

Efetividade de intervenção psicológica positiva *on-line* para profissionais na pandemia de covid-19

Efectividad de intervención psicológica positiva *online* para profesionales en la pandemia de covid-19

Effectiveness of an Online Positive Psychology Intervention for Professionals in the Covid-19 Pandemic

Helen Bedinoto Durgante

Universidade Federal de Pelotas, e Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

Janaína Mariuzzi

Centro de Referência de Assistência Social e Unidade Básica de Saúde, Brasil

Beatriz Schmidt

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil

Tharlise Paim Girelli

Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Jessica Rezende Fernandes

Marina Figueiredo Marquez

Faculdade Pitágoras, Instituto de Psicologia, Brasil

Débora Dalbosco Dell’Aglío

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11652>

Helen Durgante ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2044-6865>

Janaína Mariuzzi ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9470-0504>

Beatriz Schmidt ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2907-2297>

Tharlise Paim Girelli ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8847-9228>

Jessica Rezende Fernandes ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3313-9722>

Marina Figueiredo Marquez ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6273-550X>

Débora Dalbosco Dell’Aglío ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0149-6450>

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Conflitos de interesse: os autores declaram não haver conflitos de interesse. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC): RBR-106989ym. Universal Trial Number: U111-1262-7726.

Envio de correspondência para: Helen B. Durgante, Colegiado de Psicologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias, 250 — Fragata, Pelotas-RS, Brasil, CEP: 96015-210. Telefone: +55 55 98421 8161. E-mails: helen.durga@gmail.com, helen.durgante@ufpel.edu.br

Para citar este artículo: Durgante, H. B., Mariuzzi, J., Schmidt, B., Girelli, T. P., Fernandes, J. R., Marquez, M. F., & Dell’Aglío, D. (2025). Efetividade de intervenção psicológica positiva *on-line* para profissionais na pandemia de covid-19. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 43(1), 1-15. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11652>

Resumo

Este estudo avaliou a efetividade de um programa de psicologia positiva on-line para a promoção da saúde de profissionais durante a pandemia de covid-19 no Brasil. Utilizou-se delineamento quantitativo, com avaliação pré-pós nos grupos de intervenção e controle. Participaram 103 profissionais sendo 87 do sexo feminino, das áreas de saúde ($n=54$), educação ($n=21$) e serviço social ($n=28$), provenientes de sete estados brasileiros, com idade entre 19 e 80 anos ($M=46.09$; $DP=17.66$). Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e de saúde geral, Escala do Estresse Percebido, Escala de Resiliência-Reduzida, Escala de Satisfação com a Vida, Teste de Orientação da Vida-Revisado (reduzido) e uma escala visual analógica de estado de ânimo. Observou-se melhora no estado de ânimo, na satisfação com a vida, no otimismo e resiliência dos participantes; e em estado de ânimo, estresse percebido e sintomas de depressão e ansiedade, quando comparados ao grupo controle. Destaca-se a necessidade de mobilizar recursos financeiros para aprimorar pesquisas aplicadas baseadas em evidências, como ensaios de efetividade, a fim de fortalecer a saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: psicologia positiva, efetividade, avaliação de programa, covid-19, profissionais

Resumen

Este estudio evaluó la efectividad de un programa de psicología positiva para la promoción de la salud de profesionales durante la pandemia de covid-19 en Brasil. Se utilizó un diseño cuantitativo, con evaluación pre y post intervención en los grupos de intervención y control. Participaron 103 profesionales, siendo 87 del sexo femenino, de las áreas de salud ($n=54$), educación ($n=21$) y Trabajo Social ($n=28$), provenientes de siete estados brasileños, con edad entre 19 y 80 años ($M=46.09$; $DE=17.66$). Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico y de salud general, Escala de Estrés Percibido, Escala de Resiliencia-Reducida, Escala de Satisfacción con la Vida, Test de Orientación de la Vida-Revisado (reducido) y una escala visual analógica de estado de ánimo. Se observaron mejoras en el estado de ánimo, en la satisfacción con la vida, en el optimismo y la resiliencia de

los participantes y en estado de ánimo, estrés percibido y síntomas de depresión y ansiedad, cuando se compararon con el grupo control. Se destaca la necesidad de movilizar recursos financieros para mejorar investigaciones aplicadas, basadas en evidencias, como ensayos de efectividad, con el fin de fortalecer la salud pública en Brasil.

Palabras clave: psicología positiva, eficacia, evaluación de programa, covid-19, profesionales

Abstract

This study evaluated the effectiveness of a positive psychology program for promoting the health of professionals during the Covid-19 pandemic in Brazil. A quantitative design was used, with pre- and post-intervention assessments in both the intervention and control groups. A total of 103 professionals participated, 87 of whom were female, from the fields of health ($n=54$), education ($n=21$), and social work ($n=28$), coming from seven Brazilian states, aged between 19 and 80 years ($M=46.09$; $SD=17.66$). The instruments used were: a sociodemographic and general health questionnaire, Perceived Stress Scale, Resilience Scale-Abbreviated, Life Satisfaction Scale, Life Orientation Test-Revised (abbreviated form), and a visual analog scale for mood. Improvements were observed in mood, life satisfaction, optimism, and resilience among participants; and in mood, perceived stress, and symptoms of depression and anxiety, when compared to the control group. The need to mobilize financial resources to improve evidence-based applied research, such as effectiveness trials, is highlighted in order to strengthen public health in Brazil.

