Unieuro, UCB, UDF e Grupo Santa Marta.

Aos meus alunos. Cada um de vocês constitui minha alma de professora. Vocês são transformação e luz.

À minha família da vida: Ana Luiza Campolina, Adriano Drummond, Atina Maria Maia, Filipe Fontes, Renata Costa Camões Rabello Rosa, Felipe Ramos, Juliana Marinho Villa-verde Baiocchi de Carvalho, Daniel Ferreira, tia/mãe Gláucia. Pessoas cujo amor e gratidão não cabem em mim. Vocês são a minha força.

À Família Costa Matos, em especial à sua matriarca, vovó Masé. Vocês são inspiração, alegria, calor, colo e vida.

Aos responsáveis pela minha existência e que não tenho palavras para descrever o tamanho do meu amor, gratidão e sorte: meu Pai, Aureliano, minha mãe, Tânia, minha irmã Grazieli e meu irmão Daniel (que me presenteou com ainda mais amor na figura do Pedrinho).

*“De tudo, ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos começando,  
A certeza de que é preciso continuar e  
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.*

*Fazer da interrupção um novo caminho,  
Da queda, um passo de dança,  
Do medo, uma escola,  
Do sonho, uma ponte,  
Da procura, um encontro.*

*E, assim, terá valido à pena.”*

*Fernando Sabino, em O Encontro Marcado, 1956 - adaptado*

## RESUMO

**Introdução:** o nutricionista é um profissional de saúde que atua em áreas consideradas de risco para a contaminação por SARS-CoV-2. A pandemia causada por esse novo vírus no ano de 2020 trouxe medo, insegurança, desemprego, instabilidade financeira, isolamento social, dentre outros fatores que podem intervir negativamente na qualidade de vida e no bem-estar no trabalho. **Objetivo:** avaliar a percepção da qualidade de vida e do bem-estar no trabalho de nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2. **Métodos:** estudo de abrangência nacional, transversal, realizado com a aplicação de três instrumentos já validados, por meio de um link da ferramenta GoogleForms®: (i) questionário para coleta das variáveis demográficas, incluindo-se três perguntas específicas sobre o período do SARS-CoV-2; (ii) escala de bem-estar no trabalho e (iii) WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida, sendo esses dois últimos pontuados a partir da escala Likert de 5 pontos. A aplicação foi realizada entre os dias 26 de maio e 7 de junho de 2020, com o envio do link para os nutricionistas brasileiros por meio de e-mails, aplicativos de mensagens e redes sociais. Nesse link, além dos três instrumentos, os voluntários acessaram o convite para a pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados coletados foram analisados estatisticamente no SPSS, e as comparações de médias e proporções da amostra ocorreram por meio de teste T pareado, teste Qui-quadrado e análise de Variância. A confiabilidade dos instrumentos foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach. Para se comparar a variação, em porcentagem, do bem-estar no trabalho com os domínios de qualidade de vida, estratificou-se as variáveis. Por fim, foi avaliada a correlação de Pearson entre os constructos. **Resultados:** Obteve-se uma amostra representativa de nutricionistas brasileiros ( $n=1359$ ) que são, em sua maioria, mulheres (92,5%), católicas (52,9%), com idade entre 25 e 39 anos (58,4%), com companheiro (63,8%) e sem filhos (58%). A maioria dos participantes continuou trabalhando durante o período da pandemia (83,8%), não teve COVID-19 (96%) e nem seus familiares (80,7%). O bem-estar no trabalho antes da pandemia ( $3,88 \pm 0,71$ ) foi significativamente maior que o bem-estar durante a pandemia ( $3,71 \pm 0,78$ ). Analisando-se as variáveis separadamente antes e durante a pandemia, nutricionistas com parceiros, filhos e doutorado apresentaram escores mais elevados de bem-estar no trabalho, bem como os que recebem mais de cinco salários-mínimos, são formados há mais de quinze anos, atuam na área de ensino e trabalharam remotamente durante a pandemia. A pontuação da qualidade de vida antes do SARS-CoV-2 era de  $3,83 \pm 0,59$ , estatisticamente diferente da qualidade de vida durante a pandemia ( $3,36 \pm 0,66$ ) bem como todas as suas variáveis, que quando comparadas, apresentaram piores resultados durante a pandemia. Pessoas com teste positivo ou não para SARS-CoV-2 não diferiram na qualidade de vida. Todos os quatro domínios do WHOQOL-BREF apresentaram médias mais baixas durante a pandemia, sendo o segundo domínio (saúde psicológica) o mais afetado entre os nutricionistas brasileiros. Ao se comparar os dois constructos, o bem-estar no trabalho diminuiu com a pandemia em 4,4% e a queda na qualidade de vida foi significativamente maior em todos os domínios (reduziram entre 9,6% e 16,8%). Nutricionistas que tiveram seus trabalhos interrompidos na pandemia (-8,9%) e os formados há menos de dois anos (-28,1%) apresentaram a maior redução no bem-estar no trabalho e na qualidade de vida, respectivamente. Encontrou-se correlação positiva entre os constructos, ou seja, quanto maior o bem-estar no trabalho dos nutricionistas, melhor é a sua qualidade de vida ( $r>0,433$ ). **Conclusão:** a pandemia de SARS-CoV-2 foi associada a impacto negativo no bem-estar no trabalho e na qualidade de vida de nutricionistas brasileiros. **Palavras-chave:** SARS-CoV-2, COVID-19, nutricionistas, profissionais de saúde, bem-estar no trabalho, qualidade de vida.



## ABSTRACT

**Background:** the dietitian is a health professional who works in areas considered at risk for contamination by SARS-CoV-2. The pandemic caused by this new virus in 2020 brought fear, insecurity, unemployment, financial instability, social isolation, and other factors that can negatively affect the quality of life and well-being at work. **Objective:** to evaluate the perception of the quality of life and well-being at work of Brazilian dietitians before and during the SARS-CoV-2 pandemic. **Methods:** it is a nationwide, cross-sectional study carried out with the application of three instruments already validated, through a link of the GoogleForms® tool: (i) a questionnaire to collect demographic variables, including three specific questions about the SARS-CoV-2 period; (ii) work well-being scale (iii) WHOQOL-BREF to assess the quality of life, the latter two being scored from the 5-point Likert scale. The application was carried out between May 26 and June 7, 2020, with the link sent to Brazilian dietitians through e-mails, messaging applications, and social networks. In this link, in addition to the three instruments, the volunteers accessed the invitation to the research and the free and informed consent form. The collected data were statistically analyzed in the SPSS, and the sample means and proportions were compared by paired T-test, Chi-square test, and Variance analysis. The reliability of the instruments was evaluated using Cronbach's Alpha. The variables were stratified to compare the variation, in percentage, of well-being at work with the quality of life domains. Finally, Pearson's correlation between constructs was evaluated. **Results:** A representative sample of Brazilian dietitians (1359) was obtained, who are mostly women (92.5%), Catholic (52.9%), aged between 25 and 39 years (58.4 %), with a partner (63.8%) and without children (58%). Most participants continued to work during the pandemic period (83.8%), did not have COVID-19 (96%), and neither did their families (80.7%). Well-being at work before the pandemic ( $3.88 \pm 0.71$ ) was significantly higher ( $p < 0.05$ ) than well-being during the pandemic ( $3.71 \pm 0.78$ ). Analyzing the variables separately before and during the pandemic, dietitians with partners, children, and PhD presented higher scores of well-being at work, as well as those who receive more than five minimum wages, have been trained for more than fifteen years, work in the teaching area and worked remotely during the pandemic. The quality of life score before SARS-CoV-2 was  $3.83 \pm 0.59$ , statistically different from the quality of life during the pandemic ( $3.36 \pm 0.66$ ) as well as all its variables, which, when compared, presented worse results during the pandemic. People with positive or non-positive testing for SARS-CoV-2 did not differ in the quality of life. All four domains of the WHOQOL-BREF presented lower means during the pandemic, and the second domain (psychological health) was the most affected among Brazilian dietitians. When comparing the two constructs, well-being at work decreased with the pandemic by 4.4%, and the decrease in the quality of life was significantly higher in all domains (they decreased between 9.6% and 16.8%). Dietitians who had their work interrupted in the pandemic (-8.9%) and those who graduated less than two years ago (-28.1%) showed the most significant reduction in well-being at work and the quality of life, respectively. A positive correlation was found between the constructs, i.e., the higher the well-being in dietitians' work, the better their quality of life ( $r > 0.433$ ). **Conclusion:** the SARS-CoV-2 pandemic was associated with a negative impact on the well-being at work and on Brazilian dietitians' quality of life.

**Keywords:** SARS-CoV-2; COVID-19; dietitians; healthcare workers; pandemic; well-being at work; quality of life.

## RESUMEN

**Introducción:** el nutricionista es un profesional de la salud que trabaja en áreas consideradas en riesgo de contagio por SARS-CoV-2. La pandemia causada por este nuevo virus en 2020 generó miedo, inseguridad, desempleo, inestabilidad financiera, aislamiento social, entre otros factores que pueden afectar negativamente la calidad de vida y al bienestar laboral. **Objetivo:** evaluar la percepción de calidad de vida y bienestar laboral de los nutricionistas brasileños antes y durante la pandemia SARS-CoV-2. **Métodos:** estudio a escala nacional, transversal, realizado con la aplicación de tres instrumentos ya validados, a través de un enlace de la herramienta GoogleForms®: (i) cuestionario para recopilar variables demográficas, incluidas tres preguntas específicas sobre el período SARS-CoV-2; (ii) escala de bienestar laboral y (iii) WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida, considerando estos dos últimos a partir de la escala Likert de 5 puntos. La aplicación del estudio se llevó a cabo entre el 26 de mayo y el 7 de junio de 2020, enviando el enlace a nutricionistas brasileños a través de correos electrónicos, aplicaciones de mensajería y redes sociales. En el enlace, además de los tres instrumentos, los voluntarios accedieron a la invitación del estudio y al formulario de consentimiento libre e informado. Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente en SPSS, y los medios y proporciones de la muestra se compararon mediante pruebas T pareadas, prueba de Chi-cuadrado y análisis de varianza. La fiabilidad de los instrumentos fue evaluada usando Alfa de Cronbach. Para comparar la variación, en porcentaje, del bienestar laboral con los dominios de calidad de vida, las variables fueron estratificadas. Finalmente, se evaluó la correlación de Pearson entre constructos. **Resultados:** Una muestra representativa de nutricionistas brasileños (n-1359) que son en su mayoría mujeres (92,5%), católicos (52,9%), entre 25 y 39 años (58,4%), con pareja (63,8%) y sin hijos (58%). La mayoría de los participantes continuaron trabajando durante el período de pandemia (83,8%), ellos no tuvieron COVID-19 (96%), ni sus familias (80,7%). El bienestar laboral antes de la pandemia ( $3,88 \pm 0,71$ ) fue significativamente mayor que el bienestar durante la pandemia ( $3,71 \pm 0,78$ ). Analizando las variables por separado antes y durante la pandemia, los nutricionistas con pareja, hijos y doctorado presentaron puntuaciones más altas de bienestar laboral, así como aquellos que reciben más de cinco salarios mínimos, graduados hace más de quince años, trabajan en el área de educación y han trabajado de forma remota durante la pandemia. La puntuación de calidad de vida anterior a SARS-CoV-2 fue de  $3,83 \pm 0,59$ , estadísticamente diferente de la calidad de vida durante la pandemia ( $3,36 \pm 0,66$ ), así como de todas sus variables, que, en comparación, presentaron peores resultados durante la pandemia. Las personas con pruebas positivas o negativas para SARS-CoV-2 no difirieron en calidad de vida. Los cuatro dominios de la WHOQOL-BREF presentaron promedios más bajos durante la pandemia, siendo el segundo dominio (salud psicológica) el más afectado entre los nutricionistas brasileños. Al comparar los dos constructos, el bienestar laboral disminuyó con la pandemia en un 4,4% y la disminución de la calidad de vida fue significativamente mayor en todos los ámbitos (entre el 9,6% y el 16,8%). Nutricionistas que interrumpieron su trabajo en la pandemia (-8,9%) y aquellos que se habían graduado hace menos de dos años (-28,1%) mostraron la mayor reducción de bienestar laboral y de calidad de vida, respectivamente. Se encontró una correlación positiva entre los constructos, es decir, cuanto mayor es el bienestar laboral de los nutricionistas, mejor es su calidad de vida ( $r > 0.433$ ). **Conclusión:** la pandemia SARS-CoV-2 fue asociada con un impacto negativo en el bienestar laboral y en la calidad de vida de los nutricionistas brasileños.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, COVID-19, nutricionistas, profesionales de la salud, bienestar laboral, calidad de vida.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1- Características dos nutricionistas brasileiros e questões relacionadas à SARS-CoV-2 (n = 1359).</b> .....	55
<b>Tabela 2 - Bem-estar no trabalho por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1359).</b>	58
<b>Tabela 3 - Bem-estar no trabalho por fatores e por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1359).</b> .....	67
<b>Tabela 4 - Caracterização de nutricionistas brasileiros e questões SARS-COV-2 (n = 1290).</b> .....	74
<b>Tabela 5 - Qualidade de vida segundo variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1290).</b> .....	78
<b>Tabela 6 - Domínios da qualidade de vida por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1290).</b> .....	82
<b>Tabela 7- Variação (%) dos escores de bem-estar no trabalho e qualidade de vida por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros (n=1290).</b> .....	92

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABN	Associação Brasileira de Nutricionistas
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BES	Bem-estar Subjetivo
CDC	<i>Centers for Diseases Control and Prevention</i>
CFN	Conselho Federal de Nutricionistas
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PANAS	Escala de Afetos Positivos e Negativos
PNAE	Programa Nacional de Alimentação do Escolar
QSG	Questionário de Saúde Geral
QV	Qualidade de Vida
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SM	Salário-mínimo
SSAN	Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
TICs	Tecnologias da Informação e da Comunicação
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life instrument</i>

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Objetivo geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3.REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. O Nutricionista brasileiro .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. O bem-estar no trabalho .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.1.O bem-estar no trabalho e seu instrumento de avaliação.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. A Qualidade de vida e seu instrumento de avaliação .....</b>	<b>27</b>
<b>3.4. O SARS-CoV-2 .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1.A influência do SARS-CoV-2 sobre a Qualidade de Vida e o Bem-estar no trabalho.....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.2.Os Profissionais de saúde e o SARS-CoV-2 .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4.2.1.Os Profissionais de saúde do Brasil e o SARS-CoV-2 .....</b>	<b>41</b>
<b>3.4.2.2.O Nutricionista brasileiro em 2020: novas diretrizes institucionais para contingência do SARS-CoV-2 .....</b>	<b>44</b>
<b>4.MÉTODOS.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1. População e amostra da pesquisa .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2. Instrumentos.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.1.Variáveis de caracterização dos participantes .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2.2.A escala de bem-estar-estar no trabalho.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.3.Instrumento de Qualidade de Vida - WHOQOL –BREF.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.4.A aplicação dos instrumentos .....</b>	<b>50</b>
<b>4.3. Análise de Dados.....</b>	<b>50</b>

<b>4.4. Aspectos éticos .....</b>	<b>52</b>
<b>5.RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>5.1. Bem-estar no trabalho dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de COVID-19.....</b>	<b>53</b>
<b>5.2. Qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de COVID-19.....</b>	<b>73</b>
<b>5.3. Comparação da variação dos constructos e a correlação entre o bem estar no trabalho e a qualidade de vida antes e durante a pandemia .....</b>	<b>89</b>
<b>6.CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>
<b>8.APÊNDICES .....</b>	<b>137</b>
<b>8.1. APÊNDICE 1 – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>137</b>
<b>8.2. APÊNDICE 2 – Variáveis demográficas - Instrumento .....</b>	<b>138</b>
<b>8.3. APÊNDICE 3 – Questionário de Avaliação do Bem-Estar do Nutricionista no Trabalho Antes e Durante a Pandemia de COVID-19.....</b>	<b>139</b>
<b>8.4. APÊNDICE 4 - Artigo publicado no International Journal of Environmental Research and Public Health .....</b>	<b>141</b>
<b>9.ANEXO 1 – WHOQOL-BREF – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida. ....</b>	<b>159</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O nutricionista do século XXI necessita de uma gama de atributos que vão desde a interpretação crítica da ciência até as habilidades tecnológicas, sociais e de inteligência emocional, a fim de conjugar atuação profissional pertinente que contribua para o futuro da ciência da Nutrição perante a sociedade. O desvendar da ciência dos alimentos e seus componentes, do corpo humano e suas reações aos alimentos, do alimento e sua intervenção no meio ambiente e nos campos sociais e antropológicos é de responsabilidade do profissional de Nutrição (GALLEGOS, 2020).

Juntamente com outros profissionais de saúde, o nutricionista enfrenta a tarefa diária de fornecer cuidados compassivos aos pacientes que vivenciam uma variedade de condições de saúde, muitas vezes no contexto de complexas questões médicas, sociais e psicológicas somadas às dificuldades impostas por recursos cada vez mais limitados, porém necessários para o fornecimento de serviços dignos e de qualidade, representando um enorme desafio para esses profissionais (OSLAND, 2014).

De fato, existem muitos desafios que envolvem os mais diversos trabalhadores de saúde, desde o seu ambiente de trabalho até a sua vida pessoal (OSLAND, 2014), principalmente no contexto da atual pandemia de SARS-CoV-2 (CHEN *et al.*, 2020; HOPMAN *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020; MO *et al.*, 2020). Essa pandemia requereu de muitas governanças globais severas medidas para reduzir a disseminação do SARS-CoV-2, dentre os quais, amplos bloqueios de mobilidade urbana, quarentenas domiciliares, trabalho doméstico, distanciamento social e a proibição de reuniões sociais (WANG *et al.*, 2020b).

A COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, é uma doença nova com alta taxa de transmissão, apresentando maior risco de infecção para os profissionais de saúde (XIANG *et al.*, 2020), corroborado pelas estimativas que sugerem que esses profissionais poderiam responder por 20% de todos os diagnósticos (NGUYEN, 2020), consequentemente provocando temor iminente de morte e forte pressão psicológica (CAO *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020).

Como profissionais de saúde, durante a pandemia, os nutricionistas podem vivenciar uma intensificação das já usuais dificuldades no trabalho como baixa remuneração, desemprego, falta de reconhecimento profissional, dificuldade de

mobilidade geográfica, dentre outros, acrescentando-se a isso a possibilidade de se contaminar com o SARS-CoV-2 (AKUTSU, 2008; FERREIRA *et al.*, 2014; REAL e CRAVEIRO, 2014). De modo que este cenário de incertezas sobre o novo vírus, bem como a própria insegurança relacionada ao ambiente de trabalho podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida dos nutricionistas.

No Brasil, o nutricionista apresenta uma ampla gama de opções de trabalho que podem colocá-lo em risco de contaminação, desde trabalhar diretamente em hospitais para a assistência nutricional aos pacientes internados ou realizando serviços de alimentação hospitalar, até trabalhar em clínicas, ambulatórios e restaurantes comerciais (CFN, 2018b). Todos estes ambientes expõem o profissional ao contato direto com pessoas possivelmente infectadas e, conseqüentemente, um novo desafio ao ambiente de trabalho. Fora isso, houve intensificação do desemprego na área de serviços de alimentação comercial, com o encerramento das atividades de restaurantes, bares, cafés, pizzarias, lanchonetes (SEBRAE, 2020). O nutricionista precisa se proteger e criar estratégias que auxiliem a população a percorrer todos esses desafios impostos pela doença.

Além deste cenário de pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 enfrentado pelo profissional, mudanças afetaram diretamente a alimentação da população mundial, seja em função do isolamento social, da majoração de preços dos alimentos, do desemprego e, finalmente, das sequelas mais comuns da doença por ele causada, a COVID-19: perda de olfato e gosto (TONG *et al.*, 2020), fraqueza do sistema imunológico e, em casos mais graves, intubação orotraqueal com importante perda de massa magra (LECHIEN *et al.*, 2020).

Conseqüências paradoxais para a integridade social, física e psicológica são trazidas pelo trabalho que desempenha um papel central na vida dos indivíduos (BLUSTEIN, 2008; APA, 2017). Nesse panorama de incertezas sobre a doença, sobre a própria segurança e sobre o emprego, é plausível que se afete a percepção dos nutricionistas sobre seu bem-estar no trabalho. Esse tem impacto significativo no desempenho laboral e na qualidade de vida no momento em que se relaciona a níveis mais baixos de estresse, de doenças do trabalho, de esgotamento, depressão e práticas pessoais pouco saudáveis (fumar, beber, comer mal, não fazer exercícios físicos) e, conseqüentemente, níveis mais baixos de doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2004; IBRAHIM *et al.*, 2018).



Portanto, se esse cenário revela a importância do nutricionista como promotor de saúde em tempos do SARS-CoV-2, ainda não se compreende como esse profissional é impactado pela atual pandemia quanto à sua relação com o trabalho, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. É coerente pensar na hipótese de que o bem-estar no trabalho e a qualidade de vida dos nutricionistas, em seus mais diversos valores, aspectos e condições, foram afetados pela pandemia em questão.

Ao se avaliar, portanto, o bem-estar no trabalho e a qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico de SARS-CoV-2 e os fatores que influenciaram esses constructos, espera-se obter subsídios para auxiliar esses profissionais a se recuperarem após o período pandêmico, valorizar sua atuação, melhorar a confiança da população e das equipes multiprofissionais no trabalho realizado pelo nutricionista. Posto que, até o momento, não há nenhum estudo que tenha avaliado esses constructos, nesses profissionais, no contexto da Pandemia de SARS-CoV-2.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Avaliar a qualidade de vida e o bem-estar no trabalho de nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2.

### **2.2. Objetivos específicos**

Caracterizar os nutricionistas brasileiros em atividade laboral durante a pandemia de SARS-CoV-2.

Comparar a qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2.

Comparar o bem-estar no trabalho dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2.

Relacionar o bem-estar no trabalho com a qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. O Nutricionista brasileiro

Profissão é definida por Pereira Neto (2000) como “ocupação com prestígio e poder especial que se diferencia em razão de chegar a adquirir, por meios políticos, culturais e ideológicos, extraordinária autoridade cognitiva e normativa”. O processo de profissionalização seria uma conquista de um determinado grupo social.

A literatura sugere que os mais bem sucedidos profissionais de saúde são aqueles que atuam em equipes multiprofissionais, com benefícios observados em termos de satisfação no trabalho, melhor gerenciamento das cargas de trabalho e apoio colegiado para profissionais de saúde (SHARPE e CURRAN, 2011; COMBS *et al.*, 2014) e redução de custos para o sistema de saúde por meio de internações mais curtas e diagnósticos mais rápidos e corretos (SHARPE e CURRAN, 2011; COMBS *et al.*, 2014; WIENER *et al.*, 2015; MURPHY *et al.*, 2019; RICH *et al.*, 2020).

Um desses profissionais de alta relevância para a saúde é o nutricionista (BANDUK *et al.* 2009; RICH *et al.*, 2020). A compreensão da formação da profissão do nutricionista deve ser analisada por meio do resgate histórico da estrutura socioeconômica brasileira, já que é parte integrante da prática produtiva capitalista (BOSI,1988; SANTOS,1988; PRADO, 1993; BOSI,1996; COSTA, 1999). A sua formação surgiu no Brasil no final da década de 1930 e confunde-se com a formação de profissionais para o mercado de trabalho em saúde, no novo contexto socioeconômico da América Latina que apresenta a perspectiva da saúde enquanto “mercadoria” (L’ABBATE, 1988; SANTANA e GIRARDI, 1993; VASCONCELOS, 2002).

Nesse momento, duas vertentes se desenvolveram paralelamente: a biológica, que se preocupava com aspectos individuais clínico-fisiológicos relacionados ao consumo e à metabolização dos nutrientes; e a social, que se voltava para os aspectos populacionais, econômicos e sociais relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos (L’ABBATE,1988; VIANA,1996; COSTA, 1999; VASCONCELOS,1999; VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS e BATISTA, 2011).

A partir de 1939, surgem os primeiros cursos na área de Alimentação e Nutrição quando então ocorre o início da determinação dos limites de competência, autonomia e poder dentre as distintas especialidades profissionais que estudavam esta área (COSTA, 1999; VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2002).

Na década de 1940, despontava no país uma política social populista extremamente marcada pelo assistencialismo, com a necessidade de formar mão-de-obra qualificada nessa área. Os nutricionistas, ao administrar a alimentação do trabalhador, tornaram-se, então, mais um instrumento de alívio das tensões sociais (L'ABBATE, 1988; YPIRANGA e GIL, 1989; COSTA, 1999).

Contextualizadas pelas ações internacionais no pós Segunda Guerra Mundial, pode-se citar as ações governamentais como o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) de Gaspar Dutra (1946-1950), a instituição da “ração essencial mínima” (Decreto-Lei nº 399, de 30 de abril de 1938), a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS (Decreto-Lei nº 2.478, de 5 de agosto de 1940) e a Comissão Nacional de Alimentação – CNA (Decreto-Lei nº 7.328, de 17 de fevereiro de 1945), a instituição da Campanha Nacional de Merenda Escolar (Decreto nº 37.106, de 31 de março de 1955). Ainda nesse período, funda-se a Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN), em 31 de agosto de 1949, entidade brasileira criada com o intuito de representar e defender os interesses dos nutricionistas (VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS e BATISTA, 2011).

Na década de 1960, a profissão era tida como exclusivamente feminina, um “novo campo profissional, jovem e promissor, e de magníficas oportunidades aberto às moças deste país” (SANTOS, 1988). Promissor devido ao surgimento da preocupação com o problema alimentar e nutricional da população brasileira e pela emergência da medicina comunitária, que utilizava o trabalho de outras categorias profissionais como complementares às suas atividades. A educação alimentar e nutricional era considerada, então, como o instrumento necessário para “libertar a sociedade humana da doença e da fome” (BAZÓ, 1967; COSTA, 1999). A luta pelo reconhecimento da profissão durou cerca de dez anos. O Conselho Federal de Educação reconheceu os Cursos de Nutrição como de nível superior em 24 de abril de 1967. Décadas após a criação da profissão, os caminhos da nutrição e dos nutricionistas ainda permanecem cercados por questões de gênero que determinam a construção da identidade feminina (AKUTSU, 2008).

Nas décadas seguintes, as discussões sobre a formação do nutricionista referiam-se principalmente às questões administrativas e práticas em relação à necessidade de delimitação do espaço a ser ocupado pelo nutricionista no país. Em 1991, foi publicada a Lei 8.234 que regulamenta a profissão de nutricionista quando, então, foram evidenciadas uma série de recomendações às autoridades competentes, elaboradas por ocasião dos congressos da categoria, na tentativa de afirmação do profissional junto a equipes de atuação em saúde pública e no esforço em demonstrar a importância e a necessidade do nutricionista para a sociedade (COSTA, 1999).

A análise histórica evidencia que desde o seu nascimento, além da natureza biológica, a nutrição brasileira assumiu dimensões sociais e ambientais, caracterizando-se como um campo de conhecimento multidisciplinar, constituído a partir da integração de ciências biológicas, ciências sociais e ciências dos alimentos e nutrição (VASCONCELOS, 2010).

Vale apontar dois momentos históricos de relevância para a atuação do nutricionista. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou a construção da Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, tendo por objetivo a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, a qual foi aprovada em sua 57ª Assembleia Mundial de Saúde (OMS, 2004). A partir de então, o conceito de alimentação saudável ganhou destaque e se tornou um dos novos paradigmas do campo da nutrição nestes primórdios do século XXI (VASCONCELOS, 2010). Em 2010, ocorreu um marco histórico no Brasil, a emenda Constitucional nº 64, em que o Direito à Alimentação (BRASIL, 2010) passou a figurar entre os direitos sociais individuais e coletivos. Uma nutrição adequada e saudável é direito do cidadão e, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade. Assim, tal garantia passa a ser mais um novo paradigma para o nutricionista.

Uma reflexão sobre o papel do profissional que atua de forma estratégica, em diferentes contextos, vem crescendo à medida que a sociedade evolui e exige uma atuação comprometida com a Segurança Alimentar e Nutricional. O aumento do número de cursos de graduação e de nutricionistas associados às grandes mudanças no padrão de saúde e consumo alimentar da população tem ampliado e diversificado o escopo de atuação do nutricionista em espaços públicos e privados, da produção ao consumo, e propiciado processos de organização, mobilização e luta da categoria em prol dos seus interesses e necessidades específicas (CFN, 2016).

Como consequência dessa intensa elevação do número de cursos e profissionais, também se observou importante diversificação e ampliação das áreas de atuação do nutricionista no Brasil. De acordo com pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) em 2016, a distribuição da atuação dos Nutricionistas nestas áreas, apresentavam a seguinte prevalência: Alimentação Coletiva (30,8%), Nutrição Clínica (30,4%), Saúde Coletiva (17,7%), Docência (11,4%), Indústria (2,6%), Nutrição Esportiva (2,5%) e Marketing (1,3%). Atualmente, o CFN (CFN, 2018b) reconhece a existência de sete grandes áreas de atuação profissional do nutricionista: Nutrição em Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Nutrição em Esportes e Exercício Físico, Nutrição em Saúde Coletiva, Nutrição na Cadeia de Produção, na Indústria e no Comércio de Alimentos e Nutrição no Ensino, na Pesquisa e na Extensão.

Esta mesma pesquisa, realizada com 1.104 profissionais empregados, definiu os nutricionistas brasileiros como maioria feminina (94%), com idade entre 25 e 44 anos (81%), formados há mais de 5 anos (72%) e em instituições privadas (62%), com pós-graduação (73%), e com cônjuge ou companheiro (56%).

No segundo trimestre de 2020, o Brasil possuía 160.613 nutricionistas (CFN, 2020d), agora oficialmente definidos como

“um profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural” (BRASIL, 2001).

Com o exponencial crescimento desses profissionais é importante compreender sua relação com o trabalho. Poucos estudos, sendo eles internacionais, relatam a relação do nutricionista com seu trabalho. Pode-se citar o de Mortensen e colaboradores (2002) e o de Schneider e Sastre (2019) que avaliaram a satisfação no trabalho de nutricionistas norte-americanas. O primeiro encontrou relação positiva entre o envolvimento profissional e a satisfação no trabalho e o segundo relatou que a falta de satisfação encontrada foi associada a agendas lotadas, estresse, falta de interesse dos pacientes e respeito de outros profissionais de saúde.

No Brasil, há apenas dois estudos sobre o bem-estar no trabalho de nutricionistas realizados por Akutsu em 2008 e por Ferreira e colaboradores em 2014 que revelaram que os nutricionistas frequentemente percebiam-se em bem-estar pessoal quando no exercício de suas funções profissionais.

No mundo e no Brasil, artigos sobre a ciência da Nutrição são publicados diariamente, mas pouco se sabe sobre o profissional que aplica essa ciência. O Nutricionista é um profissional pouco estudado e ainda não há nada publicado, até o momento, sobre o impacto da pandemia de SARS-CoV-2 no bem-estar no trabalho e na qualidade de vida desse profissional no Brasil ou no mundo.

### **3.2. O bem-estar no trabalho**

Há, na literatura, uma miríade de tentativas de se definir o bem-estar entre os mais diversos institutos internacionais, dentre eles o *National Institute for Occupational Safety and Health* (SCHULTE *et al.*, 2015), o *Centers for Disease Control* (2016), a OCDE - *Organisation de coopération et de développement économiques* (2013), a Organização Mundial da Saúde (2016), a *Canadian Standards Association* (2013) e a *New Economics Foundation* (JEFFREY, ABDALLAH e MICHAELSON, 2014), pesquisadores da psicologia positiva (DENIER *et al.*, 1999; SELIGMAN, 2011), para citar apenas alguns. Uma síntese dessas perspectivas indica que o bem-estar é uma mistura complexa e temporalmente dinâmica de fatores em diferentes áreas ou domínios da vida.

Estas instituições, somadas, pontuam que os fatores de bem-estar incluem o fornecimento de um ambiente adequado, incluindo acesso a alimentos, abrigo, roupas e estabilidade financeira, bem como níveis razoáveis de proteção contra danos. Inclui saúde física positiva, expressa mais do que a ausência de doença, mas também a presença de energia e força suficientes para atender às demandas ambientais. Envolve um estado psicológico saudável que inclui a capacidade de fazer adaptações psicológicas flexíveis ao ambiente externo, a capacidade de agir com alguma autonomia e autodireção na vida e a oportunidade de expressar talentos. Um indivíduo que experimenta bem-estar é capaz de estabelecer relacionamentos de apoio mútuo em que a oportunidade de dar aos outros é tão essencial quanto a oportunidade de

receber apoio. Ademais inclui a capacidade de viver uma vida significativa e com propósito (CARY e CAMPBELL, 2017).

Percebe-se que há mais uma descrição do bem-estar do que uma definição, o que o torna complexo de ser aferido. Dodge e colaboradores, em 2012, propuseram como definição para o bem-estar “o ponto de equilíbrio entre o *pool* de recursos de um indivíduo e os desafios por ele enfrentados”. Já em 2014, Alartartseva e Barysheva pontuaram que o bem-estar seria adequadamente “definido apenas com a combinação de quatro conceitos:

- 1) um ser humano possui bem-estar se ele existe de acordo com sua natureza, sua essência;
- 2) um ser humano possui bem-estar se entende (tem consciência de) o que é bom na vida para ele e tem a oportunidade e a intenção de conseguir essas coisas boas;
- 3) um ser humano possui bem-estar se tiver a oportunidade de realizar seu potencial como ser humano;
- 4) um ser humano possui bem-estar se a sociedade que constitui a base do estado criar condições e oferecer oportunidades para que ele exista de acordo com sua natureza, realize seu potencial como ser humano e alcance as coisas boas da vida que o ser humano se esforça para alcançar”.

Esses conceitos mostram que o bem-estar deve ser analisado a partir de uma ampla perspectiva, considerando os fatores humanos internos, mas também a interação humana com a sociedade. Apesar da crescente popularidade e interesse de pesquisa para o bem-estar, definir o conceito ainda é desafiador. Existem muitas interpretações do termo a partir de diferentes contextos em que é aplicado, o que demonstra a complexidade do bem-estar (PRIOR, 2020).

Sabe-se que o trabalho pode fornecer uma experiência de bem-estar quando compatível com os mais diversos fatores aqui pontuados. Uma pessoa pode se submeter voluntariamente a circunstâncias que afetam seu bem-estar no ambiente de trabalho (por exemplo, uma carga de trabalho altamente exigente) em uma tentativa de aumentar a sensação de bem-estar em outra área (por exemplo, tempo com a família). Cada indivíduo pode vivenciar o bem-estar e a contribuição do trabalho para o bem-estar, portanto, de formas peculiares (CARY e CAMPBELL, 2017).

É possível que um trabalhador individual experimente bem-estar em todos os domínios de sua vida. Também é possível que muitos trabalhadores aloquem recursos para um ou mais domínios (ambiental, físico, psicológico, social e espiritual) de acordo com os valores mais profundamente arraigados daquele indivíduo, mesmo que isso



resulte em deficiências em outros domínios. Conseqüentemente, o bem-estar inclui alguma determinação do que é mais valioso na vida (CARY e CAMPBELL, 2017).

Nesta definição, o local de trabalho pode e, frequentemente será, um lugar onde o esforço para alcançar o bem-estar é encontrado. O bem-estar dos funcionários, além disso, não é antiético para o sucesso organizacional. Os dois estão frequente e intimamente ligados. Na medida em que os trabalhadores que alcançam ou tentam alcançar o funcionamento ideal promovem o sucesso organizacional (PETERSON *et al.*, 2011), o local de trabalho deve apoiar o bem-estar dos funcionários para poder atingir o seu máximo potencial.

O crescente interesse no bem-estar no local de trabalho sugere uma possível mudança de paradigma na forma como a sociedade pensa e trata a saúde do trabalhador. Esse interesse é motivado, em parte, por estudos que mostram que o bem-estar pode levar a trabalhadores mais engajados e produtivos (LOCKWOOD, 2007; BRYSON *et al.*, 2014; SHRM, 2015).

Waddell e Burton (2006) concluem, em uma revisão de estudos, que o trabalho geralmente é bom para a saúde física e o bem-estar mental. O desemprego está associado ao oposto e o trabalho pode reverter os efeitos adversos do desemprego à saúde. No entanto, muitos trabalhadores aspiram mais do que apenas condições aceitáveis; bem-estar pode significar mais do que produtividade, funcionamento no trabalho ou satisfação no trabalho (SCHWARCZ *et al.*, 2002). Pela maioria das definições, o bem-estar vai além da mera ambição e inclui otimismo, uma vida com significado, prosperidade e sucesso, completa e positiva (DODGE *et al.*, 2012).

Claramente, o bem-estar pode se manifestar em diferentes níveis de funcionamento humano, desde as necessidades básicas fornecidas por um emprego seguro (HOFFMEISTER *et al.*, 2015) até a expressão de virtudes / forças de caráter (KAUFMAN, 2015), também como a autoatualização e realização de uma vocação significativa (MILLIMAN *et al.* 2003) ou a integração da espiritualidade com o trabalho (CUNNINGHAM, 2014). Em algum nível intrínseco, o trabalho por si só produz saúde.

De fato, certas condições de trabalho otimizam ou apoiam ainda mais a função produtora de saúde do trabalho. Em particular, experimentar uma sensação de controle, apoio social e baixa tensão no trabalho prediz sentimentos de bem-estar (STANSFELD *et al.*, 2013), e este pode ser facilitado por práticas e intervenções

positivas de trabalho (CZABALA e CHARZYNSKA, 2014; McDAID e PARK, 2014), de modo que os funcionários podem experimentar níveis mais elevados de prosperidade em face de desafios positivos (BAKKER e DEMEROUTI, 2008; SPREITZER e PORATH, 2013).

Rath e Harter (2010) analisaram o bem-estar dentro das organizações em diferentes níveis: bem-estar profissional, bem-estar social, bem-estar financeiro, bem-estar físico e bem-estar comunitário. Os autores apontam que o bem-estar dos funcionários representa uma forma de criar confiança entre os funcionários e a liderança, o que ajuda uma organização a crescer exponencialmente porque se traduzirá em um relacionamento melhor, mais segurança financeira, saúde física aprimorada e mais envolvimento com a comunidade. Aquelas empresas que têm funcionários com baixo nível de bem-estar na carreira são menos propensas a reter funcionários, têm mais acidentes de trabalho e furto. Mostram ainda que aumentar o bem-estar dos funcionários significa para a empresa uma real vantagem emocional, financeira e competitiva. Portanto, as empresas devem melhorar a agenda de bem-estar, porque de acordo com os autores, o bem-estar da força de trabalho tem um impacto direto nos resultados financeiros da sua organização.

Bevan (2010) mostra que o envolvimento dos empregadores na manutenção de um adequado bem-estar para seus funcionários significa menor ausência por doença, o que se traduz em vantagens financeiras para as empresas. Além de maior produtividade e comprometimento, melhor retenção e resiliência e, ainda, uma melhor imagem da empresa em geral, traduzida em sua marca (BEVAN, 2010). Aliás, o baixo bem-estar pode ter efeitos negativos no nível pessoal para os funcionários, como perda de motivação e satisfação, prejuízos para sua família e, eventualmente, para a comunidade e a sociedade em que vivem (HASSAN *et al.*, 2009).

Algumas empresas, no esforço de ajudar os funcionários a ter um melhor bem-estar, passaram a atacar os principais fatores que poderiam impedir os funcionários de ter um adequado bem-estar: investiram em momentos de acolhimento para redução do estresse, prestaram ainda mais atenção à alimentação disponível aos trabalhadores e ao nível de exercício físico que os colaboradores praticam diariamente. Algumas incluíram ainda a oferta de sessões de aconselhamento para funcionários (HASSAN *et al.*, 2009).

Bem-estar no trabalho "é um sinônimo de saúde e um termo obrigatório na descrição do conceito de um trabalhador próspero que se beneficia de um local de trabalho seguro e de suporte, se envolve em um trabalho satisfatório e desfruta de uma vida profissional satisfatória" (SCHULTE *et al.* 2015).

Apesar da reconhecida relevância dada às investigações que abordam o bem-estar ocupacional, os modelos teóricos e empíricos sobre a estrutura desse fenômeno e sobre as variáveis que o influenciam são escassos e recentes e referem-se basicamente ao bem-estar geral sem vinculação com qualquer contexto. Simultaneamente, entende-se que a vida profissional passou a permear todos os domínios da vida. Características antes consideradas como afetando apenas o domínio do trabalho tornaram-se importantes determinantes de como as pessoas avaliam suas vidas diárias e sua qualidade de vida (VIÑAS-BARDOLET *et al.*, 2020).

Em suma, o bem-estar é um conceito muito complexo, com diferentes ângulos, que sempre desafiou a humanidade a encontrar novas formas de cumpri-lo. Um desses desafios é representado pela pandemia mais recente que mudou totalmente a vida dos humanos em nível global e, possivelmente, o bem-estar no trabalho de grande parte da população.

### **3.2.1. O bem-estar no trabalho e seu instrumento de avaliação**

Existem poucos instrumentos de medida para o bem-estar, diferentemente da qualidade de vida. Um instrumento bastante usado é a versão reduzida do Questionário de Saúde Geral (QSG), criado por Goldberg e Hillier (1979), destinado ao diagnóstico de disfunções de caráter psicossocial, como instrumento de auto relato constituído inicialmente por 60 itens e posteriormente reduzido a 12 itens – QSG-12 (GOLDBERG e WILLIAMS, 1988). Essa última versão vem sendo utilizada para investigar o bem-estar psicológico em estudos ocupacionais (Mendonça *et al.*, 2014).

Os estudos prévios em relação ao QSG-12 apontam para uma ampla heterogeneidade de soluções fatoriais do instrumento, ocasionando a falta de indicações claras e consensuais sobre o número de dimensões a serem interpretadas (DAMÁSIO, 2011). Os fatores que mais tem se apresentado nesse instrumento em estudos internacionais são os dois fatores associados à ansiedade/depressão e às dificuldades quanto ao funcionamento social (WERNEKE, 2000). As investigações no

Brasil apontaram divergências. Sarriera, Schwarcz e Câmara (1996) identificaram três fatores: autoeficácia percebida, autoestima e depressão; enquanto Borges e colaboradores (2002) identificaram dois fatores: autoeficácia/depressão e esgotamento emocional. Para elucidar tais diferenças, Gouveia e colaboradores (2003), com o intuito de ajustar o instrumento à população geral, trataram os dados com análise fatorial confirmatória e chegaram à conclusão de que o modelo que melhor descreve o QSG-12 é o bifatorial, representado pelos fatores depressão e ansiedade.

O questionário para avaliar o Bem-estar Subjetivo (BES), por sua vez, é utilizado com relativa frequência para avaliar o bem-estar geral do trabalhador. Tem fundamento no modelo proposto por Diener e colaboradores (1985) e está estruturado para investigar o componente afetivo (afetos positivos e afetos negativos) e o cognitivo (satisfação com a vida).

No Brasil, Gouveia e colaboradores (2003, 2008) adaptaram e validaram a Escala de Satisfação com a Vida (DIENER *et al.*, 1985a) e a Escala de Afetos Positivos e Negativos (DIENER *et al.*, 1985b). Eles apresentaram dados mais amplos acerca da precisão e validade do instrumento e chegaram à conclusão de que, diante da complexidade do fenômeno, é necessário analisá-lo em diferentes níveis, desde os mais globais até os mais específicos.

Albuquerque e Tróccoli (2004) também têm se empenhado na construção e validação de uma Escala de Bem-estar Subjetivo e o instrumento proposto pelos pesquisadores apresentou bons índices psicométricos (Alfa de Cronbach = 0,86).

Por fim, o instrumento proposto por Paz e colaboradores (2004) com um único fator e excelentes índices psicométricos (Alfa de Cronbach = 0,88) foi adaptado para os nutricionistas por Akutsu e Paz em 2011, tendo sido também aplicado posteriormente em uma amostra de 249 nutricionistas por Ferreira e colaboradores (2014). Tais instrumentos analisaram os valores de bem-estar pessoal no trabalho de nutricionistas buscando identificar variáveis pessoais como intervenientes desse constructo. Demonstrou-se que os nutricionistas atuantes nas áreas de clínica e de saúde coletiva, e os que têm mais estabilidade no trabalho obtiveram melhor bem-estar. Isso evidencia a necessidade de se estabelecer discussões sobre a formação profissional, área de atuação, demandas do mercado de trabalho do nutricionista e suas implicações no bem-estar e na qualidade de vida desse profissional.

### 3.3. A Qualidade de vida e seu instrumento de avaliação

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) define saúde como "Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doenças. . . ". Portanto, a medição da saúde e os efeitos dos cuidados de saúde não devem incluir apenas uma indicação de mudanças na frequência e gravidade das doenças, mas também um estimativa de bem-estar e isso pode ser avaliado medindo-se a melhoria na qualidade de vida relacionada aos cuidados com a saúde (WHOQOL GROUP, 1994).

A OMS define ainda qualidade de vida como a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo afetado pela saúde física do indivíduo, seu estado psicológico, suas crenças pessoais, relações sociais, e sua interação com aspectos importantes do seu ambiente (WHOQOL GROUP, 1995).

Existem maneiras satisfatórias de medir a frequência e a gravidade das doenças, mas não é o caso da medição do bem-estar e da qualidade de vida. A OMS, com a ajuda de 15 centros colaboradores em todo o mundo, desenvolveu um instrumento para medir a qualidade de vida, o WHOQOL-100, que pode ser usado em uma variedade de configurações culturais, permitindo a comparação de resultados de diferentes populações e países. Esse instrumento têm diversos usos, incluindo o uso em prática médica, pesquisa, auditoria e na formulação de políticas (ORLEY e KUYKEN, 1994; WHOQOL GROUP, 1994; SZABO, 1996; WHOQOL GROUP, 1998).

A estrutura do WHOQOL-100 reflete as questões que um grupo de especialistas científicos e, também de leigos, consideraram importantes para a qualidade de vida. É composto por 100 questões que avaliam seis domínios: FÍSICO, PSICOLÓGICO, NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS, MEIO AMBIENTE E ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/CRENÇAS PESSOAIS. Dentre os domínios, somam-se ainda 24 facetas que são mostradas no Quadro 1. Quatro perguntas são incluídas para cada faceta, bem como quatro itens gerais que abrangem a Qualidade de Vida Geral Subjetiva e a Saúde Geral, produzindo, então, o total dos 100 itens na avaliação. Todos os itens são avaliados em uma escala de cinco pontos, a escala de Likert (1932) que varia de 1 – “discordo totalmente” a 5 –

“concordo totalmente” (WHOQOL GROUP, 1993; WHOQOL GROUP, 1998). As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000).

**Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-100**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de Independência	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio IV - Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (Apoio) social espaço 15. Atividade sexual
Domínio V- Meio Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
Domínio VI – Espiritualidade/Religião/ Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Fonte: Fleck, (2000).

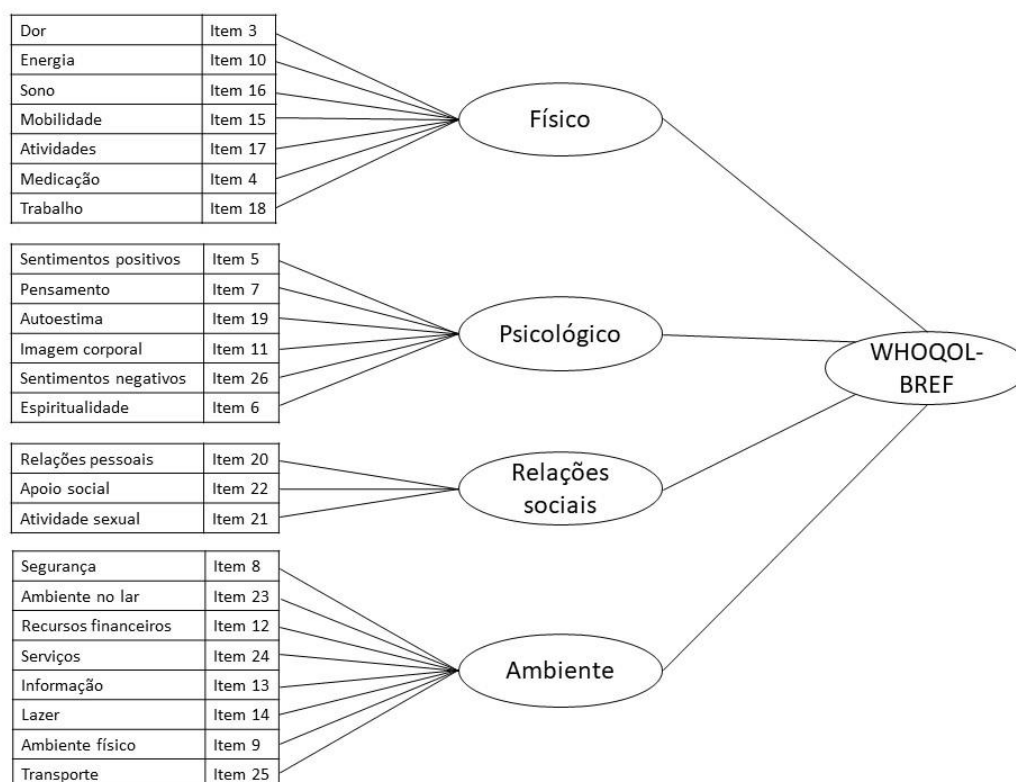
O método usado para desenvolver o WHOQOL-100 envolveu considerável pesquisa e verificação ao longo de vários anos para garantir que o instrumento mossa com precisão os problemas que são importantes para a qualidade de vida de uma pessoa, e que o faça de forma confiável. Embora o WHOQOL-100 permita uma avaliação detalhada de facetas individuais relacionadas à qualidade de vida, ele pode ser muito extenso para alguns usos, por exemplo, em grandes estudos epidemiológicos em que a qualidade de vida é apenas uma variável de interesse.

Nesses casos, as avaliações seriam incorporadas de forma mais voluntária aos estudos se fossem breves, convenientes e precisas (BERWICK *et al.*, 1991).

Para tanto, a OMS, em 1998, criou o WHOQOL-BREF, que é uma escala genérica abreviada de qualidade de vida. Em um nível conceitual, foi acordado pelo Grupo WHOQOL que a abrangência deveria ser mantida em qualquer versão abreviada do WHOQOL-100. Decisões sobre a seleção de itens para o WHOQOL-BREF foram baseadas nos seguintes critérios (WHOQOL GROUP, 1998):

- (i) Itens selecionados para representar um determinado domínio devem explicar uma grande proporção de variação dentro desse domínio.
- (ii) Os itens incluídos devem explicar uma proporção substancial da variação dentro da faceta geral relativa às percepções da Qualidade de Vida Geral e Saúde Geral.
- (iii) A avaliação final deve demonstrar integridade estrutural em termos de confirmação da análise fatorial.
- (iv) A avaliação final deve ser capaz de discriminar entre grupos identificados de sujeitos (isto é, sujeitos doentes versus sujeitos saudáveis).

Dados de vinte centros de estudo situados em 18 países foram usados para selecionar itens para estas finalidades. Diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, foi acordado que no WHOQOL-BREF cada faceta seria avaliada por apenas uma questão. A questão mais geral de cada faceta (ou seja, o item que mais se correlacionou com o escore total, calculado como a média de todas as facetas) foi escolhida para inclusão no instrumento. Os itens individuais selecionados por esse método foram examinados para estabelecer se refletiam a operacionalização conceitualmente derivada das facetas da qualidade de vida. Ou seja, constituíam um domínio coeso e interpretável, com boa validade de construto. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos. Três itens do domínio ambiental foram substituídos por apresentarem alta correlação com o domínio psicológico. Outros três itens foram substituídos porque se percebeu que outros itens dentro da faceta poderiam explicar melhor o conceito. Além disso, dois itens da faceta Qualidade de Vida Geral e Saúde Geral foram incluídos. O WHOQOL-BREF contém, portanto, um total de 26 questões. A análise da estrutura do WHOQOL-100 sugeriu a possibilidade de fusão dos domínios 1 e 3, e dos domínios 2 e 6, criando-se assim quatro domínios de Qualidade de Vida (WHOQOL GROUP, 1998). Atualmente, para pontuar o WHOQOL-BREF os domínios avaliados são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E AMBIENTE, conforme demonstrado na Figura 1.



**Figura 1 - Modelo de análise fatorial confirmatória de quatro domínios**

Fonte: traduzido e adaptado de WHOQOL Group (1998).

As características psicométricas do WHOQOL-BREF foram estabelecidas a partir de uma amostra de 8.294 indivíduos provenientes de dezenove centros (WHOQOL GROUP, 1998). Avaliou-se a consistência interna do instrumento utilizando o coeficiente de alfa de Cronbach. Os valores de alfa de Cronbach para cada um dos quatro escores do domínio foram 1) 0,84; 2) 0,77; 3) 0,69 4) 0,80, demonstrando boa consistência interna. A validade discriminante para os itens foi determinada através do teste t para distinguir entre controles e doentes. A confiabilidade teste±reteste foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ). A regressão múltipla foi usada para determinar a contribuição feita por cada pontuação de domínio para explicar a variância observada na faceta geral da avaliação do WHOQOL-100 (ou seja, a qualidade de vida geral e a faceta de saúde geral).

Todos os quatro escores de domínio do WHOQOL-BREF deram uma contribuição significativa para explicar a variância observada na faceta geral relativa à qualidade de vida geral e saúde geral, com o domínio da saúde física contribuindo mais fortemente e o domínio das relações sociais tendo a menor contribuição. Isso



sugere que todos os quatro domínios devem ser levados em consideração ao avaliar a qualidade de vida geral. O instrumento apresenta boa consistência interna, boa validade discriminante para controles e doentes. O instrumento permaneceu estável em duas medidas sucessivas - confiabilidade e teste-reteste (HARPER e POWER, 1998; WHOQOL GROUP, 1998; SKEVINGTON, 2004).

Estes instrumentos (versão completa e versão abreviada) estão disponíveis em vinte idiomas. No Brasil, a versão em português do WHOQOL-BREF foi desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e obteve características psicométricas semelhantes (FLECK *et al.*, 1999a; FLECK *et al.*, 1999b).

O WHOQOL-BREF, em sua versão em português (anexo 1), foi aplicado por alguns pesquisadores brasileiros que objetivaram avaliar fatores que poderiam impactar a qualidade de vida, principalmente em diferentes doenças, populações ou estilos de vida, como se vê no Quadro 2 abaixo. Poucos estudos avaliaram profissionais de saúde (sendo mais comum em enfermeiros) e, até o momento, nenhum avaliou a qualidade de vida de nutricionistas.

**Quadro 2 – Exemplos de estudos brasileiros que aplicaram o WHOQOL-BREF**

<b>População estudada</b>	<b>Autores/ano</b>
Deficientes auditivos	Santos <i>et al.</i> 2020.
Enfermeiros	Lima <i>et al.</i> 2020; Trzimajewski <i>et al.</i> 2020; Silva <i>et al.</i> 2020; Cabral <i>et al.</i> 2020; Sampaio <i>et al.</i> 2020; Caveião <i>et al.</i> 2017; Silva <i>et al.</i> 2016.
Gestantes	Castro <i>et al.</i> 2013.
Idosos	Almeida 2018; Amaral <i>et al.</i> 2018; Manso <i>et al.</i> 2019; Flores-Gomes <i>et al.</i> 2020; Vagetti <i>et al.</i> 2020.
Médicos	de Sousa <i>et al.</i> 2020.
Mulheres trabalhadoras	Marcacine <i>et al.</i> 2019.
Pais ou cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro do autismo	Cursino <i>et al.</i> 2020.
Pais ou cuidadores de crianças e adolescentes celíacos	Paiva <i>et al.</i> 2019.
População rural	Bortolotto <i>et al.</i> 2018.
Presidiários	Araújo <i>et al.</i> 2018.
Professores	Monteiro <i>et al.</i> 2020.
Profissionais de saúde residentes	Zanei <i>et al.</i> 2019; Vieira <i>et al.</i> 2019; Abreu-Reis <i>et al.</i> 2019.
Quilombola	Alcantara Sousa <i>et al.</i> 2018.
Transexuais	Zucchi <i>et al.</i> 2019.

Sabidamente, outra situação que pode impactar negativamente a qualidade de vida e o bem-estar é a ocorrência de catástrofes e pandemias. Destaca-se o impacto nos profissionais de saúde que desempenham papel primordial nessas ocasiões. Estes trabalhadores sofrem uma gama de consequências em sua saúde devido às exposições relacionadas ao trabalho (BENEDEK *et al.*, 2007; DAUGHERTY *et al.*, 2017). A pandemia de SARS-CoV-2 certamente está incluída nesse contexto.

### **3.4. O SARS-CoV-2**

#### **3.4.1. A influência do SARS-CoV-2 sobre a Qualidade de Vida e o Bem-estar no trabalho**

A atual pandemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) já resultou (em 18/12/2020) em 74.958.938 casos e 1.662.228 mortes em todo o planeta (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020). A COVID-19 apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 pode ser assintomático ou oligossintomático (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (OMS, 2020).

Os sintomas da COVID-19 podem variar de um resfriado, a uma Síndrome Gripal-SG (presença de um quadro respiratório agudo, caracterizado por, pelo menos dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre associada a dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza) até uma pneumonia severa. Sendo os sintomas mais comuns: tosse, febre, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato (anosmia), alteração do paladar (ageusia), distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia), astenia, hiporexia e dispnéia (Ministério da Saúde, 2020).

Pessoas idosas e pessoas com condições médicas pré-existentes (como hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças pulmonares, câncer ou diabetes) estão mais suscetíveis a desenvolver casos mais severos de COVID-19 (Ministério da Saúde, 2020).

Lutando contra a nova doença, muitas nações do mundo esgotaram seus recursos humanos, econômicos e de saúde. A comunidade científica tem se concentrado em encontrar uma cura ou ainda uma vacina eficaz para interromper a pandemia (KHARSHIING *et al.*, 2020). Evidências de surtos de saúde anteriores em larga escala sugerem que esse tipo de evento tem um impacto relevante não apenas na saúde física, mas também na saúde mental e na qualidade de vida em geral (SIM *et al.*, 2004). Isso afeta toda a população, tanto pessoas saudáveis quanto aquelas consideradas grupos vulneráveis (HOLMES *et al.*, 2020; NGUYEN *et al.*, 2020).

A resposta da saúde mental a uma epidemia pode variar dependendo da disponibilidade de evidências clínicas, relatos da mídia, número de casos, taxas de fatalidade, a transmissibilidade da doença e políticas de isolamento (WONG *et al.*, 2005; ROY *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020a).

O novo coronavírus foi primeiramente reportado no final de dezembro de 2019 em Wuhan, China, e, rapidamente, se tornou uma emergência, espalhando-se inevitavelmente fora da China e do Continente Asiático, e foi declarada uma Pandemia em março de 2020 (BURKI *et al.*, 2019; CUCINOTTA *et al.*, 2020; JIANG *et al.*, 2020). Nessas circunstâncias, diferentes países começaram a confirmar seus primeiros casos, e posterior aumento exponencial de contaminados, o que os levou a implantar regimes sanitários rígidos, medidas de distanciamento social e, eventualmente, medidas de bloqueios (BEDFORD *et al.*, 2020). Como resultado, cerca de 4 bilhões de pessoas foram forçadas a ficar em casa de quarentena, trabalhando remotamente, educando crianças em casa e enfrentando desafios para lidar com a quarentena e seus eventos estressantes (SIDOR e RZYMSKI, 2020).

Essas medidas restritivas parecem ser eficazes na contenção à propagação da COVID-19 (SAMLANI *et al.*, 2020). No entanto, também é importante compreender as implicações dessas restrições à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida da população (BEDFORD *et al.*, 2020; GALEA *et al.*, 2020), pois este isolamento obrigatório resultou em uma alta prevalência de sofrimento psicológico (REHMAN *et al.*, 2020), mau humor, irritabilidade (BROOKS *et al.*, 2020), distúrbios emocionais (SHIMIZU, 2020), exaustão, raiva, pânico (BAO *et al.*, 2020), insônia, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade (BAO *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020b; WANG *et al.*, 2020c; XU *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020) e até mesmo estigma e xenofobia em relação às pessoas suspeitas de estarem infectadas com a doença. Alegadamente, o

medo da doença tem, em muitos casos, até mesmo levado a suicídios (ABDELMONEIM, 2015; JACK, 2015; MAMUN e GRIFTHS, 2020).

Adiciona-se a isso o futuro imprevisível desta pandemia, exacerbado por mitos e desinformação, muitas vezes impulsionados por notícias errôneas e incompreensão do público sobre mensagens de saúde; proibições de viagens e ordens de quarentena para viajantes; imposições de novas formas de trabalho ou ainda demissões afetando ainda mais a saúde psicológica do público, sua saúde geral, seu bem-estar e sua qualidade de vida (BAO *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020; SHIMIZU, 2020).

Essencialmente, muitas das evidências científicas publicadas até o momento enfocam os resultados adversos da doença e os dados epidemiológicos de casos confirmados e óbitos, tornando-se escassas as publicações sobre ações preventivas para melhoria, frente à pandemia de SARS-CoV-2, das relações de trabalho e da qualidade de vida (KHARSHIING *et al.*, 2020; SAMLANI *et al.*, 2020).

É sabido que o mundo tem que conviver com o novo coronavírus e, portanto, uma compreensão da qualidade de vida e dos fatores psicológicos e demográficos que a afetam facilitaria a reabilitação das pessoas. Portanto, é imperativo examinar um construto como a qualidade de vida na pandemia de SARS-CoV-2, mesmo que essa pareça ser inexistente ou escassa em tempos de pandemia (LINDNER *et al.*, 2016). A OMS elucida que a qualidade de vida é subjetiva e envolve a satisfação percebida e a importância de áreas como trabalho, auto-estima, recreação, oportunidades de se envolver de forma produtiva e criativa, possibilidades de aprender coisas novas e a existência de amigos na vida (WHOQOL GROUP, 1995). Claramente, essa obtenção de qualidade de vida é afetada e interrompida no mundo atual, que está crivado de doenças infecciosas (KHARSHIING *et al.*, 2020).

As crenças sobre a vulnerabilidade e a gravidade dessa doença viral influenciam mudanças de comportamento e, portanto, a qualidade de vida e o bem-estar no trabalho. Lee (2020) argumentou que os indivíduos podem manifestar sintomas de ansiedade, como perda de apetite, náuseas, distúrbios do sono, imobilidade e tontura como manifestações de ansiedade à COVID-19. Em seu estudo, Kharshiing e colaboradores (2020) evidenciaram que as variáveis de nível individual de ansiedade e identidade pessoal da COVID-19 predizem significativamente a qualidade de vida. A ansiedade influenciou a qualidade de vida negativamente e a identidade pessoal, positivamente. Além disso, fatores demográficos e identidades

sociais baseadas em grupo (como família e identificação nacional) foram vistas como impactando a qualidade de vida de forma significativa (mais que as variáveis individuais).

Curiosamente, um exame minucioso da relação entre o viés otimista e a suscetibilidade e gravidade percebidas ao coronavírus mostrou que os indivíduos com tendência otimista tendem a subestimar sua suscetibilidade e gravidade percebidas ao vírus (PARK *et al.*, 2020). Isso pode levar o indivíduo a rejeitar os comportamentos preventivos de saúde necessários ao controle do vírus junto à comunidade (OH *et al.*, 2020).

O que emergiu na narrativa em torno da pandemia do novo coronavírus é a ênfase não apenas no papel do indivíduo, mas mais no coletivo. Medidas de distanciamento social/físico e uso de máscaras faciais durante a pandemia apontam para a necessidade de garantir que outros também estejam protegidos da infecção. É sob esse prisma que surge o papel do grupo para controlar e gerenciar a disseminação do SARS-CoV-2. Para as pessoas, a ação coletiva que garante a solidariedade pode ser evidente na identificação com suas famílias, comunidade religiosa e também com sua nação (KHARSHIING *et al.*, 2020).

Para Sani e Bennett (2009), a família molda o indivíduo ao longo de sua vida e, portanto, é essencial para a autocompreensão e autodefinição. Indiscutivelmente, a identificação e a coesão familiar promovem o bem-estar e a resiliência (STEVENSON *et al.*, 2020). Ademais, os grupos com os quais as pessoas se identificam também servem como recursos psicológicos para dar sentido, propósito e autoestima à vida (JETTEN *et al.*, 2012; HASLAM *et al.*, 2018).

Postmes e colaboradores (2006) e Baray e colaboradores (2009) mostraram que a afiliação a um grupo religioso não apenas cria a identidade social de uma pessoa, mas também estimula esse indivíduo a agir em contextos sociais. Durante uma crise como a da pandemia da COVID-19, a identificação como cidadão de uma nação é crucial não somente para a auto-identificação, mas também para comparações sociais com outros países em termos de medidas para gerir e combater o surto (JETTEN *et al.*, 2020). Talvez, a importância da identificação de grupo com sua família, irmãos religiosos e seu país pode ter influência não só em comportamentos desejáveis de saúde, mas, mais importante, nos aspectos qualitativos de sua vida (KHARSHIING *et al.*, 2020).

De uma perspectiva de saúde pública, é crucial encontrar os fatores de proteção que beneficiam os comportamentos diários relacionados à saúde, à saúde mental e à qualidade de vida. Portanto, estilos de vida saudáveis são altamente recomendados para prevenir a depressão e melhorar a qualidade de vida durante a pandemia de COVID-19 (NGUYEN *et al.*, 2020). É pertinente notabilizar que se inclui na população a ser protegida os profissionais de saúde, que são os responsáveis por cuidar das pessoas contaminadas pelo SARS-CoV-2.

Os locais de atendimento à população doente já eram considerados ambientes de alto risco para os trabalhadores de saúde, que estão diariamente expostos ao sofrimento de seus pacientes, à tragédia e ao potencial fracasso. Agora, diversos profissionais de saúde estão se esforçando para atender às demandas de cuidar de pacientes com o novo coronavírus. Cuidar desses pacientes os coloca em risco pessoal de infecção e representa uma ameaça ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida.

### **3.4.2. Os Profissionais de saúde e o SARS-CoV-2**

Os profissionais de saúde, grupo composto por distintas categorias profissionais, estão diretamente implicados no atendimento às pessoas infectadas pela COVID-19 e, por este motivo, compõem um grupo de risco específico para a infecção (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 fornece um lembrete da importância da segurança do profissional de saúde. Equipamento de proteção individual (EPI) inadequado tem sido um problema em muitos locais e tem havido muitos exemplos de profissionais de saúde infectados e morrendo de COVID-19 (AGIUS *et al.*, 2020; COOK, KURSUMOVIC e LEANNE, 2020; MEDICAL DEVICE NETWORK, 2020).

Essa pandemia colocou os profissionais de saúde em circunstâncias estressantes, podendo afetá-los de forma desproporcional com o aumento da carga de pacientes, o medo de infecção, o estresse no local de trabalho, o isolamento social, a discriminação, as interrupções sem precedentes na vida normal e o alto risco de exposição (ZHANG e MA, 2020). Há também relatos de profissionais de saúde desavisados infectados enquanto cuidavam de pacientes assintomáticos (SURYAVANSHI *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2020), mais de 570 mil profissionais de saúde já se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas até o dia 2 de setembro de 2020. A OMS também destacou que as infecções por profissionais de saúde provavelmente estão sendo subnotificadas pela imensa dificuldade em quantificá-las (AMNESTY INTERNATIONAL, 2020). A OPAS declarou que "nos EUA e México - que têm uma das contagens de casos mais altas do mundo - os trabalhadores de saúde representam um em cada sete casos". Estes dois países respondem por quase 85% de todas as mortes por COVID-19 entre trabalhadores de saúde nas Américas (OPAS, 2020).

Reforça-se o quanto a pandemia em curso expôs a fragilidade do setor de saúde em garantir a segurança dos profissionais envolvidos no cuidado aos infectados. Trata-se de uma exposição biológica e a maioria, se não todos os profissionais de saúde, está exposta e possui alto risco de adquirir a doença, particularmente ao realizar procedimentos em vias aéreas ou próximos a elas (FERIOLI *et al.*, 2020; OMS, 2020b).

Além disso, com horas prolongadas e alta carga de trabalho, a fadiga e o estresse são ameaças à saúde mental e ao bem-estar dos profissionais de saúde, aumentando a prevalência de *burnout* e colocando em risco sua saúde física devido a doenças não transmissíveis, que são exacerbadas pelo estresse prolongado (LOEPPKE *et al.*, 2017). Evidências preliminares sugerem que há uma alta carga de esgotamento e uma cultura de segurança problemática para os trabalhadores de saúde que respondem ao COVID-19 (DENNING *et al.*, 2020).

No curto prazo, cuidar de pacientes durante a pandemia provoca medo, ansiedade e preocupação para os trabalhadores e seus entes familiares. Os trabalhadores podem desenvolver raiva e frustração por trabalhar em condições abaixo do ideal e angústia por causa de decisões difíceis. Eles podem ficar desequilibrados por requisitos e rotinas de trabalho novos e mutantes. Eles podem ser realocados fora de suas unidades domiciliares e, portanto, privados de sua rede usual de apoio social. Todas essas tensões podem causar dúvidas sobre si mesmo e temores sobre competência. Ademais, é difícil cuidar de pacientes gravemente enfermos e moribundos, e testemunhar aqueles separados de seus entes queridos por medidas de controle de infecção. Se os trabalhadores não receberem apoio

emocional suficiente, o sofrimento pode ser incapacitante. Isso pode torná-los menos capazes de trabalhar (WU *et al.*, 2020).

Somam-se a isso, os ataques frequentes aos quais os trabalhadores de saúde estão sujeitos, tanto em zonas de conflito como em outros lugares, que se agravaram durante a pandemia. Apesar da Convenção de Genebra de 1949 fornecer proteção contra a violência, a segurança e a proteção dos profissionais de saúde, muitos continuam em risco em diversos ambientes (INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS, 2020). A violência contínua contra os profissionais de saúde e a segurança inadequada no local de trabalho ameaçam ainda mais a saúde física e mental desses profissionais. Os profissionais de saúde não podem fornecer cuidados de alta qualidade e seguros aos pacientes em ambientes onde haja uma ameaça física à sua segurança e eles estejam cansados e estressados (SHAW *et al.*, 2020; MEDICAL DEVICE NETWORK, 2020).

A pandemia de COVID-19 também demonstra o quanto a segurança do paciente depende da segurança do trabalhador de saúde. Surtos anteriores de doença como do vírus Ebola, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio e a Síndrome Respiratória Aguda Grave, revelaram preparação insuficiente para proteger seus profissionais em caso de desastre (OMS, 2015; BONG *et al.*, 2020; MEDICAL DEVICE NETWORK, 2020; NGUYEN *et al.*, 2020). Somente quando estes estão seguros, eles podem manter os pacientes também seguros e fornecer aos sistemas de saúde estabilidade e resiliência (DIAMOND e WOSKIE, 2020). Isso aponta a necessidade global de segurança do trabalhador de saúde.

A segurança do paciente é um componente essencial da cobertura universal de saúde e os pacientes não devem ter que escolher entre cuidado algum ou cuidado inseguro (OMS, 2015, 2020a). Da mesma forma, quando os sistemas de saúde estão sob extrema pressão e os trabalhadores de saúde são solicitados a ir além dos deveres normais, a força de trabalho de saúde também deve ser mantida segura. Em estudo realizado em 2020 (já na ocorrência da Pandemia no Brasil) com enfermeiros do Distrito Federal para avaliar a segurança do paciente, encontrou-se diversos domínios a serem aperfeiçoados, destacando-se elevada pressão e ritmo desgastante de trabalho, troca de informações com outras instituições e treinamento da equipe e apoio dos gestores na segurança do paciente. Essa intensificação da carga de trabalho pelos déficits, ainda existentes, na estrutura física e nos recursos humanos e



materiais, e pela alta demanda de trabalho exigida, pode gerar insatisfação, desgaste e até adoecimento nesses profissionais (BIFF *et al.*, 2020).

Este, sem dúvida, é um dos grandes desafios dessa pandemia: garantir a segurança e a proteção efetiva dos trabalhadores da saúde em um cenário de muitas dúvidas e poucas certezas (ADALJA *et al.*, 2020), considerando-se o insuficiente conhecimento sobre as formas de tratar e controlar a doença e, principalmente, a sua alta transmissibilidade e velocidade de disseminação (BARRETO *et al.*, 2020).

Com a finalidade de ampliar o conhecimento disponível sobre a doença e compreender sua dinâmica de transmissão entre os profissionais de saúde expostos à COVID-19, várias instituições como a OMS, o *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC) e outras entidades têm disponibilizado diariamente informações, protocolos e recomendações atualizadas (FELDMAN *et al.*, 2020; OUSLANDER *et al.*, 2020). Há uma consciência crescente da necessidade de proteger os profissionais de saúde de infecção durante a pandemia de COVID-19 (ADAMS e WALLS, 2020), mas salvaguardar a qualidade geral de vida também é imperativo. Globalmente, há literatura limitada que investigou o efeito de sintomas de saúde mental entre profissionais de saúde na qualidade de vida durante uma epidemia (OMS, 2018; SURYAVANSHI *et al.*, 2020).

Estudo de Suryavanshi e colaboradores (2020), que avaliou a qualidade de vida em profissionais de saúde na Índia durante a COVID-19, encontrou uma grande proporção de profissionais que reportaram sintomas de depressão (47%), ansiedade (50%) e baixa qualidade de vida (45%). Encontrou uma ansiedade muito maior entre profissionais de saúde do que estudos do surto de Gripe Suína na Índia (MISHRA *et al.*, 2016) e do recente Surto de COVID-19 na Itália (ROSSI *et al.*, 2020), onde cerca de 20% dos profissionais de saúde relataram sintomas de depressão e 8% de ansiedade. Na China, a prevalência de ansiedade variou de 23% a 44,6% na equipe de médicos e enfermeiros durante a pandemia de COVID-19 (HUANG *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020; LU *et al.*, 2020). Sintomas depressivos foram identificados em 50,4% dos 1.257 profissionais estudados por Lai e colaboradores (2020), também na China.

Há uma associação significativa entre os sintomas combinados de depressão e ansiedade e a qualidade de vida. A carga de trabalho, a falta de conhecimento e o treinamento e medo de contrair doenças podem contribuir para resultados ruins de saúde mental entre profissionais de saúde (OMS, 2018; SURYAVANSHI *et al.*, 2020).

Proteger a saúde mental dos profissionais de saúde é fundamental para a resposta aos esforços de controle do SARS-CoV-2. O rápido desenvolvimento e implantação de intervenções para prevenir e tratar problemas de saúde mental são urgentemente necessários para apoiar o número crescente de profissionais de saúde que cuidam de pacientes com COVID-19 em todo o mundo.

Os profissionais de saúde que cuidam de pessoas gravemente doentes, com medo ou em luto, estão eles próprios expostos a traumas. Eles também correm o risco de serem infectados e carregam um grande fardo no tratamento clínico e nos esforços de prevenção pública em hospitais e ambientes comunitários. Os desafios e o estresse que eles enfrentam podem desencadear transtornos mentais comuns, incluindo transtornos de ansiedade e depressão, e transtorno de estresse pós-traumático (SHULTZ *et al.*, 2014), que por sua vez podem resultar em perigos que excedem as consequências da própria epidemia de Covid-19 (BAO *et al.*, 2020).

Conhecimento adequado e treinamento para gerenciar pacientes com COVID-19, redução da carga de trabalho, expansão das enfermarias de isolamento, intervalos de descanso adequados garantia de fornecimento suficiente de EPIs emergiram como as questões mais importantes que precisam de atenção imediata das autoridades como necessidades básicas dos profissionais de saúde (SURYAVANSHI *et al.*, 2020). Essas estratégias alinham-se com estudo conduzido na China, onde medidas estritas de proteção, conhecimento sobre a prevenção da transmissão do vírus, medidas de isolamento social e atitudes individuais positivas resultaram na redução dos níveis de estresse (CAI *et al.*, 2020). Estudos qualitativos conduzidos na Índia (MOHINDRA *et al.*, 2020) e na China também enfatizaram a importância do treinamento regular e intensivo para todos os profissionais de saúde para ajudar a gerenciar com eficácia as crises durante a pandemia da COVID-19 (LIU *et al.*, 2020).

Várias áreas prioritárias para manter e promover o bem-estar da força de trabalho durante a pandemia foram identificadas. Isso inclui atender às necessidades básicas, melhorar a liderança e a comunicação em crises, promover o bem-estar e fornecer suporte mental e emocional. O nível mais básico de suporte sugerido por especialistas em pandemia, consultados no trabalho de Wu e colaboradores (2020), estava na base da hierarquia de necessidades de Maslow, fornecendo as ferramentas necessárias para proteger a segurança dos trabalhadores e atendendo às suas necessidades básicas de sustento (WU *et al.*, 2020).

Essa análise apóia a urgência da necessidade de administradores de saúde e formuladores de políticas de desenvolver e implantar rapidamente intervenções de saúde mental entre profissionais de saúde, subsidiando-os com estratégias eficazes de suporte psicossocial para lidar com estressores relacionados ao trabalho (PFEFFERBAUM e NORTH, 2020). É preciso haver um reconhecimento universal de que a segurança do trabalhador de saúde é a segurança do paciente. Um não pode existir sem o outro. O foco em garantir ambientes de trabalho seguros levará a um melhor atendimento ao paciente (SHAW *et al.*, 2020).

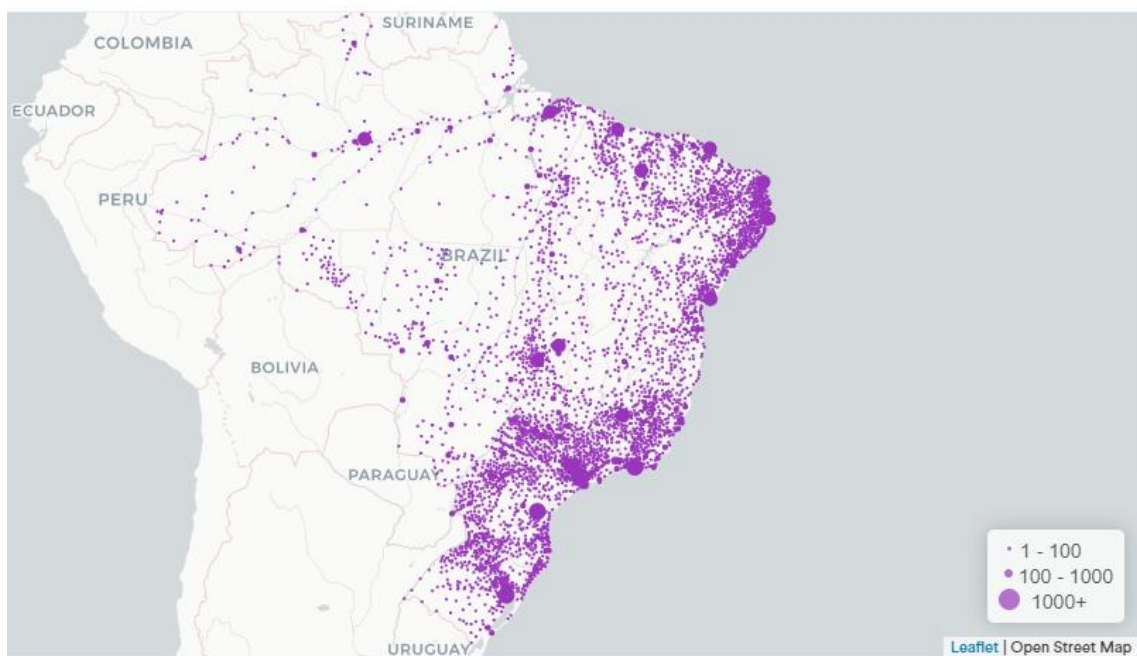
#### **3.4.2.1. Os Profissionais de saúde do Brasil e o SARS-CoV-2**

A pandemia do SARS-CoV-2 atingiu a América Latina mais tardiamente do que em outros continentes. O primeiro caso registrado no Brasil foi em 25 de fevereiro de 2020. No momento, o Brasil tem o maior número de casos e de óbitos na América Latina, 5.389.863 casos confirmados e 167.455 mortes em 18 de novembro (BRASIL, 2020f), e esses dados são provavelmente subestimados (THE LANCET, 2020). Um estudo realizado em maio de 2020 do *Imperial College* apontou o Brasil como o país, no mundo, com a maior taxa de transmissão ativa do COVID-19 (MELLAN *et al.*, 2020).

O Brasil apresenta dificuldades para combater o SARS-CoV-2, dentre vários fatores, pelo fato de cerca de 13 milhões de brasileiros viverem em favelas, geralmente com mais de três pessoas por quarto e pouco acesso a água potável. Recomendações de distanciamento físico e higiene são quase impossíveis de serem seguidas nesses ambientes. Outro fato é que o Brasil tem um grande setor de empregos informais, que neste momento não está tendo opções viáveis de fonte de renda (THE LANCET, 2020).

A resposta nacional tem sido, na prática, guiada por ações pensadas em nível local, sem coordenação central. As reações do governo brasileiro à COVID-19 variaram do negacionismo, propaganda de tratamentos de eficácia não comprovada e ataques a seus oponentes políticos e à OMS (SCHUCH, 2020). A política partidária durante a pandemia de COVID-19 impediu quaisquer esforços de se trabalhar junto com a ciência (EISENHAMMER e STARGARDTER, 2020).

As figuras 2 e 3 dão uma dimensão do número de casos e de óbitos notificados no Brasil, por município.



**Figura 2 - Óbitos de COVID-19 por Município de notificação, acumulados até 18/10/2020.**

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020

Fonte da imagem: <https://covid.saude.gov.br/>



**Figura 3 - Casos de COVID-19 por Município de notificação, acumulados até 18/10/2020**

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2020

Fonte da imagem: <https://covid.saude.gov.br/>

Para agravar a situação, à medida que a crise se estende, aumenta-se também o ônus de doenças crônicas e das transmitidas por mosquitos, como a dengue e o Zika vírus, que não recebem atenção suficiente na pandemia (WENHAM *et al.*, 2020).

No Brasil, as disparidades socioeconômicas e as políticas adotadas para o setor da saúde nos últimos anos fragilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o surgimento da pandemia de COVID-19, as deficiências tornaram-se mais intensas e expostas, atingindo diretamente os 70% da população que dependem dos serviços públicos de saúde e os profissionais que enfrentam condições de trabalho precárias e inadequadas em termos de atuação e de proteção individual. Até o dia 10 de outubro de 2020, dados do e-SUS indicavam que 361 mil profissionais de saúde tinham sido contaminados com a doença e pelo menos 332 morreram (AGÊNCIA BRASIL, 2020). Esses números estão subestimados, pois dados específicos de enfermeiros e de médicos publicados em 18 de outubro mostram que o número de profissionais de enfermagem infectados no Brasil soma 41.527, com uma letalidade de 1,95% (451 óbitos) (COFEN, 2020) e de acordo com o Sindicato dos Médicos de São Paulo, 268 médicos morreram de COVID no Brasil até a citada data (SIMESP, 2020).

As profissões de saúde mais registradas (até o 21/07/2020 pela FIOCRUZ) dentre os casos confirmados de COVID-19 foram técnicos e auxiliares de enfermagem (n=62.633), seguidos dos enfermeiros (n=26.555) e médicos (n=19.858). E, a distribuição dos óbitos se deu da seguinte forma: técnicos e auxiliares de enfermagem (n=64), médicos (n=29) e enfermeiros (n=16). Foram contabilizadas cinco mortes em fisioterapeutas e não foram encontrados dados sobre nutricionistas.

De acordo com estudo realizado por Kowalski e colaboradores (2020), os profissionais de saúde representam de 3,8% a 20% da população infectada no Brasil, mostrando o grande impacto da doença na força de trabalho.

O Brasil conta hoje com um robusto sistema de saúde. O SUS, com mais de 200 mil estabelecimentos de saúde (ambulatorial ou hospitalar), possui cerca de 430 mil leitos e emprega diretamente mais de 3 milhões e 500 mil profissionais da saúde, sendo 2 milhões de médicos e profissionais que compõem a equipe de enfermagem. Porém, na linha de frente do combate ao SARS-CoV-2, observam-se denúncias e relatos de profissionais que estão em situação de precarização do vínculo de trabalho,

salários atrasados, insegurança e sobrecarga de trabalho que geram estresse, adoecimento e desgastes físicos e psíquicos (FIOCRUZ, 2020).

Conhecer a realidade desses profissionais é essencial para o direcionamento de ações, estratégias e políticas públicas que promovam a melhoria das condições de trabalho das categorias atuantes no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus. Dentro dessas categorias, encontram-se os nutricionistas.

#### **3.4.2.2. O Nutricionista brasileiro em 2020: novas diretrizes institucionais para contingência do SARS-CoV-2**

Assim como alguns outros profissionais de saúde, durante a pandemia, os nutricionistas podem enfrentar algumas dificuldades em seus empregos, além das tradicionais, como baixa remuneração, falta de reconhecimento profissional, dificuldade de conseguir o primeiro emprego e dificuldade de mobilidade geográfica (AKUTSU, 2008; REAL *et al.*, 2011; REAL e CRAVEIRO, 2014; FERREIRA *et al.*, 2014).

No Brasil, o nutricionista apresenta uma ampla gama de opções de trabalho, desde trabalhar diretamente em hospitais oferecendo assistência nutricional aos pacientes ou realizando serviços de alimentação em hospitais, até trabalhar em clínicas, escolas e restaurantes comerciais. Todos esses ambientes podem trazer contato direto com pessoas possivelmente infectadas, apresentando desafios neste novo cenário de trabalho. O número de pacientes nos hospitais aumentou e a forma como a comida é servida teve que mudar. Os restaurantes fora dos hospitais tiveram que fechar suas portas, levando ao desemprego e enfrentando muitos riscos na reabertura, quando permitida. É fundamental destacar aqueles nutricionistas, apesar de serem um nicho específico do sistema de saúde, que trabalham diretamente com pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2. Muitas vezes, seus riscos são ignorados ou subestimados por outros profissionais de saúde e, até mesmo, pelo Governo Federal, o que pode impactar negativamente no bem-estar no trabalho. Legislação recente publicada em 8 de julho de 2020 (Lei nº 14.023, BRASIL 2020), que trata da proteção dos profissionais expostos aos riscos do SARS-CoV-2, não incluiu nutricionistas em suas listas.

Importantes ajustes foram necessários para a atuação do nutricionista após a chegada da COVID-19 no Brasil em 2020. Órgãos como o CFN, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ministério da Saúde e da Educação publicaram planos de contingência para a atuação do nutricionista. A figura 4 contextualiza os acontecimentos por meio de uma *timeline*.



**Figura 4 - Timeline da evolução da COVID-19 no Brasil e os Nutricionistas**

Em 18 de março de 2020, o CFN, considerando as consequências de isolamento social exigido como medida preventiva ao coronavírus e a necessidade da continuidade da prestação da assistência nutricional pelos nutricionistas, resolveu, em caráter de excepcionalidade, suspender o disposto no artigo 36 do Código de Ética e de Conduta dos Nutricionistas (CFN, 2018a), facultando aos profissionais a assistência nutricional por meio não presencial até 28 de fevereiro de 2021 (prazo ajustado pela Resolução CFN nº 660/2020). Até então, o Conselho proibia veementemente consultas não presenciais. E, para regulamentar essa modalidade de atendimento, o CFN publicou, em 30 de setembro, a Resolução nº 666 que definiu e disciplinou a teleconsulta como forma de realização da consulta de nutrição por meio de tecnologias da informação e da comunicação (TICs) durante a pandemia da

COVID-19 e instituiu o Cadastro Nacional de Nutricionistas para Teleconsulta (e-Nutricionista).