Keywords: positive psychology, effectiveness, programme evaluation, covid-19, professionals

No final do ano de 2019, em Wuhan, na China, ocorreu a eclosão de uma epidemia de doença infecciosa respiratória, a covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o problema como uma pandemia, tornando-se emergência de saúde pública de importância

internacional (ESPII). Em meados de 2020, o novo coronavírus já se difundia pelo Brasil, espalhando-se rapidamente, com um número expressivo de casos e óbitos.

Em maio de 2023, a OMS determinou o fim da covid-19 como uma ESPII. Embora tenha havido aumento da imunidade —devido às vacinas desenvolvidas—, e as taxas de mortalidade tenham diminuído, sabe-se que os números oficiais não são capazes de refletir a realidade objetiva dos impactos da pandemia (Muller et al., 2020; Rafael et al., 2020). Apesar de inúmeros estudos científicos que resultaram no desenvolvimento de vacinas contra a covid-19, têm sido identificadas diferentes variantes do vírus. Muitas pessoas continuam a apresentar sintomas e, muitas vezes, sem resposta de prognóstico positivo aos tratamentos até então ofertados, podendo progredir rapidamente para quadros graves e necessidade de cuidados em unidades de terapia intensiva (World Health Organization [WHO], 2020a, 2020b).

Quanto à saúde mental e às consequências emocionais associadas à pandemia, foram observados aspectos como a permanência do medo de contágio, as mudanças na rotina de vida, a redução de contato e as atividades sociais e de lazer, além do distanciamento de possíveis grupos de apoio e da ansiedade social (WHO, 2020a, 2020b). Somam-se a esses fatores, os agravos em questões socioeconômicas, como a redução do trabalho e das fontes de renda, e a inexistência de políticas públicas estruturadas e investimentos para o enfrentamento da pandemia, que, aliados a sentimentos de desânimo, fracasso, medo, sintomas de ansiedade e depressão, contribuíram para o adoecimento mental e físico da população, principalmente daqueles considerados grupos de risco, a exemplo dos profissionais da linha de frente (Costa & Batista, 2024; Kindred & Bates, 2023; Schmidt et al., 2020).

Os profissionais da saúde, da educação e das demais áreas de assistência foram diretamente expostos durante a pandemia, convivendo com incoerências no fluxo de informações, insuficiên-

cia de equipamentos e de pessoal, descaso em diferentes níveis e de órgãos do poder público sobre procedimentos e medidas sanitárias adotadas para reduzir o contágio (Muller et al., 2020; Vancappel et al., 2023; Vaz de Macedo, 2023). Além disso, protocolos profiláticos exaustivos em contextos de atuação profissional com uso de equipamentos desconfortáveis ou até mesmo indisponíveis para a proteção pessoal geraram ainda mais estresse, sobrecarga emocional e física, com aumento de prevalência de sintomatologia ansiogênica e depressogênica nesses profissionais (Wu et al., 2021).

Costa e Batista (2024), em uma revisão sistemática de literatura, observaram que muitos docentes sofreram impactos psicoemocionais decorrentes da pandemia, devido às situações adversas como a necessidade de uma mudança brusca para o ensino remoto, o uso de meios tecnológicos que não faziam parte da sua rotina, a extrapolação da carga horária de trabalho e a invasão da privacidade, uma vez que suas casas se tornaram salas de aula. Diante disso, os autores destacam que o sistema educacional deve ter uma conscientização quanto à necessidade de proteção da saúde mental dos educadores.

Nas fases iniciais da pandemia, o número de infectados entre profissionais da linha de frente aumentou desordenadamente entre os países. No Brasil, houve aumento progressivo de casos e mortes em todas as macrorregiões, tornando-se um dos países com maiores números de contágio e mortalidade entre profissionais, especialmente na área da saúde (Alves et al., 2020; Medeiros, 2020; Silva et al., 2020; WHO, 2021). Também há evidências de maior percepção de medo da morte, esgotamento emocional (*burnout*), sentimentos de desamparo, desesperança, desespero e pensamentos suicidas entre membros das equipes. Devido às demandas próprias das diferentes profissões e ambientes de trabalho, houve risco aumentado de desgaste e adoecimento físico e emocional-mental durante a pandemia (Pappa et al., 2020; WHO, 2020b).

Por isso, propostas de intervenção para a promoção da saúde de profissionais durante crises pandêmicas se tornam recursos indispensáveis a fim de favorecer o bem-estar de toda a sociedade, visto que esses profissionais são aqueles que atenuam os efeitos deletérios das doenças na população geral (Vancappel et al., 2023; Vaz de Macedo, 2023; Wu et al., 2021). Intervenções com base em evidências para a promoção da saúde mental são instrumentos para otimizar recursos materiais e humanos, evitando desgaste e favorecendo ganhos em saúde de modo eficiente para os participantes e, conseqüentemente, para toda a rede de saúde (Durgante & Dell’Aglío, 2019a).