Novos manuais e protocolos de assistência nutricional foram também publicados especificamente para o atendimento aos pacientes críticos com SARS-CoV-2. Cita-se como importante exemplo o documento publicado pelo Departamento de Nutrição da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - Sugestões para assistência nutricional de pacientes críticos com SARS- CoV-2 (AMIB, 2020).

Já o nutricionista que atua no Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) cumpre papel estratégico na garantia do acesso à alimentação de mais de 40 milhões de estudantes da rede pública de educação básica brasileira. É imprescindível que esse direito continue sendo assegurado, mesmo com a suspensão das aulas. Em 7 de abril de 2020 alterou-se a Lei nº 11.947 para autorizar, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão da emergência, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do PNAE aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. Assim, o nutricionista do PNAE, que coordena e define os alimentos e refeições distribuídos pelo governo nas escolas públicas brasileiras, passou a ser responsável pela logística de distribuição de cestas básicas de alimentos para as diferentes famílias de cada um dos escolares participantes do programa.

Quanto ao nutricionista que atua no controle de qualidade na produção de refeições e nas boas práticas de manipulação de alimentos, novas diretrizes foram definidas pelo Ministério da Saúde. Toda a cadeia de alimentos, da produção até a entrega ao consumidor, é considerada uma atividade essencial, e na pandemia não foi diferente, conforme prescrito no inciso XII, art. 3º, do Decreto nº 10.282/20. Assim, coube ao nutricionista responsável técnico garantir que os alimentos chegassem com segurança à população brasileira, no período de isolamento social (BRASIL, NOTA TÉCNICA, 2020).

Existiam, em 2018 no Brasil, 152 restaurantes populares, 107 bancos de alimentos, 139 cozinhas comunitárias e 642 unidades de distribuição da agricultura familiar. Muitos destes equipamentos públicos continuaram ativos na pandemia, coordenados por nutricionistas, sendo estratégicos para assegurar a entrega de alimentos saudáveis à população de rua, idosos em situação de pobreza, e trabalhadores informais (MDS, 2020).



Cabe ainda apontar que o nutricionista, como profissional importante na defesa do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN), recebe a pandemia no Brasil num momento de estagnação econômica, desmonte dos sistemas de saúde e proteção social, paralisação de praticamente todos os programas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), aumento acelerado da pobreza e, especialmente, da extrema pobreza, e o aumento expressivo da população em situação de rua (CFN, 2020e).

Estima-se que, no Brasil, de 8,8 milhões a 35 milhões de pessoas irão cruzar a linha da pobreza, mesmo que mantenham seus trabalhos. Essa é uma perspectiva especialmente preocupante, pois segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 41,1% da força de trabalho estava na informalidade em meados de 2020. Além disso, foi publicada em 22 de março de 2020, a Medida Provisória Nº 927, que autorizou a suspensão de contratos de trabalho até quatro meses, e ainda permitiu às empresas adiar o pagamento do FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço) por três meses.

A pandemia revela então a urgência de soluções que coloquem a vida e a dignidade humana no centro das decisões e políticas públicas, enquanto uma abordagem de direitos humanos. No caso do DHAA, significa garantir que todas as pessoas, com prioridade àquelas que se encontram com maior dificuldade de garantir esse direito a si e a sua família, tenham acesso físico ou econômico a alimentos adequados e saudáveis. Esses alimentos precisam estar disponíveis, de forma estável e permanente, até que essas pessoas sejam capazes de os assegurar por si mesmas. Este é o principal desafio do nutricionista em tempos de pandemia.

Apesar da relevância, não foram encontrados trabalhos realizados com nutricionistas no ano de 2020 relacionados à pandemia, no mundo ou no Brasil. Portanto ainda não se sabe como esse profissional foi impactado quanto à sua relação com o trabalho, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

## **4. MÉTODOS**

Este capítulo descreve as estratégias metodológicas adotadas para a consecução dos objetivos propostos, os instrumentos de coleta de dados, a amostra, a formação e análise do banco de dados.

O presente estudo é de caráter observacional transversal exploratório.

### **4.1. População e amostra da pesquisa**

Nutricionistas de todo o Brasil foram recrutados para participar do estudo. O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados do Conselho Federal de Nutricionistas que apresentava 160.613 nutricionistas inscritos no segundo trimestre de 2020, considerando-se os registros definitivos e provisórios de cada estado (CFN, 2020d). Considerou-se um erro (e) de 3% e um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% (escore  $z = 1,96$ ) e, assim, obteve-se o tamanho mínimo representativo estimado da amostra no valor de 1.061 participantes (HAIR, 2009). Os critérios de inclusão foram: ser nutricionista e residir e trabalhar no Brasil.

### **4.2. Instrumentos**

Os instrumentos foram escolhidos a partir de revisão de literatura, tendo sido selecionados os que melhor se ajustaram ao modelo teórico escolhido, sendo: (i) questionário para coleta das variáveis demográficas, incluindo-se três perguntas específicas sobre o período do SARS-CoV-2; (ii) escala de bem-estar no trabalho e (iii) WHOQOL-BREF.

#### **4.2.1. Variáveis de caracterização dos participantes**

Com o objetivo de investigar as características sociodemográficas e se havia diferença na percepção dos nutricionistas em função dessas características, um instrumento foi elaborado com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, filhos, religião, número de indivíduos residentes no domicílio, renda familiar, escolaridade,

tempo de formado, tipo de instituição onde se graduou, tempo de serviço, área de atuação e tipo de organização em que trabalha.

Além das variáveis de caracterização dos participantes, foram incluídas três questões sobre a COVID-19:

- 1) Você continuou trabalhando durante a pandemia de COVID-19?
- 2) Você testou positivo para COVID-19? e
- 3) Alguém na sua família testou positivo para COVID-19?

O instrumento completo de caracterização está disponível no Apêndice 2.

#### **4.2.2. A escala de bem-estar-estar no trabalho**

Para identificar a percepção de bem-estar antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2 adaptou-se a Escala de Bem-estar Individual no Trabalho, construída e validada por Akutsu e colaboradores em 2011 (Apêndice 3). Foi necessário excluir uma pergunta do instrumento, pois se tratava de aposentadoria e não faria sentido aplicá-la para comparação antes e durante a pandemia.

O instrumento usado neste estudo consta de 25 itens dividido em quatro domínios, sendo eles: (1) percepção exterior com as questões 2, 4, 6, 7, 11, 15 e 25; (2) percepção em si com as questões 1, 3, 5, 8, 12, 13, 14, 18 e 21; (3) percepção da tarefa com as questões 19, 20, 22, 23 e 24; e o (4) percepção da categoria do nutricionista com as questões 9, 10, 16 e 17.

As respostas para os itens foram dadas por meio da escala Likert de 5 pontos, sendo (1)=nunca; (2)=raramente; (3)=às vezes; (4)=frequentemente; e (5)=sempre.

#### **4.2.3. Instrumento de Qualidade de Vida - WHOQOL –BREF**

Utilizou-se o instrumento previamente validado WHOQOL-BREF (WHOQOL, 2011) e também validado para o português do Brasil (FLECK, 2000) para investigar a qualidade de vida de nutricionistas antes e durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

O instrumento é composto por 26 itens, em quatro domínios: (1) saúde física; (2) saúde psicológica; (3) relações sociais e (4) saúde ambiental. O questionário também contém itens gerais de saúde. As respostas para os itens também foram dadas por meio da escala Likert de 5 pontos com respostas distintas dentro da mesma escala em função do tipo de pergunta. O instrumento encontra-se no Anexo 1.

#### **4.2.4. A aplicação dos instrumentos**

Com o auxílio da ferramenta GoogleForms® foi gerado um único link a ser respondido pelos participantes que apresentava primeiramente o Convite para a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1) e, apenas após o aceite do termo, os instrumentos eram apresentados aos respondentes, sequencialmente.

O link foi distribuído e respondido no período entre os dias 26 de maio e 7 de junho de 2020, quando se atingiu a meta de representatividade estatística.

Para os instrumentos de avaliação da percepção do nutricionista quanto ao seu bem-estar no trabalho e sua qualidade de vida antes e durante a pandemia, foram disponibilizadas duas colunas de resposta: uma para a percepção antes do início da pandemia e outra para o momento da pandemia.

O link de acesso à pesquisa foi enviado por e-mail, por aplicativos de mensagens e por redes sociais. Os voluntários foram recrutados em todo o país com a ajuda dos Conselhos Regionais de Nutricionistas, Associação Brasileira de Nutricionistas e grupos de apoio e divulgação da mídia para alcançar o maior número possível de profissionais nas cinco regiões brasileiras. Quando um estado apresentava baixa adesão, a pesquisadora telefonava para as lideranças locais para solicitar o reenvio do link para o máximo possível de colegas nutricionistas até que o valor mínimo da amostra fosse atingido.

### **4.3. Análise de Dados**

Os dados foram extraídos da ferramenta GoogleForms® e analisados usando-se o IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 24.0 para Windows.

Análises descritivas foram utilizadas para determinar as medidas de tendência central e dispersão da amostra. Realizou-se comparações de médias e proporções da amostra por meio de Teste t pareado (antes e durante o SARS-CoV-2), teste Qui-quadrado e Análise de Variância (ANOVA) com *post-hoc* de Tukey.

Análises exploratórias e confirmatórias foram realizadas para determinar a qualidade psicométrica do instrumento de bem-estar no trabalho. Usou-se o teste de Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O teste de KMO mede o quão adequados estão os seus dados para uma análise fatorial, testando a consistência geral desses dados. Esse método avalia a adequação da amostra quanto ao grau de correlação parcial entre os valores, que deve ser pequeno, sendo que um resultado próximo a zero indica que a análise fatorial pode não ser adequada (correlação fraca entre as variáveis) e quanto mais próximo de 1 o seu valor, mais adequada é a utilização da técnica. Já o teste de esfericidade de Bartlett fornece a significância estatística de que a matriz de correlação tem correlações significantes entre pelo menos algumas das variáveis. Um teste de esfericidade de Bartlett estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) indica que correlações suficientes existem entre as variáveis para, então, se continuar a análise (KLEIN e DANNEY, 2013).

Para avaliar a confiabilidade de todo o instrumento e de cada domínio, utilizou-se o alfa de Cronbach nos dois instrumentos. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

Para se comparar a variação ( $\Delta$ ), antes e durante a pandemia, do bem-estar no trabalho com os domínios de qualidade de vida, considerou-se apenas os indivíduos que responderam aos dois instrumentos.

A variação ( $\Delta$ ) de um escore é o quanto, em percentual, o escore (seja de bem-estar ou de qualidade de vida) variou com a pandemia. Essa variação é definida como

$$\Delta = \frac{\text{Escore antes da pandemia} - \text{Escore durante a pandemia}}{\text{Escore antes da pandemia}} \times 100\%$$

Segundo essa definição, valores positivos indicam queda na qualidade de vida e no bem-estar. A significância estatística foi verificada por meio do Teste t pareado. Essa comparação também foi realizada estratificando as variáveis.

Aplicou-se, ainda, teste de Pearson para medir a correlação entre algumas variáveis do estudo, entre os resultados de bem-estar no trabalho e os de qualidade de vida antes e durante a pandemia. O coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) é um grau de relação entre duas variáveis quantitativas expresso através de valores situados entre -1 e 1. Um coeficiente de correlação próximo a zero indica que não há relação entre as duas variáveis, e quanto mais eles se aproximam de 1 ou -1, mais forte é a relação (FIGUEIREDO FILHO e SILVA JÚNIOR, 2009).

#### **4.4. Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília e aprovado por esse Comitê sob o CAE 30555220.3.0000.0008 para o instrumento de qualidade de vida e sob CAE 54822316.1.00000030 para o de bem-estar.

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes estabelecidas na Declaração de Helsinque e seguiu as Recomendações para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas.

Os participantes só acessaram os instrumentos da pesquisa após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), conforme exigência do Ministério da Saúde em sua Resolução CNS nº466/2012. Tais participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades;

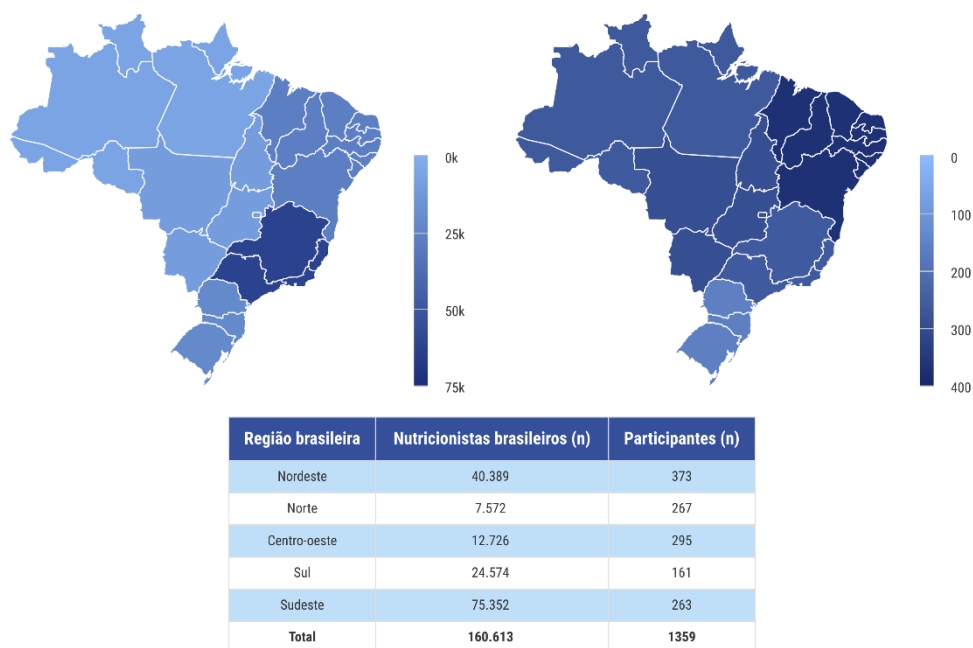
## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final obtida foi distinta entre os dois instrumentos. Esses foram apresentados aos participantes em sequência e alguns nutricionistas responderam apenas ao primeiro, que era o de avaliação do bem-estar no trabalho. Obtendo-se, então, 1.359 respondentes para o instrumento de bem-estar e 1.290 para o de qualidade de vida, gerando-se uma amostra significativa de todos os 26 Estados brasileiros e o Distrito Federal para ambos os instrumentos.

### 5.1. Bem-estar no trabalho dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de COVID-19

Os dados resultantes da aplicação do instrumento de bem-estar foram publicados em forma de artigo que se encontra disponível no Apêndice 4: *Wellbeing at work before and during the SARS-COV-2 Pandemic: A Brazilian Nationwide Study among Dietitians. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17, 5541. DOI: 10.3390/ijerph17155541. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5541/htm>

Uma amostra representativa de 1.359 nutricionistas de todos os 26 estados brasileiros e do Distrito Federal respondeu ao questionário. A Figura 5 mostra a distribuição dos nutricionistas brasileiros (baseados nos dados de registro dos conselhos) e dos participantes da pesquisa por regiões brasileiras. Nota-se que há uma maior densidade de profissionais cadastrados na região Sudeste do país e menor na Norte. Neste estudo, obteve-se, proporcionalmente ao número de profissionais registrados, maior porcentagem de respondentes na região Norte, seguida em ordem decrescente pelas regiões Centro-oeste, Nordeste, Sul e Sudeste.



**Figura 5 - Distribuição dos nutricionistas e dos participantes por regiões brasileiras.**

Fonte: Adjafre *et al.* 2020.

Os participantes eram em sua maioria do sexo feminino (92,5%), católicos (52,9%), com idade entre 25 e 39 anos (58,4%), com companheiro (63,8%) e sem filhos (58%), como apresentado na Tabela 1. A maioria dos participantes continuou trabalhando durante o período pandêmico (83,8%), mas não havia sido diagnosticado com SARS-CoV-2 (96%) antes de responder ao instrumento da pesquisa, nem seus familiares (80,7%). Cabe ressaltar que os nutricionistas que não continuaram a trabalhar durante o período da pesquisa, não estavam desempregados ou perderam seus empregos.

A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (Tabela 1). A hegemonia feminina entre os nutricionistas é comum e converge com outros estudos de diferentes países (PLESS *et al.*, 1998; GINGRAS *et al.*, 2010; REAL e ÁVILA, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2016; IBRAHIM *et al.*, 2019). Essa hegemonia pode representar repercussões na carreira, prestígio social e renda (AKUTSU, 2008). Estudo realizado na Austrália por Meyer e colaboradores (2002) mostrou que os nutricionistas eram em sua maioria mulheres e que, embora o mercado de trabalho tenha crescido, os novos empregos eram majoritariamente de meio período (86%),



possivelmente pela necessidade de se conciliar carreira e cuidados com a família (IBGE, 2020).

É importante ressaltar que qualquer análise do mercado de trabalho no Brasil deve levar em conta a progressiva participação das mulheres na atividade econômica, que vem ocorrendo desde o final da década de 60, concomitantemente com o declínio das taxas de fecundidade. É o aumento da participação feminina que tem sustentado o intenso crescimento da população ativa (LEONETE e BALTAR, 2008). A partir de então é possível observar que as dificuldades também se agravaram na vida destas mulheres que passaram a acumular atividades, uma vez que têm que conciliar suas demandas domésticas, familiares e profissionais (MARCACINE *et al.*, 2019). Elas ainda vivenciam as desigualdades de gênero no ambiente do trabalho, já que atuam em diversas profissões, estão presentes em setores variados, estudam e se qualificam mais que os homens, mas ainda continuam a receber salários inferiores aos deles. Essa condição pode influenciar diretamente seu bem-estar, principalmente quando este contexto ocasiona conflitos familiares (AQUINO e FERNANDES, 2013).

**Tabela 1- Características dos nutricionistas brasileiros e questões relacionadas à SARS-CoV-2 (n = 1359).**

Variáveis		n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	1258	92,5
	Masculino	102	7,5
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	149	11,0
	25 a 29 anos	275	20,2
	30 a 34 anos	272	20,0
	35 a 39 anos	248	18,2
	40 a 44 anos	134	9,9
	45 a 49 anos	188	6,5
	50 ou mais	194	14,3
<b>Religião</b>	Católica	720	52,9
	Protestante	283	20,8

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
	Espiritismo	213	15,7
	Agnóstico	71	5,2
	Outros	73	5,4
<b>Maior nível educacional</b>	Graduação	302	22,2
	Pós-graduação/ Residência	677	49,8
	Mestrado	237	17,4
	Doutorado	144	10,6
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	493	36,3
	Com companheiro	867	63,8
<b>Filhos</b>	Sim	571	42,0
	Não	789	58,0
<b>Renda familiar mensal</b>	≤ 1 SM	39	2,9
	> 1 a 2 SM	111	8,2
	>2 a 3 SM	199	14,6
	>3 a 5 SM	297	21,8
	> 5 a 10 SM	414	30,4
	> 10 a 20 SM	229	16,8
	> 20 SM	71	5,2
<b>Número de membros da família</b>	1	140	10,6
	2	366	27,7
	3	370	28,1
	4	320	24,3
	> 5	123	9,3
<b>Área de atuação</b>	Clínica	327	24,0
	Alimentação coletiva	173	12,7
	Saúde Pública	117	8,6

Variáveis		n	%
	Ensino	99	7,3
	Outros	72	5,3
	Mais de uma área	572	42,1
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>	1	858	63,1
	2	353	26,0
	3	85	6,3
	> 3	64	4,7
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Pública	656	48,2
	Privada	704	51,8
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	288	21,2
	>2 a 5 anos	232	17,1
	>5 a 10 anos	255	18,8
	>10 a 15 anos	253	18,6
	>15 anos	332	24,4
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Não	220	16,2
	Sim, remotamente	486	35,7
	Sim, presencialmente com algumas adaptações	360	26,5
	Sim, presencialmente	294	21,6
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	1304	96,0
	Sim	55	4,0
<b>Algun membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	1097	80,7
	Sim (não mora comigo)	69	5,1
	Sim (mora comigo)	194	14,3

Nota: SM - Salário-mínimo (no Brasil em 7 de junho de 2020 = R\$1.045,00).

Os nutricionistas com renda familiar inferior a 1 salário-mínimo (SM) são em sua maioria apenas graduados (35,9%) ou possuem especialização/residência

(56,4%). No entanto, os nutricionistas com mais de 20 SM como renda familiar possuem mestrado e doutorado (52,2%). Dos 144 nutricionistas com doutorado, 95,1% atuam na área de ensino (universidades).

A Tabela 2 apresenta os dados do bem-estar no trabalho antes e durante o período pandêmico de acordo com as características dos participantes. O instrumento apresentou um KMO de 0,957 e um teste de esfericidade de Barlett significativo (0,000). Para consistência interna, o instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,952. Nas comunalidades, o item de extração ficou abaixo de 0,500 para as questões 12 (as relações sociais com meus colegas influenciam positivamente no meu trabalho) e 25 (considero minha carga de trabalho adequada), e não foram consideradas para a pontuação final de bem-estar no trabalho. As questões mantidas foram divididas em quatro fatores (Tabela 3). O fator 1 está relacionado à **percepção exterior** com as questões 2, 4, 6, 7, 11 e 15, o fator 2 está relacionado à **percepção em si** (questões 1, 3, 5, 8, 13, 14, 18 e 21), o fator 3 é a **percepção da tarefa** (questões 19, 20, 22, 23 e 24) e o fator 4 é a **percepção da categoria do nutricionista** (questões 9, 10, 16 e 17). O alfa de Cronbach também foi calculado para cada fator: fator 1: 0,871; fator 2: 0,881; fator 3: 0,881 e fator 4: 0,884. Todos os fatores apresentaram bons alfas.

**Tabela 2 - Bem-estar no trabalho por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1359).**

Variáveis		Antes da pandemia*	Durante a pandemia*
		Média ± DP	Média ± DP
<b>Sexo</b>	Feminino	3,88 <sup>a</sup> ± 0,71	3,70 <sup>a</sup> ± 0,78
	Masculino	3,92 <sup>a</sup> ± 0,71	3,79 <sup>a</sup> ± 0,79
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	3,77 <sup>abc</sup> ± 0,77	3,63 <sup>a</sup> ± 0,82
	25 a 29 anos	3,79 <sup>abc</sup> ± 0,76	3,65 <sup>a</sup> ± 0,80
	30 a 34 anos	3,81 <sup>b</sup> ± 0,71	3,64 <sup>a</sup> ± 0,75
	35 a 39 anos	3,94 <sup>abc</sup> ± 0,65	3,77 <sup>ab</sup> ± 0,78
	40 a 44 anos	3,90 <sup>abc</sup> ± 0,70	3,71 <sup>ab</sup> ± 0,81
	45 a 49 anos	3,98 <sup>abc</sup> ± 0,63	3,75 <sup>ab</sup> ± 0,81

Variáveis	Antes da pandemia*	Durante a pandemia*	
	Média ± DP	Média ± DP	
	50 ou mais	4,05 <sup>ac</sup> ± 0,65	3,86 <sup>b</sup> ± 0,73
<b>Região brasileira</b>	Norte	3,76 <sup>a</sup> ± 0,79	3,61 <sup>a</sup> ± 0,83
	Nordeste	3,86 <sup>ab</sup> ± 0,70	3,67 <sup>ab</sup> ± 0,77
	Centro-oeste	3,89 <sup>ab</sup> ± 0,66	3,69 <sup>ab</sup> ± 0,76
	Sudeste	3,95 <sup>b</sup> ± 0,73	3,81 <sup>b</sup> ± 0,80
	Sul	3,98 <sup>b</sup> ± 0,64	3,80 <sup>ab</sup> ± 0,76
	<b>Religião</b>	Católica	3,91 <sup>a</sup> ± 0,69
Protestante		3,72 <sup>b</sup> ± 0,77	3,59 <sup>b</sup> ± 0,82
Espiritismo		3,99 <sup>a</sup> ± 0,64	3,83 <sup>c</sup> ± 0,74
Agnóstico		3,89 <sup>ab</sup> ± 0,70	3,71 <sup>abc</sup> ± 0,80
Outros		3,88 <sup>ab</sup> ± 0,78	3,68 <sup>abc</sup> ± 0,88
<b>Maior nível educacional</b>		Graduação	3,75 <sup>a</sup> ± 0,75
	Pós-graduação/ Residência	3,85 <sup>ab</sup> ± 0,71	3,68 <sup>ab</sup> ± 0,79
	Mestrado	3,97 <sup>b</sup> ± 0,68	3,78 <sup>b</sup> ± 0,77
	Doutorado	4,17 <sup>c</sup> ± 0,55	4,01 <sup>c</sup> ± 0,65
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	3,79 <sup>a</sup> ± 0,74	3,60 <sup>a</sup> ± 0,81
	Com companheiro	3,93 <sup>b</sup> ± 0,69	3,77 <sup>b</sup> ± 0,76
<b>Filhos</b>	Sim	3,94 <sup>a</sup> ± 0,68	3,77 <sup>a</sup> ± 0,75
	Não	3,84 <sup>b</sup> ± 0,72	3,66 <sup>b</sup> ± 0,80
<b>Renda familiar mensal</b>	≤ 1 SM	3,49 <sup>a</sup> ± 0,85	3,29 <sup>a</sup> ± 0,90
	> 1 a 2 SM	3,53 <sup>a</sup> ± 0,80	3,33 <sup>a</sup> ± 0,83
	>2 a 3 SM	3,74 <sup>a</sup> ± 0,79	3,55 <sup>a</sup> ± 0,84
	>3 a 5 SM	3,81 <sup>a</sup> ± 0,67	3,61 <sup>b</sup> ± 0,78
	> 5 a 10 SM	4,01 <sup>b</sup> ± 0,63	3,86 <sup>c</sup> ± 0,71

Variáveis	Antes da pandemia*	Durante a pandemia*
	Média ± DP	Média ± DP
> 10 a 20 SM	4,06 <sup>b</sup> ± 0,61	3,91 <sup>c</sup> ± 0,70
> 20 SM	4,01 <sup>b</sup> ± 0,69	3,85 <sup>c</sup> ± 0,78
<b>Área de atuação</b>		
Clínica	3,87 <sup>a</sup> ± 0,73	3,72 <sup>ac</sup> ± 0,78
Ensino	4,20 <sup>b</sup> ± 0,55	3,99 <sup>b</sup> ± 0,69
Alimentação coletiva	3,73 <sup>a</sup> ± 0,76	3,58 <sup>ac</sup> ± 0,83
Saúde Pública	3,75 <sup>a</sup> ± 0,67	3,49 <sup>ac</sup> ± 0,77
Mais de uma área	3,90 <sup>a</sup> ± 0,71	3,74 <sup>ab</sup> ± 0,78
Outros	3,90 <sup>a</sup> ± 0,62	3,69 <sup>ac</sup> ± 0,75
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>		
1	3,85 <sup>a</sup> ± 0,72	3,67 <sup>a</sup> ± 0,79
2	3,90 <sup>a</sup> ± 0,68	3,74 <sup>a</sup> ± 0,75
3	3,99 <sup>a</sup> ± 0,74	3,82 <sup>a</sup> ± 0,78
> 3	4,02 <sup>a</sup> ± 0,67	3,82 <sup>a</sup> ± 0,82
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>		
Pública	3,92 <sup>a</sup> ± 0,67	3,74 <sup>a</sup> ± 0,73
Privada	3,84 <sup>b</sup> ± 0,74	3,68 <sup>a</sup> ± 0,83
<b>Tempo de formatura</b>		
≤ 2 anos	3,76 <sup>a</sup> ± 0,74	3,59 <sup>a</sup> ± 0,83
>2 a 5 anos	3,80 <sup>a</sup> ± 0,77	3,66 <sup>ab</sup> ± 0,79
>5 a 10 anos	3,85 <sup>a</sup> ± 0,72	3,68 <sup>ab</sup> ± 0,79
>10 a 15 anos	3,93 <sup>ab</sup> ± 0,70	3,76 <sup>ab</sup> ± 0,80
>15 anos	4,03 <sup>b</sup> ± 0,60	3,83 <sup>b</sup> ± 0,71
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>		
Não	3,65 <sup>*8</sup> ± 0,76	3,33 <sup>a</sup> ± 0,85
Sim, presencialmente	3,80 <sup>*8</sup> ± 0,68	3,65 <sup>b</sup> ± 0,72
Sim, presencialmente com algumas adaptações	3,90 <sup>*8</sup> ± 0,72	3,74 <sup>b</sup> ± 0,79
Sim, remotamente	4,02 <sup>*8</sup> ± 0,66	3,89 <sup>c</sup> ± 0,72
Não	3,89 <sup>*</sup> ± 0,71	3,71 <sup>a</sup> ± 0,79

Variáveis		Antes da pandemia*	Durante a pandemia*
		Média ± DP	Média ± DP
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Sim	3,76 * ± 0,71	3,65 <sup>a</sup> ± 0,70
	Não	3,89 * ± 0,70	3,71 <sup>a</sup> ± 0,78
<b>Algum membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Sim (não mora comigo)	3,88 * ± 0,64	3,74 <sup>a</sup> ± 0,67
	Sim (mora comigo)	3,84 * ± 0,79	3,68 <sup>a</sup> ± 0,83

Notas: (\*) A comparação entre antes da pandemia e durante a pandemia mostrou diferenças estatísticas para todas as variáveis (pior durante o período pandêmico).

Letras minúsculas diferentes dentro de cada coluna e para cada variável mostram resultados estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ ).

(SM) Salário-mínimo (no Brasil em 7 de junho de 2020 = R\$1.045,00).

O valor médio de bem-estar no trabalho antes do SARS-CoV-2 era de  $3,88 \pm 0,71$ , estatisticamente diferente ( $p < 0,05$ ) de durante a pandemia,  $3,71 \pm 0,78$ . Uma comparação entre antes da pandemia e durante a pandemia mostrou diferença estatística para todas as variáveis (pior durante o período pandêmico) ( $p < 0,05$ ). Um estudo realizado por Sanghavi e colaboradores (2020) para avaliar o impacto da COVID-19 no bem-estar geral de médicos californianos residentes em pediatria encontrou o isolamento social (78%), a impossibilidade de realizar atividades ao ar livre (82%) e as reuniões sociais (86%) como os fatores de maior impacto negativo nesse constructo.

Em geral, o bem-estar no trabalho dos nutricionistas foi positivo, ou seja, acima de 2,5, que é o ponto médio da escala. Os itens que obtiveram as melhores pontuações foram aqueles sobre a percepção da importância da profissão para si e para a sociedade, que obtiveram pontuações médias acima de 4,40 antes da pandemia e 4,20 durante ela. Os itens com as menores pontuações e que precisam ser melhorados estão relacionados à remuneração e ao suporte tecnológico para o desempenho das tarefas atribuídas ao nutricionista.

O sexo e o número de locais de trabalho não influenciaram o bem-estar no trabalho antes e durante o período pandêmico. Indivíduos com companheiro e com filhos tiveram melhor percepção de bem-estar no trabalho do que aqueles sem companheiro ou filhos. Antes e durante a pandemia, nutricionistas com mestrado e doutorado apresentaram melhor bem-estar no trabalho do que os apenas graduados,

e os doutores apresentaram melhor bem-estar do que os mestres (Tabela 2). Ryff e Heidrich (1997) afirmaram que as experiências de trabalho e educação explicam as diferenças no propósito da vida. Níveis mais altos de escolaridade estão associados à felicidade e satisfação, e afetam fortemente a renda (CARNEIRO *et al.* 2010).

Dois características influenciaram o bem-estar no trabalho antes e durante a pandemia: estado civil e filhos. Nutricionistas com parceiros (63,8%) e com filhos (42%) tiveram maior bem-estar antes e durante a pandemia. Uma possível hipótese é que a situação inversa, de isolamento ao se trabalhar sozinho em casa e a necessidade de contato humano, impactou negativamente o bem-estar no trabalho em estudo realizado por Harris em 2003. VanderWeele (2017) discute em seu artigo que o casamento se associa a maior satisfação com a vida e à felicidade, associadas a uma melhor saúde física e mental e à longevidade. Com o tempo, o casamento é associado a um melhor relacionamento com outras pessoas, incluindo parceiros de trabalho, o que pode influenciar o bem-estar profissional. O autor também destaca que a família é vital para o bem-estar. Apesar do estudo de VanderWeele avaliar o bem-estar na vida, e não no local de trabalho, ele poderia explicar as pontuações mais altas de bem-estar encontradas para nutricionistas com filhos e com parceiros. Wilcox (2011) discute em seu livro que o casamento também está associado à melhor situação financeira e à maior escolaridade, fatores que interferem no bem-estar no trabalho.

Um estudo meta-analítico (MCKEE-RYAN *et al.*, 2005) sugeriu que as pessoas empregadas apresentam melhor vida, família e satisfação conjugal. O presente estudo foi realizado apenas com nutricionistas que possuem emprego, pois o instrumento está relacionado ao bem-estar no trabalho e não seria possível compará-lo com estudos de desemprego. Todavia, eles mostram melhor bem-estar para pessoas com parceiros, família e maior grau de escolaridade, ratificando os dados aqui encontrados. Diferentes estudiosos apontam que ter laços afetivos fortes torna as pessoas mais felizes e saudáveis, tendo uma grande contribuição para o seu bem-estar (MYERS, 2000; DIENER e SELIGMAN, 2002). Pessoas que ficam muito tempo sozinhas não estão entre as que apresentam maior felicidade (DIENER e SELIGMAN, 2002), compartilhar experiências com outra pessoa (BOOTHBY *et al.*, 2014) ou mesmo conversar com estranhos pode aumentar seu bem-estar (EPLEY e SCHROEDER, 2014). Outros modelos apoiaram essa ideia, mostrando que durante



tempos difíceis a conexão social e a resiliência podem aumentar o bem-estar dos seres humanos (LUTHAR, 2006; FORGEARD *et al*, 2011).

Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal dos Nutricionistas (CFN) em 2016 com 1.104 nutricionistas no Brasil, a maioria é jovem, entre 25 e 44 anos (81%), percentual superior ao presente estudo (68,3%). Estudos anteriores mostraram que 73% dos nutricionistas brasileiros eram pós-graduados (AKUTSU, 2008; AKUTSU *et al.*, 2011; CFN, 2016), semelhante aos dados da presente pesquisa (77,8%; n = 1.058). Antes e durante a pandemia, mestres e doutores apresentaram melhor bem-estar no trabalho do que os recém egressos (Tabela 2).

A maior parte dos nutricionistas doutores atua na área de ensino e, em ambos os períodos, os indivíduos que atuam na docência apresentaram melhor bem-estar no trabalho em comparação com as demais áreas de prática do nutricionista (clínica, administração de serviços de alimentação, saúde pública e outras). Na pandemia, escolas e universidades enfrentaram mudanças na forma como realizavam o trabalho e os estágios curriculares realizados em hospitais foram suspensos devido à pandemia (CNS, 2020). Os docentes tiveram que buscar ferramentas e estratégias tecnológicas para atuar durante o período pandêmico, sofreram com o isolamento que contrasta com a prática diária de convívio social, além dos impactos em suas pesquisas, o que reduziu sua percepção de bem-estar no trabalho, evidenciada pela média inferior encontrada durante a pandemia. As demais áreas de atuação do nutricionista não apresentaram bem-estar estatisticamente diferente entre elas, mesmo para profissionais que atuam na área clínica e podem atuar dentro de hospitais (áreas de maior risco de contaminação por SARS-CoV-2).

Antes do período pandêmico, indivíduos com renda mensal familiar >5 SM apresentaram maior bem-estar no trabalho do que aqueles com até 5 SM (Tabela 2). Durante o período pandêmico, os resultados foram um pouco diferentes, mostrando diferenças entre indivíduos até 3 SM, de 3 a 5 SM e >5 SM, com aumento da percepção de bem-estar com maior renda familiar. Esses dados são confirmados por outros estudos, indicando que salários mais baixos diminuem a satisfação no trabalho (SAUER *et al.*, 2010; AKUTSU *et al.*, 2011; CHIN *et al.*, 2012; GAIÃO, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014). Isso pode ser reforçado ainda pelo custo com que muitos trabalhadores tiveram que arcar para adaptar-se ao teletrabalho, em casa (Harris, 2003), além do aumento de gastos com contas domésticas durante o isolamento social

das famílias imposto pela pandemia (água, energia, alimentação e outros) que podem ter influenciado a diferença entre as categorias de renda familiar em relação ao período anterior ao SARS-CoV-2.

Provavelmente, a melhoria salarial poderia vir por meio da qualificação profissional, uma vez que salários mais altos estavam atrelados a mais anos de estudo, conforme os dados apresentados. Além disso, é necessário aumentar o número de entidades de classe (sindicatos e conselhos) para lutar por melhores salários para essa categoria profissional. No Brasil, mesmo antes da pandemia do SARS-CoV-2, o país apresentava altas taxas de desemprego (IBGE, 2020), situação agravada pela pandemia, que dificultou a manutenção da renda familiar dos trabalhadores. Parte do trabalho dos nutricionistas é na área de alimentação (escolas, restaurantes comerciais e institucionais), e a maioria desses espaços estão fechados ou com as políticas de produção alteradas devido às condições de segurança alimentar e segurança do trabalhador.

Segundo dados oficiais (IBGE, 2020a), a pandemia causou aumento do desemprego em todas as regiões brasileiras, mas principalmente na região Nordeste (de 13,6% em 2019 para 15,6% em 2020), seguida pelo Norte (de 10,6% para 11,4%) e região Sudeste (de 11,4% para 12,4%), também impactando a renda familiar. Vale ressaltar que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram o maior aumento proporcional nos casos oficiais de SARS-CoV-2 no Brasil até 7 de junho de 2020 (BRASIL, 2020), além de terem apresentado as piores respostas à pandemia quanto ao aumento do consumo de marcadores de alimentação não saudável (STEELE *et al.*, 2020).

O governo brasileiro publicou duas medidas provisórias (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020e) durante a pandemia que alteraram a relação de trabalho entre empregadores e empregados. Essas alterações incluem a possibilidade de os empregadores reduzirem os salários dos funcionários durante a crise do SARS-CoV-2, estabelecerem regras para o trabalho remoto e ainda suspender algumas medidas administrativas relacionadas à segurança no trabalho. Essas medidas legislativas possibilitaram uma redução salarial de até 70% e relações de trabalho precárias, refletidas em uma menor percepção de bem-estar no trabalho durante a pandemia.

Antes da pandemia, o bem-estar foi diferente entre quem se formou até 10 anos antes da pesquisa e quem se formou há mais de 15 anos. Durante a pandemia,

o maior tempo de conclusão da graduação (> 15 anos) apresentou maior média de bem-estar no trabalho.

Antes do período pandêmico, indivíduos adeptos ao catolicismo e ao espiritismo tinham uma percepção melhor do bem-estar no trabalho do que os protestantes. Durante a pandemia, os católicos não diferiram dos protestantes, agnósticos ou seguidores do espiritismo. Contudo, indivíduos que seguem a religião do espiritismo apresentaram melhor percepção de bem-estar no trabalho do que os protestantes (Tabela 2).

Em relação à religião, em todo o mundo, 15% das pessoas eram agnósticas em 2006 (ZUCKERMAN, 2006), porcentagem maior que neste estudo (5,2%), mas mais próximo das estatísticas brasileiras de 8% (IBGE, 2010). Embora King e seus colaboradores (2013) tenham mostrado que a religião traz maior significado na vida e maior bem-estar subjetivo devido ao suporte social, o bem-estar no trabalho não foi menor entre os nutricionistas agnósticos. Sedikides (2010) afirmou que a religião é importante para as condições psicológicas e o bem-estar subjetivo da maioria das pessoas. Existem evidências que sugerem que a espiritualidade é um fator de proteção para problemas de saúde e psicológicos (KORTT *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2012). Estudo realizado por Ferreira, Pinto e Neto (2012) com universitários de Portugal, Moçambique, Angola e Brasil mostrou que os religiosos apresentam melhor bem-estar espiritual e maior satisfação com a vida. Durante a pandemia, igrejas e templos foram fechados em muitas cidades e estados, e isso pode explicar o menor bem-estar para todas as religiões durante a pandemia.

Os nutricionistas com teste positivo para SARS-CoV-2 (n = 55) trabalhavam, em sua maioria, presencialmente (78,2%; n = 43), com ou sem adaptações (20%, n = 11 e 58,2%; n = 32, respectivamente). Os participantes que relataram não ter trabalhado durante o período da pandemia (n = 220) têm emprego (já que era fator de inclusão da pesquisa), mas não conseguiram trabalhar presencial ou remotamente. Os valores de bem-estar foram considerados para este grupo de trabalhadores, pois responderam ao instrumento e efetivamente possuem emprego. Não há diferença entre a percepção de bem-estar no trabalho entre nutricionistas com ou sem SARS-CoV-2 ou ainda com ou sem familiares com teste positivo para SARS-CoV-2.

Apesar da necessidade de adaptações, as pessoas que trabalharam remotamente durante a pandemia tiveram melhor bem-estar no trabalho do que as

pessoas que trabalharam presencialmente. Provavelmente, isso se deve à possibilidade de uma maior sensação de segurança em casa e perto da família e menor risco de contaminação. Por outro lado, ferramentas digitais que são usadas no teletrabalho podem fornecer flexibilidade e autonomia, mas também levar a um aumento nas demandas de trabalho e limites pouco claros entre a vida profissional e não profissional. Estes podem provocar estresse, exaustão emocional, ansiedade, fadiga ou até ineficácia. A necessidade de estar constantemente conectado, o alto volume de informações digitais e a qualidade das mensagens digitais no trabalho podem impactar negativamente o bem-estar dos funcionários (BORDI *et al*, 2018).

Ao separar o bem-estar no trabalho por fatores (Tabela 3) e comparar pelas características dos participantes, os fatores 1 (percepção exterior) e 4 (percepção da categoria) apresentaram as menores médias antes e durante a pandemia, sendo menores e estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ ) durante a pandemia. Pontuações mais altas ocorreram para a percepção de si mesmo e a percepção da tarefa, antes e durante a pandemia.