No Brasil, a primeira intervenção operacionalizada para a promoção da saúde com base científica via psicologia positiva e terapia cognitivo-comportamental —Programa Vem Ser— foi desenvolvida e vem sendo refinada desde 2016 (Durgante & Dell’Aglío, 2019a). O programa contém seis sessões semanais de duas horas cada, originalmente desenvolvido em caráter grupal e presencial, para intervir nas seguintes forças: valores e autocuidado/prudência, otimismo, empatia, gratidão, perdão, significado de vida e trabalho.

A versão para a implementação presencial do programa passou por avaliações em estudo-piloto (Durgante et al., 2020), estudo de viabilidade (Durgante et al., 2019), ensaio de eficácia (Durgante & Dell’Aglío, 2019b; Durgante et al., 2022), resultando em incremento na satisfação com a vida, resiliência, estresse percebido, sintomas de depressão e ansiedade nos participantes após o programa; melhoras no otimismo, empatia, sintomas de depressão e ansiedade em relação aos controles após o programa; resultados preservados de satisfação com a vida, sintomas de depressão e ansiedade três meses após o programa quando comparados aos grupos controle.

No ano de 2020, em meio à pandemia de covid-19, o programa foi adaptado para a implementação na modalidade *on-line* (Durgante & Dell’Aglío, 2020; Durgante & Dell’Aglío, 2022)

e passou por estudo de viabilidade e estudo-piloto (Durgante et al., 2022), cujos resultados seguiram o padrão identificado na versão presencial do programa. Vale lembrar que estudos de efetividade com avaliação sistemática em pesquisas de implementação são escassos no Brasil e fundamentais para a elaboração de diretrizes e para a introdução de novos serviços e dispositivos na rede de saúde (Damschroder et al., 2022).

A pandemia de covid-19 contribuiu para que fosse observada a necessidade de elaborar serviços em saúde para garantir a continuidade da assistência, devido ao risco aumentado de possível adoecimento sistêmico da saúde mental da população —para além da saúde física. Há maior probabilidade de adoecimento entre pessoas consideradas grupo de risco, notadamente os profissionais da saúde, da educação e/ou de outras áreas de assistência e serviços essenciais. Este estudo, portanto, faz parte de pesquisas atuais e pioneiras em contexto nacional e teve como objetivo avaliar critérios de efetividade do Programa Vem Ser, de psicologia positiva para a promoção da saúde desses profissionais, implementado em caráter *on-line*, durante a pandemia de covid-19 no Brasil.

Método

Delineamento

Foi utilizado delineamento longitudinal, quase experimental, quantitativo, com avaliação pré (T1 — na semana anterior ao início da intervenção) e pós-intervenção (T2 — na semana do término das sessões) no grupo experimental — GE (versão *on-line* do Programa Vem Ser) e no grupo controle — GC (lista de espera sem intervenção).

As variáveis dependentes foram indicadores de sintomas de depressão, ansiedade, estresse percebido, resiliência, satisfação com a vida, otimismo e estado de ânimo. Os participantes foram selecionados para

compor a amostra conforme os seguintes critérios de inclusão: 1) ser profissional das áreas de saúde, educação ou assistência; 2) ter acesso à internet e dispositivo para acesso às sessões do programa *on-line*; 3) participar das sessões e das avaliações do programa de forma *on-line*.

Participantes

Participaram 103 profissionais, com predominância do sexo feminino ($n=87$), oriundas das áreas de saúde ($n=54$), educação ($n=21$) e serviço social ($n=28$), provenientes de sete estados do Brasil. A idade variou entre 19 e 80 anos ($M=46.09$; $DP=17.66$). Do total, 60 integraram o GE (feminino=54; idade entre 19 e 80 anos [$M=46.18$; $DP=19.57$] e 43, o grupo GC (feminino=33; idade entre 23 e 74 anos [$M=45.95$; $DP=14.80$]). Quanto à escolaridade, 16 (15.5 %) participantes tinham até o ensino médio completo e 85 (82.5 %), algum nível de ensino superior. A média de tempo de trabalho foi 18.85 anos ($DP=15.05$), com variação de 1 a 60 anos de trabalho. No que se refere a características sociodemográficas, 78 (75.7 %) participantes tinham até 60 anos de idade; 43 (41.3 %) estavam aposentados, mas exerciam alguma atividade laboral, remunerada ou não; 53 (51.5 %) eram casados, estavam em união estável ou moravam junto de seus companheiros; 48 (46.6 %) não tinham filhos; 30 (29.1 %) cuidavam de alguém de seu convívio; e 22 (21.4 %) moravam sozinhos. Em relação à saúde e aos aspectos subjetivos, 81 participantes (78.6 %) declararam possuir alguma crença ou religião; 53 (51.5 %) apresentavam problemas crônicos de saúde; 96 (93.2 %) referiram praticar algum tipo de atividade de lazer; e 95 (92.2 %) relataram perceber apoio social.

Dos 103 inscritos, 10 (9.7 %) não puderam iniciar o programa devido a questões pessoais e à indisponibilidade de horários compatíveis com demandas de trabalho e familiares. Daqueles que iniciaram o programa ($n=93$), 76 (73.8 %) concluíram as sessões e a segunda avaliação (GE=40,

GC=36), com 81.72 % de retenção (perda amostral de 18.28 %). Dados faltantes foram obtidos por contato direto com os participantes. Foram moderadoras cinco psicólogas e uma assistente social, que participaram de capacitação *on-line*, para fins de replicação do programa como ensaio de efetividade. Os 76 participantes foram divididos em seis grupos realizados ao longo de 2020, com encontros grupais síncronos semanais por seis semanas, no formato multicomponente e utilizando recursos como *e-mail*, telefone, mensagens por WhatsApp e demais meios de contato remoto.

O tamanho amostral foi calculado para assegurar tamanho de efeito=.8, poder=.90, $\alpha=.05$, sendo necessários, pelo menos, 28 participantes por grupo em T2 (Faul et al., 2007). Para reduzir viés de seleção, realizou-se a *intention to treat analysis*, avaliando os dados de todos os participantes inscritos (Roshan, 2018), também de acordo com diretrizes atualizadas do *Consolidated Standards of Reporting Trials*.

Instrumentos

1. *Questionário de dados sociodemográficos* (T1): com dados de escolaridade, laborais, situação conjugal, número de moradores na residência, número de filhos, tempo de serviço, cargo, rede de apoio, atividade de lazer e estado atual de saúde.
2. *Escala de Estresse Percebido-10 itens*, versão brasileira de Di Bernardi Luft et al. (2007), consistência interna ($\alpha=0.83$), sobre percepções de vida como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada, com base no último mês. Alfas de Cronbach neste estudo foram T1=.88 e T2=.86.
3. *Escala de Resiliência*, adaptada para a versão reduzida (Durgante et al., no prelo), com cinco itens de autorrelato em formato Likert de sete pontos (1 — discordo totalmente, 7 — concordo totalmente), sobre o quanto o indivíduo se percebe e utiliza conhecimentos adquiridos para se sobressair às adversidades da vida. A escala apresenta propriedades psicométricas e índices de ajuste

adequados para fator único (CFI=.999, RMSEA=.001, SRMR=.017) e parâmetros padronizados significativos ($p<.001$). A escala apresentou 45.47 % da variância explicada, adequado índice de consistência interna na versão de 5 itens ($\alpha=.73$), além de validade convergente, divergente, de critério e estabilidade teste-reteste em 6 e 18 semanas. Alfas, neste estudo, foram $T1=.88$ e $T2=.86$.

4. *Escala de Satisfação com a Vida* (versão brasileira de Zanon et al., 2014), com cinco itens de autor-relato quanto a aspectos cognitivos de satisfação com a vida e bem-estar global. A versão brasileira apresenta fidedignidade, validade de critério e de constructo e consistência interna de .87. Alfas, neste estudo, foram $T1=.89$ e $T2=.91$.
5. *Questionário de Saúde Geral-12 itens* de Goldberg e Williams (1988, em Pasquali et al., 1994) para avaliar indicadores de doenças psiquiátricas não severas — índices de depressão ($\alpha=.85$) e disfunção social/ansiedade ($\alpha=.82$) de adultos. Alfas, neste estudo, foram $T1=.92$ e $T2=.90$.
6. *Teste de Orientação da Vida-Revisado* (versão brasileira de Bastianello et al., 2014), adaptado para a versão reduzida com seis itens positivos (Durgante & Dell’Aglio, em fase de publicação), em formato de escala Likert (1 — discordo plenamente; 5 — concordo plenamente), apresenta três itens para avaliar o otimismo disposicional e três para avaliar pessimismo. Alfas, neste estudo, foram $T1=.89$ e $T2=.92$.
7. *Estado de Ânimo*, avaliado por meio de uma escala visual analógica de quatro pontos (1 — Me sinto triste; 2 — Me sinto regular/mais ou menos; 3 — Me sinto bem; 4 — Me sinto muito bem/feliz), desenvolvida especificamente para uso neste estudo.

Procedimentos e considerações éticas

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Pareceres 1.899.368, 4.143.219, CAAE:61997516.5.0000.5334),

registro RBR-106989ym na plataforma nacional de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC), número do UTN: U111-1262-7726.

Inicialmente, houve capacitação *on-line* do programa para profissionais por meio de redes sociais vinculadas à universidade, que tivessem interesse em serem moderadores e replicar a intervenção.