**Tabela 3 - Bem-estar no trabalho por fatores e por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1359).**

Variáveis		Antes da pandemia				Durante a pandemia			
		Média ± DP				Média ± DP			
		Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)
<b>Sexo</b>	Feminino	3,46±0,87	4,08±0,68	4,08±0,78	3,91±0,93	3,25±0,94	3,93±0,77	3,98±0,85	3,68±1,01
	Masculino	3,50±0,90	4,11±0,69	4,06±0,79	3,90±0,90	3,28±0,95	3,96±0,82	3,91±0,95	3,56±1,09
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	3,41±0,90	4,05±0,75	4,06±0,79	3,82±0,99	3,14±0,95	3,87±0,85	3,90±0,92	3,56±1,12
	25 a 29 anos	3,44±0,86	4,09±0,61	4,10±0,73	3,96±0,85	3,24±0,90	3,93±0,71	4,00±0,82	3,68±0,98
	30 a 34 anos	3,51±0,83	4,11±0,68	4,13±0,75	3,93±0,92	3,30±0,92	3,97±0,80	4,01±0,82	3,68±1,02
	35 a 39 anos	3,48±0,83	4,14±0,62	4,12±0,74	3,96±0,89	3,28±0,92	3,99±0,77	4,00±0,86	3,71±0,98
	40 a 44 anos	3,45±0,96	3,96±0,79	3,94±0,92	3,88±1,00	3,27±0,98	3,84±0,80	3,89±0,93	3,72±1,00
	45 a 49 anos	3,39±0,91	4,03±0,75	4,02±0,87	3,82±1,02	3,15±1,00	3,87±0,79	3,89±0,91	3,53±1,14
	50 ou mais	3,47±0,92	4,11±0,67	4,08±0,80	3,89±0,95	3,30±0,96	3,97±0,71	4,01±0,84	3,69±1,00
<b>Região brasileira</b>	Norte	3,43±0,92	4,11±0,64	4,13±0,73	3,91±0,90	3,23±0,97	3,95±0,75	4,02±0,83	3,66±1,02
	Nordeste	3,52±0,87	4,13±0,66	4,11±0,78	3,94±0,92	3,27±0,96	3,96±0,76	3,97±0,86	3,67±1,00
	Centro-oeste	3,48±0,89	4,10±0,72	4,11±0,81	3,99±0,92	3,30±0,94	3,97±0,80	4,02±0,87	3,7±1,04
	Sudeste	3,40±0,85	4,01±0,66	4,02±0,76	3,79±0,96	3,21±0,90	3,87±0,74	3,94±0,82	3,59±1,04

Variáveis	Antes da pandemia				Durante a pandemia			
	Média ± DP				Média ± DP			
	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)
Sul	3,41±0,83	4,04±0,72	4,00±0,82	3,87±0,92	3,22±0,89	3,87±0,79	3,88±0,92	3,62±0,99
<b>Maior nível educacional</b>								
Graduação	3,51±0,89	4,15±0,64	4,14±0,78	3,98±0,91	3,31±0,94	3,99±0,77	4,02±0,89	3,70±1,04
Pós-graduação/ Residência	3,46±0,88	4,00±0,70	4,07±0,79	3,90±0,91	3,24±0,94	3,91±0,77	3,95±0,87	3,67±0,99
Mestrado	3,41±0,87	4,06±0,68	4,06±0,81	3,86±0,99	3,21±0,92	3,90±0,77	3,97±0,83	3,60±1,07
Doutorado	3,35±0,88	3,92±0,73	4,00±0,76	3,74±0,97	3,29±0,95	3,96±0,75	4,02±0,77	3,73±1,02
<b>Estado Civil</b>								
Sem companheiro	3,46±0,85	4,07±0,67	4,09±0,78	3,90±0,89	3,25±0,91	3,91±0,74	3,9±0,86	3,66±1,02
Com companheiro	3,46±0,89	4,09±0,69	4,08±0,78	3,89±0,95	3,26±0,95	3,95±0,78	3,98±0,86	3,68±1,02
<b>Filhos</b>								
Sim	3,46±0,88	4,07±0,69	4,04±0,79	3,87±0,94	3,27±0,93	3,93±0,76	3,96±0,86	3,68±0,99
Não	3,46±0,87	4,10±0,68	4,11±0,78	3,94±0,92	3,24±0,94	3,93±0,78	3,99±0,86	3,66±1,04
<b>Renda familiar mensal</b>								
≤ 1 SM	3,43±0,88	3,93±0,80	4,10±0,65	4,00±0,80	3,3±0,96	3,89±0,78	3,97±0,76	3,85±0,80
> 1 a 2 SM	3,55±0,93	4,19±0,65	4,24±0,79	4,08±0,86	3,3±1,00	4,04±0,79	4,12±0,86	3,83±0,95
>2 a 3 SM	3,49±0,86	4,11±0,66	4,07±0,78	3,92±0,90	3,27±0,88	3,95±0,79	3,96±0,86	3,69±0,99
>3 a 5 SM	3,44±0,88	4,04±0,73	4,05±0,84	3,87±0,94	3,22±0,95	3,88±0,79	3,93±0,92	3,59±1,06

Variáveis	Antes da pandemia				Durante a pandemia			
	Média ± DP				Média ± DP			
	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)
> 5 a 10 SM	3,41±0,85	4,06±0,64	4,04±0,80	3,88±0,96	3,24±0,89	3,93±0,71	3,96±0,85	3,67±1,01
> 10 a 20 SM	3,50±0,90	4,14±0,68	4,14±0,70	3,94±0,91	3,27±1,01	3,95±0,80	4,00±0,81	3,66±1,05
> 20 SM	3,45±0,93	4,07±0,76	4,06±0,76	3,84±0,93	3,26±1,00	3,92±0,84	3,99±0,86	3,60±1,06
<b>Área de atuação</b>								
Clínica	3,40±0,91	4,06±0,69	4,08±0,77	3,89±0,93	3,16±0,95	3,88±0,76	3,95±0,86	3,61±1,04
Ensino	3,47±0,92	4,08±0,73	4,1±0,67	3,93±0,91	3,34±1,00	3,98±0,78	4,03±0,74	3,73±1,00
Alimentação coletiva	3,48±0,91	4,09±0,70	4,1±0,82	3,93±0,92	3,31±0,97	4±0,78	4,05±0,86	3,76±1,01
Saúde Pública	3,27±0,94	3,96±0,72	3,91±0,87	3,73±1,02	3,04±1,00	3,76±0,81	3,73±0,95	3,42±1,13
Mais de uma área	3,52±0,83	4,11±0,65	4,09±0,77	3,93±0,92	3,3±0,89	3,95±0,76	3,98±0,85	3,68±1,00
Outros	3,53±0,79	4,17±0,68	4,2±0,83	4,11±0,82	3,35±0,85	4,09±0,72	4,16±0,84	3,94±0,83
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>								
1	3,44±0,89	4,08±0,71	4,06±0,81	3,91±0,95	3,25±0,95	3,95±0,79	3,97±0,85	3,69±1,03
2	3,45±0,84	4,09±0,62	4,14±0,70	3,90±0,90	3,22±0,90	3,9±0,73	3,98±0,85	3,61±1,03
3	3,63±0,82	4,15±0,64	4,11±0,81	3,95±0,86	3,34±0,93	3,92±0,75	3,94±0,93	3,64±0,98
> 3	3,54±0,86	4,10±0,65	4,07±0,85	3,99±0,81	3,4±0,89	3,99±0,79	4,01±0,90	3,79±0,98

Variáveis		Antes da pandemia				Durante a pandemia			
		Média ± DP				Média ± DP			
		Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Privada	3,47±0,86	4,08±0,70	4,06±0,78	3,90±0,91	3,27±0,91	3,92±0,79	3,94±0,87	3,65±1,01
	Pública	3,45±0,89	4,09±0,67	4,11±0,78	3,93±0,94	3,24±0,96	3,94±0,75	4,01±0,84	3,69±1,02
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	3,46±0,93	4,09±0,71	4,09±0,80	3,90±0,96	3,24±0,97	3,91±0,82	3,96±0,90	3,61±1,10
	>2 a 5 anos	3,46±0,88	4,07±0,71	4,08±0,80	3,93±0,89	3,25±0,93	3,94±0,76	4,00±0,82	3,68±0,96
	>5 a 10 anos	3,46±0,80	4,06±0,66	4,08±0,79	3,88±0,91	3,21±0,88	3,87±0,78	3,93±0,87	3,61±1,01
	>10 a 15 anos	3,50±0,84	4,14±0,64	4,16±0,68	3,97±0,87	3,36±0,89	4,04±0,73	4,06±0,78	3,79±0,95
	>15 anos	3,43±0,91	4,07±0,68	4,02±0,83	3,89±0,97	3,23±0,98	3,92±0,74	3,93±0,90	3,67±1,04
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Não	3,47±0,86	4,07±0,73	4,03±0,83	3,84±0,93	3,24±0,92	3,91±0,80	3,92±0,91	3,61±1,00
	Sim, presencialmente	3,41±0,93	4,07±0,70	4,08±0,80	3,90±0,95	3,24±0,98	3±0,77	3,96±0,86	3,64±1,03
	Sim, presencialmente com algumas adaptações	3,49±0,85	4,10±0,65	4,10±0,77	3,94±0,93	3,26±0,92	3,92±0,76	3,97±0,88	3,69±1,03
	Sim, remotamente	3,46±0,87	4,09±0,67	4,09±0,76	3,93±0,91	3,27±0,93	3,96±0,76	4,01±0,82	3,70±1,01
	Não	3,46±0,87	4,08±0,76	4,08±0,78	3,91±0,92	3,25±0,93	3,94±0,77	3,97±0,86	3,67±1,01



Variáveis		Antes da pandemia				Durante a pandemia			
		Média ± DP				Média ± DP			
		Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)	Fator 1 (percepção exterior)	Fator 2 (percepção em si)	Fator 3 (percepção da categoria)	Fator 4 (percepção da tarefa)
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Sim	3,54±0,92	4,13±0,78	4,09±0,77	3,88±0,97	3,31±1,00	3,89±0,85	3,96±0,88	3,55±1,11
	Não	3,46±0,87	4,09±0,80	4,09±0,78	3,92±0,93	3,26±0,93	3,94±0,77	3,98±0,86	3,67±1,03
<b>Algum membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Sim (não mora comigo)	3,46±0,87	4,12±0,82	4,08±0,69	3,95±0,91	3,27±0,91	3,99±0,61	4,02±0,71	3,76±1,00
	Sim (mora comigo)	3,43±0,94	4,03±0,88	4,04±0,82	3,87±0,88	3,21±0,99	3,89±0,80	3,91±0,90	3,64±0,98

Enquanto o mundo luta com o impacto da pandemia do SARS-CoV-2, os profissionais de saúde enfrentam desafios extraordinários diariamente, em diferentes contextos e condições (STACEY, 2020). A mídia relata que os profissionais de saúde que atuam diretamente com esse vírus estão extremamente preocupados com a saúde e o bem-estar de seus pacientes, suas famílias e com eles próprios, enfrentando os mais variados problemas trazidos pela pandemia (MO *et al.*, 2020; STACEY, 2020). Estas mudanças na vida e no trabalho e a falta de reconhecimento e apoio têm um impacto significativo no bem-estar do nutricionista, conforme demonstrado nas Tabela 2 e Tabela 3.

Normalmente, essas condições colocariam os profissionais de saúde em uma situação definida por ameaça e medo, os quais prejudicam sua capacidade de oferecer cuidados compassivos e centrados no paciente (COETZEE e KLOPPER, 2010; STACEY, 2020). Nessas circunstâncias, há altos níveis de conflito dentro das equipes e adversidades no local de trabalho, levando a um ambiente de trabalho que é percebido como hostil, abusivo e pouco recompensador (NAJJAR *et al.*, 2009; McDONALD *et al.*, 2016). Como consequência, as adversidades no local de trabalho podem estar relacionadas a uma diminuição da qualidade do atendimento aos pacientes (CHEUNG *et al.*, 2008).

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde brasileiro solicitou o cadastramento de todos os profissionais de saúde, incluindo nutricionistas, para reforçar o combate ao SARS-CoV-2, além do trabalho habitual dos indivíduos (BRASIL, 2020d). Esse reforço visou auxiliar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento do SARS-CoV-2, a partir da capacidade de trabalho desses profissionais. Priorizou-se aqueles que estavam disponíveis para ir aos estados brasileiros com maior necessidade de fortalecer as equipes de saúde (BRASIL, 2020d).

Esse fato também pode ter causado preocupação nos nutricionistas que tinham medo de trabalhar enfrentando pacientes com SARS-CoV-2 por diversos motivos. Ainda assim, de acordo com o Ministério da Saúde, dos 90.245 nutricionistas brasileiros cadastrados para reforçar o combate ao SARS-CoV-2, 33.624 estavam dispostos a trabalhar no enfrentamento da síndrome (BRASIL, 2020b). Para esses profissionais, havia a previsão de pagamento, no entanto, o Ministério brasileiro registrou outras profissões da saúde em uma categoria voluntária (não remunerada) de trabalhadores, e nenhum nutricionista foi voluntário até 28 de abril de 2020 (BRASIL, 2020). Parece que os nutricionistas que se dispunham a trabalhar frente ao

SARS-CoV-2 o faziam para ajudar na renda familiar, o que pode potencialmente piorar sua percepção de bem-estar no trabalho. Dada a natureza desconhecida e incontrollável do SARS-CoV-2, alguns profissionais de saúde precisam ficar longe de casa e de seus entes queridos, podendo afetar os aspectos emocionais e a relação com o trabalho (MO *et al.*, 2020; STELNICKI *et al.*, 2020).

Na situação de pandemia, as medidas de proteção para esses profissionais pioram devido às limitações do distanciamento social em suas rotinas de trabalho. Em alguns casos, esse risco é ainda maior, como em hospitais, serviços de emergência, ambulatorios, clínicas de vacinação, filas de triagem e outros ambientes de saúde. Nesses ambientes, esses profissionais ficam ainda mais expostos quando sua função inclui prestar assistência direta às pessoas infectadas com o SARS-CoV-2. Ademais, os nutricionistas que atuam em serviços de alimentação, também considerados essenciais em tempos de pandemia, apesar de não trabalharem com pacientes da COVID-19, não cumprem o isolamento necessário para prevenir a contaminação e compartilham o mesmo ambiente com indivíduos possivelmente assintomáticos ou em fase de incubação da doença (CFN, 2020e).

## **5.2. Qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia de COVID-19**

Uma amostra representativa de 1.290 nutricionistas de todos os estados brasileiros respondeu ao instrumento de qualidade de vida. A maioria dos participantes era do sexo feminino (92,5%), católica (53,1%), com idade entre 25 e 39 anos (58,8%), com companheiro (64,2%) e sem filhos (58,3%). Além disso, a maioria dos participantes continuou trabalhando durante o período pandêmico (84,6%) e não foi diagnosticado com SARS-CoV-2 (96%) antes de responder ao questionário, nem seus familiares (80,2%), conforme dados da Tabela 4. Ao se comparar os dados das tabelas Tabela 1 (bem-estar) e Tabela 4 (qualidade de vida), não se observa diferença relevante entre elas, ou seja, mesmo com uma redução no número de respondentes a relação percentual se manteve.

**Tabela 4 - Caracterização de nutricionistas brasileiros e questões SARS-COV-2 (n = 1290).**

Variáveis	n	%	
<b>Sexo</b>	Feminino	1192	92,5
	Masculino	97	7,5
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	135	10,5
	25 a 29 anos	255	19,8
	30 a 34 anos	264	20,5
	35 a 39 anos	238	18,5
	40 a 44 anos	128	9,9
	45 a 49 anos	82	6,4
	50 ou mais	187	14,5
	<b>Religião</b>	Católica	684
Protestante		266	20,6
Espiritismo		202	15,7
Agnóstico		69	5,4
Outros		68	5,3
<b>Maior nível educacional</b>	Graduação	280	21,7
	Pós-graduação/ Residência	640	49,7
	Mestrado	228	17,7
	Doutorado	141	10,9
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	461	35,8
	Com companheiro	828	64,2
<b>Filhos</b>	Sim	538	41,7
	Não	751	58,3
<b>Renda familiar mensal</b>	≤ 1 SM	35	2,7
	> 1 a 2 SM	102	7,9
	>2 a 3 SM	182	14,1

Variáveis	n	%	
	>3 a 5 SM	284	22,0
	> 5 a 10 SM	399	31
	> 10 a 20 SM	220	17,1
	> 20 SM	67	5,2
<b>Número de membros da família</b>	1	131	10,5
	2	349	27,9
	3	351	28,1
	4	309	24,7
	> 5	109	8,7
<b>Área de atuação</b>	Clínica	310	24
	Alimentação coletiva	164	12,7
	Saúde Pública	111	8,6
	Ensino	99	7,7
	Outros	62	4,8
	Mais de uma área	543	42,1
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>	1	815	63,2
	2	333	25,8
	3	83	6,4
	> 3	58	4,5
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Pública	625	48,5
	Privada	664	51,5
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	265	20,6
	>2 a 5 anos	221	17,1
	>5 a 10 anos	243	18,9
	>10 a 15 anos	243	18,9
	>15 anos	317	24,6
	Não	198	15,4

Variáveis		n	%
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Sim, remotamente	468	36,3
	Sim, presencialmente com algumas adaptações	344	26,7
	Sim, presencialmente	279	21,6
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	1237	96,0
	Sim	52	4,0
<b>Algum membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	1034	80,2
	Sim (não mora comigo)	67	5,2
	Sim (mora comigo)	188	14,6

Nota: (SM) Salário-mínimo (no Brasil em 7 de junho de 2020 = R\$1.045,00).

A Tabela 5 mostra os dados da qualidade de vida (QV) dos nutricionistas antes e durante o período pandêmico em comparação com as variáveis de caracterização dos participantes. Em geral, a QV antes do SARS-CoV-2 era de  $3,83 \pm 0,59$ , estatisticamente diferente ( $p < 0,05$ ) de durante a pandemia ( $3,36 \pm 0,66$ ). Uma comparação entre antes da pandemia e durante a pandemia mostrou diferenças estatísticas para todas as variáveis (pior durante o período pandêmico,  $p < 0,05$ ). Este estudo é o primeiro sobre a qualidade de vida de nutricionistas, comparando o período antes e durante a pandemia da SARS-CoV-2.

Segundo o CFN (2016), a maioria dos nutricionistas é jovem (81%), e neste estudo o mesmo foi observado: 58,8% da amostra encontra-se na faixa etária de 25 a 39 anos. De um total de 1.290 nutricionistas brasileiros, a maioria dos participantes era do sexo feminino (92,5%). O alto percentual de mulheres entre os nutricionistas é típico (PLESS *et al.*, 1998; IBRAHIM *et al.*, 2010; REAL e ÁVILA, 2012; FERREIRA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2016; IBRAHIM *et al.*, 2019; ADJAFRE *et al.* 2020), mas, neste estudo, o sexo não influenciou a QV antes nem durante o período pandêmico.

Antes do período pandêmico, algumas variáveis (sexo; ter filhos; área de atuação; número de locais de trabalho; tipo de instituição onde os nutricionistas concluíram a graduação) não influenciavam a QV dos nutricionistas (Tabela 5), assemelhando-se ao momento da pandemia, com exceção da área de atuação do

profissional, pois nutricionistas que atuam na área de ensino apresentaram melhor qualidade de vida que os demais.

Antes e durante o período pandêmico, os nutricionistas com doutorado têm maior percepção de QV do que os demais ( $p < 0,05$ ). No entanto, antes da pandemia, os nutricionistas mestres diferiam dos graduados, mas não eram diferentes daqueles com especialização. Durante o período pandêmico, apenas os nutricionistas doutores diferiram dos demais na percepção da QV. Em estudo realizado em brasileiros para avaliar a QV durante a pandemia de SARS-CoV-2, maior grau de escolaridade também significou melhor QV (TEOTÔNIO *et al.*, 2020).

Nutricionistas que apresentavam mais de 15 anos de conclusão da graduação apresentaram melhor QV do que os com até 5 anos, antes da pandemia. Durante o período pandêmico, profissionais com mais de 10 anos de formados apresentaram melhor QV do que aqueles com até 2 anos. Ao estratificar os dados relativos ao tempo de conclusão da graduação, renda familiar e área de trabalho, os nutricionistas com mais de dez anos de graduação, com mais de 20 salários-mínimos de renda familiar e atuantes na área de ensino apresentaram os maiores escores de QV ( $4,64 \pm 0,11$  antes da pandemia e  $4,12 \pm 0,12$  durante a pandemia).

Os nutricionistas com renda familiar maior que 5 SM apresentaram melhor QV do que aqueles com renda familiar de até 5 SM, no período da pandemia (Tabela 5). Antes do período pandêmico, os nutricionistas com renda familiar superior a 10 SM apresentavam melhor QV do que aqueles com renda familiar de até 10 SM. A maioria dos nutricionistas com renda familiar superior a 20 SM possui doutorado. Nutricionistas com renda familiar superior a 20 SM, atuando na área de ensino há mais de dez anos apresentaram a melhor percepção de QV antes e durante a pandemia, mas esta é uma pequena subamostra dos nutricionistas estudados (5,2%). Cabe pontuar que, ao analisar a QV em professoras da área de saúde, Araújo e colaboradores (2012) encontraram que o trabalho foi motivador da perda da qualidade de vida, pois contribuiu para o desenvolvimento de doenças, com influência negativa sobre a vida familiar, amorosa, social, ambiental e profissional.

Nutricionistas das regiões Sul e Sudeste apresentaram os melhores escores de QV durante o período pandêmico, e as regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores escores de QV. Os nutricionistas da região Norte apresentaram pior QV do que o Centro-Oeste, Sul e Sudeste, semelhante ao período anterior à pandemia. A QV dos nutricionistas da região Sul foi melhor do que das regiões Centro-Oeste, Nordeste e

Norte. Dentre outros fatores, as regiões Norte e Nordeste apresentaram o aumento proporcional mais significativo de casos oficiais de SARS-CoV-2 no Brasil no período deste estudo (BRASIL, 2020f), além de terem apresentado as piores respostas à pandemia quanto ao aumento do consumo de marcadores de alimentação não saudável (STEELE *et al.*, 2020).

Pessoas com teste positivo ou não para SARS-CoV-2 não diferiram na QV, assim como pessoas cujos familiares tiveram teste positivo ou não para SARS-CoV-2. Nutricionistas que mudaram o tipo de trabalho por causa da SARS-CoV-2 (continuar trabalhando presencialmente com algumas adaptações ou remotamente) apresentaram melhor percepção de QV, em comparação com os que não trabalham ou trabalham presencialmente (Tabela 5).

**Tabela 5 - Qualidade de vida segundo variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1290).**

Variáveis		Antes da pandemia*	Durante a pandemia*
		Média ± DP	Média ± DP
<b>Sexo</b>	Feminino	3,82 <sup>a</sup> ±0,59	3,35 <sup>a</sup> ±0,66
	Masculino	3,89 <sup>a</sup> ±0,61	3,44 <sup>a</sup> ±0,69
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	3,76 <sup>ab</sup> ±0,61	3,25 <sup>ab</sup> ±0,63
	25 a 29 anos	3,74 <sup>a</sup> ±0,60	3,22 <sup>a</sup> ±0,67
	30 a 34 anos	3,83 <sup>ab</sup> ±0,64	3,35 <sup>abc</sup> ±0,68
	35 a 39 anos	3,83 <sup>ab</sup> ±0,58	3,40 <sup>bc</sup> ±0,65
	40 a 44 anos	3,85 <sup>ab</sup> ±0,63	3,36 <sup>abc</sup> ±0,73
	45 a 49 anos	3,90 <sup>ab</sup> ±0,43	3,43 <sup>abc</sup> ±0,54
	50 ou mais	3,93 <sup>b</sup> ±0,53	3,53 <sup>bc</sup> ±0,60
	<b>Região brasileira</b>	Sul	3,71 <sup>a</sup> ±0,61
Norte	3,82 <sup>abc</sup> ±0,62	3,31 <sup>abc</sup> ±0,66	
Nordeste	3,81 <sup>ab</sup> ±0,58	3,36 <sup>bc</sup> ±0,66	
Centro-oeste	3,88 <sup>b</sup> ±0,57	3,43 <sup>bcd</sup> ±0,64	



Variáveis	Antes da pandemia*	Durante a pandemia*	
	Média ± DP	Média ± DP	
<b>Religião</b>	Sudeste	3,96 <sup>bc</sup> ±0,53	3,55 <sup>d</sup> ±0,60
	Católica	3,85 <sup>ac</sup> ±0,60	3,38 <sup>ab</sup> ±0,65
	Protestante	3,71 <sup>bc</sup> ±0,59	3,26 <sup>a</sup> ±0,64
	Espiritismo	3,89 <sup>ac</sup> ±0,53	3,40 <sup>ab</sup> ±0,64
	Agnóstico	3,79 <sup>abc</sup> ±0,60	3,27 <sup>ab</sup> ±0,70
	Outros	3,90 <sup>abc</sup> ±0,61	3,50 <sup>b</sup> ±0,74
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	3,74 <sup>a</sup> ±0,61	3,23 <sup>a</sup> ±0,67
	Com companheiro	3,88 <sup>b</sup> ±0,57	3,42 <sup>b</sup> ±0,64
<b>Filhos</b>	Sim	3,84 <sup>a</sup> ±0,58	3,39 <sup>a</sup> ±0,64
	Não	3,81 <sup>a</sup> ±0,60	3,33 <sup>a</sup> ±0,67
<b>Renda familiar mensal</b>	≤ 1 SM	3,50 <sup>a</sup> ±0,66	3,15 <sup>a</sup> ±0,71
	> 1 a 2 SM	3,64 <sup>a</sup> ±0,66	3,08 <sup>a</sup> ±0,70
	>2 a 3 SM	3,66 <sup>a</sup> ±0,64	3,18 <sup>a</sup> ±0,69
	>3 a 5 SM	3,72 <sup>a</sup> ±0,57	3,24 <sup>a</sup> ±0,64
	> 5 a 10 SM	3,90 <sup>b</sup> ±0,55	3,44 <sup>b</sup> ±0,63
	> 10 a 20 SM	4,05 <sup>c</sup> ±0,50	3,58 <sup>b</sup> ±0,58
	> 20 SM	4,00 <sup>c</sup> ±0,52	3,60 <sup>b</sup> ±0,60
<b>Maior nível educacional</b>	Graduação	3,70 <sup>a</sup> ±0,60	3,25 <sup>a</sup> ±0,67
	Pós-graduação/ Residência	3,79 <sup>ab</sup> ±0,59	3,33 <sup>a</sup> ±0,65
	Mestrado	3,90 <sup>b</sup> ±0,58	3,37 <sup>a</sup> ±0,67
	Doutorado	4,13 <sup>c</sup> ±0,46	3,64 <sup>b</sup> ±0,56
<b>Área de atuação</b>	Clínica	3,82 <sup>a</sup> ±0,60	3,35 <sup>a</sup> ±0,64
	Ensino	4,06 <sup>a</sup> ±0,49	3,54 <sup>b</sup> ±0,60
	Alimentação coletiva	3,79 <sup>a</sup> ±0,58	3,34 <sup>a</sup> ±0,67
	Saúde Pública	3,84 <sup>a</sup> ±0,61	3,35 <sup>a</sup> ±0,57

Variáveis		Antes da pandemia*	Durante a pandemia*
		Média ± DP	Média ± DP
	Mais de uma área	3,80 <sup>a</sup> ±0,60	3,33 <sup>a</sup> ±0,69
	Outros	3,81 <sup>a</sup> ±0,61	3,39 <sup>ab</sup> ±0,59
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>	1	3,81 <sup>a</sup> ±0,59	3,34 <sup>a</sup> ±0,66
	2	3,85 <sup>a</sup> ±0,58	3,34 <sup>a</sup> ±0,64
	3	3,90 <sup>a</sup> ±0,60	3,45 <sup>a</sup> ±0,66
	> 3	3,88 <sup>a</sup> ±0,67	3,52 <sup>a</sup> ±0,71
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Pública	3,86 <sup>a</sup> ±0,56	3,38 <sup>a</sup> ±0,63
	Privada	3,80 <sup>a</sup> ±0,62	3,33 <sup>a</sup> ±0,68
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	3,73 <sup>a</sup> ±0,61	3,22 <sup>a</sup> ±0,67
	>2 a 5 anos	3,77 <sup>a</sup> ±0,63	3,33 <sup>ab</sup> ±0,68
	>5 a 10 anos	3,86 <sup>ab</sup> ±0,61	3,32 <sup>ab</sup> ±0,66
	>10 a 15 anos	3,85 <sup>ab</sup> ±0,60	3,42 <sup>b</sup> ±0,68
	>15 anos	3,91 <sup>b</sup> ±0,51	3,46 <sup>b</sup> ±0,60
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Não	3,72 <sup>a</sup> ±0,64	3,20 <sup>a</sup> ±0,69
	Sim, presencialmente	3,73 <sup>a</sup> ±0,55	3,25 <sup>a</sup> ±0,62
	Sim, presencialmente com algumas adaptações	3,86 <sup>b</sup> ±0,61	3,40 <sup>b</sup> ±0,66
	Sim, remotamente	3,90 <sup>b</sup> ±0,57	3,45 <sup>b</sup> ±0,65
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	3,83 <sup>a</sup> ±0,59	3,36 <sup>a</sup> ±0,66
	Sim	3,74 <sup>a</sup> ±0,54	3,21 <sup>a</sup> ±0,60
<b>Algun membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	3,83 <sup>a</sup> ±0,61	3,37 <sup>a</sup> ±0,67
	Sim (não mora comigo)	3,80 <sup>a</sup> ±0,55	3,25 <sup>a</sup> ±0,64
	Sim (mora comigo)	3,84 <sup>a</sup> ±0,53	3,31 <sup>a</sup> ±0,61

Notas: (\*) Todos os resultados são estatisticamente diferentes comparando-se o período antes e durante o período pandêmico.

Letras minúsculas diferentes dentro de cada coluna e para cada variável mostram resultados estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ ).

(SM) Salário-mínimo (no Brasil em 7 de junho de 2020 = R\$1.045,00).

Avaliando a QV por domínios (Tabela 6), todos apresentaram as menores médias durante a pandemia em relação ao período anterior à pandemia ( $p < 0,05$ ). O segundo domínio (saúde psicológica) é o mais afetado entre os nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico ( $p < 0,05$ ). Antes da pandemia do SARS-CoV-2, a média de QV do domínio 1 (saúde física) era superior aos demais ( $p < 0,05$ ), mas durante o período pandêmico não diferiu dos domínios 3 e 4 (Tabela 6). O alfa de Cronbach do instrumento geral foi de 0,925; e para o domínio 1 foi de 0,719; domínio 2 - 0,798; domínio 3 - 0,802; e domínio 4 - 0,773, mostrando boa confiabilidade para todo o instrumento e cada domínio.

Antes do período pandêmico, as melhores médias foram as das questões 13, 6 e 15 (Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia a dia? Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Quão bem você é capaz de se locomover?), respectivamente; e, durante a pandemia, as mesmas questões foram as que obtiveram as pontuações mais altas, mas em uma ordem diferente: questões 6, 13 e 15. As piores médias foram para as questões 12, 21 e 5 antes do período de pandemia (Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quão satisfeito você está com sua vida sexual? e O quanto você aproveita a vida?), respectivamente. Durante o período de pandemia, as piores médias foram para as questões 4, 14 e 5 (O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer? Quanto você aproveita a vida?). Apenas a questão 5 continuou a apresentar uma das piores médias.

**Tabela 6 - Domínios da qualidade de vida por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros antes e durante o período pandêmico (n = 1290).**

Variáveis		Antes da pandemia				Durante a pandemia			
		Média ± DP				Média ± DP			
		Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
<b>Total</b>		<b>3,93±0,05<sup>a</sup></b>	<b>3,12±0,10<sup>b</sup></b>	<b>3,75±0,06<sup>c</sup></b>	<b>3,81±0,12<sup>cd</sup></b>	<b>3,43±0,05<sup>a</sup></b>	<b>2,59±0,15<sup>b</sup></b>	<b>3,38±0,12<sup>a</sup></b>	<b>3,4±0,11<sup>a</sup></b>
<b>Sexo</b>	Feminino	3,91±0,63	3,10±0,63	3,74±0,84	3,80±0,70	3,40±0,63	2,57±0,74	3,38±0,95	3,39±0,75
	Masculino	4,07±0,56	3,22±0,64	3,75±0,88	3,83±0,77	3,61±0,66	2,78±0,77	3,28±0,99	3,47±0,85
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	4,03±0,58	2,98±0,64	3,76±0,95	3,60±0,75	3,47±0,56	2,38±0,76	3,25±0,99	3,25±0,76
	25 a 29 anos	3,92±0,59	3,02±0,63	3,68±0,89	3,68±0,76	3,36±0,61	2,42±0,70	3,27±1,01	3,23±0,81
	30 a 34 anos	3,93±0,65	3,09±0,65	3,75±0,85	3,84±0,73	3,39±0,66	2,59±0,74	3,36±0,96	3,43±0,77
	35 a 39 anos	3,87±0,63	3,17±0,65	3,73±0,84	3,86±0,69	3,41±0,65	2,67±0,75	3,42±0,92	3,47±0,73
	40 a 44 anos	3,92±0,65	3,11±0,59	3,69±0,84	3,86±0,66	3,42±0,63	2,57±0,79	3,30±1,01	3,45±0,76
	45 a 49 anos	3,92±0,50	3,25±0,50	3,82±0,71	3,87±0,55	3,48±0,62	2,74±0,65	3,50±0,74	3,39±0,66
	50 ou mais	3,92±0,68	3,24±0,59	3,83±0,78	3,93±0,63	3,49±0,66	2,79±0,70	3,55±0,89	3,54±0,71
<b>Região brasileira</b>	Norte	3,83±0,66	2,97±0,64	3,62±0,91	3,67±0,70	3,25±0,62	2,38±0,76	3,20±1,01	3,19±0,75
	Nordeste	3,92±0,64	3,11±0,64	3,75±0,86	3,77±0,76	3,38±0,62	2,55±0,73	3,39±0,97	3,33±0,78
	Centro-oeste	3,95±0,60	3,08±0,60	3,73±0,84	3,75±0,70	3,47±0,61	2,60±0,73	3,34±0,94	3,39±0,78
	Sudeste	3,93±0,63	3,24±0,63	3,82±0,79	3,90±0,67	3,47±0,64	2,72±0,76	3,48±0,91	3,50±0,73

Variáveis	Antes da pandemia				Durante a pandemia			
	Média ± DP				Média ± DP			
	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
Sul	4,00±0,55	3,17±0,57	3,81±0,79	4,03±0,59	3,56±0,64	2,69±0,68	3,45±0,87	3,66±0,65
<b>Religião</b>								
Católica	3,94±0,64	3,14±0,64	3,76±0,86	3,82±0,71	3,44±0,63	2,59±0,75	3,40±0,95	3,42±0,76
Protestante	3,88±0,62	3,01±0,62	3,66±0,89	3,60±0,71	3,36±0,62	2,51±0,74	3,32±0,95	3,18±0,73
Espiritismo	3,94±0,56	3,12±0,57	3,75±0,74	3,96±0,60	3,40±0,60	2,58±0,70	3,36±0,91	3,55±0,71
Agnóstico	3,88±0,61	3,08±0,61	3,73±0,83	3,78±0,74	3,35±0,64	2,55±0,72	3,21±1,02	3,36±0,81
Outros	3,95±0,66	3,20±0,62	3,86±0,81	3,92±0,74	3,53±0,73	2,79±0,75	3,50±1,04	3,59±0,87
<b>Número de membros da família</b>								
1	3,88±0,62	3,11±0,66	3,71±0,85	3,80±0,71	3,39±0,68	2,61±0,78	3,31±0,93	3,43±0,75
2	3,95±0,61	3,10±0,57	3,76±0,79	3,82±0,65	3,46±0,61	2,58±0,75	3,47±0,91	3,40±0,75
3	3,92±0,61	3,14±0,62	3,81±0,85	3,86±0,72	3,42±0,62	2,63±0,70	3,44±0,98	3,46±0,77
4	3,92±0,66	3,11±0,65	3,72±0,87	3,75±0,73	3,39±0,64	2,55±0,75	3,29±0,94	3,35±0,76
> 5	3,91±0,63	3,06±0,66	3,60±0,90	3,70±0,75	3,41±0,66	2,51±0,74	3,19±0,98	3,24±0,78
<b>Maior nível educacional</b>								
Graduação	3,89±0,64	3,00±0,63	3,72±0,86	3,56±0,69	3,40±0,66	2,50±0,75	3,33±0,95	3,16±0,78
Pós-graduação/ Residência	3,90±0,63	3,07±0,63	3,67±0,87	3,76±0,71	3,40±0,63	2,56±0,73	3,31±0,95	3,37±0,75
Mestrado	3,95±0,61	3,18±0,62	3,77±0,79	3,97±0,67	3,41±0,63	2,57±0,76	3,38±0,95	3,51±0,74
Doutorado	4,07±0,57	3,43±0,48	4,07±0,68	4,20±0,51	3,54±0,59	2,87±0,65	3,74±0,86	3,81±0,62

Variáveis		Antes da pandemia				Durante a pandemia			
		Média ± DP				Média ± DP			
		Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	3,88±0,63	3,05±0,65	3,57±0,87	3,70±0,73	3,34±0,65	2,48±0,76	3,11±0,96	3,28±0,78
	Com companheiro	3,95±0,61	3,15±0,61	3,84±0,82	3,86±0,69	3,46±0,62	2,64±0,73	3,52±0,92	3,46±0,75
<b>Filhos</b>	Sim	3,90±0,63	3,14±0,63	3,74±0,82	3,83±0,69	3,42±0,64	2,65±0,74	3,44±0,92	3,43±0,74
	Não	3,94±0,61	3,09±0,62	3,74±0,86	3,78±0,72	3,42±0,63	2,54±0,74	3,33±0,97	3,37±0,77
<b>Renda familiar mensal</b>	≤ 1 SM	3,71±0,71	2,85±0,60	3,30±0,91	3,38±0,74	3,27±0,65	2,43±0,75	3,00±1,05	3,06±0,77
	> 1 a 2 SM	3,84±0,63	2,97±0,68	3,72±0,97	3,45±0,78	3,32±0,62	2,40±0,70	3,23±1,08	2,93±0,78
	>2 a 3 SM	3,81±0,64	2,98±0,66	3,64±0,85	3,54±0,76	3,31±0,63	2,47±0,77	3,21±0,95	3,10±0,82
	>3 a 5 SM	3,85±0,61	3,04±0,62	3,65±0,88	3,67±0,66	3,34±0,65	2,51±0,74	3,28±0,94	3,24±0,68
	> 5 a 10 SM	3,96±0,61	3,16±0,62	3,80±0,81	3,92±0,66	3,45±0,63	2,62±0,73	3,46±0,94	3,53±0,71
	> 10 a 20 SM	4,08±0,59	3,30±0,56	3,92±0,76	4,14±0,53	3,57±0,57	2,75±0,71	3,57±0,88	3,76±0,64
	> 20 SM	4,06±0,54	3,25±0,56	3,76±0,81	4,08±0,62	3,62±0,66	2,80±0,72	3,50±0,86	3,78±0,69
<b>Área de atuação</b>	Clínica	3,95±0,61	3,12±0,61	3,75±0,83	3,76±0,71	3,45±0,61	2,57±0,70	3,36±0,95	3,34±0,74
	Ensino	4,05±0,56	3,30±0,56	4,00±0,69	4,15±0,52	3,44±0,62	2,71±0,75	3,61±0,91	3,74±0,62
	Alimentação coletiva	3,89±0,61	3,08±0,59	3,73±0,84	3,74±0,71	3,41±0,64	2,56±0,74	3,38±0,92	3,36±0,80

Variáveis	Antes da pandemia Média ± DP				Durante a pandemia Média ± DP				
	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	
Saúde Pública	Saúde Pública	3,90±0,67	3,19±0,62	3,80±0,89	3,82±0,70	3,32±0,63	2,63±0,69	3,32±0,94	3,44±0,64
	Mais de uma área	3,90±0,63	3,07±0,65	3,68±0,85	3,78±0,73	3,41±0,66	2,56±0,78	3,34±0,94	3,37±0,80
	Outros	3,92±0,62	3,10±0,67	3,73±0,95	3,80±0,66	3,49±0,51	2,65±0,65	3,43±1,02	3,36±0,71
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>	1	3,90±0,63	3,09±0,62	3,74±0,85	3,77±0,71	3,39±0,64	2,57±0,75	3,36±0,97	3,37±0,77
	2	3,96±0,60	3,14±0,63	3,75±0,82	3,84±0,69	3,42±0,60	2,57±0,72	3,39±0,92	3,39±0,74
	3	3,96±0,57	3,20±0,61	3,77±0,84	3,92±0,70	3,54±0,59	2,64±0,71	3,34±0,92	3,59±0,76
	> 3	4,04±0,72	3,14±0,68	3,68±0,89	3,87±0,69	3,66±0,72	2,71±0,84	3,47±0,93	3,56±0,75
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Privada	3,92±0,64	3,09±0,66	3,73±0,91	3,75±0,71	3,43±0,66	2,57±0,77	3,37±0,96	3,34±0,77
	Pública	3,93±0,60	3,14±0,59	3,76±0,77	3,86±0,70	3,41±0,61	2,60±0,71	3,37±0,94	3,45±0,75
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	3,93±0,62	3,00±0,64	3,67±0,92	3,62±0,72	3,38±0,63	2,43±0,76	3,21±0,99	3,21±0,77
	>2 a 5 anos	3,95±0,59	3,06±0,63	3,73±0,87	3,64±0,78	3,44±0,63	2,61±0,74	3,42±0,99	3,26±0,79
	>5 a 10 anos	3,95±0,63	3,11±0,64	3,80±0,84	3,87±0,72	3,42±0,61	2,49±0,71	3,39±0,96	3,42±0,78
	>10 a 15 anos	3,89±0,63	3,18±0,67	3,73±0,85	3,90±0,66	3,39±0,66	2,69±0,78	3,43±0,93	3,52±0,75
	>15 anos	3,91±0,63	3,20±0,55	3,77±0,76	3,93±0,61	3,45±0,63	2,68±0,70	3,43±0,88	3,53±0,69

Variáveis		Antes da pandemia Média ± DP				Durante a pandemia Média ± DP			
		Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Não	3,89±0,68	2,98±0,66	3,68±0,89	3,63±0,73	3,31±0,66	2,45±0,74	3,29±0,97	3,16±0,80
	Sim, presencialmente	3,86±0,60	3,05±0,60	3,68±0,83	3,65±0,66	3,37±0,58	2,52±0,71	3,32±0,91	3,22±0,69
	Sim, presencialmente com algumas adaptações	3,98±0,64	3,12±0,66	3,73±0,89	3,83±0,73	3,50±0,62	2,51±0,76	3,36±0,98	3,45±0,78
	Sim, remotamente	3,93±0,60	3,20±0,59	3,82±0,79	3,94±0,67	3,43±0,64	2,66±0,74	3,45±0,94	3,56±0,73
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	3,92±0,62	3,12±0,62	3,74±0,85	3,81±0,71	3,42±0,63	2,59±0,74	3,37±0,95	3,40±0,76
	Sim	3,89±0,59	2,99±0,69	3,78±0,76	3,72±0,61	3,33±0,67	2,41±0,77	3,50±0,84	3,24±0,72
<b>Algum membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>	Não	3,92±0,63	3,11±0,63	3,72±0,86	3,81±0,72	3,43±0,64	2,60±0,75	3,36±0,96	3,42±0,77
	Sim (não moral comigo)	3,86±0,56	3,08±0,69	3,85±0,69	3,80±0,70	3,27±0,62	2,44±0,71	3,39±0,85	3,29±0,78
	Sim (mora comigo)	3,96±0,58	3,13±0,60	3,80±0,79	3,77±0,61	3,40±0,59	2,56±0,70	3,44±0,92	3,32±0,70

Notas: Domínios: 1 - saúde física (7 itens), 2 - saúde psicológica (6 itens), 3 - relações sociais (3 itens) e 4 - saúde ambiental (8 itens); Letras minúsculas diferentes dentro da última linha comparando os quatro domínios (antes e durante a pandemia) mostram resultados estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ )



Em geral e para todas as variáveis em cada domínio (Tabela 5 e Tabela 6), a QV antes do SARS-CoV-2 era melhor do que durante o período pandêmico ( $p < 0,05$ ). Era esperado, uma vez que o SARS-CoV-2 trouxe o medo e risco de morte, pressão psicológica, medo de perder familiares, isolamento social, desemprego, e várias outras mudanças inesperadas na vida normal (CAO *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020).