A divulgação do programa para os participantes foi feita pelos próprios profissionais que receberam capacitação (moderadores), em seus respectivos locais de trabalho, e também pela pesquisadora principal em redes sociais. Aqueles que responderam ao convite para a participação foram alocados para o GE ou GC, conforme disponibilidade nos grupos e seus interesses e possibilidades de participação (por conveniência). Todos preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido e as escalas/questionários (T1), cujos arquivos foram compartilhados com os participantes pela plataforma Google Docs, *por e-mail* ou WhatsApp. As moderadoras ficaram à disposição para auxiliar o preenchimento dos instrumentos, caso necessário; além disso, todos os participantes receberam lista de instituições públicas e privadas para o atendimento psicológico, caso sentissem necessidade dess e recurso. O GC preencheu os mesmos instrumentos, permanecendo em lista de espera para a participação em novos grupos do programa. As sessões do programa e o encontro para devolutivas dos resultados também foram realizados virtualmente.

Análise de dados

Foram conduzidas análises descritivas e inferenciais para a caracterização da amostra com *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, 22.0). Foram avaliados os pressupostos estatísticos: distribuição dos dados (Shapiro-Wilk), simetria e curtose, escores extremos, linearidade de correlações significativas e moderadas entre as variáveis dependentes (VDs), homogeneidade de variância entre grupos e homoscedasticidade para as VDs (Levene’s test>.05), esfericidade entre pares de

correlações entre grupos (Mauchly's test $>.05$), igualdade de matrizes de variância-covariância (Box's M test $>.001$) e estimativas de tamanho amostral (Faul et al., 2007; Hair et al., 2009). Para avaliar diferenças basais entre grupos nas variáveis sociodemográficas e VDs, foram utilizados o teste de qui-quadrado para variáveis categóricas, Kruskal-Wallis e testes t para amostras independentes, a depender da distribuição dos dados.

Para VDs sem distribuição normal, foi utilizada estatística de Kruskal-Wallis com *post-hoc* Wilcoxon e Mann-Whitney para diferenças intra (T1-T2) e entre grupos em T2, respectivamente. Para VDs com distribuição normal, foram conduzidas ANOVAs fatoriais com *post hoc* com testes t para amostras repetidas (diferenças intra grupos) e testes t para amostras independentes para avaliar diferenças entre grupos em T2. O tamanho de efeito foi aferido a partir de d de Cohen nos índices: baixo (.20-.49), médio (.50-.79), alto ($>.80$). Para os modelos de ANOVA fatorial, o tamanho de efeito foi estimado com Partial Eta Squared ηp^2 , sendo: baixo (.01-.05), médio .06- 1.3, alto ($>.14$) (Field, 2013).

Resultados

Análise de diferenças basais (T1) entre grupos (GE, GC)

A Tabela 1 apresenta o número de participantes (n), frequências (%) e estatísticas de qui-quadrado (X^2) para as variáveis categóricas. Resultados de qui-quadrado demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa em T1 entre grupos para sexo, idade (até 60 anos *versus* acima de 60 anos), se eram aposentados(as), situação conjugal, se moravam sozinhos, se eram cuidadores, se tinham algum problema de saúde ($p >.05$). Houve diferenças entre grupos em T1 quanto à situação conjugal, em que 69.8 % ($n=30$) dos controles tinham companheiro(a), comparado a apenas 45 %

($n=27$) dos participantes do GE ($X^2=5.255$; $p=.22$), e crença/religião, sendo que 86.7 % do GE ($n=52$) tinham alguma crença em relação a 67.4 % ($n=29$) dos controles ($X^2=4.426$; $p=.035$). Não foi possível verificar inferencialmente as variáveis: escolaridade (até ensino médio completo *versus* ensino superior), atividade de lazer e percepção de apoio social, uma vez que houve menos de cinco caselas registradas para essas variáveis, o que inviabiliza o uso do qui-quadrado.

Não se observaram diferenças significativas entre grupos nas VDs em T1, conforme resultados de Kruskal-Wallis (Tabela 2) e testes t (Tabela 3) para amostras independentes ($p >.05$).

Resultados de diferenças intra grupos (T1-T2)

A seguir, a Tabela 4 apresenta dados descritivos de médias (M) e desvio-padrão (DP) dos GE e GC nas VDs avaliadas em T1 e T2.

Resultados de estatísticas de Wilcoxon indicaram diferenças estatisticamente significativas, com resultados positivos no GE, e alto tamanho de efeito em indicadores de estado de ânimo ($Z=4.362$, $p <.001$, $d=.96$, intervalo de confiança — IC=.543-1.386), médio tamanho de efeito para satisfação com a vida ($Z=3.737$, $p=.001$, $d=.53$, IC=.127-.941), e baixo tamanho de efeito para otimismo ($Z=3.176$, $p=.001$, $d=.38$, IC=-.021-.786) e resiliência ($Z=3.244$, $p=.001$, $d=.38$, IC=-.022-.785) entre T1 e T2. Não foram identificadas diferenças significativas nestas variáveis no GC (resiliência $Z=1.390$, $p=.164$, satisfação com a vida $Z=1.172$, $p=.241$, otimismo $Z=.750$, $p=.454$, estado de ânimo $Z=1.414$, $p=.157$).

Testes t para amostras repetidas revelaram redução significativa e médio tamanho de efeito em indicadores de estresse percebido ($t(39)=4.947$, $p=.001$, $d=-.67$, IC=-1.078 - -.256) e sintomas de depressão e ansiedade ($t(39)=5.321$, $p=.001$, $d=-.64$, IC=-1.054 - -.234) do GE após o programa, comparados aos seus resultados basais. Não se

Tabela 1.
Diferenças entre GE (n=60) e GC (n=43) em TI para as variáveis categóricas

Variáveis	Categorias	GE n (%)	GC n (%)	χ^2	p
Sexo	Feminino	54 (90)	33 (76.7)	2.42	.120
	Masculino	6 (10)	10 (23.3)		
Idade	Até 60 anos	42 (70)	36 (83.7)	1.873	.710
	Acima de 60 anos	18 (30)	7 (16.3)		
Aposentado(a)	Sim	29 (48.3)	14 (32.6)	1.956	.162
	Não	31 (51.7)	29 (67.4)		
Escolaridade	Até ensino médio	13 (21.7)	3 (7)	-	-
	Ensino superior	47 (78.3)	40 (93)		
Mora sozinho(a)	Sim	13 (21.7)	9 (20.9)	.001	1.000
	Não	47 (78.3)	34 (79.1)		
Cuida de alguém	Sim	15 (25)	5 (34.9)	.755	.385
	Não	45 (75)	28 (65.1)		
Problema de saúde	Sim	33 (55)	20 (46.5)	.423	.516
	Não	27 (45)	23 (53.5)		
Lazer	Sim	57 (95)	39 (90.7)	-	-
	Não	3 (5)	4 (9.3)		
Apoio social	Sim	58 (96.7)	37 (86)	-	-
	Não	2 (3.3)	6 (14)		

Tabela 2.
Diferenças nas variáveis dependentes em GE (n=60) e GC (n=43) em TI, analisadas pelo teste Kruskal-Wallis

Variáveis	GE M (DP)	GC M (DP)	H	p
Resiliência	18.78 (4.04)	19.60 (4.39)	1.494	.222
Satisfação com a vida	24.58 (6.40)	24.67 (6.82)	.002	.968
Otimismo	23.95 (4.61)	24.42 (4.65)	.474	.491
Ânimo	2.65 (0.84)	2.81 (0.82)	.831	.356

Tabela 3.
Diferenças nas variáveis dependentes em GE (n=60) e GC (n=43) em TI, analisadas pelo teste t

Variáveis	GE M (DP)	GC M (DP)	t	p
Estresse percebido	19.05 (6.29)	16.91 (6.03)	-1.734	.086
Saúde geral	25.58 (7.61)	24.40 (7.38)	-0.791	.431

Tabela 4.

Diferenças de médias e desvio- padrão entre grupos nas variáveis dependentes avaliadas em T1 e T2

Variáveis dependentes	GE M (DP) T1 (n=60)	GE M (DP) T2 (n=40)	GC M (DP) T1 (n=43)	GC M (DP) T2 (n=36)
Resiliência	18.78 (4.04)	20.18 (3.03)	19.60 (4.39)	18.69 (4.45)
Satisfação com a vida	24.58 (6.40)	27.65 (4.60)	24.67 (6.82)	24.75 (7.45)
Otimismo	23.95 (4.61)	25.70 (4.52)	24.42 (4.65)	24.83 (4.70)
Ânimo	2.65 (.84)	3.40 (0.67)	2.81 (0.82)	2.61 (.77)
Estresse percebido	19.05 (6.29)	14.95 (5.92)	16.91 (6.03)	17.58 (6.73)
Depressão/ansiedade	25.58 (7.61)	21.10 (5.83)	24.40 (7.38)	25.36 (7.06)

observaram melhoras estatisticamente significativas no GC ness es indicadores entre T1 e T2 (estresse percebido $[t=35]=-0.73$, $p=.942$; sintomas de depressão e ansiedade $[t=35]=-0.029$, $p=.977$).

Resultados de diferenças entre grupos em T2

Estatísticas de Kruskal-Wallis revelaram diferenças significativas entre médias dos grupos em T2 com alto tamanho de efeito para estado de ânimo ($X^2=17.74$, $p=.001$, $d=-1.109$, IC=-1.537 – -.68). Não foram identificadas diferenças entre grupos em T2 com estatísticas de Kruskal-Wallis para as demais VDs sem distribuição normal (resiliência

$X^2=1.733$, $p=.188$; satisfação com a vida $X^2=2.400$, $p=.121$; otimismo $X^2=.743$, $p=.389$).

Modelos de ANOVA fatorial indicaram haver efeitos principais para tempo em estresse percebido ($F(1)=11.869$, $p=.001$, $\eta^2=.138$) e sintomas de depressão e ansiedade ($F(1)=9.923$, $p=.002$, $\eta^2=.118$), com médio tamanho de efeito; efeitos de interação com alto tamanho de efeito para estresse percebido ($F(1)=12.584$, $p=.001$, $\eta^2=.145$); e médio tamanho de efeito para sintomas de depressão e ansiedade ($F(1)=10.226$, $p=.002$, $\eta^2=.121$). A seguir, estão apresentados graficamente na Figura 1 os escores de estresse percebido e, na Figura 2, de indicadores de depressão e ansiedade do GE e do GC entre T1 e T2, conforme os resultados obtidos.