Nutricionistas com parceiros apresentam maiores médias de QV antes e durante a pandemia, provavelmente porque o casamento está associado a maior satisfação com a vida e felicidade, relacionada a melhor saúde mental e física e longevidade (VANDERWEELE, 2017). Estudos de Carr e Springer (2010), de Carr e colaboradores (2014) e de VanderWeele (2017) afirmam que o casamento está associado ao bem-estar geral, físico e emocional e à QV. Outro estudo (WILCOX, 2011) sugere que o casamento também está associado à situação financeira e escolaridade, fatores associados à QV. No entanto, ao avaliar as médias de QV de nutricionistas com e sem filhos, os resultados não diferiram antes ou durante a pandemia. Ter companheiro trouxe melhor qualidade de vida, não sendo essa influenciada por ter filhos. Mo e colaboradores (2020) contextualizam que os profissionais de saúde precisam ficar mais tempo longe de seus entes queridos durante a SARS-CoV-2, e isso provavelmente diminuiu a QV, principalmente para o domínio dois relacionado aos aspectos psicológicos.

No presente estudo, a renda familiar afetou a percepção da QV (antes e durante o período pandêmico), e os nutricionistas com as menores faixas de renda familiar apresentaram piores médias de QV em geral e em todos os domínios (Tabela 5 e Tabela 6). A imprevisibilidade econômica também afeta a população economicamente ativa provocando insegurança e mal-estar, e os trabalhadores passam a levar esta realidade para dentro e para fora de sua atividade laboral, reduzindo sua percepção de qualidade de vida (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Os nutricionistas que mudaram o tipo de trabalho (continuar trabalhando presencialmente com algumas adaptações ou remotamente) apresentaram melhor percepção de QV, em comparação aos que não trabalham ou trabalham presencialmente (Tabela 5). Apesar de um estudo meta-analítico (MCKEE-RYAN *et al.*, 2005) sugerir que as pessoas empregadas apresentam melhor vida, família e satisfação conjugal, durante a pandemia de SARS-CoV-2 as pessoas estão trabalhando pessoalmente e lidando com o medo e o risco de SARS-CoV-2. Eles têm mais medo de se infectar ou de transmitir a infecção para um membro da família

(STOJANOV *et al.*, 2020), o que pode piorar sua percepção de QV. Além disso, as pessoas que enfrentam o desemprego tendem a sofrer com o ônus psicológico e econômico, potencialmente afetando sua qualidade de vida (CAO *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020b).

Antes e durante o período pandêmico, os nutricionistas com renda familiar de até 5 SM apresentavam pior QV. Provavelmente, a desigualdade de renda é um dos vários possíveis determinantes do bem-estar subjetivo e da percepção da QV (DOLAN *et al.*, 2018; NGAMABA *et al.*, 2018). Além disso, durante o período pandêmico, muitos familiares ficam isolados em casa, aumentando os gastos com água, energia, alimentação e outras contas, o que pode influenciar na QV. Ryff e Heidrich (1997) afirmam que as experiências de trabalho e educação explicam as diferenças no propósito da vida. Níveis mais elevados de educação estão associados à felicidade e à satisfação e afetam fortemente a renda (CARNEIRO *et al.*, 2010). Nutricionistas com maior escolaridade e renda apresentaram melhores escores de QV antes e durante a pandemia.

A religião não foi uma característica que influenciou a qualidade de vida, embora Sedikides (2010) a tenha descrito como importante para o bem-estar. Normalmente, uma conexão religiosa é estudada como proteção de condições psicológicas. Nos achados de Souza e colaboradores (2019) observou-se uma relação positiva e direta entre a espiritualidade e religiosidade com o domínio psíquico do WHOQOL-BREF, em estudo realizado em pacientes com o diagnóstico de câncer em Pernambuco. Nesse estudo, observou-se uma correlação diretamente proporcional entre a dimensão de religiosidade e o domínio psíquico da qualidade de vida dos pacientes, demonstrando que quanto maior é a frequência do paciente a atividades religiosas privadas como orações, meditação e leitura de textos religiosos, melhor será sua qualidade de vida no domínio psíquico. Moreira-Almeida e colaboradores (2010) revelaram que o nível de religiosidade entre os brasileiros é alto e 83% dos indivíduos estudados consideraram a religião muito importante em suas vidas.

Testar positivo ou não para SARS-CoV-2, ou ainda possuir um familiar que testou positivo ou não para o vírus, não causou diferença na QV dos nutricionistas.

O domínio relacionado à saúde psicológica (2º domínio) foi o mais afetado entre os nutricionistas brasileiros durante o período pandêmico ( $p < 0,05$ ), confirmando

que situações de alto estresse como a pandemia são seguidas por respostas psicológicas (STOJANOV *et al.*, 2020). Antes da pandemia do SARS-CoV-2, a média de QV do domínio 1 (saúde física) era superior aos demais ( $p < 0,05$ ), mas durante o período pandêmico não diferiu dos domínios 3 e 4 (Tabela 6). No Brasil, até o momento da coleta de dados do estudo, todas as academias e os parques estavam fechados, dificultando a prática de atividade física. Além disso, o 1º domínio está relacionado à capacidade para o trabalho influenciada pela pandemia, conforme discutido anteriormente. O isolamento social imposto pelas autoridades pode ter piorado a mobilidade durante o período pandêmico. Já percepção de fadiga e baixa energia pode estar associada à falta de atividade física e também ao estresse durante a pandemia.

Considerando os itens do instrumento, as piores médias foram para as questões 12 (Você tem dinheiro suficiente para atender às suas necessidades?), 21 (Quão satisfeito você está com sua vida sexual?) e 5 (O quanto você aproveita a vida?) antes do período pandêmico. Antes e durante a pandemia, a pergunta 5 sobre "O quanto você aproveita a vida?" apresentou as médias mais baixas, e ainda menores durante o período pandêmico. Como muitas cidades do Brasil fecharam restaurantes, bares, boates e os eventos foram proibidos, a população não apresentava muitas opções de lazer que influenciariam na fruição da vida. Academias, parques e shoppings também foram fechados. É por isso que, durante o período da pandemia, a questão 14 (Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?) foi incluída nas piores médias. As questões 4 (O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?), e 5 também apresentaram médias mais baixas durante a pandemia. As alterações com baixas médias nas respostas da questão 4 podem estar relacionadas ao uso de medicamentos para sobrecarga psicológica e também aos medicamentos e suplementos (vitaminas, minerais, compostos bioativos, aminoácidos) que supostamente melhoram a imunidade corporal e ajudam a prevenir doenças críticas e a evolução do SARS-CoV-2.

### **5.3. Comparação da variação dos constructos e a correlação entre o bem estar no trabalho e a qualidade de vida antes e durante a pandemia**

Para a análise comparativa entre os resultados do bem-estar no trabalho e os de qualidade de vida considerou-se apenas os participantes respondentes dos dois instrumentos, o que totalizou uma amostra de 1.290 nutricionistas.

Ao se calcular a porcentagem de variação do bem-estar no trabalho e da qualidade de vida entre antes da pandemia e durante a pandemia, observou-se que, em geral, o bem-estar no trabalho diminuiu 4,4% com a pandemia. Já a queda na qualidade de vida foi significativamente maior em todos os domínios: 12,2%; 16,8%; 9,6% e 10,7%, respectivamente para os domínios 1 a 4 ( $p < 0,05$ ).

A Tabela 7 apresenta as porcentagens dessas variações entre as diferentes características demográficas. Nota-se que o Domínio 2 (saúde psicológica) obteve os valores mais altos dentre os encontrados, ou seja, foi o domínio que mais apresentou queda na percepção de qualidade de vida durante a pandemia. Destaca-se os 28,1% de variação nesse domínio para os nutricionistas formados há menos de 2 anos. No outro extremo, encontrou-se a menor variação no Domínio 3 – saúde ambiental - entre os nutricionistas que trabalhavam em mais de três lugares (5,7%) e os com renda familiar superior à 20 SM (6,2%).

Quanto ao bem-estar, os extremos foram 8,9% de variação para os nutricionistas que pararam de trabalhar durante a pandemia e 2,7% para os que testaram positivo para o SARS-CoV-2 e para os que trabalhavam em mais de três lugares.

Ao se comparar a variação dos escores do bem-estar no trabalho com os domínios do WHOQOL-BREF, obteve-se diferença significativa em 95% dessas variáveis. Em contraposição, observou-se que o nutricionista com renda familiar menor que 1 SM não apresentou diferença significativa na variação entre os domínios 1, 3 e 4 da QV e o seu bem-estar no trabalho. Talvez pelo fato dos escores já estarem baixo no período pré-pandemia pois a desigualdade de renda é um dos vários determinantes negativos do bem-estar subjetivo e da percepção da QV (DOLAN *et al.*, 2018; NGAMABA *et al.*, 2018).

Entende-se que as relações estabelecidas no trabalho interferem diretamente na qualidade de vida trazendo benefícios tanto para a vida pessoal quanto para profissional (MARCACINE *et al.*, 2019) e um estudo meta-analítico (MCKEE-RYAN *et al.*, 2005) sugeriu que as pessoas empregadas apresentam melhor vida, família e satisfação conjugal. Mas, no contexto de quem continuou a trabalhar presencialmente

na pandemia, houve impacto negativo na percepção de QV já que essas pessoas lidam com o risco de se contaminar com o SARS-CoV-2 e de transmitir a infecção para um membro da família (STOJANOV *et al.*, 2020).

Faz-se necessário, então, que os serviços tenham conhecimento da importância da temática para que se estruturem e organizem suas atividades laborais de forma a promover bem-estar no trabalho. O estímulo a ele deveria ser uma das frentes de destaque na promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador (MARCACINE *et al.*, 2019).

**Tabela 7- Variação (%) dos escores de bem-estar no trabalho e qualidade de vida por variáveis socioeconômicas e demográficas de nutricionistas brasileiros (n=1290).**

Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida				
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	
<b>Total</b>	<b>1290</b>	<b>4,4% ± 10,9%</b>	<b>12,2% ± 13,3% (p=0,000)</b>	<b>16,8% ± 18,4% (p=0,000)</b>	<b>9,6% ± 16,1% (p=0,000)</b>	<b>10,7% ± 11,6% (p=0,000)</b>	
<b>Sexo</b>	Feminino	1192	4,4% ± 11,1%	12,3% ± 13,4% (p=0,000)	17,0% ± 18,6% (p=0,000)	9,4% ± 15,9% (p=0,000)	10,8% ± 11,6% (p=0,000)
	Masculino	98	3,8% ± 8,3%	11,2% ± 11,6% (p=0,000)	13,9% ± 15,4% (p=0,000)	12,1% ± 18,8% (p=0,000)	9,9% ± 11,1% (p=0,000)
<b>Faixa etária</b>	21 a 24 anos	136	3,6% ± 14,9%	13,3% ± 11,9% (p=0,000)	18,8% ± 24,5% (p=0,000)	12,7% ± 18,0% (p=0,000)	8,9% ± 15,8% (p=0,002)
	25 a 29 anos	256	3,4% ± 10,2%	13,4% ± 14,4% (p=0,000)	19,4% ± 17,9% (p=0,000)	10,8% ± 17,9% (p=0,000)	12,2% ± 12,0% (p=0,000)
	30 a 34 anos	264	4,6% ± 9,0%	13,2% ± 13,2% (p=0,000)	15,9% ± 19,5% (p=0,000)	10,1% ± 16,1% (p=0,000)	10,6% ± 10,2% (p=0,000)
	35 a 39 anos	238	4,7% ± 11,3%	11,3% ± 13,2% (p=0,000)	15,5% ± 17,3% (p=0,000)	8,1% ± 14,4% (p=0,001)	10,0% ± 10,4% (p=0,000)
	40 a 44 anos	128	4,7% ± 11,5%	12,1% ± 12,4% (p=0,000)	17,9% ± 17,9% (p=0,000)	10,4% ± 18,9% (p=0,000)	10,9% ± 11,4% (p=0,000)
	45 a 49 anos	82	5,8% ± 12,9%	10,8% ± 13,5% (p=0,012)	16,1% ± 14,7% (p=0,000)	7,6% ± 12,9% (p=0,229)	12,3% ± 12,4% (p=0,000)

Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida			
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)
50 ou mais	186	5,0% ± 9,0%	10,3% ± 13,3% (p=0,000)	14,2% ± 14,3% (p=0,008)	7,5% ± 12,5% (p=0,000)	10,1% ± 10% (p=0,000)
<b>Região brasileira</b>						
Norte	210	3,3% ± 14,5%	14,1% ± 13,5% (p=0,000)	19,3% ± 22,9% (p=0,000)	11,1% ± 18,2% (p=0,000)	12,7% ± 12,8% (p=0,000)
Nordeste	355	4,9% ± 9,2%	13,1% ± 14,1% (p=0,000)	17,7% ± 17,8% (p=0,000)	9,3% ± 16,1% (p=0,000)	11,6% ± 10,9% (p=0,000)
Centro-oeste	321	5,2% ± 10,0%	11,6% ± 12,5% (p=0,000)	15,7% ± 17,9% (p=0,000)	10,0% ± 16,5% (p=0,000)	9,5% ± 12,6% (p=0,000)
Sudeste	249	3,4% ± 10,7%	11,0% ± 13,4% (p=0,000)	15,7% ± 17,2% (p=0,000)	8,6% ± 15,4% (p=0,000)	10,2% ± 10,7% (p=0,000)
Sul	155	4,6% ± 10,8%	10,8% ± 12,2% (p=0,000)	15,5% ± 14,8% (p=0,000)	9,2% ± 13,3% (p=0,000)	9,3% ± 9,9% (p=0,000)
<b>Religião</b>						
Católica	684	4,6% ± 11,2%	11,9% ± 13,4% (p=0,000)	17,2% ± 18,9% (p=0,000)	9,4% ± 15,5% (p=0,000)	10,5% ± 11,5% (p=0,000)
Protestante	266	3,6% ± 12,1%	12,9% ± 12,1% (p=0,000)	16,6% ± 17,3% (p=0,000)	8,7% ± 15,8% (p=0,000)	11,5% ± 12,4% (p=0,000)
Espírita	202	4,1% ± 8,7%	13,0% ± 13,2% (p=0,000)	17,0% ± 18,7% (p=0,000)	10,4% ± 16,2% (p=0,000)	10,7% ± 10,5% (p=0,000)

Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida			
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)
Agnóstico	69	5,2% ± 8,8%	9,9% ± 15,8% (p=0,000)	17,0% ± 16,3% (p=0,000)	13,6% ± 18,2% (p=0,000)	11,2% ± 11,1% (p=0,000)
Outros	69	4,9% ± 10,8%	12,2% ± 13,3% (p=0,009)	12,7% ± 18,2% (p=0,000)	9,6% ± 20,3% (p=0,067)	8,8% ± 12,4% (p=0,016)
<b>Maior nível educacional</b>						
Graduação	281	4,9% ± 9,8%	12,2% ± 12,4% (p=0,000)	16,6% ± 18,6% (p=0,000)	10,3% ± 16,0% (p=0,000)	11,3% ± 12,8% (p=0,000)
Pós-graduação/ Residência	640	4,0% ± 12,2%	12,0% ± 13,4% (p=0,000)	16,1% ± 19,3% (p=0,000)	9,4% ± 16,6% (p=0,000)	10,4% ± 11,8% (p=0,000)
Mestrado	228	5,0% ± 9,6%	12,8% ± 14,7% (p=0,000)	19,2% ± 17,8% (p=0,000)	10,4% ± 16,2% (p=0,000)	11,6% ± 10,4% (p=0,000)
Doutorado	141	4,2% ± 8,9%	12,6% ± 11,9% (p=0,000)	16,4% ± 13,3% (p=0,000)	8,3% ± 13,5% (p=0,001)	9,4% ± 9,0% (p=0,000)
<b>Estado Civil</b>						
Sem companheiro	462	4,7% ± 12,8%	13,0% ± 14,5% (p=0,000)	18,3% ± 20,6% (p=0,000)	12,5% ± 18,0% (p=0,000)	11,3% ± 12,0% (p=0,000)
Com companheiro	828	4,2% ± 9,7%	11,8% ± 12,6% (p=0,000)	16,0% ± 17,0% (p=0,000)	8,1% ± 14,7% (p=0,000)	10,4% ± 11,3% (p=0,000)
<b>Filhos</b>						
Sim	537	4,4% ± 9,3%	11,9% ± 12,8% (p=0,000)	15,8% ± 16,3% (p=0,000)	8,0% ± 14,5% (p=0,000)	10,4% ± 10,7% (p=0,000)



Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida			
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)
Não	753	4,4% ± 12,0%	12,5% ± 13,7% (p=0,000)	17,5% ± 19,7% (p=0,000)	10,8% ± 17,1% (p=0,000)	10,9% ± 12,2% (p=0,000)
<b>Renda familiar mensal</b>						
≤ 1 SM	35	6,1% ± 16,7%	11,2% ± 11,4% (p=0,119)	15,2% ± 17,5% (p=0,021)	9,3% ± 18,6% (p=0,484)	9,4% ± 11,3% (p=0,306)
> 1 a 2 SM	102	4,7% ± 13,8%	12,6% ± 14,5% (p=0,000)	17,7% ± 20,8% (p=0,000)	12,5% ± 18,7% (p=0,000)	14,6% ± 14,3% (p=0,000)
>2 a 3 SM	184	4,8% ± 10,6%	12,2% ± 14,1% (p=0,000)	16,9% ± 18,8% (p=0,000)	11,5% ± 16,6% (p=0,000)	12,4% ± 12,2% (p=0,000)
>3 a 5 SM	284	5,1% ± 13,5%	12,9% ± 13,0% (p=0,000)	17,4% ± 17,5% (p=0,000)	9,7% ± 15,9% (p=0,000)	11,5% ± 11,0% (p=0,000)
> 5 a 10 SM	398	3,8% ± 8,5%	12,2% ± 13,7% (p=0,000)	17,0% ± 17,7% (p=0,000)	9,0% ± 15,7% (p=0,000)	9,7% ± 11,6% (p=0,000)
> 10 a 20 SM	220	4,1% ± 8,9%	11,9% ± 12,0% (p=0,000)	16,3% ± 19,5% (p=0,000)	8,8% ± 14,4% (p=0,000)	9,3% ± 10,6% (p=0,000)
> 20 SM	67	3,6% ± 9,8%	10,6% ± 13,1% (p=0,000)	14,0% ± 17,3% (p=0,000)	6,2% ± 17,1% (p=0,239)	7,6% ± 7,7% (p=0,005)
<b>Área de atuação</b>						
Clínica	310	4,1% ± 10,5%	12,2% ± 11,8% (p=0,000)	17,4% ± 17,5% (p=0,000)	10,1% ± 16,4% (p=0,000)	11,2% ± 10,8% (p=0,000)

Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida				
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)	
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	
Ensino	99	4,9% ± 11,3%	14,8% ± 12,9% (p=0,000)	17,7% ± 18,4% (p=0,000)	9,9% ± 15,8% (p=0,004)	9,9% ± 9,7% (p=0,000)	
Alimentação coletiva	164	4,6% ± 9,4%	11,8% ± 13,3% (p=0,000)	16,9% ± 18,1% (p=0,000)	9,6% ± 15,1% (p=0,000)	10,7% ± 11,0% (p=0,000)	
Saúde Pública	112	6,8% ± 10,8%	13,9% ± 13,5% (p=0,000)	16,8% ± 17,3% (p=0,000)	11,9% ± 15,1% (p=0,004)	9,0% ± 13,4% (p=0,093)	
Mais de uma área	542	3,8% ± 11,6%	11,9% ± 13,8% (p=0,000)	16,6% ± 19,6% (p=0,000)	9,0% ± 16,4% (p=0,000)	10,8% ± 11,9% (p=0,000)	
Outros	63	5,8% ± 9,6%	9,3% ± 15,8% (p=0,107)	13,8% ± 14,2% (p=0,000)	8,0% ± 13,2% (p=0,183)	11,7% ± 12,7% (p=0,000)	
<b>Quantidade de locais de trabalho</b>	1	815	4,7% ± 10,5%	12,5% ± 12,9% (p=0,000)	16,5% ± 19,0% (p=0,000)	10,0% ± 16,3% (p=0,000)	10,7% ± 11,7% (p=0,000)
	2	333	4,1% ± 9,0%	12,8% ± 13,4% (p=0,000)	17,7% ± 17,6% (p=0,000)	9,1% ± 16,6% (p=0,000)	11,7% ± 11,7% (p=0,000)
	3	83	2,7% ± 19,6%	9,9% ± 12,8% (p=0,002)	17,5% ± 15,6% (p=0,000)	11,3% ± 14,2% (p=0,002)	8,6% ± 9,3% (p=0,010)
	> 3	59	4,3% ± 8,7%	8,2% ± 17,1% (p=0,112)	14,5% ± 17,1% (p=0,000)	5,7% ± 12,8% (p=0,490)	8,3% ± 11,7% (p=0,016)

Variáveis		n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida			
			Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
				Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)
<b>Tipo de instituição onde se graduou</b>	Pública	626	4,4% ± 9,8%	12,5% ± 13,4% (p=0,000)	17,0% ± 17,0% (p=0,000)	10,2% ± 17,0% (p=0,000)	10,7% ± 10,7% (p=0,000)
	Privada	664	4,4% ± 11,9%	12,0% ± 13,2% (p=0,000)	16,6% ± 19,6% (p=0,000)	9,1% ± 15,2% (p=0,000)	10,7% ± 12,3% (p=0,000)
<b>Tempo de formatura</b>	≤ 2 anos	266	4,9% ± 10,7%	13,3% ± 12,9% (p=0,000)	28,1% ± 20,3% (p=0,000)	12,1% ± 17,7% (p=0,000)	11,3% ± 13,2% (p=0,000)
	>2 a 5 anos	222	3,6% ± 8,4%	12,4% ± 13,5% (p=0,000)	14,5% ± 17,7% (p=0,000)	8,1% ± 16,7% (p=0,000)	10,2% ± 12,9% (p=0,000)
	>5 a 10 anos	243	4,1% ± 14,8%	12,4% ± 14,0% (p=0,000)	19,1% ± 21,5% (p=0,000)	10,7% ± 16,6% (p=0,000)	11,9% ± 11,0% (p=0,000)
	>10 a 15 anos	243	4,4% ± 10,4%	12,3% ± 12,4% (p=0,000)	15,4% ± 16,1% (p=0,000)	8,2% ± 14,1% (p=0,000)	10,0% ± 10,3% (p=0,000)
	>15 anos	316	4,8% ± 9,5%	11,1% ± 13,6% (p=0,000)	16,4% ± 15,7% (p=0,000)	9,0% ± 15,0% (p=0,000)	10,2% ± 10,4% (p=0,000)
<b>Continuou a trabalhar durante a pandemia</b>	Não	198	8,9% ± 12,1%	14,2% ± 14,1% (p=0,000)	16,9% ± 22,9% (p=0,000)	10,4% ± 16,4% (p=0,226)	12,9% ± 13,1% (p=0,000)
	Sim, presencialmente	279	4,2% ± 8,8%	12,1% ± 11,8% (p=0,000)	17,5% ± 16,5% (p=0,000)	9,5% ± 15,4% (p=0,000)	11,8% ± 10,8% (p=0,000)
	Sim, presencialmente	468	3,2% ± 9,7%	12,1% ± 14,9% (p=0,000)	16,7% ± 18,7% (p=0,000)	9,6% ± 15,6% (p=0,000)	9,5% ± 11,8% (p=0,000)

Variáveis	n	Bem-estar no trabalho	Qualidade de vida			
		Média ± DP	Domínio 1 (saúde física)	Domínio 2 (saúde psicológica)	Domínio 3 (saúde ambiental)	Domínio 4 (relações sociais)
			Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)	Média ± DP (p*)
com algumas adaptações						
Sim, remotamente	345	3,7% ± 12,6%	11,4% ± 11,3% (p=0,000)	16,3% ± 16,3% (p=0,000)	9,3% ± 17,2% (p=0,000)	10,1% ± 10,7% (p=0,000)
<b>Testou positivo para SARS-CoV-2</b>						
Não	1238	4,5% ± 11,0%	12,1% ± 13,4% (p=0,000)	16,8% ± 17,7% (p=0,000)	9,7% ± 16,2% (p=0,000)	10,6% ± 11,6% (p=0,000)
Sim	52	2,7% ± 8,0%	14,4% ± 11,3% (p=0,000)	17,2% ± 30,3% (p=0,001)	7,1% ± 13,7% (p=0,041)	13,2% ± 10,7% (p=0,000)
<b>Algum membro da família testou positivo para SARS-CoV-2</b>						
Não	1035	4,5% ± 11,3%	11,8% ± 13,4% (p=0,000)	16,4% ± 18,8% (p=0,000)	9,6% ± 15,9% (p=0,000)	10,3% ± 11,4% (p=0,000)
Sim – não mora comigo	67	3,9% ± 8,5%	15,3% ± 10,6% (p=0,000)	20,5% ± 16,0% (p=0,000)	11,4% ± 17,4% (p=0,001)	13,5% ± 12,2% (p=0,000)
Sim – mora comigo	188	3,9% ± 9,8%	13,6% ± 13,4% (p=0,000)	17,9% ± 16,6% (p=0,000)	9,1% ± 16,7% (p=0,000)	12,0% ± 11,9% (p=0,000)

Notas: Valores positivos indicam piora durante o período pandêmico.

(\*) teste t de Student pareado que compara a variação dos escores do WHOQoL com a variação do Bem-estar no trabalho.

(SM) salário-mínimo (no Brasil em 7 de junho = R\$ 1.045,00).

Avaliou-se a correlação (correlação de Pearson) entre os valores de bem-estar e qualidade de vida antes e durante a pandemia. Antes da pandemia, destacou-se os valores de correlação positiva entre os constructos para os nutricionistas do sexo feminino ( $r=0,398$ ;  $p=0,000$ ), com especialização e/ou residência ( $r=0,444$ ;  $p=0,000$ ) e mestrado ( $r=0,404$ ;  $p=0,001$ ). Ou seja, antes da pandemia, quanto maior o bem-estar no trabalho desses nutricionistas, maior a qualidade de vida. Durante a pandemia, as mais diversas variáveis apresentaram correlação positiva entre o bem-estar e a qualidade de vida, seja o sexo feminino ( $r=0,576$ ;  $p=0,000$ ) ou masculino ( $r=0,601$   $p=000$ ); o nível de escolaridade ( $r$  entre  $0,537$  e  $0,576$ ;  $p=0,000$ ); ou ainda área de atuação, quantidade de locais de trabalho ou as variáveis relacionadas ao SARS-CoV-2 (todas com  $r$  superiores a  $0,434$  com  $p=0,000$ ).

Em estudo brasileiro realizado por Francisquini e colaboradores (2020) que avaliou a relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores de esquizofrênicos, encontrou-se também correlações significativas entre todas as variáveis dos instrumentos utilizados (World Health Organization 5-Item Well-Being - WHO-5, WHOQOL-Bref e Dispositional Hope Scale). Em estudo realizado na Espanha com idosos (LUCAS-CARRASCO, 2012), analisou-se as correlações existentes entre bem-estar geral e qualidade de vida e obteve-se resultados semelhantes, encontrando-se correlações significativas moderada-alta ( $r > 0,50$ ) entre todas as variáveis, exceto na correlação entre bem-estar e o domínio relações sociais ( $r = 0,372$ ).

Nos estudos de Rasmussen *et al.* (1999), Opoku-Boateng *et al.* (2017) e Mohammed e Ghaith (2018) foram encontrados dados onde os níveis de qualidade de vida e bem-estar aumentavam conforme se aumentava o nível de escolaridade. Destarte, diante de tais dados, faz-se importante a reflexão de que maiores níveis de escolaridade resultam numa melhor qualidade de vida (MOHAMMED e GHAITH, 2018; FRANCISQUINI, 2020).

Não foram encontrados estudos que relacionam o constructo do bem-estar, especificamente, no trabalho, com a qualidade de vida. Porém, os dados aqui encontrados apontam para uma forte correlação entre os mais diversos fatores intervenientes no bem-estar no trabalho nos diferentes domínios da qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros. Esta relação positiva confirma a importância de se compreender os fatores que interferem negativamente na percepção do bem-estar no

trabalho dos profissionais da Nutrição para que estes alcancem boa qualidade de vida, principalmente após vivenciarem os impactos da Pandemia de SARS-CoV-2 no Brasil.

## 6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese de que a pandemia de SARS-CoV-2 afetaria negativamente o bem-estar no trabalho e a qualidade de vida de nutricionistas brasileiros foi confirmada pelos achados desta pesquisa. Ao se comparar os dois constructos, o bem-estar no trabalho diminuiu com a pandemia em 4,4% e a queda na qualidade de vida foi significativamente maior em todos os domínios, principalmente no domínio da saúde psicológica (17%).

A amostra da pesquisa teve representatividade nacional e se assemelhou ao perfil dos nutricionistas descrito pelo CFN em 2016, com maioria feminina, católica, entre 25 e 39 anos, com companheiro e sem filhos.

Os dados resultantes da avaliação das percepções dos nutricionistas sobre o bem-estar no trabalho demonstraram que para todas as características dos participantes, o bem-estar diminuiu durante a pandemia, não apresentando influência específica entre as variáveis analisadas. No entanto, ao avaliar o bem-estar entre variáveis (tanto antes quanto durante a pandemia) nutricionistas com parceiros, com crianças, doutores e recebendo mais de 5 salários-mínimos apresentaram escores de bem-estar no trabalho mais elevados. Durante o período pandêmico, os nutricionistas que trabalhavam remotamente também apresentaram maior bem-estar. Esses dados podem ajudar a explorar as áreas que mais afetaram (antes e durante o período pandêmico) o bem-estar no trabalho para subsidiar ações que favoreçam a valorização profissional do nutricionista.

A pandemia SARS-CoV-2 foi associada a um impacto negativo na qualidade de vida dos nutricionistas brasileiros. Antes da pandemia, o domínio físico apresentava os melhores escores de qualidade de vida e o psicológico, os piores. Durante a pandemia, o domínio psicológico foi o que sofreu maior impacto. Nutricionistas com mais de dez anos de graduação, atuando na área de ensino, e com maior renda possuíam maior percepção de qualidade de vida independente do período de avaliação. Sexo, filhos, quantidade de locais de trabalho e ter testado positivo para SARS-CoV-2 não influenciaram a percepção de qualidade de vida. Contudo, morar em diferentes regiões do país influenciou e isso pode estar relacionado a diferentes salários e condições de trabalho. Melhores cuidados devem ser prestados aos nutricionistas como profissionais de saúde durante futuros surtos

de doenças potencialmente fatais, principalmente no que diz respeito aos aspectos psicológicos da qualidade de vida.

Independentemente do período é importante salientar que para melhorar o bem-estar no trabalho e a qualidade de vida do nutricionista, é necessário melhorar a compensação e o reconhecimento da profissão, bem como as condições para o exercício da sua atividade. É necessário ainda, fortalecer as entidades dessa classe, principalmente no que tange a pisos salariais e relações trabalhistas.

Os formuladores de políticas de saúde devem discutir o papel dos profissionais de saúde como equipe multiprofissional, destacando a importância de cada categoria para o sistema de saúde, pois os nutricionistas ainda se sentem pouco reconhecidos pelo seu trabalho. Este estudo pode abrir portas para mais pesquisas e discussões no campo do bem-estar no trabalho e da qualidade de vida de profissionais de saúde, bem como uma compreensão clara dos fatores que os influenciaram antes e durante a pandemia de SARS-CoV-2, ajudando esses profissionais a se recuperarem e se fortalecerem após este período.

Novos estudos devem ser realizados após o período pandêmico para avaliar a percepção do bem-estar dos nutricionistas no trabalho e sua qualidade de vida na pós-pandemia e para possíveis comparações com dados de outros países. Importante registrar que no início dessa pesquisa acreditava-se que a pandemia seria controlada mais cedo, mas, até o momento da finalização desse trabalho, ainda vivenciávamos a pandemia o que, provavelmente, impactou mais fortemente os constructos estudados. Sugere-se também, que em futuras pesquisas, se identifique os nutricionistas que atuaram diretamente com pacientes com COVID-19 e ainda se houve redução em seus salários.

A nova pandemia chegou ao Brasil em um momento de estagnação econômica, problemas com os sistemas de saúde e proteção social, dificuldades nos programas de segurança alimentar, aumento acelerado da pobreza e, principalmente, pobreza extrema e aumento significativo da população de rua. Desde março de 2020, o Brasil acumula queda no Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2020) e esse recuo, em parte causado pelo isolamento social, aumentou significativamente o desemprego formal e informal, além da precariedade das relações de trabalho. Esse novo cenário impactará diretamente no trabalho e no bem-estar do nutricionista, não apenas em



suas condições de trabalho, renda e incertezas, mas também na sensação de impotência diante da fome no país.

A pandemia no Brasil também está associada a um período econômico difícil que pode afetar a percepção da qualidade de vida entre nutricionistas e outras parcelas da população. As incertezas quanto ao futuro, como condições de trabalho, renda e proteção social, reduziram os escores médios de QV, principalmente no domínio psicológico. O nutricionista é um profissional de saúde que passou por uma mudança radical em seu ambiente de trabalho e é afetado pelo aumento da fome na população brasileira, que tenta proteger diariamente em suas atividades. Este cenário pode ter afetado sua percepção de QV. Aliás é importante destacar que o WHOQOL-BREF pode ser utilizado como instrumento de apoio a tomada de decisões, na medida em que possibilita identificar o que é eficiente e o que pode ser proposto em termos de políticas públicas que visem a melhoria da qualidade de vida não só do nutricionista, mas como da população.

Ao mesmo tempo, a pandemia pode trazer a busca de novas estratégias de melhores condições para os profissionais de saúde em hospitais e clínicas. Novas rotinas e comportamentos para a produção de alimentos podem ser desenvolvidos, pensando não apenas na segurança do alimento dentro da área de produção, mas também nas atitudes dos consumidores. O nutricionista tem potencial para mostrar a importância do seu trabalho, para evitar contaminações em serviços de alimentação, e trazer mais discussão sobre hábitos alimentares e imunidade.

O nutricionista é o profissional de saúde na linha de frente do atendimento nutricional da população. Eles atuam em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e podem reduzir potencialmente os riscos de agravamento da doença e contribuir para a recuperação de pacientes afetados pelo SARS-CoV-2. As diferentes esferas (população, governos e demais profissionais de saúde) devem reconhecer a relevância desses profissionais para a saúde pública do país.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDEL-MONEIM, Ahmed s. Middle East respiratory syndrome coronavirus: is it worth a world panic? **World Journal of Virology**, v. 4, n. 3, p. 185-187, 2015. Baishideng Publishing Group Inc. <http://dx.doi.org/10.5501/wjv.v4.i3.185>.

ABREU-REIS, Phillipe; OLDONI, Carolina; DE-SOUZA, Geovanna Andrade Labres; BETTEGA, Ana Luísa; GÓES, Marina Nardelli; SARQUIS, Lucas Mansano; BRUNELLO, Luis Fernando Spagnuolo; TOMASICH, Flávio Saavedra; COLLAÇO, Iwan Augusto; NASR, Adonis. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 1, p. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>.

ADALJA, Amesh A.; TONER, Eric; INGLESBY, Thomas V. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. **Jama**, v. 323, n. 14, p. 1343-1434, 14 abr. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3413>.

ADAMS, James G.; WALLS, Ron M. Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. **Jama**, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 21 abr. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.

ADJAFRE, Raquel da Costa Matos; AKUTSU, Rita de Cássia Coelho de Almeida; ZANDONADI, Renata Puppini; ROCHA, Ada; BOTELHO, Raquel Braz Assunção. Wellbeing at Work before and during the SARS-COV-2 Pandemic: a brazilian nationwide study among dietitians. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 5541, 31 jul. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155541>.

AGIUS, Raymond M; John Fr Robertson; Marcia Stewart; Denise Kendrick; Herb F Sewell; Martin Mckee. **COVID-19: rigorous investigation of healthcare workers' deaths is indispensable**. 2020. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/12/covid-19-rigorous-investigation-of-healthcare-workers-deaths-is-indispensable/> . Acesso em: 1 nov. 2020.

AGUIAR, Ricardo Saraiva; SILVA, Henrique Salmazo da; LEANDRO, Suderlan Sabino; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente na atenção primária no contexto da saúde do idoso. **Revista Cereus**, v. 12, n.4, 2020. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v12n4p46-65

AKUTSU, Rita de Cássia. Brazilian dietitians: professional and demographic profiles. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 7-19, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732008000100002>.

AKUTSU, Rita de Cássia; PAZ, Maria das Graças Torres da. Valores y bienestar de los dietistas brasileños. **Rev.latinoam.psicol.**, Bogotá, v. 43, n. 2, p. 307-318, Mai 2011. Disponível em

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342011000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 out. 2020.

ALATARTSEVA, Elena; BARYSHEVA, Galina. Well-being: subjective and objective aspects. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 166, p. 36-42, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.479>.

ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TRÓCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, ago. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722004000200008>.

ALMEIDA, Fabricia Daniela Martins; VIETTA, Giovanna Grunewald; KRETZER, Márcia Regina. **Relação entre polimedicação e qualidade de vida em idosos do município de Palhoça, Santa Catarina, Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5310/ARQUIVO%20TCC%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 17 out. 2020.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; AMARAL, Cledir de Araújo; LIMA, Nathália Silva de; HERCULANO, Patrícia Vasconcelos; PRADO, Patrícia Rezende do; MONTEIRO, Gina Torres Rego. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>.

AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira -. **Sugestões para assistência nutricional de pacientes críticos com SARS- COV-2 Pelo Departamento de Nutrição**. 2020. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/29/SUGESTOES\\_PARA\\_ASSISTENCIA\\_NUTRICIONAL\\_DE\\_PACIENTES\\_CRITICOS\\_COM\\_SARS-COV-2\\_PELo\\_DEPARTAMENTO\\_DE\\_NUTRICAo.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/SUGESTOES_PARA_ASSISTENCIA_NUTRICIONAL_DE_PACIENTES_CRITICOS_COM_SARS-COV-2_PELo_DEPARTAMENTO_DE_NUTRICAo.pdf). Acesso em: out. 2020.

AMNESTY INTERNATIONAL. **Exposed, silenced, attacked: failures to protect health and essential workers during the COVID-19 pandemic**. 2020. Disponível em: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF> Acesso em: out. 2020.

ANVISA. **NOTA TÉCNICA Nº 18/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA Covid-19 e as Boas Práticas de Fabricação e Manipulação de Alimentos**. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/149-noticias/noticias-2020/1152-anvisa-publica-nota-tecnica-n-18-2020-sobre-adocao-de-boas-praticas-de-fabricacao-e-manipulacao-de-alimentos-durante-a-pandemia-de-covid-19> . Acesso em: 29 out. 2020.

APA, American Psychological Association. **Professional practice guidelines for integrating the role of work and career into psychological practice**. 2017. Disponível em: <https://www.apa.org/practice/guidelines/role-work-career> Acesso em: 6 jul. 2020.

AQUINO, Andrezza de Souza; FERNANDES, Angela Cristina Puzzi. Qualidade de vida no trabalho. **Journal Health Science**, São Paulo, v. 1, n. 31, p. 53-58. 2013.

ARAÚJO, Cristiane S. C.; MINAMISAVA, Ruth; MATOS, Marcos A.; VIEIRA, Camila C. F.; VITORINO, Priscila V. O.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, Dolores; CHAVEIRO, Neuma; OLIVEIRA, Lizete M. A. C.; BRASIL, Virginia V.; NOGUEIRA, Douglas J. Associated Factors of Quality of Life in Prison Officers, Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 10, p. 3508-3508, 17 maio 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17103508>.

ARAÚJO de Oliveira, Elizabete Regina; GARCIA, Átala Lotti; GOMES, Maria José; BITTAR, Telmo Oliveira; PEREIRA, Antonio Carlos. Gênero e qualidade de vida percebida – estudo com professores da área de saúde. **Cien Saúde Colet** 2012; 17(3):741-747. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300021>

AZZAM, Nahlaa; ALJEBREEN, Abdulrahman; ALMUHAREB, Arwa; ALMADI, Majida. Disability and quality of life before and during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study in inflammatory bowel disease patients. **Saudi Journal of Gastroenterology**, v. 26, n. 5, p. 256 out. 2020. Medknow. [http://dx.doi.org/10.4103/sjg.sjg\\_175\\_20](http://dx.doi.org/10.4103/sjg.sjg_175_20).

BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia. Towards a model of work engagement. **Career Development International**, v. 13, n. 3, p. 209-223, 9 maio 2008. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/13620430810870476>.

BANDUK, Maria Luiza Sampaio; RUIZ-MORENO, Lidia; BATISTA, Nildo Alves. A construção da identidade profissional na graduação do nutricionista. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 111-120, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000100010>.

BAO, Yanping; SUN, Yankun; MENG, Shiqiu; SHI, Jie; LU, Lin. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 37-38, fev. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30309-3).

BARAY, Gamze; POSTMES, Tom; JETTEN, Jolanda. When I equals we: exploring the relation between social and personal identity of extreme right-wing political party members. **British Journal of Social Psychology**, v. 48, n. 4, p. 625-647, dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466608x389582>.

BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Aluisio Jardim Dornellas de; CARVALHO, Marília Sá; CODEÇO, Claudia Torres; HALLAL, Pedro Rodrigues Curi; MEDRONHO, Roberto de Andrade; STRUCHINER, Claudio José; VICTORA, Cesar Gomes; WERNECK, Guilherme Loureiro. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200032>.

BAZÓ, Aliz Luna. Los trabajadores auxiliares en nutrición de salud pública. *In*: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); **Pan American Journal of**

**Public Health**. 62(4), abr. 1967. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15285/v62n4p339.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

BEDFORD, Juliet; ENRIA, Delia; GIESECKE, Johan; HEYMANN, David L; IHEKWEAZU, Chikwe; KOBINGER, Gary; LANE, H Clifford; MEMISH, Ziad; OH, Myoung-Don; SALL, Amadou Alpha. COVID-19: towards controlling of a pandemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1015-1018, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30673-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30673-5).

BENEDEK, David M.; FULLERTON, Carol; URSANO, Robert J. First Responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. **Annual Review of Public Health**, v. 28, n. 1, p. 55-68, abr. 2007. Annual Reviews. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>

BERWICK, Donald M.; MURPHY, Jane M.; GOLDMAN, Paula A.; WARE, John E.; BARSKY, Arthur J.; WEINSTEIN, Milton C. Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. **Medical Care**, v. 29, n. 2, p. 169-176, fev. 1991. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>.

BEVAN, Stephen. The Business Case for Employee Health and Wellbeing: a report prepared for investors in people. **The Work Foundation**, fev. 2010.

BIDDISON, E. Lee Daugherty; GWON, Howard S.; SCHOCH-SPANNA, Monica; REGENBERG, Alan C.; JULIANO, Chrissie; FADEN, Ruth R.; TONER, Eric S. Scarce Resource Allocation During Disasters. **Chest**, v. 153, n. 1, p. 187-195, jan. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.001>.

BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. BIFF, D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Cien. Saude Colet.**, v. 25, n. 1, p. 147-58, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28622019

BLUSTEIN, David L. The role of work in psychological health and well-being: a conceptual, historical, and public policy perspective. **American Psychologist**, v. 63, n. 4, p. 228-240, 2008. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.63.4.228>.

BONG, Choon-Looi; BRASHER, Christopher; CHIKUMBA, Edson; MCDOUGALL, Robert; MELLIN-OLSEN, Jannicke; ENRIGHT, Angela. The COVID-19 Pandemic: effects on low- and middle-income countries. **Anesthesia & Analgesia**, v. 131, n. 1, p. 86-92, 1 abr. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0000000000004846>.

BOOTHBY, Erica J.; CLARK, Margaret S.; BARGH, John A. Shared Experiences Are Amplified. **Psychological Science**, v. 25, n. 12, p. 2209-2216, out. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0956797614551162>.

BORDI, Laura; OKKONEN, Jussi; MÄKINIEMI, Jaana-Piia; HEIKKILÄ-TAMMI, Kirsi. Communication in the Digital Work Environment: implications for wellbeing at work. **Nordic Journal of Working Life Studies**, v. 8, n. 3, 12 abr. 2018. Aarhus University Library. <http://dx.doi.org/10.18291/njwls.v8is3.105275>.

BORGES, Livia de Oliveira; ARGOLO, João Carlos Tenório. **Estratégias Organizacionais na Promoção da Saúde Mental do Indivíduo Podem Ser Eficazes?** Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-cor-629.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020.

BORTOLOTTI, Caroline Cardozo; MOLA, Christian Loret de; TOVO-RODRIGUES, Luciana. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 4, 6 set. 2018. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000261>.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988. p. 220.

BOSI, Maria Lucia Magalhaes. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 204.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição**. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Nutr.pdf> . Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda constitucional no 64, de 4 de fevereiro de 2010**. 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm) Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. 2020a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm). Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. Governo Federal. **500 mil Profissionais Dispostos a Atuarem no Combate ao Coronavírus**. 28/04/2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46805-500-mil-profissionais-dispostos-a-atuarem-no-combate-ao-coronavirus> Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a

emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de COVID-19. 2020c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14023-8-julho-2020-790401-publicacaooriginal-161027-pl.html/>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL, Agência. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/covid-19-257-mil-profissionais-de-saude-foram-infectados-no-brasil>. 24/08/2020d. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/covid-19-257-mil-profissionais-de-saude-foram-infectados-no-brasil> . Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 936, de 16 de novembro de 2020**. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. 2020e. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm) Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. 2020f. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> . Acesso em: 12 jul. 2020.

BROOKS, Samantha K; WEBSTER, Rebecca K; SMITH, Louise e; WOODLAND, Lisa; WESSELY, Simon; GREENBERG, Neil; RUBIN, Gideon James. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).

BRYSON, Alex; FORTH, John; STOKES, Lucy. **Does Worker Wellbeing Affect Workplace Performance?** 2015. Disponível em: <http://ftp.iza.org/dp9096.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

BURKI, Talha. Outbreak of coronavirus disease 2019. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 3, p. 292-293, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30076-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30076-1).

BURTON, Joan. **WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practice**. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113144/9789241500241_eng.pdf). Acesso em: 19 out. 2020.

CABRAL, Caio Cesar de Oliveira; BAMPI, Luciana Neves da Silva; QUEIROZ, Rayanne da Silva; ARAUJO, Alessandra Ferreira; CALASANS, Luiza Helena Brito; VAZ, Tiago Silva. QUALITY OF LIFE OF NURSES FROM THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0100>.

CAI, Haozheng; TU, Baoren; MA, Jing; CHEN, Limin; FU, Lei; JIANG, Yongfang; ZHUANG, Quan. Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China. **Medical Science Monitor**, v. 26, 23 mar. 2020. International Scientific Information, Inc. <http://dx.doi.org/10.12659/msm.924171>.

CAMPOS, Flávia Milagres; KRAEMER, Fabiana Bom; MACHADO, Paula Aballo Nunes; CARVALHO, Maria Cláudia Veiga Soares; PRADO, Shirley Donizete. GÊNERO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, p. 773-788, 30 ago. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.23426>.

CAO, Wenjun; FANG, Ziwei; HOU, Guoqiang; HAN, Mei; XU, Xinrong; DONG, Jiaxin; ZHENG, Jianzhong. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. **Psychiatry Research**, v. 287, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.

CARNEIRO, Pedro; HECKMAN, James; VYTLACIL, Edward. Estimating Marginal Returns to Education. **Nber Working Paper Nº 16474**, out. 2010. National Bureau of Economic Research. <http://dx.doi.org/10.3386/w16474>.

CARR, Deborah; FREEDMAN, Vicki A.; CORNMANN, Jennifer C.; SCHWARZ, Norbert. Happy Marriage, Happy Life? Marital Quality and Subjective Well-being in Later Life. **Journal of Marriage and Family**, v. 76, n. 5, p. 930-948, 2 set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jomf.12133>.

CARR, Deborah; SPRINGER, Kristen W. Advances in Families and Health Research in the 21st Century. **Journal of Marriage and Family**, v. 72, n. 3, p. 743-761, 18 jun. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>.

CASTRO, Danielle Freitas Alvim; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 159-165, 30 jun. 2013. Centro Universitário São Camilo - São Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.2013372159165>.

CASTRO, Regina. **Fiocruz lança Boletim do Observatório Fiocruz Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-boletim-do-observatorio-fiocruz-covid-19> . Acesso em: 20 out. 2020.

CAVEIÃO, Cristiano; SALES, Willian Barbosa; VISENTIN, Angelita; HEY, Ana Paula; ESCALANTE, Mayara Moreira Barbosa; OLIVEIRA, Emerson Silva de. PERFIL E QUALIDADE DE VIDA DE DOCENTES ENFERMEIROS DE UNIVERSIDADES PRIVADAS E PÚBLICAS: estudo com whoqol-bref. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, 25 jan. 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15819>.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Well-Being Concepts**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>. Acesso em: 20 set. 2020.



CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **Inserção profissional dos nutricionistas no Brasil**. 1a edição. Brasília: CFN, 2016. Disponível em: <https://bityli.com/gGw43>  
Acesso em: 1 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **RESOLUÇÃO CFN Nº 599, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018**. 2018a. Disponível em:  
[https://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018\\_10\\_23/01.pdf](https://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018_10_23/01.pdf). Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018**. 2018b. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res\\_600\\_2018.htm](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm) . Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **RESOLUÇÃO CFN Nº 646, DE 18 DE MARÇO DE 2020**. 2020a. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Resol-CFN-646-codigo-etica.pdf> Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **RESOLUÇÃO CFN Nº 660, DE 21 DE AGOSTO DE 2020**. 2020b. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res\\_660\\_2020.html](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_660_2020.html) Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **RESOLUÇÃO CFN Nº 666, DE 30 DE SETEMBRO DE 2020**. 2020c. Disponível em: <https://bityli.com/ti7z1> Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **Estatísticas**. 2020d. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/index.php/estatistica/> Acesso em: 9 jul. 2020.

CFN, Conselho Federal de Nutricionistas. **Garantir o direito à alimentação e combater a fome em tempos de coronavírus: a vida e a dignidade humana em primeiro lugar!** 2020e. Disponível em: <https://bityli.com/sYI3S> Acesso em: 10 out. 2020.

CHEN, Qiongni; LIANG, Mining; LI, Yamin; GUO, Jincai; FEI, Dongxue; WANG, Ling; HE, Li; SHENG, Caihua; CAI, Yiwen; LI, Xiaojuan. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 15-16, abr. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x).

CHEUNG, Robyn B.; AIKEN, Linda H.; CLARKE, Sean P.; SLOANE, Douglas M. Nursing care and patient outcomes: international evidence. **Enfermería Clínica**, v. 18, n. 1, p. 35-40, jan. 2008. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(08\)70691-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(08)70691-0).

CHEW, NWS; LEE, GKH; TAN, BYQ *et al.* A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. 21 abr 2020. **Brain Behav Immun**. doi:[10.1016/j.bbi.2020.04.049](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049).

CHIN, Jeong Hee; YOU, Jeong Soon; CHANG, Kyung Ja. Comparison of Role Conflict, Self-Efficacy, Job Satisfaction, and Job Involvement between Nutrition Teachers and Dietitians at School Food Service in Incheon Metropolitan City - Focusing on the Interactions between Nutrition Teachers and Dietitians. **Korean Journal of Nutrition**, v. 45, n. 1, p. 64, 2012. The Korean Nutrition Society. <http://dx.doi.org/10.4163/kjn.2012.45.1.64>.

COETZEE, Siedine Knobloch; KLOPPER, Hester C. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. **Nursing & Health Sciences**, v. 12, n. 2, p. 235-243, 19 abr. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>.

COFEN, Observatório de Enfermagem. **Profissionais infectados com Covid-19 informado pelo serviço de saúde**. 2020. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/> . Acesso em: 10 out. 2020.

COMBS, Teresa; WITTER, Jeanette M.; PAULI, Eric; DELEON, Patrick H. Meeting the Challenges of Training for Interdisciplinary Care. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 28, n. 6, p. 355-356, dez. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.001>.

CONSEA, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Agora é lei: alimentação é um direito; Consea celebra com parceiros**. 2010. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional> . Acesso em: 7 out. 2020.

COOK, Tim; KURSUMOVIC, Emira; LENNANE, Simon. Exclusive: deaths of NHS staff from covid-19 analysed. **Health Serv J**, 22 abr. 2020. Disponível em: <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article>. Acesso em: 08 set. 2020.

COOPER, Cary L; QUICK, James Campbell. The Handbook of Stress and Health. **John Wiley & Sons, Ltd. Published**, 19 abr. 2017. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118993811>.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p. 5-19, abr. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52731999000100001>

CRUB, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. **CNS FAZ RECOMENDAÇÕES AO MEC SOBRE ESTÁGIOS E PRÁTICAS NA ÁREA DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA**. Disponível em: <http://www.crub.org.br/blog/cns-faz-recomendacoes-ao-mec-sobre-estagios-e-praticas-na-area-da-saude-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 19 set. 2020.

CSA, Canadian Standards Association. **Psychological health and safety in the workplace — Prevention, promotion, and guidance to staged implementation**. Disponível em: [https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN\\_CSA-Z1003-13\\_BNQ\\_9700-803\\_2013\\_EN.pdf](https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_EN.pdf). Acesso em: 19 out. 2020.

CUCINOTTA, Domenico; VANELLI, Maurizio. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, v. 91, n. 1, p. 157-160, 19 mar. 2020. Mattioli 1885 srl. <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>.

CUNNINGHAM, Christopher J. L. Religion and Spirituality as Factors that Influence Occupational Stress and Well-Being. **Research in Occupational Stress and Well-Being**, v. 12, p. 135-172, 17 set. 2014. Emerald Group Publishing Limited. <http://dx.doi.org/10.1108/s1479-355520140000012004>.

CURSINO, Ivson Gouveia; CURSINO, Rogéria Sandra Tenório Ferro; VIEIRA, Sandra Conceição Maria. Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro do autismo em Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Society And Development**, Recife, v. 10, n. 9, p. 8059109243. 2013.

CZABAIA, Czesław; CHARZYŃSKA, Katarzyna. A Systematic Review of Mental Health Promotion in the Workplace. **Wellbeing**, p. 1-56, 29 jan. 2014. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell041>.

DAMASIO, Bruno Figueiredo; MACHADO, Wagner de Lara; SILVA, Joilson Pereira da. Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 99-105, abr. 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 23 dez. 2020.

DENNING, Max; GOH, Ee Teng; TAN, Benjamin; KANNEGANTI, Abhiram; ALMONTE, Melanie; SCOTT, Alasdair; MARTIN, Guy; CLARKE, Jonathan; SOUNDERAJAH, Viknesh; MARKAR, Sheraz. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. **Medrxiv**, 18 jul. 2020. Cold Spring Harbor Laboratory. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.07.16.20155622>.

DEVI, Sharmila. COVID-19 exacerbates violence against health workers. **The Lancet**, v. 396, n. 10252, p. 658, set. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31858-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31858-4).

DIAMOND, Megan B; WOSKIE, Liana. **COVID-19: protecting frontline healthcare workers—what lessons can we learn from Ebola?** 2020. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/25/healthcare-workforce-safety-and-ebola-in-the-context-of-covid-19/>. Acesso em: 5 out. 2020.

DIAZ-FRUTOS, D.; BACA-GARCIA, E.; GARCÍA-FONCILLAS, J.; LÓPEZ-CASTROMAN, J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. **European Journal of Cancer Care**, v. 25, n. 4, p. 608-615, 8 jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12521>.

DIENER, Ed; EMMONS, Robert A.; LARSEN, Randy J.; GRIFFIN, Sharon. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-75, fev. 1985. Informa UK Limited. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13).

DIENER, Ed; HORWITZ, Jeff; EMMONS, Robert A. Happiness of the Very Wealthy. **Social Indicators Research**, v. 16, n. 1, p. 1263-274. 1985.

DIENER, Ed; LARSEN, Randy J.; LEVINE, Steven; EMMONS, Robert A. Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 5, p. 1253-1265, 1985. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.5.1253>.

DIENER, Ed; SELIGMAN, Martin E.P. Very Happy People. **Psychological Science**, v. 13, n. 1, p. 81-84, jan. 2002. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00415>.

DODGE, Rachel; DALY, Annette P.; HUYNON, Jan; SANDERS, Lalage D. The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, v. 2, n. 3, p. 222-235, 29 set. 2012. International Journal of Wellbeing. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v2.i3.4>.

DOLAN, Paul; PEASGOOD, Tessa; WHITE, Mathew. Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. **Journal of Economic Psychology**, v. 29, n. 1, p. 94-122, fev. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>.

EPLEY, Nicholas; SCHROEDER, Juliana. Mistakenly seeking solitude. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 143, n. 5, p. 1980-1999, out. 2014. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0037323>.

FELDMAN, Oren; MEIR, Michal; SHAVIT, Danielle; IDELMAN, Ravit; SHAVIT, Itai. Exposure to a Surrogate Measure of Contamination from Simulated Patients by Emergency Department Personnel Wearing Personal Protective Equipment. **Jama**, v. 323, n. 20, p. 2091, 26 maio 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.6633>.

FERIOLI, Martina; CISTERNINO, Cecilia; LEO, Valentina; PISANI, Lara; PALANGE, Paolo; NAVA, Stefano. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. **European Respiratory Review**, v. 29, n. 155, p. 200068, 31 mar. 2020. European Respiratory Society (ERS). <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0068-2020>.

FERREIRA, Ana Veríssimo; PINTO, Maria da Conceição; NETO, Félix. **Religiosidade e bem-estar em estudantes portugueses, moçambicanos, angolanos e brasileiros**. 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63865/2/86921.pdf> . Acesso em: 8 set. 2020.

FERREIRA, Michele Cristina; COELHO, Lucíola de Castro; ASAKURA, Leiko; COHRS, Frederico Molina; SACHS, Anita; SÁVIO, Karín; AKUTSU, Rita de Cássia. Relationship Between Social and Personal Variables, Body Image, and Wellbeing at Work of Nutritionists. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 1, p. 195-205, 30 jun. 2014. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v23n1.39873>.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009. Acesso em: 15 nov. 2020. [http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/bitstream/handle/bdtse/2766/2009\\_figueiredo\\_d\\_esvendando\\_misterios\\_coeficiente.pdf?sequence=1](http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/bitstream/handle/bdtse/2766/2009_figueiredo_d_esvendando_misterios_coeficiente.pdf?sequence=1)

FLECK, Marcelo P. A.; LOUSADA, Sérgio; XAVIER, Martha; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101999000200012>.

FLECK, Marcelo P. A.; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100004>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LEAL, Ondina Fachel; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra dos; PINZON, Vanessa. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44461999000100006>

FORGEARD, Marie J. C.; SELIGMAN, Martin E. P.; JAYAWICKREME, Eranda; KERN, Margaret L. Doing the Right Thing: measuring well-being for public policy. **International Journal of Wellbeing**, v. 1, n. 1, 30 jan. 2011. International Journal of Wellbeing. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15>.

FRANCISQUINI, Patricia Dias; SOARES, Marcos Hirata; MACHADO, Fernanda Pamela; LUIS, Margarita Antonia Villar; MARTINS, Julia Trevisan. Relationship between well-being, quality of life and hope in family caregivers of schizophrenic people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 20190359, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0359>.

GAGNÉ, Marylène; SPREITZER, Gretchen M.; PORATH, Christine L. Self-Determination as a Nutrient for Thriving. **The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, And Self-Determination Theory**, p. 245-258, 8 jul. 2014. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199794911.013.016>.

GAIÃO, Ana Filipa da Cruz. **A satisfação no trabalho percebida pelo dietista/nutricionista: identidade profissional e organizacional do profissional de nutrição**. Disponível em: <https://www.iscte-iul.pt/tese/4441> . Acesso em: 10 out. 2020.

GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina M.; LURIE, Nicole. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. **Jama Internal Medicine**, v. 180, n. 6, p. 817-817, 1 jun. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>.

GALLEGOS, Danielle. Global challenges and opportunities for dietitians. **Nutrition & Dietetics**, v. 77, n. 2, p. 179-181, abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1747-0080.12614>.

GINGRAS, J; JONGE, L.-A. de; PURDY, N. Prevalence of dietitian burnout. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 23, n. 3, p. 238-243, 7 maio 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-277x.2010.01062.x>.

GOLDBERG, D. P.; HILLIER, V. F. A scaled version of the General Health Questionnaire. **Psychological Medicine**, v. 9, n. 1, p. 139-145, fev. 1979. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700021644>.

GOUVEIA, Valdiney V.; CHAVES, Sandra Souza da S.; OLIVEIRA, Isabel Cristina Possatti de; DIAS, Mardonio Rique; GOUVEIA, Rildésia S. V.; ANDRADE, Palloma R.De. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 241-248, dez. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722003000300006>.

GOUVEIA, Valdiney Veloso; FONSÊCA, Patrícia Nunes da; LINS, Samuel Lincoln Bezerra; LIMA, Aline Vieira de; GOUVEIA, Rildésia S. V. Escala de bem-estar afetivo no trabalho (Jaws): evidências de validade fatorial e consistência interna. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 3, p. 464-473, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722008000300015>.

GRAD, Frank P. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference. **International Health Conference**, New York, v. 12, n. 80, p. 981-984, 22 jul. 1946.

GUALANO, Maria Rosaria; LOMORO, Giuseppina; VOGLINO, Gianluca; BERT, Fabrizio; SILIQUINI, Roberta. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 13, p. 4779, 2 jul. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17134779>.

GUPTA, Aditya; SOLANKI, R; KOOLWAL, G; GEHLOT, Sanjay. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. **International Journal of Medical Science and Public Health**, v. 4, n. 1, p. 70, 2015. ScopeMed Publishing. <http://dx.doi.org/10.5455/ijmsph.2015.0817201416>.

HAIR, Joseph F.; BLACK, William C.; BABIN, Barry J. **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman Companhia Editora Ltd, 2009. ISBN 9788577805341.

HARPER, A; POWER, M. On behalf of the WHOQOL Group: WHOQOL user manual (Draft). OMS, Genebra, p. 88. 1988.

HARRIS, Lynette. Home-based teleworking and the employment relationship. **Personnel Review**, v. 32, n. 4, p. 422-437, ago. 2003. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/00483480310477515>.

HASLAM, S. Alexander; MCMAHON, Charlotte; CRUWYS, Tegan; HASLAM, Catherine; JETTEN, Jolanda; STEFFENS, Niklas K. Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. **Social Science & Medicine**, v. 198, p. 14-21, fev. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.020>.

HASSAN, Emmanuel *et al.* Health and wellbeing at work in the United Kingdom. **The work foundation**. Ago 2009. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Google%20Drive/Wonderful%20PHD/COVID/Artigos%20para%20a%20revis%C3%A3o/Health and wellbeing at work in the United Kingdom.pdf](file:///C:/Users/Dell/Google%20Drive/Wonderful%20PHD/COVID/Artigos%20para%20a%20revis%C3%A3o/Health%20and%20wellbeing%20at%20work%20in%20the%20United%20Kingdom.pdf)

HOFFMEISTER, Krista; GIBBONS, Alyssa; SCHWATKA, Natalie; ROSECRANCE, John. Ergonomics Climate Assessment: a measure of operational performance and employee well-being. **Applied Ergonomics**, v. 50, p. 160-169, set. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2015.03.011>.

HOLMES, Emily A; O'CONNOR, Rory C; PERRY, V Hugh; TRACEY, Irene; WESSELY, Simon; ARSENEAULT, Louise; BALLARD, Clive; CHRISTENSEN, Helen; SILVER, Roxane Cohen; EVERALL, Ian. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547-560, jun. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1).

HOPMAN, Joost; ALLEGRANZI, Benedetta; MEHTAR, Shaheen. Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. **Jama**, v. 323, n. 16, p. 1549, 28 abr. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4169>.

HUANG, J Z.; HAN, M F.; LUO, T D.; REN, A K.; ZHOU, X P. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. **Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi**. Chinese, v. 38, n. 20, p. 192-195, mar.2020 [doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063)

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, religião**. 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/137> Acesso em: 17 jul. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desemprego**. 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> . Acesso em: 12 ago. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto - PIB**. 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>. Acesso em: 17 jul. 2020.

IBRAHIM, Niama M; KHOGALI, Nadia A; MAHMOUD, Hiba; FATAHI, Hadeli. Job satisfaction of dietitians in government hospitals Khartoum State. **International Journal of Home Science**, v. 1, n. 5, p. 131-136, dez. 2018. Disponível em: <https://www.homesciencejournal.com/archives/2019/vol5issue1/PartC/5-1-26-803.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

ICRC, International Committee of the Red Cross. **The Geneva Conventions of 1949 and their Additional Protocols**. Disponível em: <https://www.icrc.org/en/doc/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/overview-geneva-conventions.htm>. Acesso em: 9 out. 2020.

JACK, A. Why the panic? South Korea's MERS response questioned. **Bmj**, v. 350, n. 2417, p. 3403, 24 jun. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h3403>.

JETTEN, Jolanda; HASLAM, Catherine; HASLAM, S Alexander. The social cure: Identity, health and well-being. *In*: JETTEN, Jolanda; HASLAM, Catherine; HASLAM, S Alexander. **The social cure: Identity, health and well-being**. New York: Psychology Press., 2012.

JETTEN, Jolanda; REICHER, S., HASLAM, A., CRUWYS, T. (2020). A social identity analysis of COVID-19. *In* JETTEN, Jolanda; REICHER, S., HASLAM, A., CRUWYS, T. (Eds.), *Together apart. The psychology of COVID-19* (pp. 20–31). London: Sage Publications.

JEYABALADEVAN, Priyanca. COVID-19: an fy1 on the frontline. **Medical Education Online**, v. 25, n. 1, p. 1759869-, 1 jan. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10872981.2020.1759869>.

JIANG, Shibo; XIA, Shuai; YING, Tianlei; LU, Lu. A novel coronavirus (2019-nCoV) causing pneumonia-associated respiratory syndrome. **Cellular & Molecular Immunology**, v. 17, n. 5, p. 554-554, 5 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41423-020-0372-4>.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> . Acesso em: 14 out. 2020.

KAUFMAN, S. Which character strengths are most predictive of well-being? Scientific American, blog, 2 out 2015. Disponível em: <https://www.creativitypost.com/article/which-character-strengths-are-most-predictive-of-well-being>

KHARSHIING, Korsi Dorene; KASHYAP, Drishtti; GUPTA, Kaveri; KHURSHEED, Masrat; SHAHNAWAZ, Mohammad Ghazi; KHAN, Neda Haseeb; UNİYAL, Ritika;



REHMAN, Usama. Quality of Life in the COVID-19 Pandemic in India: exploring the role of individual and group variables. **Community Mental Health Journal**, n. 21, p. 1-9, 21 set. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-020-00712-6>.

KING, Stephen D. W.; FITCHETT, George; BERRY, Donna L. Screening for religious/spiritual struggle in blood and marrow transplant patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 4, p. 993-1001, 11 out. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1618-1>.

KLEIN Grady; Dabney Alan. **The Cartoon Introduction to Statistics**. New York: Hill and Wang. 240 pp. 2013. ISBN 978-0809033591

KORTT, Michael A.; DOLLERY, Brian; GRANT, Bligh. Religion and Life Satisfaction Down Under. **Journal of Happiness Studies**, v. 16, n. 2, p. 277-293, 4 fev. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9509-4>.

KOWALSKI, Luiz P.; SANABRIA, Alvaro; RIDGE, John A.; NG, Wai Tong; BREE, Remco; RINALDO, Alessandra; TAKES, Robert P.; MÄKITIE, Antti A.; CARVALHO, Andre L.; BRADFORD, Carol R. COVID -19 pandemic: effects and evidence: based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. **Head & Neck**, v. 42, n. 6, p. 1259-1267, 15 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hed.26164>.

L'ABBATE, Solange. **As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. Período de 1940 a 1964**. 1988. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-109240>. Acesso em: 19 out. 2020.

LAI, Jianbo; MA, Simeng; WANG, Ying; CAI, Zhongxiang; HU, Jianbo; WEI, Ning; WU, Jiang; DU, Hui; CHEN, Tingting; LI, Ruiting. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **Jama Network Open**, v. 3, n. 3, p. 203976, 23 mar. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

LANCET, The. COVID-19 in Brazil: so what? **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461-1461, maio 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31095-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31095-3).

LECHIEN, Jerome R.; CHIESA-ESTOMBA, Carlos M.; SIATI, Daniele R. de; HOROI, Mihaela; BON, Serge D. Le; RODRIGUEZ, Alexandra; DEQUANTER, Didier; BLECIC, Serge; AFIA, Fahd El; DISTINGUIN, Lea. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter european study. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 277, n. 8, p. 2251-2261, 6 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>.

LEE, Sherman A.. Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screener for covid-19 related anxiety. **Death Studies**, v. 44, n. 7, p. 393-401, 16 abr. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.

LEONE, Eugenia Troncoso; BALTAR, Paulo. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 2, p. 233-249, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-30982008000200003>.

LEONEL, Filipe. **Fiocruz analisa condições de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente da Covid-19**. 2020. Disponível em:  
<https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-analisa-condicoes-de-trabalho-dos-profissionais-de-saude-na-linha-de-frente-da-covid> . Acesso em: 21 out. 2020.

LIKERT, Rensis. **A technique for the measurement of attitudes**. New York: Archives of Psychology, 1932. 55 p. Disponível em:  
[https://legacy.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf)

LIMA, Melina Lopes; CABRAL, Luciane Patrícia Andreani; BORDIN, Danielle; PEDROSO, Bruno; GODOY, Caio Muinos Parrode de; FADEL, Cristina Berger. Qualidade de vida entre enfermeiros e relação com o nível de complexidade do trabalho em saúde. **Revista Stricto Sensu**, v. 5, n. 1. 2020.

LINDNER, Philip; FRYKHEDEN, Ola; FORSSTRÖM, David; ANDERSSON, Erik; LJÓTSSON, Brjánn; HEDMAN, Erik; ANDERSSON, Gerhard; CARLBRING, Per. The Brunnsviken Brief Quality of Life Scale (BBQ): development and psychometric evaluation. **Cognitive Behaviour Therapy**, v. 45, n. 3, p. 182-195, 17 fev. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2016.1143526>.

LIU, Qian; LUO, Dan; HAASE, Joan e; GUO, Qiaohong; WANG, Xiao Qin; LIU, Shuo; XIA, Lin; LIU, Zhongchun; YANG, Jiong; YANG, Bing Xiang. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 6, p. 790-798, jun. 2020. Elsevier BV.  
[http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30204-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30204-7).

LOCKWOOD, Nancy R. **Leveraging Employee Engagement for Competitive Advantage: HR's Strategic Role Research SHRM**. Disponível em:  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Leveraging-Employee-Engagement-for-Competitive-%3A-HR-Lockwood-A./acc44ab3d4cb3c648cb2993fe705129984440ffe> . Acesso em: 12 nov. 2020.

LOEPPKE, Ronald; BOLDRIGHINI, Jodie; BOWE, John; BRAUN, Barbara; EGGINS, Erik; EISENBERG, Barry S.; GRUNDY, Paul; HOHN, Todd; HUDSON, T. Warner; KANNAS, John. Interaction of Health Care Worker Health and Safety and Patient Health and Safety in the US Health Care System. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 59, n. 8, p. 803-813, ago. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/jom.0000000000001100>.

LU, Wen; WANG, Hang; LIN, Yuxing; LI, Li. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112936-112936, jun. 2020. Elsevier BV.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>.

LUCAS-CARRASCO, Ramona. Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 66, n. 6, p. 508-513, out. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x>.

LUTHAR, Suniya S. Resilience in Development: a synthesis of research across five decades. **Developmental Psychopathology**, p. 739-795, 6 set. 2015. John Wiley & Sons, Inc. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>.

MAMUN, Mohammed A.; GRIFFITHS, Mark D. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: possible suicide prevention strategies. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102073, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073>.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; MARESTI, Leandro Tadeu Prazeres; OLIVEIRA, Henrique Souza Barros de. Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-10. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>.

MARASCA, C.; RUGGIERO, A.; FONTANELLA, G.; FERRILLO, M.; FABBROCINI, G.; VILLANI, A. Telemedicine and support groups could be used to improve adherence to treatment and health-related quality of life in patients affected by inflammatory skin conditions during the COVID-19 pandemic. **Clinical and Experimental Dermatology**, v. 45, n. 6, p. 749, 28 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ced.14245>.

MARCACINE, Patrícia Ribeiro; CASTRO, Sybelle de Souza; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; MEIRELLES, Maria Cristina Cortez Carneiro; HAAS, Vanderlei José; WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 749-760, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.31972016>.

MARQUIS, Marie; GAYRAUD, Hélène. Exploring Clinical Dietitians' Day-to-Day Practice Through the Critical Incident Technique. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 102, n. 10, p. 1461-1465, out. 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223\(02\)90324-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90324-x).

MCDAID, David; PARK, A-La. Investing in Wellbeing in the Workplace. **Wellbeing**, v. 5, p. 1-23, 11 fev. 2014. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell105>.

MCDONALD, Glenda; JACKSON, Debra; VICKERS, Margaret H.; WILKES, Lesley. Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. 123-131, 13 abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12293>.

MCKAY, Donna; HEISLER, Michele; MISHORI, Ranit; CATTON, Howard; KLOIBER, Otmar. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. **The Lancet**, v. 395, n. 10239, p. 1743-1745, jun. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31191-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31191-0).

MCKEE-RYAN, Frances; SONG, Zhaoli; WANBERG, Connie R.; KINICKI, Angelo J. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: a meta-analytic study. **Journal of Applied Psychology**, v. 90, n. 1, p. 53-76, 2005. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>.

MELLAN, Thomas A; HOELTGEBAUM, Henrique H; MISHRA, Swapnil; WHITTAKER, Charlie; SCHNEKENBERG, Ricardo P; GANDY, Axel *et al.* Report 21: Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil. **Imperial College Covid-19 Response Team**, Brasil, p. 1-24, 8 maio 2020

MENDONÇA, Helenides; FERREIRA, Maria Cristina; CAETANO, António; TORRES, Claudio Vaz. Cultura organizacional, coping e bem-estar subjetivo: um estudo com professores de universidades brasileiras. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 230-244, jun. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000200009&lng=pt&nrm=iso) .Acesso em 13 nov. 2020.

MEYER, Roslyn; GILROY, Rachelle; WILLIAMS, Peter. Dietitians in New South Wales: workforce trends 1984-2000. **Australian Health Review**, v. 25, n. 3, p. 122-122, 2002. CSIRO Publishing. <http://dx.doi.org/10.1071/ah020122a>.

MILLIMAN, John; CZAPLEWSKI, Andrew J.; FERGUSON, Jeffery. Workplace spirituality and employee work attitudes. **Journal of Organizational Change Management**, v. 16, n. 4, p. 426-447, ago. 2003. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/09534810310484172>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Coronavírus**. <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acessado em: 12 de outubro de 2020.

MISHRA, Prashant; BHADAURIA, Upendra Singh; DASAR, Pralhad L; KUMAR, Sandeep; LALANI, Afsheen; SARKAR, Pubali; CHAUHAN, Astha. Knowledge, attitude and anxiety towards pandemic flu a potential bio weapon among health professionals in Indore City. **Przegł Epidemiol**, Aw, v. 1, n. 70, p. 41-45, out. 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27344473/>

MO, Yuanyuan; DENG, Lan; ZHANG, Liyan; LANG, Qiuyan; LIAO, Chunyan; WANG, Nannan; QIN, Mingqin; HUANG, Huiqiao. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 5, p. 1002-1009, 20 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13014>.

MOHINDRA, Ritin; R, Ravaki; SURJ, Vikas; BHALLA, Ashish; SINGH, Shubh Mohan. Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers

managing quarantined/isolated COVID19 patients. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102084-102084, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2020.102084>.

MONTEIRO, Carlos Eduardo Bezerra; DANTAS, Francisca Moreira; CHAMY, Natháchila Corrêa Lima; GOMES, Cléber Araújo; MACIEL, Thiago dos Santos. Qualidade de Vida em professores da rede municipal de Coari no Amazonas, Brasil. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 7, p. 49825-49837, 2020. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n7-581>.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no brasil. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 1, p. 12-15, jan. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832010000100003>.

MORTENSEN, JK; NYLAND NK; FULLMER S; EGGNETT DL. Professional involvement is associated with increased job satisfaction among dietitians. **J Am Diet Assoc**. 2002; DOI: 102:1452-1454.

MOLZAHN, Anita; SKEVINGTON, Suzanne M; KALFOSS, Mary; MAKAROFF, Kara S. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. **Qual Life Res**. 2010;19(2):293–8. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9579-7>

MURPHY, Gail Tomblin; GILBERT, John Hv; RIGBY, Janet. Integrating interprofessional education with needs-based health workforce planning to strengthen health systems. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, n. 4, p. 343-346, 4 jul. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2019.1638758>.

MYERS, D G. The funds, friends, and faith of happy people. **Am Psychol**, v. 1, n. 55, p. 56-67, jan. 2000. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.56>.

NAJJAR, Nadine; DAVIS, Louanne W.; BECK-COON, Kathleen; DOEBBELING, Caroline Carney. Compassion Fatigue. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 2, p. 267-277, mar. 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105308100211>.

NETWORK, Medical Device. **Lack of PPE led to frontline healthcare worker deaths due to Covid-19**. Disponível em: <https://www.medicaldevice-network.com/comment/healthcare-worker-deaths-covid-19/> . Acesso em: 16 set. 2020.

NGAMABA, Kayonda Hubert; PANAGIOTI, Maria; ARMITAGE, Christopher J. Income inequality and subjective well-being: a systematic review and meta-analysis. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 3, p. 577-596, 24 out. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1719-x>.

NGUYEN, Long H; A DREW, David; GRAHAM, Marks; JOSHI, Amit D; GUO, Chuan-Guo; MA, Wenjie; MEHTA, Raaj s; WARNER, Erica T; SIKAVI, Daniel R; LO, Chun-Han. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 9, p. 475-483, set. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30164-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30164-x).

OECD, Organization for Economic Co-Operation And Development. OECD Framework for Statistics on the Distribution of Household Income, Consumption and Wealth. **OECD Publishing**, p. 25-38, 12 jun. 2013. OECD. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194830-en>.

OH, Sang-Hwa; LEE, Seo Yoon; HAN, Changhyun. The Effects of Social Media Use on Preventive Behaviors during Infectious Disease Outbreaks: the mediating role of self-relevant emotions and public risk perception. **Health Communication**, p. 1-10, 16 fev. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2020.1724639>.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de; GARCIA, Átala Lotti; GOMES, Maria José; BITTAR, Telmo Oliveira; PEREIRA, Antonio Carlos. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 741-747, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300021>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Constitution of the World Health Organization, 1948. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Acesso em: 3 nov. 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Global Patient Safety Collaborative**. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/partnerships/GPS-collaborative/en/>. Acesso em: 10 set. 2020a.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Global strategy on diet, physical activity and health**. 2004. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf). Acesso em: 9 ago. 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone**. 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/171823/WHO\\_EVD\\_SDS\\_REPORT\\_2015.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/171823/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 25 set. 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages**. 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages). Acesso em: 6 out. 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Mental health: strengthening our response**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 3 nov. 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas**. 2020.

Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812) . Acesso em: 17 out. 2020.

OPOKU-BOATENG, Yaw Nyarko; KRETCHY, Irene A.; ARYEETAY, Genevieve Cecilia; DWOMOH, Duah; DECKER, Sybil; AGYEMANG, Samuel Agyei; TOZAN, Yesim; AIKINS, Moses; NONVIGNON, Justice. Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 2, p. 697, nov. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2642-0>.

ORLEY, John H; KUYKEN, Willem. Quality of life assessment: international perspectives: proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation. Paris: Ipsen, 1993.

OSLAND, E. J. An investigation into the Professional Quality of Life of dietitians working in acute care caseloads: are we doing enough to look after our own? **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 28, n. 5, p. 493-501, 1 ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jhn.12260>.

OUSLANDER, Joseph G. Coronavirus Disease19 in Geriatrics and Long-Term Care: an update. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 5, p. 918-921, 16 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16464>.

PAIVA, Liliane Maria Abreu; GANDOLFI, Lenora; PRATESI, Riccardo; UENISHI, Rosa Harumi; ZANDONADI, Renata Puppini; NAKANO, Eduardo Yoshio; PRATESI, Claudia B. Measuring Quality of Life in Parents or Caregivers of Children and Adolescents with Celiac Disease: development and content validation of the questionnaire. **Nutrients**, v. 11, n. 10, p. 2302-2302, 27 set. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu11102302>.

PARK, Taehwan; JU, Ilwoo; OHS, Jennifer E.; HINSLEY, Amber. Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.004>.

PATERSON, Ted A.; LUTHANS, Fred; JEUNG, Wonho. Thriving at work: impact of psychological capital and supervisor support. **Journal of Organizational Behavior**, v. 35, n. 3, p. 434-446, 14 nov. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/job.1907>.

PAZ, Maria das Graças Torres da; GOSENDO, Eliana Elisabete Moreira; DESSEN, Marina Campos; MOURÃO, Roberta Guiedeville Vita. Justiça organizacional e bem-

estar pessoal nas organizações. **Estudos**, Goiânia, v. 36, n. 1/2, p. 95-115, fev. 2009.

PEREIRA NETO, A. Identidades profissionais médicas em disputa: congresso nacional dos práticos. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 399-409, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200010>

PFEFFERBAUM, Betty; NORTH, Carol S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 383, n. 6, p. 510-512, 6 ago. 2020. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp2008017>.

PLESS, A.M.; WOLMAN, P.G.; STALLINGS, S.F.; GOODNER, C.H. Job Satisfaction of South Carolina Dietitians. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 98, n. 9, p. 26-26, set. 1998. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223\(98\)00394-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223(98)00394-0).

POSTMES, Tom; BARAY, Gamze; HASLAM, S. Alexander; MORTON, Thomas A.; SWAAB, Roderick I. The Dynamics of Personal and Social Identity Formation. **Individuality and the Group: Advances in Social Identity**, p. 215-236, 2006. SAGE Publications Ltd. <http://dx.doi.org/10.4135/9781446211946.n12>.

POSTMES, Tom; BARAY, Gamze; HASLAM, S. Alexander; MORTON, Thomas A.; SWAAB, Roderick I. The Dynamics of Personal and Social Identity Formation. **Individuality and The Group: Advances in Social Identity**, p. 215-236, jan. 2006. SAGE Publications Ltd. <http://dx.doi.org/10.4135/9781446211946.n12>.

PRADO, Shirley Donizete. Autonomia: tentadora e reificada. Estudo sobre os nutricionistas dos centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. 146. 1993.

PRIOR, Ryan. **Yale's massively popular 'happiness' course is available free online**. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2020/03/23/health/yale-happiness-course-wellness/index.html>. Acesso em: 1 nov. 2020.

RASMUSSEN N, NORHOLM V, BECH P. The internal and external validity of the Psychological General Well-Being Schedule (PGWB). **QoL Newsletter**. V. 22 p. 7. 1999.

RATH, T.; HARTER, J. **Wellbeing: The five essential elements**. Gallup Press. 2010.

REAL, Helena; BENTO, Alexandra; GRAÇA, Pedro. A profissão do nutricionista em Portugal: evolução e regulamentação profissional. **Nutricias**, Portugal, v. 11, p. 12-19, jan. 2011. Disponível em [https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=46842](https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=46842). Acesso em 14 out. 2020.

REAL, Helena; CRAVEIRO, Célia. Passado, Presente e Perspectivas Futuras da Profissão de Nutricionista em Portugal. **Nutricias**, Porto, n. 21, p. 20-23, jun. 2014.



Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-72302014000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302014000200004&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 13 out. 2020.

REAL, Helena; M., Helena ÁVILA. Thirty Years of the Portuguese Association of Nutritionists: An Historical Profile and Memories. **Nutricias**, Porto, n. 15, p. 45-52, dez. 2012. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-72302012000400011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000400011&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 11 nov. 2020.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; OLIVEIRA, Graziella Lage; SILVA, Luiz Sergio; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 25. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013920>.

RICH, Katherine; MURRAY, Kristen; SMITH, Holly; JELBART, Ned. Interprofessional practice in health: a qualitative study in psychologists, exercise physiologists, and dietitians. **Journal of Interprofessional Care**, p. 1-9, 25 ago. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2020.1803226>.

ROSSI, Rodolfo; SOCCI, Valentina; PACITTI, Francesca; LORENZO, Giorgio di; MARCO, Antinisca di; SIRACUSANO, Alberto; ROSSI, Alessandro. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. **Jama Network Open**, v. 3, n. 5, p. 2010185, 28 maio 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>.

ROY, Deblina; TRIPATHY, Sarvodaya; KAR, Sujita Kumar; SHARMA, Nivedita; VERMA, Sudhir Kumar; KAUSHAL, Vikas. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102083, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>.

RYFF, Carol D.; HEIDRICH, Susan M. Experience and Well-being: explorations on domains of life and how they matter. **International Journal of Behavioral Development**, v. 20, n. 2, p. 193-206, fev. 1997. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1080/016502597385289>.

SAMLANI, Zouhour; LEMFADLI, Yassine; ERRAMI, Adil Ait; OUBAHA, Sofia; KRATI, Khadija. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Well-Being in Morocco. **Preprints**, 24 jun. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.20944/preprints202006.0287.v1>.

SAMPAIO, Cynthia Lima; ALMEIDA, Paulo César de; SOUZA, Ângela Maria Alves e; NERI, Maria Fabiana de Sena; SILVA, Leonardo Alexandrino da; CAETANO, Joselany Áfio. Differences between quality of life and occupational coping of tenured and outsourced nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 73, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0462>.

SANGHAVI, Pooja B; YEUNG, Karla Au; SOSA, Carmela E; VEESENMEYER, Angela F; LIMON, Jolie A; VIJAYAN, Vini. Effect of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on Pediatric Resident Well-Being. **Journal of Medical Education and Curricular Development**. V. 7, p. 1-5, 30 jul. 2020. <https://doi.org/10.1177/2382120520947062>

SANI, Fabio; BENNETT, Mark. Children's inclusion of the group in the self: evidence from a self-ingroup confusion paradigm. **Developmental Psychology**, v. 45, n. 2, p. 503-510. 2009. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0014167>.

SANT'ANA, Geisa *et al.* Infection and death in healthcare workers due to COVID-19: a systematic review. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 33, 28 ago, 2020 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002020000100601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100601&lng=en&nrm=iso) Acessado em 18 Nov. 2020. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0107>

SANTANA, José Paranaguá de; GIRARDI, Sabado Nicolau. Health manpower: Today challenge. **Educación Médica y Salud**, Washington DC, v. 3, n. 27, p. 341-356, set. 1993.

SANTOS, Israel Bispo dos; MARQUES, Jair Mendes; BERBERIAN, Ana Paula; MASSI, Giselle Aparecida de Athayde; TONOCCHI, Rita de Cássia; GUARINELLO, Ana Cristina. Qualidade de vida de surdos usuários de libras no sul do Brasil. **Portal Regional da BVS**, v. 2, n. 13, p. 295-307, jun. 2020.

SANTOS, S.M.C. Nutricionista e sociedade brasileira: elementos para abordagem histórico-social da profissão. Salvador, 1988. 240p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, 1988.

SARRIERA, Jorge Castella; CÂMARA, Sheila; BERLIM. Bem-Estar Psicológico: Análise Fatorial da Escala Golberg (Ghq-12), Numa Amostra de Jovens. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 9, n. 2, p. 293-306, jan. 1996.

SATICI, Begum; SARICALI, Mehmet; SATICI, Seydi Ahmet; GRIFFITHS, Mark D. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: serial mediation by rumination and fear of covid-19. **International Journal of Mental Health and Addiction**, p. 1-12, 15 maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>.