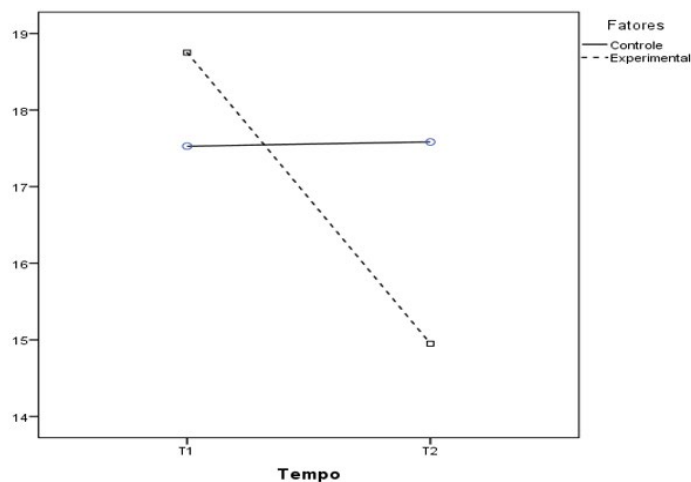


Figura 1. Níveis de estresse percebido em T1-T2 entre GE e GC

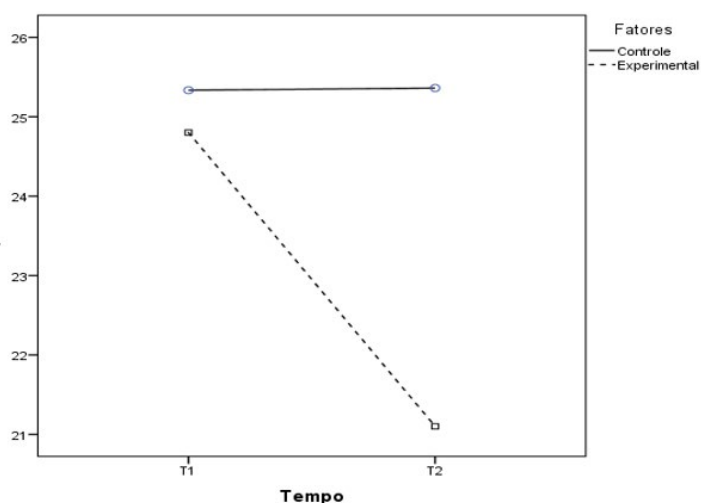


Figura 2. Indicadores de depressão e ansiedade em T1-T2 entre GE e GC

Discussão

Este estudo investigou diferenças em indicadores de saúde de profissionais da área de saúde, educação e assistência após sua participação em um programa *on-line* de psicologia positiva para a promoção de saúde. Trata-se de um ensaio de efetividade com o programa, o qual apresentou resultados satisfatórios de melhora em estado de ânimo, satisfação com a vida, otimismo e resiliência dos participantes do programa no pós-intervenção, comparados aos seus resultados basais. Quando comparado ao GC, os participantes do programa apresentaram melhores escores em estado de ânimo, estresse percebido e sintomas de depressão e ansiedade após a finalização do programa.

Estudos internacionais que abordam a temática de avaliação de programas para a promoção de saúde vêm recebendo atenção nas últimas décadas (Damschroder et al., 2022). No Brasil, esse tema ainda é pouco investigado, sobretudo quanto à efetividade de intervenções. Essa área passou a ser mais investigada sistematicamente em contexto nacional apenas a partir de 2009, após a introdução da Política Nacional de Promoção de Saúde (Brasil, 2010). Portanto, este estudo tem caráter inovador ao introduzir a aplicação de abordagens da terapia

cognitivo-comportamental (Knapp & Beck, 2008), com ênfase na redução da doença, ampliando o modo de atuação por meio de dinâmicas e técnicas alicerçadas em perspectivas da psicologia positiva (Bolier et al., 2013; Magyar-Moe et al., 2015).

Uma vez cumpridos os critérios de eficácia da intervenção em contexto controlado, o presente estudo avaliou critérios de efetividade do programa. Foram consideradas, nesse processo, a replicação do programa implementado por diferentes profissionais moderadores de grupo, após capacitação, supervisão técnica e implementação com protocolo manualizado; a replicação em diferentes populações e contextos de atuação profissional, inclusive na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilitou analisar a importância prática dos resultados e potenciais impactos em saúde pública, como a disseminação em ampla escala; a adequação da população-alvo, do método e do tamanho amostral às análises conduzidas e ao poder estatístico requerido; a avaliação da integridade-fidelidade da implementação e engajamento/adesão do público-alvo (Durgante et al., 2024); e a necessidade de modificações ou adaptações em componentes do programa (Durgante & Dell'Aglío, 2022; Durgante & Dell'Aglío, 2017).