SAUER, Kevin; CANTER, Deborah; SHANKLIN, Carol. Job Satisfaction of Dietitians with Management Responsibilities: an exploratory study supporting ada's research priorities. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 110, n. 10, p. 1432-1440, out. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2010.08.024>.

SCHNEIDER, E.; SASTRE, L. Registered Dietitian Nutritionists (RDNs) Perceptions, Experiences and Job Satisfaction in Primary Care Settings. **Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 119, n. 9, p. 75, set. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2019.06.219>.

SCHUCH, Matheus. Bolsonaro critica OMS e diz que entidade “não acerta nada”. **Valor Investe**, Brasília, 18 abr. 2020. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2020/06/18/bolsonaro-critica-oms-e-diz-que-entidade-no-acertada.ghhtml>. Acesso em: 1 jul. 2020.

SCHULTE, Paul A.; GUERIN, Rebecca J.; SCHILL, Anita L.; BHATTACHARYA, Anasua; CUNNINGHAM, Thomas R.; PANDALAI, Sudha P.; EGGERTH, Donald; STEPHENSON, Carol M. Considerations for Incorporating “Well-Being” in Public Policy for Workers and Workplaces. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 8, p. 31-44, ago. 2015. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2015.302616>.

SCHWARTZ, Barry; WARD, Andrew; MONTEROSSO, John; LYUBOMIRSKY, Sonja; WHITE, Katherine; LEHMAN, Darrin R. Maximizing versus satisficing: happiness is a matter of choice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 83, n. 5, p. 1178-1197, 2002.

SEBRAE. **7% dos bares e restaurantes fecharam devido à pandemia**. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-08/sebrae-7-dos-bares-e-restaurantes-fecharam-devido-pandemia>. Acesso em: 01 set. 2020.

SEDIKIDES, Constantine. Why Does Religiosity Persist? **Personality and Social Psychology Review**, v. 14, n. 1, p. 3-6, 23 dez. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868309352323>.

SELIGMAN, M. P. **Flourish: A New Understanding of Happiness and Well-Being – and How to Achieve Them**. London: Nicholas Brealey. 2011.

SHALASH, Ali; ROUSHDY, Tamer; ESSAM, Mohamed; FATHY, Mai; DAWOOD, Noha L.; ABUSHADY, Eman M.; ELRASSAS, Hanan; HELMI, Asmaa; HAMID, Eman. Mental Health, Physical Activity, and Quality of Life in Parkinson's Disease During COVID -19 Pandemic. **Movement Disorders**, v. 35, n. 7, p. 1097-1099, 7 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/mds.28134>.

SHARPE, D., CURRAN, V. Professional socialisation and interprofessional education. **Sociology of interprofessional health care practice: Critical reflections and concrete solutions**, p. 69–85, 2011.

SHAW, Alexandra; FLOTT, Kelsey; FONTANA, Gianluca; DURKIN, Mike; DARZI, Ara. No patient safety without health worker safety. **The Lancet**, set. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31949-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31949-8).

SHIMIZU, Kazuki. 2019-nCoV, fake news, and racism. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 685-686, fev. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30357-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30357-3).

SHRM. **2015 Employee Job Satisfaction and Engagement: Optimizing Organizational Culture for Success**. 2015. Disponível em: <https://www.shrm.org/hr-today/trends-and-forecasting/research-and-surveys/pages/job-satisfaction-and-engagement-report-optimizing-organizational-culture-for-success.aspx> . Acesso em: 6 nov. 2020.

SHULTZ, James M.; BAINGANA, Florence; NERIA, Yuval. The 2014 Ebola Outbreak and Mental Health. **Jama**, v. 313, n. 6, p. 567, 10 fev. 2015. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.17934>.

SIDOR, Aleksandra; RZYMSKI, Piotr. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: experience from poland. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1657, 3 jun. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu12061657>.

SILVA, Bhárbara; ZICA, Matheus; BARBOSA, Thaizi; QUARESMA, Fernando; SONATI, Jaqueline; MACIEL, Erika. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E CRONOTIPO EM GRUPO DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO BRASIL. **Revista Uiips**, v. 4, n. 2, p. 103-113, fev. 2016.

SILVA, Karla Gualberto, MEDEIROS, Célia Regina da Silva; Soares, Samira Silva Santos; SANTOS, Denise Consuello Araújo dos; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; FARIAS, Sheila Nascimento Pereira de. Associação entre dados sociodemográficos e domínios da qualidade de vida em profissionais de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 21, p 43453. 2020

SIM, Kang; CHONG, Phui Nah; CHAN, Yiong Huak; SOON, Winnie Shok Wen. Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Psychiatric and Posttraumatic Morbidities and Coping Responses in Medical Staff Within a Primary Health Care Setting in Singapore. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 8, p. 1120-1127, 15 ago. 2004. Physicians Postgraduate Press, Inc. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v65n0815>.

SIMESP, Sindicato dos Médicos de São Paulo. **Memorial aos médicos vítimas de Covid-19**. Disponível em: <https://simesp.org.br/noticiassimesp/memorial-aos-medicos-vitimas-de-covid-19/> . Acesso em: 5 set. 2020.

SINGH, Garima; DUBEY, Anubhuti. Mental Health and Well-Being of Caregivers: A Review of the Literature. **The International Journal of Indian Psychology**, v. 3, p. 98-105, jul. 2016.

SKEVINGTON, S.M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. a report from the whoqol group. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 299-310, mar. 2004. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00>.

SOUSA, Jiliélisson Oliveira de; DANTAS, Raquel Andrade; ALENCAR, Bárbara Mayã Austregésilo de; CAVALCANTI, José Rodolfo Lopes de Paiva; OLIVEIRA,

Lucidio Clebeson de; FREIRE, Marco Aurélio de Moura. Análise da qualidade de vida em médicos que trabalham em centro cirúrgico na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 10, n. 3, p. 22-29, 15 jun. 2020. *Revista Ciências em Saúde*. <http://dx.doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.899>.

SOUSA, Luiz Vinicius de Alcantara; MACIEL, Erika da Silva; QUARESMA, Fernando Rodrigues Peixoto; PAIVA, Laércio da Silva; FONSECA, Fernando Luiz Affonso; ADAMI, Fernando. Descriptions of Perceived Quality of Life of Residents from a Quilombo in North Brazil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 2, p. 199-199, 26 jun. 2018. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147239>.

SOUZA, Eloyisa Almeida de; RAMOS, Bianca Dantas dos Santos; SILVA, Lucivana Quézia Mergulhão da. Espiritualidade, coping religioso espiritual e qualidade de vida em pacientes no serviço de oncologia em um hospital público de referência no nordeste do Brasil. **Repositório Institucional da Faculdade Pernambucana**, Pernambuco. 2019.

SOUZA, Liv Katyuska de Carvalho Sampaio de; CAMPOS, Flávia Milagres; KRAEMER, Fabiana Bom; MACHADO, Paula Aballo Nunes; CARVALHO, Maria Cláudia Veiga Soares; PRADO, Shirley Donizete. GÊNERO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, 30 ago. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2016.23426>.

STACEY, Gemma. The place of person-centred care in an international response to the Covid-19 pandemic. **International Practice Development Journal**, v. 10, n. 1, p. 1-2, 13 maio 2020. Foundation of Nursing Studies. <http://dx.doi.org/10.19043/ipdj.101.001>.

STANSFELD, Stephen A.; SHIPLEY, Martin J.; HEAD, Jenny; FUHRER, Rebecca; KIVIMAKI, Mika. Work Characteristics and Personal Social Support as Determinants of Subjective Well-Being. **Plos One**, v. 8, n. 11, p. 81115-81115, 19 nov. 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0081115>.

STEELE, Eurídice Martínez; RAUBER, Fernanda; COSTA, Caroline dos Santos; LEITE, Maria Alvim; GABE, Kamila Tiemann; LOUZADA, Maria Laura da Costa; LEVY, Renata Bertazzi; MONTEIRO, Carlos Augusto. Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 91, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100266&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100266&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 7 nov. 2020. Epub Sep 04, 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002950>.

STELNICKI, Andrea M.; CARLETON, R. Nicholas; REICHERT, Carol. Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 0, n. 0, p. 1-3, 9 jun 2020. <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>

STEVENSON, Clifford; COSTA, Sebastiano; WAKEFIELD, Juliet R.H.; KELLEZI, Blerina; STACK, Rebecca J. Family identification facilitates coping with financial stress: a social identity approach to family financial resilience. **Journal of Economic Psychology**, v. 78, p. 102271-102271, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2020.102271>.

STOJANOV, Jelena; MALOBABIC, Marina; STANOJEVIC, Goran; STEVIC, Milos; MILOSEVIC, Vuk; STOJANOV, Aleksandar. Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. **International Journal of Social Psychiatry**, p. 002076402094280, 16 jul. 2020. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020942800>.

STREINER, David L. Being Inconsistent about Consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, v. 80, n. 3, p. 217-222, jun. 2003. Informa UK Limited. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa8003\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa8003_01)

SURYAVANSHI, Nishi; KADAM, Abhay; DHUMAL, Gauri; NIMKAR, Smita; MAVE, Vidya; GUPTA, Amita; COX, Samyra R.; GUPTE, Nikhil. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. **Brain and Behavior**, p. 01837, 11 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.1837>.

SZABO, S. (on behalf of the WHOQOL Group). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. **Quality of life and pharmacoconomics in Clinical Trials**. Second Edition, Philadelphia, p. 355-362. 1996.

TEOTÔNIO, Isabella; HECHT, Mariana; CASTRO, Luiz Claudio; GANDOLFI, Lenora; PRATESI, Riccardo; NAKANO, Eduardo Y.; ZANDONADI, Renata Puppini; PRATESI, Claudia B. Repercussion of COVID-19 Pandemic on Brazilians' Quality of Life: A Nationwide Cross-Sectional Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 18 nov. 2020, 17(22), 8554; <https://doi.org/10.3390/ijerph17228554>

TONG, Jane Y.; WONG, Amanda; ZHU, Daniel; FASTENBERG, Judd H.; THAM, Tristan. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: a systematic review and meta-analysis. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 163, n. 1, p. 3-11, 5 maio 2020. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599820926473>.

TRZIMAJEWSKI, Lara Tubino; PEREIRA, Adriana Dall'Asta; SANTINI, Regina Gema; ZAMBERLAN, Claudia. Avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 4289108168-4289108168, 3 out. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8168>.

VAGETTI, Gislaine Cristina; GOMES, Fabio Ricardo Hilgenberg; SILVA, Michael Pereira da; GASPAROTTO, Guilherme da Silva; OLIVEIRA, Valdomiro de; CAMPOS, Wagner de. Associação entre aptidão funcional e qualidade de vida de idosos participantes de um programa de atividade física de Curitiba, Brasil. **Journal**

of **Physical Education**, v. 31, n. 1, 31 mar. 2020. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v31i1.3115>.

VANDERWEELE, Tyler J. On the promotion of human flourishing. **Proceedings of The National Academy of Sciences**, v. 114, n. 31, p. 8148-8156, 13 jul. 2017. Proceedings of the National Academy of Sciences. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1702996114>.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Os Arquivos Brasileiros de Nutrição: uma revisão sobre produção científica em nutrição no Brasil (1944 a 1968). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 303-316, abr. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1999000200015>.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 127-138, ago. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732002000200001>.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 6, p. 935-945, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732010000600001>.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; BATISTA FILHO, Malaquias. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 81-90, jan. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000100012>.

VIANA, Solange Veloso. **Nutrição, trabalho e sociedade**. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 174 p. ISBN 8527103389.

VIEIRA, Adriane; GOMES, Gisele de Cássia; MOREIRA, Lorrana Risi; DECONTO, João Antônio. A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 3, p. 371-383, 20 dez. 2019. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v8i3.14419>.

VIÑAS-BARDOLET, Clara; GUILLEN-ROYO, Monica; TORRENT-SELLENS, Joan. Job Characteristics and Life Satisfaction in the EU: a domains-of-life approach. **Applied Research in Quality of Life**, v. 15, n. 4, p. 1069-1098, 21 mar. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11482-019-09720-5>.

WADDELL, G.; BURTON, A. K. Is Work Good for Your Wellbeing. London: Stationery Office. 2006.

WANG, Cuiyan; PAN, Riyu; WAN, Xiaoyang; TAN, Yilin; XU, Linkang; HO, Cyrus S.; HO, Roger C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research**

**and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 6 mar. 2020.  
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

WANG, Xiuqiang; LEI, Si Man; LE, Shenglong; YANG, Yanxiang; ZHANG, Boyi; YAO, Wu; GAO, Zan; CHENG, Sulin. Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 5575, 2 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155575>.

WANG, Yenan; DI, Yu; YE, Junjie; WEI, Wenbin. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. **Psychology, Health & Medicine**, 30 mar. 2020. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>.

WENHAM, Clare; LOTTA, Gabriela; PIMENTA, Denise. **Mosquitoes and Covid-19 are a ticking time bomb for Latin America**. Disponível em: <https://blogs.lse.ac.uk/latamcaribbean/2020/03/31/mosquitoes-and-covid-19-are-a-ticking-time-bomb-for-latin-america/> . Acesso em: 19 set. 2020.

WERNEKE, U.; GOLDBERG, D. P.; YALCIN, I.; ÜSTÜN, B. T. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 4, p. 823-829, jul. 2000. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291799002287>.

WHOQOL, The Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, maio 1998. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291798006667>.

WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). **Quality Life Research**, v. 2, n. 2, p. 153-159. 1993

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 41-60, nov. 1994.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, jun. 1998. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4).

WHOQOL. **World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF)** - Seattle Quality of Life Group - Measure and Improve Health Disparities in



Children, Adolescents, Adults from Stigmatized Populations. Disponível em: <https://depts.washington.edu/seaqol/WHOQOL-BREF> . Acesso em: 4 set. 2020.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, (editors). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heigelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** 41, 1403, 1995.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**. 46(12), 1569–1585, 1998. (in the press).

WIENER, Lori; KAZAK, Anne E.; NOLL, Robert B.; PATENAUDE, Andrea Farkas; KUPST, Mary Jo. Interdisciplinary Collaboration in Standards of Psychosocial Care. **Pediatric Blood & Cancer**, v. 62, n. 5, p. 425-425, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.25718>.

WILCOX, William Bradford. **Why marriage matters**: Thirty conclusions from the social sciences. 3a. ed. New York: Institute for American Values, 2011. 48 p. ISBN 9781931764247. Disponível em: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/64484987/files/uploaded/Why-Marriage-Matters-Third-Edition-FINAL.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2020.

WONG, Tai W.; YAU, Josephine K.y.; CHAN, Cecilia L.W.; KWONG, Rosalie S.y.; HO, Samuel M.y.; LAU, Chor C.; LAU, Fei L.; LIT, Chau H. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 12, n. 1, p. 13-18, fev. 2005. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00063110-200502000-00005>.

WU, Albert W.; BUCKLE, Peter; HAUT, Elliott R.; BELLANDI, Tomasso; KOIZUMI, Shunzo; MAIR, Alpana; ØVRETVEIT, John; POWER, Chris; SAX, Hugo; THOMAS, Eric J. Supporting the Emotional Well-being of Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Patient Safety and Risk Management**, v. 25, n. 3, p. 93-96, jun. 2020. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2516043520931971>.

XIANG, Boqi; LI, Peining; YANG, Xinhui; ZHONG, Shuyi; MANYANDE, Anne; FENG, Maohui. The impact of novel coronavirus SARS-CoV-2 among healthcare workers in hospitals: an aerial overview. **American Journal of Infection Control**, v. 48, n. 8, p. 915-917, ago. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2020.05.020>.

XU, Zhou; LI, Shu; TIAN, Shen; LI, Hao; KONG, Ling-Quan. Full spectrum of COVID-19 severity still being depicted. **The Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 947-948, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30308-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30308-1).

YANG, Yuan; LI, Wen; ZHANG, Qinge; ZHANG, Ling; CHEUNG, Teris; XIANG, Yu-Tao. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 19, abr. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30079-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1).

YPIRANGA, L., GIL, M.F. **Formação profissional do nutricionista: por que mudar?** In: Seminário nacional sobre ensino de nutrição. Goiânia: FEBRAN, 1989. p.19-36.

ZHANG, Stephen X; WANG, Yifei; RAUCH, Andreas; WEI, Feng. Health, Distress and Life Satisfaction of People in China One Month into the COVID-19 Outbreak. **Ssrn Electronic Journal**, [S.L.]. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3555216>.

ZHANG, Yingfei; MA, Zheng Feei. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, p. 2381-2381, 31 mar. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17072381>.

ZIMPEL, Rogério R.; PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R.; FLECK, Marcelo P.; ROCHA, Neusa S. da. Psychometric properties of the WHOQOL-SRPB BREF, Brazilian Portuguese version. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 411-418, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0083>.

ZUCCHI, Eliana Miura; BARROS, Claudia Renata dos Santos; REDOSCHI, Bruna Robba Lara; DEUS, Luiz Fabio Alves de; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 00064618, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00064618>.

ZUCKERMAN, Phil. Atheism: contemporary numbers and patterns. **The Cambridge Companion to Atheism**, p. 47-66, 30 out. 2006. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/ccol0521842700.004>.

## **8. APÊNDICES**

### **8.1. APÊNDICE 1 – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa de avaliação de Bem-estar e qualidade de vida de nutricionistas brasileiros". O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que será mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a) e o (a) senhor(a) poderá se recusar a responder o questionário a qualquer momento, caso não se sinta confortável com o teor das perguntas.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o bem-estar no trabalho e a qualidade de vida de nutricionistas brasileiros antes e durante a pandemia da COVID19. Tal instrumento servirá para investigar o Bem-estar no cotidiano do trabalho e a qualidade de vida dos nutricionistas. Os resultados permitirão a formulação e melhoria de políticas e práticas sobre o que influencia o seu bem-estar e qualidade de vida para verificação posterior das similaridades e diferenças antes e durante a pandemia. Além de possibilitar uma produção científica que influencie os estudos no Brasil sobre a formação acadêmica dos nutricionistas.

O tempo estimado é de 10 minutos para o preenchimento do instrumento. Os riscos decorrentes da sua participação na investigação são o da emoção em responder acerca de sua carreira e do seu trabalho. Caso se sinta desconfortável, isso pode ser expresso livremente por e-mail, e será feito todo o possível para que o desconforto seja minimizado. Ao aceitar participar, contribuirá para a construção de um instrumento que indicará, a partir dos resultados internos, quais os pontos a serem trabalhados por entidades de classe, entidades formadoras, organizações de trabalho e pelo próprio profissional para melhorar a percepção de bem-estar no trabalho. Todos os dados serão mantidos em sigilo e tratados de forma agrupada, sem qualquer identificação individual.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (54822316.1.00000030). Caso concorde em participar, pedimos que confirme no próximo campo.

## 8.2. APÊNDICE 2 – Variáveis demográficas - Instrumento

Por favor complete o questionário com estes dados, com a garantia de que nenhuma destas informações será utilizada para identificar qualquer participante da investigação.

1. Sexo Biológico
2. Idade
3. Estado civil
4. Qual o estado brasileiro de residência atual?
5. Qual a sua religião?
6. Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo você?
7. Qual a sua renda familiar?
8. Você tem filhos?
9. Qual o seu nível educacional?
10. Qual a sua área de atuação? (você pode marcar mais de uma opção)
11. Em quantos locais você exerce atividade como Nutricionista?
12. Há quanto tempo terminou sua graduação em nutrição?
13. Em que tipo de instituição cursou sua graduação em nutrição?
14. Você continua trabalhando no período da pandemia da COVID-19?
15. Você testou positivo para a COVID-19?
16. Alguma pessoa da sua família testou positivo para a COVID-19?

### **8.3. APÊNDICE 3 – Questionário de Avaliação do Bem-Estar do Nutricionista no Trabalho Antes e Durante a Pandemia de COVID-19**

A seção seguinte destina-se a recolher dados dos participantes da investigação, com a finalidade de permitir a análise de tendências de respostas em função de características pessoais e do trabalho.

Este instrumento pretende avaliar o seu nível de bem-estar no exercício da profissão de Nutricionista. Para tanto, você deve avaliar cada uma das afirmativas abaixo, preenchendo os espaços em branco conforme os códigos seguintes:

Nunca (0); Raramente (1); Às Vezes (2); Frequentemente (3); Sempre (4)

1. O trabalho como Nutricionista é importante para mim
2. Percebo que minha profissão é valorizada onde trabalho
3. Considero que exerço um trabalho importante para a sociedade
4. Sou recompensado(a) por minha competência como Nutricionista
5. Sou admirado(a) por meus colegas pelo trabalho que faço
6. Tenho liberdade para executar minhas atividades com meu estilo pessoal
7. Tenho a infraestrutura material necessária para a execução do meu trabalho
8. Tenho a possibilidade de me desenvolver profissionalmente
9. Sinto-me realizado(a) profissionalmente
10. Sinto-me seguro(a) com a possibilidade de continuar trabalhando como Nutricionista
11. Tenho um bom suporte tecnológico para executar o meu trabalho
12. As relações sociais com meus colegas influenciam positivamente o meu trabalho
13. Sinto-me bem com o relacionamento com meus chefes
14. Sinto-me bem com o relacionamento com meus subordinados

15. Considero justo o salário que recebo
16. Tenho orgulho de pertencer à categoria profissional de Nutricionista
17. Sinto-me bem trabalhando como Nutricionista.
18. Sou admirado pela sociedade/clientes pelo trabalho que faço
19. Considero meu trabalho criativo e estimulante
20. Quero permanecer sempre trabalhando como Nutricionista
21. Considero que as tarefas que executo para atender meus clientes são importantes para a qualidade de vida deles
22. Sinto-me estimulado(a) a estar sempre atualizado(a)
23. Considero que os avanços da ciência da nutrição melhoram o meu desempenho profissional
24. Considero que as novas tecnologias criadas melhoram meu desempenho profissional
25. Considero minha carga horária de trabalho adequada

#### **8.4. APÊNDICE 4 - Artigo publicado no International Journal of Environmental Research and Public Health**

Título do artigo:

*Wellbeing at Work before and during the SARS-COV-2 Pandemic: A Brazilian Nationwide Study among Dietitians.*

Periódico:

*International Journal of Environmental Research and Public Health* (ISSN 1660-4601; CODEN: IJERGQ; ISSN 1661-7827 for printed edition) (<https://www.mdpi.com/journal/ijerph>)

Received: 6 July 2020 / Revised: 27 July 2020 / Accepted: 28 July 2020 / Published: 31 July 2020

Ano: 2020; Volume: 17, Página inicial: 5541

DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155541>

Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5541/htm>

Article

# Wellbeing at Work before and during the SARS-COV-2 Pandemic: A Brazilian Nationwide Study among Dietitians

Raquel Adjafre da Costa Matos <sup>1</sup>, Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu <sup>1</sup>,  
 Renata Puppim Zandonadi <sup>1</sup>, Ada Rocha <sup>2</sup> and Raquel Braz Assunção Botelho <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Nutrition, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília 70910-900, Brazil; raquel.adjafre@gmail.com (R.A.d.C.M.); rita.akutsu@gmail.com (R.d.C.C.d.A.A.); renatapz@yahoo.com.br (R.P.Z.)

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, University of Porto, 4200-464 Porto, Portugal; adarocha@fcna.up.pt

\* Correspondence: raquelbabotelho@gmail.com

Received: 6 July 2020; Accepted: 28 July 2020; Published: 31 July 2020



**Abstract:** This study aimed to evaluate the perceptions of dietitians' wellbeing at work before and during the SARS-COV-2 pandemic in Brazil. This cross-sectional study was performed using a previously validated instrument to investigate the wellbeing of dietitians at work in Brazil. The questionnaire on the wellbeing of dietitians was composed of 25 items (with a 5-point scale), characteristics, and questions about the SARS-COV-2 period. The application was carried out with GoogleForms<sup>®</sup> tool from 26 May to 7 June 2020. The weblink to access the research was sent via email, messaging apps, and social networks. Volunteers were recruited nationwide with the help of the Brazilian Dietitians Councils, support groups, as well as media outreach to reach as many dietitians as possible. Volunteers received, along with the research link, the invitation to participate, as well as the consent form. A representative sample of 1359 dietitians from all the Brazilian regions answered the questionnaire—mostly female (92.5%), Catholic (52.9%), from 25 to 39 years old (58.4%), with a partner (63.8%), and with no children (58%). Most of the participants continue working during the pandemic period (83.8%), but they did not have SARS-COV-2 (96%), nor did their family members (80.7%). The wellbeing at work before SARS-COV-2 was  $3.88 \pm 0.71$ , statistically different ( $p < 0.05$ ) from during the pandemic, with the wellbeing of  $3.71 \pm 0.78$ . Wellbeing at work was higher before the pandemic for all the analyzed variables. Analyzing variables separately before and during the pandemic, dietitians with partners, children and a Ph.D. presented higher scores for wellbeing at work. Professionals receiving more than five times the minimum wage have higher scores. During the pandemic, better wellbeing was observed for dietitians working remotely.

**Keywords:** SARS-COV-2; dietitians; pandemic; wellbeing at work

## 1. Introduction

The world is facing the unexpected SARS-COV-2 pandemic with several consequences for economic, social, mental, environmental, and health aspects. The SARS-COV-2 brought not only the risk of death from the viral infection but also unbearable psychological pressure on people in the world [1]. According to the World of Health Organization (WHO), until June 7, 2020, 6,799,713 cases of SARS-COV-2 were registered and there have been 397,388 deaths in the world [2]. Americas represent almost half of the registered cases ( $n = 3,234,875$  cases; 47.6%) and deaths ( $n = 179,394$  deaths; 45%) in the period. These numbers could be underestimated due to the lack of medical diagnosis at the beginning of the pandemic. Some countries face a few diagnostic tests. In South America, Brazil is



the country with the most registered cases of SARS-COV-2 (60.3%,  $n = 645,771$ , until 7 June 2020) and deaths (72.7%,  $n = 35,026$  in the same period) [3].

In Brazil, on the frontline of coping with SARS-COV-2, health professionals are acting on different fronts. To date, the future has been uncertain, and healthcare professionals have stepped out of their comfort zones [4]. There are several scenarios faced by health care professionals, especially ones working in clinics or hospitals, with the risk of catching SARS-COV-2, and the ones that are experiencing unemployment and family income reduction without knowing how they will face the economic crisis during and after the pandemic. In this sense, during the pandemic period, they may experience maladaptive psychological consequences of their jobs [5]. Work plays a central role in the individuals' lives, bringing paradoxical consequences to the social, physical, and psychological integrity of workers [6,7], and low job satisfaction is the leading cause of turnover among health care professionals [8,9]. During the pandemic period, this can get worse.

As well as some other healthcare professionals, during the pandemic, dietitians may be facing some difficulties in their jobs, beyond the traditional ones such as low payment, lack of professional recognition, difficulty in getting their first jobs, and difficulty in geographical mobility [10–13]. In Brazil, dietitians present a wide range of work options, from directly working in hospitals visiting patients or conducting hospital foodservices, to working in clinics, schools, and commercial restaurants. All of these environments can bring direct contact with possibly infected people, presenting challenges in this new work scenario. The number of patients in the hospitals increased, and the way the food is served needed to change. Restaurants outside the hospitals had to close their doors, leading to unemployment, and facing many risks in reopening when permitted. It is essential to highlight those dietitians, despite being a specific niche of the health system, that are working directly with people infected with Sars-CoV-2. Often, their risks are ignored or underestimated by other health professionals and even by the Federal Government, which can negatively impact wellbeing at work. Recent legislation published on July 8, 2020 (Law No. 14.023) [14] dealing with the protection of professionals exposed to the risks of Sars-Cov-2, did not include dietitians on its lists.

Despite the enormous gathering of scientific data, to date, there is no treatment or vaccine for SARS-COV-2. This scenario of uncertainties about the disease, security itself, and their jobs can affect the perceptions of dietitians about their wellbeing at work. Studies conceive wellbeing at work as a process, defining it as the satisfaction of needs and the fulfillment of individuals' desires as they fulfill their role in the profession [15,16]. This conception considers the role of work organizations in the health of individuals, and the development of healthy environments enables positive relationships and attitudes. The wellbeing of a professional category can be impacted, among other things, by the general and work values that are expressed in professional practice and social coexistence [16]. Both of them can be facing negative impacts during the SARS-COV-2 pandemic. Wellbeing at work has a significant impact on work performance and quality of life, and it brings paradoxical consequences for the social, physical, and psychological integrity of workers [6,7]. Low wellbeing at work and low job satisfaction are considered the leading causes of turnover among health care professionals [8,9]. Therefore, the knowledge about wellbeing at work is vital to improve the working environment and the quality of the service [8]. Wellbeing at work is related to lower levels of stress, work-related diseases, burnout, depression, and unhealthy personal practices (smoking, drinking, overeating, lack of exercise), and consequently, lower levels of non-communicable chronic diseases (NCD) [17]. There have been studies on the psychological impact of the epidemic on the general public, patients, medical staff, children, and older adults [1,18,19]. However, there is no study on the perception of dietitians' wellbeing at work during the difficult times of pandemic. The hypothesis is that wellbeing at work will decrease during the pandemic period. In this sense, this study aimed to evaluate dietitians' perceptions of wellbeing at work before and during the SARS-COV-2 pandemic in Brazil. The professional wellbeing knowledge among dietitians may lead to effective avenues to prevent or manage stress, unhealthy personal practices, and NCD. By evaluating the period before and during the SARS-COV-2 pandemic period, we expect that a clear understanding of the factors that influence dietitians' wellbeing

in these two moments may contribute to helping these professionals to recover after the pandemic period, exploring the areas that were most affected, and working on better professional valorization, improving the public's trust in dietitians and the dynamics of the interprofessional healthcare team.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Study Design and Instrument

This exploratory and cross-sectional study was performed using a previously validated instrument [16] to investigate the wellbeing of dietitians before and during the SARS-COV-2 pandemic in Brazil. The questionnaire was composed of 25 items on the wellbeing of dietitians (with a 5-point scale that varies from 1 to 5). It also included characteristics from the original study [16] such as gender, age, marital status, the Brazilian state of current residency, religion, number of individuals living in the house, family income, children, educational level, occupational area as a dietitian, number of workplaces as a dietitian, how long ago graduation ended, and type of university. Researchers included three questions about the SARS-COV-2 period: Do you continue working during the SARS-COV-2 pandemic? Did you test positive for SARS-COV-2? and Did anybody in your family test positive for SARS-COV-2? The complete questionnaire is available in Appendix A.

The instrument application was carried out with GoogleForms® tool (Google LLC, Mountain View, CA, USA) from May 26 to June 7, 2020. The weblink to access the research was sent via email, messaging apps, and social networks. Volunteers were recruited nationwide with the help of the Brazilian Dietitians Councils, support groups, and media outreach to reach as many dietitians as possible. Volunteers received, along with the research link, the invitation to participate, as well as the consent form.

### 2.2. Participants and Ethics

Dietitians from the entire country were recruited to participate in the study. Researchers wanted to trace the wellbeing at work before and during the SARS-COV-2 of this population group in Brazil. Ethical approval was obtained for this study by the Ethics Committee University of Brasilia (protocol No. 54822316.1.00000030). The study was conducted according to the guidelines laid down in the Declaration of Helsinki and followed the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals.

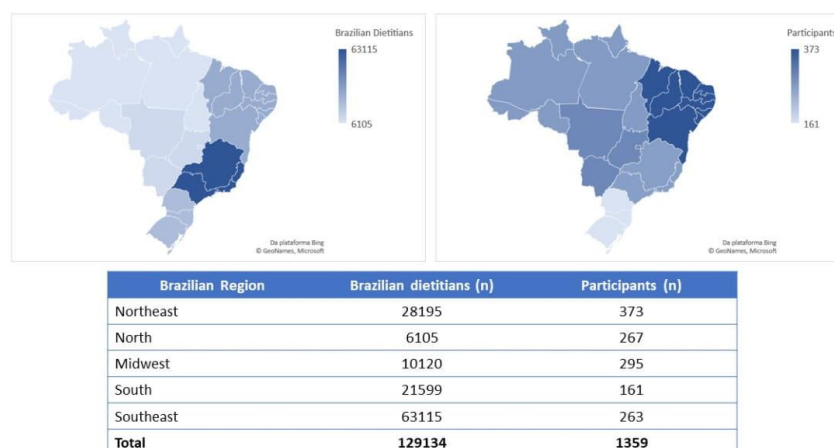
The sampling size was calculated based on data from the Brazilian Federal Dietitians Council that presents 129,134 registered dietitians [20], considering an error ( $e$ ) of 3% and a level of significance ( $\alpha$ ) of 5% [21]. The minimum estimated representative sample size would be of 1059 participants. The inclusion criteria were to be a dietitian and living and working in Brazil.

### 2.3. Statistical Analysis

Researchers extracted data from the GoogleForms® tool and analyzed using Statistical Package for the Social Sciences—SPSS 24.0 (version 24, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Exploratory and confirmatory analyses were conducted to determine the psychometric quality of the wellbeing at work instrument. We used the Kaiser–Meyer–Olkin (KMO), and Barlett's sphericity test. For consistency, Cronbach's alpha was used. Descriptive analyses were used to determine the measures of central tendency and dispersion of the sample. We compared means of the sample through paired  $t$ -tests (wellbeing before and during SARS-COV-2) and Analysis of Variance (ANOVA) with Tukey post-hoc.

## 3. Results

A representative sample of 1359 dietitians from all the 26 Brazilian states and the Federal District and regions answered the questionnaire. Figure 1 shows the distribution of the dietitians and participants by Brazilian regions.



Northeast Region-AL: Alagoas, BA: Bahia, CE: Ceará, MA: Maranhão, PB: Paraíba, PE: Pernambuco, PI: Piauí, RN: Rio Grande do Norte, SE: Sergipe; North Region-AC: Acre, AM: Amazonas, AP: Amapá, PA: Pará, RO: Rondônia, RR: Roraima, TO: Tocantins; Midwest Region-DF: Distrito Federal, GO: Goiás, MT: Mato Grosso, MS: Mato Grosso do Sul; South Region-PR: Paraná, SC: Santa Catarina, RS: Rio Grande do Sul; Southeast Region-ES: Espírito Santo, MG: Minas Gerais, RJ: Rio de Janeiro, SP: São Paulo.

**Figure 1.** Distribution of dietitians and participants among Brazilian regions.

The participants were mostly female (92.5%), Catholic (52.9%), aged from 25 to 39 years old (58.4%), with a partner (63.8%), and with no children (58%) (Table 1). Most of the participants continued working during the pandemic period (83.8%), but had not been diagnosed with SARS-COV-2 (96%) before answering the questionnaire, nor did their family members (80.7%).

**Table 1.** Characteristics of Brazilian dietitians and SARS-COV-2 questions ( $n = 1359$ ).

Variable		<i>n</i>	%
Gender	Female	1258	92.5
	Male	102	7.5
Age group	21 to 24 y/o	149	11.0
	25 to 29 y/o	275	20.2
	30 to 34 y/o	272	20.0
	35 to 39 y/o	248	18.2
	40 to 44 y/o	134	9.9
	45 to 49 y/o	88	6.5
Religion	50 to older	194	14.3
	Catholic	720	52.9
	Protestant	283	20.8
	Spiritism	213	15.7
	Agnostic	71	5.2
Level of education (highest degree)	Others	73	5.4
	Graduate	302	22.2
	Especialization/Residency	677	49.8
	Master	237	17.4
Marital status	PhD	144	10.6
	Without partner	493	36.3
Children	With partner	867	63.8
	Yes	571	42.0
	No	789	58.0

Table 1. Cont.

Variable	<i>n</i>	%	
Family monthly income	≤1 MW	39	2.9
	>1 to 2 MW	111	8.2
	>2 to 3 MW	199	14.6
	>3 to 5 MW	297	21.8
	>5 to 10 MW	414	30.4
	>10 to 20 MW	229	16.8
Number of household members	>20 MW	71	5.2
	1	140	10.6
	2	366	27.7
	3	370	28.1
	4	320	24.3
Area of Practice	4	320	24.3
	>5	123	9.3
	Clinic	327	24.0
	Foodservice administration	173	12.7
	Public health	117	8.6
Number of workplaces	Teaching	99	7.3
	Others	72	5.3
	More than one area of practice	572	42.1
	1	858	63.1
	2	353	26.0
Type of institution where you finished your undergraduate degree	3	85	6.3
	>3	64	4.7
Time from the undergraduate completion	Public	656	48.2
	Private	704	51.8
	≤2 years	288	21.2
	>2 to 5 years	232	17.1
	>5 to 10 years	255	18.8
Do you continue working during SARS-COV-2?	>10 to 15 years	253	18.6
	>15 years	332	24.4
	no	220	16.2
	yes remotely	486	35.7
Did you test positive for SARS-COV-2?	yes in person with some adaptations	360	26.5
	yes in person	294	21.6
	No	1304	96.0
Did any family members test positive for SARS-COV-2?	Yes	55	4.0
	No	1097	80.7
	Yes (does not live with me)	69	5.1
	Yes (living with me)	194	14.3

MW—Minimum Wage in Brazil (June 7th 2020)—US\$ 213.0.; y/o—years old.

Dietitians with less than 1 MW family income are mostly graduates (35.9%) or present specialization/residency (56.4%). However, dietitians with more than 20 MW as a family income have a master's and Ph.D. (52.2%). Of 144 dietitians with Ph.D., 95.1% work in the teaching area (universities).

Table 2 shows data from the wellbeing at work before and during the pandemic period compared by participants' characteristics. The instrument presented a KMO of 0.957 and a significant (0.000) Bartlett's sphericity test. For internal consistency, the wellbeing at work instrument presented a Cronbach's alpha of 0.952. In the communalities, the extraction item was below 0.500 for questions 12 (social relations with my colleagues positively influence my work) and 25 (I consider my workload adequate), and they were not considered for the final score of wellbeing at work. The maintained questions from the instrument were divided into four factors. Factor 1 is related to exterior perception with questions 2, 4, 6, 7, 11 and 15 (Appendix A), factor 2 is concerned about the perception in itself

(questions 1, 3, 5, 8, 13, 14, 18 and 21), factor 3 is the task perception (questions 19, 20, 22, 23 and 24), and factor 4 is the perception from the dietitians' category (questions 9, 10, 16 and 17). Cronbach's alpha was also calculated for each factor: factor 1, 0.871; factor 2, 0.881; factor 3, 0.881; factor 4, 0.884 (Supplementary File, Table S1).

**Table 2.** Wellbeing at work by socioeconomic and demographic variables of Brazilian dietitians before and during the pandemic period ( $n = 1359$ ).

Variable		Before * Pandemic Mean $\pm$ SD	During * Pandemic Mean $\pm$ SD
Gender	Female	3.88 <sup>a</sup> $\pm$ 0.71	3.70 <sup>a</sup> $\pm$ 0.78
	Male	3.92 <sup>a</sup> $\pm$ 0.71	3.79 <sup>a</sup> $\pm$ 0.79
Age group	21 to 24 y/o	3.77 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.77	3.63 <sup>a</sup> $\pm$ 0.82
	25 to 29 y/o	3.79 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.76	3.65 <sup>a</sup> $\pm$ 0.80
	30 to 34 y/o	3.81 <sup>b</sup> $\pm$ 0.71	3.64 <sup>a</sup> $\pm$ 0.75
	35 to 39 y/o	3.94 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.65	3.77 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.78
	40 to 44 y/o	3.90 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.70	3.71 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.81
	45 to 49 y/o	3.98 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.63	3.75 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.81
Brazilian region	50 to older	4.05 <sup>ac</sup> $\pm$ 0.65	3.86 <sup>b</sup> $\pm$ 0.73
	North	3.76 <sup>a</sup> $\pm$ 0.79	3.61 <sup>a</sup> $\pm$ 0.83
	Northeast	3.86 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.70	3.67 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.77
	Midwest	3.89 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.66	3.69 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.76
	Southeast	3.95 <sup>b</sup> $\pm$ 0.73	3.81 <sup>b</sup> $\pm$ 0.80
Religion	South	3.98 <sup>b</sup> $\pm$ 0.64	3.80 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.76
	Catholic	3.91 <sup>a</sup> $\pm$ 0.69	3.73 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.77
	Protestant	3.72 <sup>b</sup> $\pm$ 0.77	3.59 <sup>b</sup> $\pm$ 0.82
	Spiritism	3.99 <sup>a</sup> $\pm$ 0.64	3.83 <sup>c</sup> $\pm$ 0.74
	Agnostic	3.89 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.70	3.71 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.80
Level of education (highest degree)	Others	3.88 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.78	3.68 <sup>abc</sup> $\pm$ 0.88
	Graduate	3.75 <sup>a</sup> $\pm$ 0.75	3.57 <sup>a</sup> $\pm$ 0.80
	Specialization/Residency	3.85 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.71	3.68 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.79
	Master's	3.97 <sup>b</sup> $\pm$ 0.68	3.78 <sup>b</sup> $\pm$ 0.77
Marital status	PhD	4.17 <sup>c</sup> $\pm$ 0.55	4.01 <sup>c</sup> $\pm$ 0.65
	Without partner	3.79 <sup>a</sup> $\pm$ 0.74	3.60 <sup>a</sup> $\pm$ 0.81
Children	With partner	3.93 <sup>b</sup> $\pm$ 0.69	3.77 <sup>b</sup> $\pm$ 0.76
	Yes	3.94 <sup>a</sup> $\pm$ 0.68	3.77 <sup>a</sup> $\pm$ 0.75
Family monthly income	No	3.84 <sup>b</sup> $\pm$ 0.72	3.66 <sup>b</sup> $\pm$ 0.80
	$\leq 1$ MW	3.49 <sup>a</sup> $\pm$ 0.85	3.29 <sup>a</sup> $\pm$ 0.90
	>1 to 2 MW	3.53 <sup>a</sup> $\pm$ 0.80	3.33 <sup>a</sup> $\pm$ 0.83
	>2 to 3 MW	3.74 <sup>a</sup> $\pm$ 0.79	3.55 <sup>a</sup> $\pm$ 0.84
	>3 to 5 MW	3.81 <sup>a</sup> $\pm$ 0.67	3.61 <sup>b</sup> $\pm$ 0.78
	>5 to 10 MW	4.01 <sup>b</sup> $\pm$ 0.63	3.86 <sup>c</sup> $\pm$ 0.71
	>10 to 20 MW	4.06 <sup>b</sup> $\pm$ 0.61	3.91 <sup>c</sup> $\pm$ 0.70
>20 MW	4.01 <sup>b</sup> $\pm$ 0.69	3.85 <sup>c</sup> $\pm$ 0.78	
Area of Practice	Clinic	3.87 <sup>a</sup> $\pm$ 0.73	3.72 <sup>ac</sup> $\pm$ 0.78
	Teaching	4.20 <sup>b</sup> $\pm$ 0.55	3.99 <sup>b</sup> $\pm$ 0.69
	Foodservice administration	3.73 <sup>a</sup> $\pm$ 0.76	3.58 <sup>ac</sup> $\pm$ 0.83
	Public health	3.75 <sup>a</sup> $\pm$ 0.67	3.49 <sup>ac</sup> $\pm$ 0.77
	More than one area of practice	3.90 <sup>a</sup> $\pm$ 0.71	3.74 <sup>ab</sup> $\pm$ 0.78
Others	3.90 <sup>a</sup> $\pm$ 0.62	3.69 <sup>ac</sup> $\pm$ 0.75	

Table 2. Cont.

Variable		Before * Pandemic Mean ± SD	During * Pandemic Mean ± SD
Number of workplaces	1	3.85 <sup>a</sup> ± 0.72	3.67 <sup>a</sup> ± 0.79
	2	3.90 <sup>a</sup> ± 0.68	3.74 <sup>a</sup> ± 0.75
	3	3.99 <sup>a</sup> ± 0.74	3.82 <sup>a</sup> ± 0.78
	>3	4.02 <sup>a</sup> ± 0.67	3.82 <sup>a</sup> ± 0.82
Type of institution where you finished your undergraduate degree	Public	3.92 <sup>a</sup> ± 0.67	3.74 <sup>a</sup> ± 0.73
	Private	3.84 <sup>b</sup> ± 0.74	3.68 <sup>a</sup> ± 0.83
Time from the undergraduate completion	≤2 years	3.76 <sup>a</sup> ± 0.74	3.59 <sup>a</sup> ± 0.83
	>2 to 5 years	3.80 <sup>a</sup> ± 0.77	3.66 <sup>ab</sup> ± 0.79
	>5 to 10 years	3.85 <sup>a</sup> ± 0.72	3.68 <sup>ab</sup> ± 0.79
	>10 to 15 years	3.93 <sup>ab</sup> ± 0.70	3.76 <sup>ab</sup> ± 0.80
	>15 years	4.03 <sup>b</sup> ± 0.60	3.83 <sup>b</sup> ± 0.71
Do you continue working during SARS-COV-2?	No	3.65 <sup>*8</sup> ± 0.76	3.33 <sup>a</sup> ± 0.85
	Yes, in person	3.80 <sup>*8</sup> ± 0.68	3.65 <sup>b</sup> ± 0.72
	Yes, in person with some adaptations	3.90 <sup>*8</sup> ± 0.72	3.74 <sup>b</sup> ± 0.79
	yes remotely	4.02 <sup>*8</sup> ± 0.66	3.89 <sup>c</sup> ± 0.72
Did you test positive for SARS-COV-2?	No	3.89 <sup>*</sup> ± 0.71	3.71 <sup>a</sup> ± 0.79
	Yes	3.76 <sup>*</sup> ± 0.71	3.65 <sup>a</sup> ± 0.70
Did any family members test positive for SARS-COV-2?	No	3.89 <sup>*</sup> ± 0.70	3.71 <sup>a</sup> ± 0.78
	Yes (does not live with me)	3.88 <sup>*</sup> ± 0.64	3.74 <sup>a</sup> ± 0.67
	Yes (living with me)	3.84 <sup>*</sup> ± 0.79	3.68 <sup>a</sup> ± 0.83

\* Comparison between before the pandemic and during the pandemic showed statistical differences for all variables (worse during the pandemic period); Different lowercase letters inside each column and for each variable show statistically different results ( $p < 0.05$ ); y/o—years old.; MW—Minimum Wage in Brazil (June 7th 2020)—US\$ 213.0.

In general, wellbeing at work before SARS-COV-2 was  $3.88 \pm 0.71$ , statistically different ( $p < 0.05$ ) from during the pandemic, with the wellbeing of  $3.71 \pm 0.78$ . A comparison between before the pandemic and during the pandemic showed statistical differences for all variables (worse during the pandemic period) ( $p < 0.05$ ).

Gender and number of workplaces did not influence wellbeing at work before and during the pandemic period. Individuals with a partner and with children had a better perception of wellbeing at work than the ones with no partner or children. Before and during the pandemic, master's and Ph.D. individuals presented better wellbeing at work than graduates, and Ph.D. dietitians presented better wellbeing than dietitians with a master's degree (Table 2).

For both periods, individuals that work in teaching present better wellbeing at work compared to the other areas of dietitians' practice (clinic, foodservice administration, public health, and others). Before the pandemic period, individuals with family monthly income  $>5$  MW present higher wellbeing at work than the ones up to 5 MW (Table 2). During the pandemic period, the results were a little different, showing differences among individuals up to 3 MW, from 3 to 5 MW and  $>5$  MW, with increasing wellbeing perception with higher family income. Before the pandemic, the time from the undergraduate completion differed from up to 10 years to  $>15$  years. During the pandemic, the higher time from undergraduate completion ( $>15$  years) presented a higher mean of wellbeing at work than the lowest time of completion ( $\leq 2$  years).

Before the pandemic period, individuals adept in Catholicism and Spiritism had a better perception of wellbeing at work than Protestants. During the pandemic, Catholics did not differ from Protestants, agnostics, or Spiritism followers. However, individuals following the Spiritism religion presented a better perception of wellbeing at work than Protestants (Table 2).

Dietitians that tested positive for SARS-COV-2 ( $n = 55$ ) were predominantly working in-person (78.2%,  $n = 43$ ), without or with adaptations (58.2%,  $n = 32$ ; 20%,  $n = 11$ , respectively). Participants who reported not being working during the pandemic period ( $n = 220$ ) have a job, but they are unable to work in-person or remotely. The wellbeing values were considered for this group of workers because they answered the questions and effectively have a job. There is no difference among perceptions of wellbeing at work between dietitians who had SARS-COV-2 and the ones that did not have, similarly to the results from the ones that had any family member test positive for SARS-COV-2.

When separating the wellbeing at work by factors (Table S1) and comparing by participant's characteristics, factors 1 and 4 presented the lowest means before and after the pandemic, being lower and statistically different ( $p < 0.05$ ) during the pandemic. Factor 1 relates to exterior perception and factor 4 to the category perception. Higher scores occurred for the perception of itself and the perception of the task, before and during the pandemic.

#### 4. Discussion

As the world grapples with the impact of the SARS-CoV-2 pandemic, health care workers face extraordinary challenges daily, in different contexts and conditions [22]. The media reports that health care professionals are hugely concerned for the health and wellbeing of their patients, their families, and themselves, facing pandemic issues [22,23]. However, the Brazilian government did not recognize dietitians as part of the health professionals facing the SARS-COV-2 pandemic [14]. These changes in life and work and the lack of recognition and support have a significant impact on their wellbeing, as shown by our results. Among Brazilian dietitians, there was a worse perception of wellbeing at work during the pandemic compared to the period before the pandemic for all variables ( $p < 0.05$ ) (Table 2). In general, dietitians' wellbeing at work was positive (above 2.5), which is the midpoint of the scale. The items that obtained the best scores were those that investigate the perception of the importance of the profession for themselves and society. The average scores were above 4.40 before the SARS-COV-2 pandemic and 4.20 during it. The items with the lowest scores and which need to be improved are related to compensation and technological support to perform the tasks assigned to the dietitian. Probably, wage improvement could come through professional qualification, as higher wages were linked to more years of study in our research. Besides, there is a need for an increase in the number of class entities (unions and councils) to fight for better wages of this professional category. In Brazil, even before the SARS-COV-2 pandemic, the country had high unemployment rates [24], a situation worsened by the pandemic, which made it difficult for workers to maintain their family income. Part of the dietitians' work is in the foodservice area (schools, commercial and institutional restaurants), and most of these are closed or changed the policies of production due to the food safety and workers' safety conditions.

Wellbeing at work before SARS-COV-2 was  $3.88 \pm 0.71$ , statistically different ( $p < 0.05$ ) from during the pandemic ( $3.71 \pm 0.78$ ). Usually, these conditions would place health care professionals in a situation defined by threat and fear, both of which have been shown to have a detrimental effect on their ability to offer compassionate and person-centered care to their patients [22,25]. In these circumstances, there are high levels of conflict within teams and workplace adversity, leading to a working environment which is perceived as hostile, abusive, and unrewarding [26,27]. As a consequence, workplace adversity can be correlated with a decreased quality of care [28]. In April 2020, the Brazilian Health Ministry requested the registration of all health professionals, including dietitians, to reinforce the fight against SARS-CoV-2, in addition to the usual work of individuals [29]. This reinforcement is to assist managers of the Unified Health System (SUS) in coping with SARS-CoV-2, based on the work capacity of these professionals. It focuses on those who were available to go to the Brazilian states with the greatest need to strengthen health teams [29]. This fact also caused concern in several dietitians who were afraid to work facing SARS-COV-2 patients for various reasons. According to the Brazilian Health Ministry, from the 90,245 Brazilian registered dietitians to reinforce the fight against SARS-CoV-2, 33,624 were willing to work facing SARS-COV-2 [30]. These professionals were registered in the category to receive

payment for their work to confront SARS-COV-2. However, the Brazilian Ministry registered other health care professions in a voluntary (unpaid) category of workers, and no dietitian volunteered until 28 April 2020 [30]. It was not stated, but it seems that the dietitians that were willing to work facing SARS-COV-2 were doing it to help the family income, which can potentially worsen their perception of wellbeing at work. Given the unknown and uncontrollable nature of the SARS-COV-2, some health care professionals need to stay away from their home and loved ones, possibly affecting emotional aspects and the relationship with their work [23].

In the pandemic situation, the protection measures for these professionals get worse due to the limitations of social distance. In some cases, this risk is higher, such as in hospitals, emergency services, outpatient clinics, vaccination clinics, screening lines, and other health care settings. In this environment, these professionals are even more exposed when their duty includes providing some assistance to infected people with SARS-COV-2. In foodservices, where these professionals do not work directly with individuals adequately tested for the new coronavirus, they face the same environment with asymptomatic individuals or those in the incubation phase of the disease [31].

Our sample was mostly composed of females (Table 1). The female hegemony among dietitians is common, as shown by other studies in different countries [8,9,13,32–34]. Female hegemony in the profession can represent repercussions on career, social prestige, and income [12]. A study showed that dietitians were mostly women and that, although the labor market has grown, the new jobs were mostly (86%) part-time, not only because women need to conciliate career and family care, but also because these positions get lower payment [35]. However, according to our data, gender did not influence wellbeing at work before nor during the pandemic period.

According to a research conducted by the Dietitians Federal Council in 2016/2017 with 1104 dietitians in Brazil, most of them are young, between 25 and 44 years old (81%), a higher percentage than our study (68.3%). Previous studies showed that 73% of the Brazilian dietitians are postgraduates [12,16,36], similar to our data (77.8%,  $n = 1058$ ). Before and during the pandemic, master's and Ph.D. individuals presented better wellbeing at work than graduates (Table 2). Most Ph.D. dietitians work in the teaching area, and for both periods, individuals that work in teaching present better wellbeing at work compared to the other areas of dietitians' practice (clinic, foodservice administration, public health, and others). All schools, including universities, faced changes in how they conducted work. Professors had to search for technological tools and strategies in order to work during the pandemic period, impacting their perception of wellbeing at work, as shown by the lower mean during the pandemic. Undergraduate courses in the health area need practical classes and time inside the hospitals, and it is difficult to return to these activities in-person. The other work areas for dietitians did not present statistically different wellbeing, even for professionals that work in the clinical area and can be inside hospitals.

Before the pandemic period, individuals with family monthly income  $> 5$  MW presented higher wellbeing at work than the ones up to 5 MW (Table 2). During the pandemic period, wellbeing perception increased with higher family income. These data are confirmed by other studies, indicating that lower wages decrease satisfaction at work [13,16,37–39]. During the pandemic period, most family members are isolated at home, increasing expenses with bills (water, energy, food, and others). This can influence the difference between the categories of family income compared to the period before the SARS-COV-2. According to the official data [24], unemployment increased in all Brazilian regions with SARS-COV-2, but mainly in the northeast region (from 13.6% in 2019 to 15.6% in 2020), followed by the North (from 10.6% to 11.4%) and the southeast region (from 11.4% to 12.4%), also impacting family income. It is noteworthy that the north and northeast regions were the ones presenting the largest proportional increase in official cases of SARS-COV-2 in Brazil until June 7, 2020 [40].

The Brazilian government published two provisional measures [41,42] during the pandemic changing the work relationship between employers and employees. Employers can reduce employees' salaries during the SARS-COV-2 crisis, and rules were established for remote work and the suspension of some administrative measures related to safety at work. These legislative measures enable up to a



70% salary reduction and precarious work relationships, reflected by a lower perception of wellbeing at work during the pandemic.

Two characteristics influence wellbeing at work before and during the pandemic: marital status, and children. Dietitians with partners (63.8%) and with children (42%) had higher wellbeing before and during the pandemic. VanderWeele [43] discusses in his article that studies associate marriage with higher life satisfaction and happiness. This association can be related to better mental and physical health and longevity. With time, marriage is associated with a better relationship with others, including work partners, which can influence work wellbeing. VanderWeele [43] also highlights that marriage and family are vital to wellbeing. Despite this study evaluating wellbeing in life, not in the workplace, it could potentially explain higher scores of wellbeing in our study for dietitians with children and partners. Wilcox [44] discusses in his book that marriage is also associated with financial status and education. A meta-analytic study [45] suggested that people who are employed present better life, family, and marital satisfaction. Our study was only conducted with dietitians that have a job, because the instrument is related to wellbeing at work. Therefore, it is not possible to compare this with studies of unemployment. However, they show better wellbeing for people with partners, family, and education, such as our findings for wellbeing at work [46]. Ryff and Heidrich [46] stated that work and education experiences explain differences in the purpose of life. Higher levels of education are associated with happiness and satisfaction and strongly affect income [47]. As already discussed, dietitians with more education and income presented better scores for wellbeing before and during the pandemic.

Regarding religion, worldwide, 15% of people are agnostic [48], higher than in our study (5.2%), but closer to the Brazilian statistics of 8% (IBGE, 2010). Even though research has shown that religion brings higher subjective wellbeing because of social support and meaning in life, wellbeing at work was not lower among agnostic dietitians [49]. Sedikides [50] stated that religion is important for most people's psychological conditions and subjective wellbeing. There are pieces of evidence that suggest that spirituality is a protective factor for health and psychological problems [51,52]. A study conducted by Ferreira, Pinto e Neto [52] with university students from Portugal, Mozambique, Angola, and Brazil showed that churchgoers present better spiritual wellbeing and better life satisfaction. During the pandemic, churches and temples were closed in many cities and states, and this can explain the lower wellbeing in our study for all the religions during the pandemic.

Dietitians that tested positive for SARS-COV-2 ( $n = 55$ ) were predominantly working in-person (78.2%,  $n = 43$ ), without or with adaptations (58.2%,  $n = 32$ ; 20%,  $n = 11$ , respectively). Despite the need for adaptations, people working remotely during the pandemic had better wellbeing at work than the ones that are working in person. Probably, this is due to the possibility of a greater sense of security at home, and being near the family.

The new coronavirus pandemic arrived in Brazil at a time of economic stagnation, problems with the health and social protection systems, difficulties among the food security programs, accelerated increase in poverty, and, especially, extreme poverty, and a significant increase in the homeless population. Since March 2020, Brazil has accumulated a fall in gross domestic product (GDP) [53], and this retreat, partially caused by social isolation, has significantly increased formal and informal unemployment, in addition to precarious labor relations. This new scenario will directly impact dietitian's work and wellbeing, not only their work conditions, incomes, and uncertainties, but also the feeling of helplessness when facing hunger in the country.

At the same time, the pandemic can bring a search for new strategies for better conditions for health professionals in hospitals and clinics. New routines and behaviors for food production can be developed, not thinking only of food safety inside the production area, but also the attitudes of consumers. Dietitians have the potential to show the importance of their work, to avoid contaminations in foodservices, and bring more discussion about eating habits and immunity.

Dietitians are health professionals at the front line for the population's nutritional assistance. They work at all levels of complexity in the health care system, and may potentially reduce the risks of

disease worsening, and contribute to the recovery of patients affected by Sars-Cov-2. The different spheres (population, governments, and other health professionals) must recognize the relevance of these professionals for public health in the country.

## 5. Conclusions

These data are essential to evaluating dietitians' perceptions of wellbeing at work and potentially helping to understand the main challenges supporting them to emerge from the pandemic as a different type of health care practitioner. The instrument presented an excellent KMO and internal consistency as a whole or by its factors. For all the participants' characteristics, wellbeing decreased during the pandemic, not showing specific influence among the analyzed variables. The hypothesis that the SARS-COV-2 pandemic period influences the wellbeing of Brazilian dietitians was confirmed. However, when evaluating wellbeing separately, before and during the pandemic, dietitians with partners, children, Ph.D. and receiving more than five MW presented higher wellbeing scores at work. During the pandemic period, dietitians working remotely also showed higher wellbeing. Regardless of the period, it is notable that, for dietitians' wellbeing at work to improve, better compensation for and recognition of the profession is necessary, as well as the conditions for their activities to be carried out. Health policymakers should discuss the role of health professionals as a multidisciplinary team, highlighting the importance of each category for the health system. Much improvement has happened in the health system in Brazil to integrate professionals but, as discussed, dietitians still feel unrecognized for their work. This study can open doors for more research and discussion in the field of wellbeing at work for health professionals, as well as a clear understanding of the factors that influence dietitians' wellbeing before and during the SARS-COV-2 pandemic, helping these professionals to recover after this period. Therefore, the data could help to explore the areas that most affected (before and during the pandemic period) wellbeing at work, favoring professional valorization. Further studies should be conducted after the pandemic period to evaluate the perceptions of dietitians' wellbeing at work due to the potential changes in the work environment and conditions in Brazil, and also in other countries, allowing comparisons between them.

**Supplementary Materials:** The following are available online at <http://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5541/s1>, Table S1. Wellbeing at work by factors and by socioeconomic and demographic variables of Brazilian dietitians before and during the SARS-COV-2 pandemic period ( $n = 1359$ ).

**Author Contributions:** Conceptualization, R.d.C.C.d.A.A., R.B.A.B. and R.P.Z.; methodology, R.d.C.C.d.A.A., R.B.A.B., A.R., R.A.d.C.M. and R.P.Z.; validation, R.d.C.C.d.A.A.; formal analysis, R.d.C.C.d.A.A., R.A.d.C.M., R.B.A.B. and R.P.Z.; investigation, R.d.C.C.d.A.A., R.A.d.C.M., R.B.A.B. and R.P.Z.; resources, R.A.d.C.M.; data curation, R.d.C.C.d.A.A., R.A.d.C.M., R.B.A.B., A.R.; writing—original draft preparation, R.d.C.C.d.A.A., R.A.d.C.M., R.B.A.B. and R.P.Z.; writing—review and editing, R.d.C.C.d.A.A., R.A.d.C.M., A.R., R.B.A.B. and R.P.Z.; visualization, A.R.; supervision, R.B.A.B.; project administration, R.d.C.C.d.A.A., R.B.A.B. and R.P.Z.; funding acquisition, R.A.d.C.M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This research received no external funding.

**Acknowledgments:** The authors acknowledge the participants, PPGNH/UnB, and CAPES.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## Appendix A. Brazilian-Portuguese Questionnaire to Evaluate the Dietitians' Wellbeing at Work before and during the SARS-COV-2 Pandemic

*Appendix A.1. Questionário de Avaliação Do Bem-Estar Do Nutricionista No Trabalho Antes E Durante A Pandemia da Sars-Cov-2/Nutritionist's Wellbeing Assessment Questionnaire at Work before and during the Sars-Cov-2 Pandemic*

A seção seguinte destina-se a recolher dados dos participantes da investigação, com a finalidade de permitir a análise de tendências de respostas em função de características pessoais e do trabalho. Por favor complete o questionário com estes dados, com a garantia de que nenhuma destas informações será utilizada para identificar qualquer participante da investigação./The next section is intended to collect

data from the research participants, in order to allow the analysis of trends in responses according to personal and work characteristics. Please complete the questionnaire with this data, ensuring that none of this information will be used to identify any research participants.

1. Sexo Biológico/Gender
2. Idade/Age
3. Estado civil/Marital status
4. Qual o estado brasileiro de residência atual?/What is your residency state in Brazil?
5. Qual a sua religião?/Religion
6. Quantas pessoas vivem na sua casa incluindo você? Counting with you, how many persons live in the house?
7. Qual a sua renda familiar?/Family income
8. Você tem filhos?/Do you have children?
9. Qual o seu nível educacional?/Educational level
10. Qual a sua área de atuação? (você pode marcar mais de uma opção)/What is your area of working as a dietitian?
11. Em quantos locais você exerce atividade como nutricionista?/In how many places do you work as a dietitian?
12. Há quanto tempo terminou sua graduação em nutrição?/How long ago did you graduate in nutrition?
13. Em que tipo de instituição cursou sua graduação em nutrição?/In what type of university did you study nutrition?
14. Você continua trabalhando no período da pandemia da SARS-CoV-2?/Do you continue working during SARS-CoV-2 pandemic?
15. Você testou positivo para a SARS-CoV-2?/Did you test positive for SARS-CoV-2?
16. Alguma pessoa da sua família testou positivo para a SARS-CoV-2?/Has anyone in your family tested positive for SARS-CoV-2?

#### Appendix A.2. Escala de Bemestar Individual No Trabalho/Wellbeing at Work

Este instrumento pretende avaliar o seu nível de bem-estar no exercício da profissão de nutricionista. Para tanto, você deve avaliar cada uma das afirmativas abaixo, preenchendo os espaços em branco conforme os códigos seguintes:

Nunca/never (0); Raramente/Rarely (1); Às Vezes/Sometimes (2); Frequentemente/Frequently (3); Sempre/Always (4)

1. O trabalho como nutricionista é importante para mim/My work as a dietitian is important for me
2. Percebo que minha profissão é valorizada onde trabalho/I realize that my profession is valued where I work
3. Considero que exerço um trabalho importante para a sociedade/I consider my work important for society
4. Sou recompensado(a) por minha competência como nutricionista/I am rewarded for my competence as a dietitian
5. Sou admirado(a) por meus colegas pelo trabalho que faço/I am admired by my colleagues for my work
6. Tenho liberdade para executar minhas atividades com meu estilo pessoal/I am free to carry out my activities in my personal style
7. Tenho a infraestrutura material necessária para a execução do meu trabalho/I have the necessary material infrastructure to carry out my work
8. Tenho a possibilidade de me desenvolver profissionalmente/I have the possibility to improve professionally
9. Sinto-me realizado(a) profissionalmente/I feel professionally fulfilled
10. Sinto-me seguro(a) com a possibilidade de continuar trabalhando como nutricionista/I feel safe with the possibility of continuing to work as a dietitian

11. Tenho um bom suporte tecnológico para executar o meu trabalho/*I have good technological support to do my job*
12. As relações sociais com meus colegas influenciam positivamente o meu trabalho/*Social relations with my colleagues positively influence my work*
13. Sinto-me bem com o relacionamento com meus chefes/*I feel good about my relationship with my bosses*
14. Sinto-me bem com o relacionamento com meus subordinados/*I feel good about my relationship with my employees*
15. Considero justo o salário que recebo/*My salary is fair*
16. Tenho orgulho de pertencer à categoria profissional de nutricionista/*I am proud to be part of the dietitians professional category.*
17. Sinto-me bem trabalhando como nutricionista./*I feel good to be working as a dietitian*
18. Sou admirado pela sociedade/clientes pelo trabalho que faço/*I am admired by society/clients for the work I perform*
19. Considero meu trabalho criativo e estimulante/*I consider my work creative and challenging*
20. Quero permanecer sempre trabalhando como nutricionista/*I want to continue working as a dietitian*
21. Considero que as tarefas que executo para atender meus clientes são importantes para a qualidade de vida deles/*I believe that the tasks I perform to my clients are important to their quality of life*
22. Sinto-me estimulado(a) a estar sempre atualizado(a)/*I feel encouraged to always be up to date*
23. Considero que os avanços da ciência da nutrição melhoram o meu desempenho profissional/*I believe that advances in nutrition science improve my professional performance*
24. Considero que as novas tecnologias criadas melhoram meu desempenho profissional/*I believe that the new technologies improve my professional performance*
25. Considero minha carga horária de trabalho adequada/*I consider my workload adequate*

## References

1. Cao, W.; Fang, Z.; Hou, G.; Han, M.; Xu, X.; Dong, J.; Zheng, J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* **2020**, *287*, 112934. [\[CrossRef\]](#)
2. World Health Organization Coronavirus disease (COVID-19)—Situation Report—139; WHO: Geneva, Switzerland, 2020.
3. Worldometer Coronavirus Cases. *Worldometer* **2020**, 1–22.
4. Jeyabaladevan, P. COVID-19: An FY1 on the frontline. *Med. Educ. Online* **2020**, *25*, 1759869. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
5. Satici, B.; Saricali, M.; Satici, S.A.; Griffiths, M.D. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *Int. J. Ment. Health Addict.* **2020**, 1–12. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
6. APA Professional Practice Guidelines for Integrating the Role of Work and Career into Psychological Practice. Available online: <https://www.apa.org/practice/guidelines/role-work-career> (accessed on 16 December 2019).
7. Blustein, D.L. The Role of Work in Psychological Health and Wellbeing: A Conceptual, Historical, and Public Policy Perspective. *Am. Psychol.* **2008**, *63*, 228–240. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
8. Ibrahim, N.M.; Khogali, N.A.; Mahmoud, H.; Fatahi, H. Job satisfaction of dietitians in government hospitals Khartoum State. *Int. J. Home Sci.* **2019**, *5*, 131–136.
9. Gingras, J.; De Jonge, L.A.; Purdy, N. Prevalence of dietitian burnout. *J. Hum. Nutr. Diet.* **2010**, *23*, 238–243. [\[CrossRef\]](#)
10. Real, H.; Bento, A.; Graça, P. *A Profissão do nutricionista em Portugal: Evolução e Regulamentação Profissional*; De Nutricionistas, A.P., Ed.; Turia + Kant: Vienna, Austria, 2011; ISBN 2182-7230.
11. Real, H.; Craveiro, C. Past, Present and Future Perspectives on the Profession of Nutritionist in Portugal. *Rev. Nutr.* **2014**, *21*, 20–23.
12. De Akutsu, R.C. Brazilian dietitians: Professional and demographic profiles. *Rev. Nutr.* **2008**, *21*, 7–19. [\[CrossRef\]](#)

13. Ferreira, M.C.; De Castro Coelho, L.; Asakura, L.; Molina Cohrs, F.; Sachs, A.; Sávio, K.; De Cássia Akutsu, R. Relationship Between Social and Personal Variables, Body Image, and Wellbeing at Work of Nutritionists. *Rev. Colomb. Psicol.* **2014**, *23*, 195–205. [CrossRef]
14. Brasil. *LEI No 14.023, DE 8 DE JULHO DE 2020*; Congresso Nacional: Brasília, Brazil, 2020; p. 1.
15. Paz, M.G.T.; Gosendo, E.E.M.; Dessen, M.C.; Mourão, R.G.V. Justiça Organizacional e Bem-Estar Pessoal nas Organizações. *Rev. EVS—Rev. Ciênc. Ambient. Saúde* **2009**, *36*, 95–115.
16. Akutsu, R.D.C.; Da Paz, G.T.; De Almeida, C.C. Valores y bienestar de los dietistas brasileños Values and wellbeing of brazilian dieticians. *Rev. Latinoam. Psicol.* **2011**, *43*, 307–318.
17. WHO. *Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practice*; WHO: Geneva, Switzerland, 2010.
18. Chen, Q.; Liang, M.; Li, Y.; Guo, J.; Fei, D.; Wang, L.; He, L.; Sheng, C.; Cai, Y.; Li, X.; et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* **2020**, *7*, e15–e16. [CrossRef]
19. Yang, Y.; Li, W.; Zhang, Q.; Zhang, L.; Cheung, T.; Xiang, Y.T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* **2020**, *7*, e19. [CrossRef]
20. CFN Conselho Federal de Nutricionistas—Estatísticas. Available online: <https://www.cfn.org.br/index.php/estatistica/> (accessed on 9 June 2020).
21. Hair, J.F., Jr.; Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L. *Análise Multivariada de Dados*, 6th ed.; Bookman Companhia Editora Ltda.: São Paulo, Brazil, 2009; ISBN 9788577805341.
22. Stacey, G. The place of person-centred care in an international response to the Covid-19 pandemic. *Int. Pract. Dev. J.* **2020**, *10*, 1–2. [CrossRef]
23. Mo, Y.; Deng, L.; Zhang, L.; Lang, Q.; Liao, C.; Wang, N.; Qin, M.; Huang, H. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J. Nurs. Manag.* **2020**, *jonm.13014*. [CrossRef]
24. IBGE Desemprego. Available online: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> (accessed on 12 June 2020).
25. Coetzee, S.K.; Klopper, H.C. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs. Health Sci.* **2010**, *12*, 235–243. [CrossRef]
26. McDonald, G.; Jackson, D.; Vickers, M.H.; Wilkes, L. Surviving workplace adversity: A qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *J. Nurs. Manag.* **2016**, *24*, 123–131. [CrossRef]
27. Najjar, N.; Davis, L.W.; Beck-Coon, K.; Carney Doebbeling, C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *J. Health Psychol.* **2009**, *14*, 267–277. [CrossRef]
28. Cheung, R.B.; Aiken, L.H.; Clarke, S.P.; Sloane, D.M. Nursing care and patient outcomes: International evidence. *Enferm. Clin.* **2008**, *18*, 35–40. [CrossRef]
29. Brazil Governo está Cadastrando Profissionais para o Enfrentamento da Covid-19—Português (Brasil). Available online: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/governo-esta-cadastrando-profissionais-para-o-enfrentamento-da-covid-19> (accessed on 12 June 2020).
30. Brazil 500 mil Profissionais Dispostos a Atuarem no Combate ao Coronavírus. Available online: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46805-500-mil-profissionais-dispostos-a-atuarem-no-combate-ao-coronavirus> (accessed on 12 June 2020).
31. CFN Conselho Federal de Nutricionistas. Available online: <https://www.cfn.org.br/> (accessed on 24 July 2020).
32. Real, H.; Ávila, H. Thirty Years of the Portuguese Association of Nutritionists: An Historical Profile and Memories. *Nutricias* **2012**, *15*, 45–52. Available online: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nut/n15/n15a11.pdf> (accessed on 6 July 2020).
33. Campos, F.M.; Kraemer, F.B.; Machado, P.A.N.; Carvalho, M.C.V.S.; Prado, S.D. Gender and profession: Considerations on female roles in building the nutritionist career. *Demetra Food. Nutr. Health* **2016**, *11*, 773–788. [CrossRef]
34. Pless, A.M.; Wolman, P.G.; Stallings, S.F.; Goodner, C.H. Job Satisfaction of South Carolina Dietitians. *J. Am. Diet. Assoc.* **1998**, *98*, A26. [CrossRef]
35. Meyer, R.; Gilroy, R.; Williams, P. Dietitians in New South Wales: Workforce trends 1984–2000. *Aust. Health Rev.* **2002**, *25*, 122–130. [CrossRef] [PubMed]
36. Conselho Federal de Nutricionistas. *Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil*; Conselho Federal de Nutricionistas: Brasília, Brazil, 2019.

37. Sauer, K.; Canter, D.; Shanklin, C. Job Satisfaction of Dietitians with Management Responsibilities: An Exploratory Study Supporting ADA's Research Priorities. *J. Am. Diet. Assoc.* **2010**, *110*, 1432–1440. [CrossRef] [PubMed]
38. Chin, J.H.; You, J.S.; Chang, K.J. Comparison of Role Conflict, Self-Efficacy, Job Satisfaction, and Job Involvement between Nutrition Teachers and Dietitians at School Food Service in Incheon Metropolitan City—Focusing on the Interactions between Nutrition Teachers and Dietitians. *Korean J. Nutr.* **2012**, *45*, 64. [CrossRef]
39. Gaião, A.F.C. *A Satisfação no Trabalho Percecionada pelo Dietista/Nutricionista*; Instituto Universitário de Lisboa: Lisboa, Portugal, 2013.
40. Brasil Coronavírus Brasil. Available online: <https://covid.saude.gov.br/> (accessed on 12 June 2020).
41. Brazil. *MEDIDA PROVISÓRIA No. 936, DE 1o DE ABRIL DE 2020*; Diário Oficial da União—Imprensa Nacional: Brasília, Brasil, 2020; p. 1.
42. Brazil. *MEDIDA PROVISÓRIA No. 927, DE 22 DE MARÇO DE 2020*; Presidência da República: Brasília, Brasil, 2020; p. 1.
43. VanderWeele, T. On the Promotion of Human Flourishing. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* **2017**, *114*, 81478–81586. [CrossRef]
44. Wilcox, W.B. *A Report from Family Scholars T HIS STATEMENT Comes from a Team of Family Scholars Chaired by: American Philanthropic*; West Chester, PA, USA, 2002; ISBN 978-1-931764-24-7.
45. McKee-Ryan, F.M.; Song, Z.; Wanberg, C.R.; Kinicki, A.J. Psychological and physical wellbeing during unemployment: A meta-analytic study. *J. Appl. Psychol.* **2005**, *90*, 53–76. [CrossRef]
46. Ryff, C.D.; Heidrich, S.M. Experience and wellbeing: Explorations on domains of life and how they matter. *Int. J. Behav. Dev.* **1997**, *20*, 193–206. [CrossRef]
47. Carneiro, P.; Heckman, J.; Vytlačil, E. Estimating Marginal Returns to Education. NBER Working Paper No. 16474. *Natl. Bur. Econ. Res.* **2010**. [CrossRef]
48. Zuckerman, P. Atheism: Contemporary numbers and patterns. In *The Cambridge Companion to Atheism*; Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2006; pp. 47–66, ISBN 9781139001182.
49. King, S.D.W.; Fitchett, G.; Berry, D.L. Screening for religious/spiritual struggle in blood and marrow transplant patients. *Support. Care Cancer* **2013**, *21*, 993–1001. [CrossRef] [PubMed]
50. Sedikides, C. Why does religiosity persist? *Personal. Soc. Psychol. Rev.* **2010**, *14*, 3–6. [CrossRef] [PubMed]
51. Kortt, M.A.; Dollery, B.; Grant, B. Religion and Life Satisfaction Down Under. *J. Happiness Stud.* **2015**, *16*, 277–293. [CrossRef]
52. Ferreira, A.V.; Pinto, M.D.C.; Neto, F. *Religiosidade E Bem-Estar em Estudantes Portugueses, Moçambicanos, Angolanos e Brasileiros*; Universidade do Porto: Porto, Portugal, 2012.
53. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Produto Interno Bruto—PIB. Available online: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php> (accessed on 17 June 2020).



**Table S1.** Well-being at work by factors and by socioeconomic and demographic variables of Brazilian dietitians before and during the pandemic period (n = 1359).

VARIABLE		Before pandemic				During pandemic			
		Mean±SD				Mean±SD			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Gender	Female	3.46±0.87	4.08±0.68	4.08±0.78	3.91±0.93	3.25±0.94	3.93±0.77	3.98±0.85	3.68±1.01
	Male	3.50±0.90	4.11±0.69	4.06±0.79	3.90±0.90	3.28±0.95	3.96±0.82	3.91±0.95	3.56±1.09
Age group	21 to 24 y/o	3.41±0.90	4.05±0.75	4.06±0.79	3.82±0.99	3.14±0.95	3.87±0.85	3.90±0.92	3.56±1.12
	25 to 29 y/o	3.44±0.86	4.09±0.61	4.10±0.73	3.96±0.85	3.24±0.90	3.93±0.71	4.00±0.82	3.68±0.98
	30 to 34 y/o	3.51±0.83	4.11±0.68	4.13±0.75	3.93±0.92	3.30±0.92	3.97±0.80	4.01±0.82	3.68±1.02
	35 to 39 y/o	3.48±0.83	4.14±0.62	4.12±0.74	3.96±0.89	3.28±0.92	3.99±0.77	4.00±0.86	3.71±0.98
	40 to 44 y/o	3.45±0.96	3.96±0.79	3.94±0.92	3.88±1.00	3.27±0.98	3.84±0.80	3.89±0.93	3.72±1.00
	45 to 49 y/o	3.39±0.91	4.03±0.75	4.02±0.87	3.82±1.02	3.15±1.00	3.87±0.79	3.89±0.91	3.53±1.14
Brazilian region	50 to older	3.47±0.92	4.11±0.67	4.08±0.80	3.89±0.95	3.30±0.96	3.97±0.71	4.01±0.84	3.69±1.00
	North	3.43±0.92	4.11±0.64	4.13±0.73	3.91±0.90	3.23±0.97	3.95±0.75	4.02±0.83	3.66±1.02
	Northeast	3.52±0.87	4.13±0.66	4.11±0.78	3.94±0.92	3.27±0.96	3.96±0.76	3.97±0.86	3.67±1.00
	Midwest	3.48±0.89	4.10±0.72	4.11±0.81	3.99±0.92	3.30±0.94	3.97±0.80	4.02±0.87	3.7±1.04
	Southeast	3.4±0.85	4.01±0.66	4.02±0.76	3.79±0.96	3.21±0.90	3.87±0.74	3.94±0.82	3.59±1.04
Level of education (highest degree)	South	3.41±0.83	4.04±0.72	4.00±0.82	3.87±0.92	3.22±0.89	3.87±0.79	3.88±0.92	3.62±0.99
	Undergraduate	3.51±0.89	4.15±0.64	4.14±0.78	3.98±0.91	3.31±0.94	3.99±0.77	4.02±0.89	3.70±1.04
	Graduate/Residency	3.46±0.88	4.00±0.70	4.07±0.79	3.90±0.91	3.24±0.94	3.91±0.77	3.95±0.87	3.67±0.99
	Master's	3.41±0.87	4.06±0.68	4.06±0.81	3.86±0.99	3.21±0.92	3.90±0.77	3.97±0.83	3.60±1.07
Marital status	PhD	3.35±0.88	3.92±0.73	4.00±0.76	3.74±0.97	3.29±0.95	3.96±0.75	4.02±0.77	3.73±1.02
	Without partner	3.46±0.85	4.07±0.67	4.09±0.78	3.90±0.89	3.25±0.91	3.91±0.74	3.9±0.86	3.66±1.02
Children	With partner	3.46±0.89	4.09±0.69	4.08±0.78	3.89±0.95	3.26±0.95	3.95±0.78	3.98±0.86	3.68±1.02
	Yes	3.46±0.88	4.07±0.69	4.04±0.79	3.87±0.94	3.27±0.93	3.93±0.76	3.96±0.86	3.68±0.99
Family monthly income	No	3.46±0.87	4.10±0.68	4.11±0.78	3.94±0.92	3.24±0.94	3.93±0.78	3.99±0.86	3.66±1.04
	≤ 1 MW	3.43±0.88	3.93±0.80	4.10±0.65	4.00±0.80	3.3±0.96	3.89±0.78	3.97±0.76	3.85±0.80
	> 1 to 2 MW	3.55±0.93	4.19±0.65	4.24±0.79	4.08±0.86	3.3±1.00	4.04±0.79	4.12±0.86	3.83±0.95
	>2 to 3 MW	3.49±0.86	4.11±0.66	4.07±0.78	3.92±0.90	3.27±0.88	3.95±0.79	3.96±0.86	3.69±0.99
	>3 to 5 MW	3.44±0.88	4.04±0.73	4.05±0.84	3.87±0.94	3.22±0.95	3.88±0.79	3.93±0.92	3.59±1.06
> 5 to 10 MW	3.41±0.85	4.06±0.64	4.04±0.80	3.88±0.96	3.24±0.89	3.93±0.71	3.96±0.85	3.67±1.01	

		> 10 to 20 MW	3.50±0.90	4.14±0.68	4.14±0.70	3.94±0.91	3.27±1.01	3.95±0.80	4.00±0.81	3.66±1.05
		> 20 MW	3.45±0.93	4.07±0.76	4.06±0.76	3.84±0.93	3.26±1.00	3.92±0.84	3.99±0.86	3.60±1.06
Area of Practice		Clinic	3.40±0.91	4.06±0.69	4.08±0.77	3.89±0.93	3.16±0.95	3.88±0.76	3.95±0.86	3.61±1.04
		Teaching	3.47±0.92	4.08±0.73	4.1±0.67	3.93±0.91	3.34±1.00	3.98±0.78	4.03±0.74	3.73±1.00
		Foodservice								
		administration	3.48±0.91	4.09±0.70	4.1±0.82	3.93±0.92	3.31±0.97	4±0.78	4.05±0.86	3.76±1.01
		Public health	3.27±0.94	3.96±0.72	3.91±0.87	3.73±1.02	3.04±1.00	3.76±0.81	3.73±0.95	3.42±1.13
		More than one area of practice	3.52±0.83	4.11±0.65	4.09±0.77	3.93±0.92	3.3±0.89	3.95±0.76	3.98±0.85	3.68±1.00
		Others	3.53±0.79	4.17±0.68	4.2±0.83	4.11±0.82	3.35±0.85	4.09±0.72	4.16±0.84	3.94±0.83
Number of workplaces		1	3.44±0.89	4.08±0.71	4.06±0.81	3.91±0.95	3.25±0.95	3.95±0.79	3.97±0.85	3.69±1.03
		2	3.45±0.84	4.09±0.62	4.14±0.70	3.90±0.90	3.22±0.90	3.9±0.73	3.98±0.85	3.61±1.03
		3	3.63±0.82	4.15±0.64	4.11±0.81	3.95±0.86	3.34±0.93	3.92±0.75	3.94±0.93	3.64±0.98
		> 3	3.54±0.86	4.10±0.65	4.07±0.85	3.99±0.81	3.4±0.89	3.99±0.79	4.01±0.90	3.79±0.98
Type of institution		Private	3.47±0.86	4.08±0.70	4.06±0.78	3.90±0.91	3.27±0.91	3.92±0.79	3.94±0.87	3.65±1.01
		Public	3.45±0.89	4.09±0.67	4.11±0.78	3.93±0.94	3.24±0.96	3.94±0.75	4.01±0.84	3.69±1.02
Time undergraduate completion		≤ 2 years	3.46±0.93	4.09±0.71	4.09±0.80	3.90±0.96	3.24±0.97	3.91±0.82	3.96±0.90	3.61±1.10
		>2 to 5 years	3.46±0.88	4.07±0.71	4.08±0.80	3.93±0.89	3.25±0.93	3.94±0.76	4.00±0.82	3.68±0.96
		>5 to 10 years	3.46±0.80	4.06±0.66	4.08±0.79	3.88±0.91	3.21±0.88	3.87±0.78	3.93±0.87	3.61±1.01
		>10 to 15 years	3.50±0.84	4.14±0.64	4.16±0.68	3.97±0.87	3.36±0.89	4.04±0.73	4.06±0.78	3.79±0.95
		>15 years	3.43±0.91	4.07±0.68	4.02±0.83	3.89±0.97	3.23±0.98	3.92±0.74	3.93±0.90	3.67±1.04
Do you continue working during COVID-19?		no	3.47±0.86	4.07±0.73	4.03±0.83	3.84±0.93	3.24±0.92	3.91±0.80	3.92±0.91	3.61±1.00
		yes in person	3.41±0.93	4.07±0.70	4.08±0.80	3.90±0.95	3.24±0.98	3±0.77	3.96±0.86	3.64±1.03
		yes in person with some adaptations	3.49±0.85	4.10±0.65	4.10±0.77	3.94±0.93	3.26±0.92	3.92±0.76	3.97±0.88	3.69±1.03
		yes remotely	3.46±0.87	4.09±0.67	4.09±0.76	3.93±0.91	3.27±0.93	3.96±0.76	4.01±0.82	3.70±1.01
Did you test positive for COVID-19?		No	3.46±0.87	4.08±0.76	4.08±0.78	3.91±0.92	3.25±0.93	3.94±0.77	3.97±0.86	3.67±1.01
		Yes	3.54±0.92	4.13±0.78	4.09±0.77	3.88±0.97	3.31±1.00	3.89±0.85	3.96±0.88	3.55±1.11
Did any family members test positive for COVID-19?		No	3.46±0.87	4.09±0.80	4.09±0.78	3.92±0.93	3.26±0.93	3.94±0.77	3.98±0.86	3.67±1.03
		Yes (does not live with me)	3.46±0.87	4.12±0.82	4.08±0.69	3.95±0.91	3.27±0.91	3.99±0.61	4.02±0.71	3.76±1.00
		Yes (living with me)	3.43±0.94	4.03±0.88	4.04±0.82	3.87±0.88	3.21±0.99	3.89±0.80	3.91±0.90	3.64±0.98



## 9. ANEXO 1 – WHOQOL-BREF – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

### Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completa- mente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequente-mente	muito frequente-mente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5