Pesquisas enfatizam que estratégias devem ser centradas na comunidade, em coletivos, em vez da lógica do tratamento individual e cuidado centrado no paciente, modelo que se mostrou ineficaz durante a pandemia (Biondi-Zoccai et al., 2020; Weide et al., 2020). É importante que as ações sejam ampliadas para o contexto grupal, e não sejam reduzidas apenas para contextos hospitalares, com ações que possam se tornar sustentáveis e de maior abrangência (Biondi-Zoccai et al., 2020; Weide et al., 2020).

Quanto à evasão de participantes, Mouton e Cloes (2013) alertam que existem altos níveis de evasão registrados em quase todos os protocolos de pesquisa de forma *on-line* existentes. A capacidade limitada de uso da internet e a falta de motivação podem representar barreiras para a participação, sendo necessário mais treinamento para o uso de ferramentas tecnológicas e apoio de amigos e familiares durante o uso. Neste estudo, contudo, houve baixo índice de perda amostral, sendo apenas 18,28 % dos participantes desistentes da pesquisa, o que pode ser considerado como um dos pontos fortes do estudo.

É necessário destacar algumas limitações desta pesquisa, tais como: a impossibilidade de avaliar diferenças em subgrupos amostrais específicos; a falta de avaliação de habilidades e características profissionais dos moderadores que possam ter influenciado na efetividade do programa; a impossibilidade de randomização da amostra por questões práticas; bem como a ausência da análise de custos diretos, indiretos para os participantes e para o sistema de saúde quanto à retenção do tratamento. Além disso, observaram-se diferenças basais entre grupos em que mais controles tinham companheiro(a) e mais participantes do GE apresentavam crença ou religião. Esses aspectos precisam ser explorados com maior detalhamento em estudos futuros, para aferir possíveis efeitos intervenientes em variáveis importantes, a depender das especificidades de cada grupo.

Considerações finais

Nesta pesquisa aplicada, foi possível aperfeiçoar práticas em saúde, por meio de capacitações profissionais e avaliação de resultados de efetividade de uma intervenção psicológica positiva *on-line*, baseada em uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção de doenças. O programa foi ofertado gratuitamente para grupo de risco pouco favorecido durante a pandemia de covid-19 no Brasil, em termos de programas de saúde disponíveis em âmbito nacional para profissionais de saúde, de educação e de assistência.

Pretende-se, por meio dessa possibilidade de trabalho colaborativo em equipe, aprofundar conceitos, aprimorar práticas e elaborar parâmetros para futuros programas de intervenção em âmbito nacional, com base no rigor científico para a avaliação de resultados em saúde. Este estudo, voltado à maior compreensão de práticas *on-line*, permite que pesquisadores e profissionais no Brasil tenham acesso a não somente métodos eficientes de avaliação de resultados de programas, mas também a modelos de práticas satisfatórias, para o desenvolvimento e implementação de programas, adaptados às demandas e especificidades de nosso país. Com isso, contribuimos para a produção de conhecimento sobre a temática de avaliação de programas, estudos de implementação e de efetividade, promoção da saúde e melhor qualidade de vida aplicado à realidade brasileira, como modelo para a introdução de novas práticas e dispositivos em saúde, em médio e longo prazo, visando à maior qualificação de profissionais de saúde e à melhor entrega de serviços para a população.

Esperamos que esses resultados sirvam como subsídios às políticas públicas de atendimento e para nortear práticas baseadas em evidências em programas de intervenção *on-line* no Brasil. O manual da versão *online* do Programa Vem Ser (Durgante & Dell’Aglia, 2020) permite a replicação da intervenção por profissionais capacitados, contribuindo para o desenvolvimento de recursos

direcionados à saúde. Além disso, pretende-se que, com a inclusão dos critérios avaliados, os resultados levem a avanços em estudos de implementação, área empírica incipiente em contexto nacional.

Como direcionamento futuro, é necessário detectar barreiras e dificultadores — avaliação de processo — para que novas propostas de intervenções possam ser introduzidas no sistema de saúde como um todo, a exemplo da atenção primária (SUS). No entanto, isso requer rigor empírico na elaboração do desenho de pesquisa, assim como na condução do método, para aferir resultados e apontar mudanças e adequações necessárias às propostas interventivas. Dessa forma, é fundamental desenvolver, implementar e avaliar intervenções, idealmente a partir de estudos-piloto prévios, de viabilidade e ensaio de eficácia — a exemplo do Programa Vem Ser —, com a introdução de novos critérios metodológicos para a avaliação de efeitos esperados ou iatrogênicos, para, então, seguir com ensaios de efetividade, conforme os dados apresentados neste estudo. Por fim, enfatizamos a importância de futuros trabalhos colaborativos e ressaltamos a urgência de mobilizar recursos financeiros para subsidiar e aprimorar pesquisas de base e aplicadas no Brasil, em prol do fortalecimento da saúde pública em nosso país.

Referências

- Alves, L., Ramos, A., Crispim, J., Martoreli, J., Santos, M., & Arcêncio, R. (2020). Magnitude e severidade da covid-19 entre profissionais de enfermagem no Brasil. *Cogitare Enfermagem*, 25, Artigo e74537, 1-15. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74537>
- Bastianello, M., Pacico, J., & Hutz, C. (2014). Optimism, self-esteem and personality: Adaptation and validation of the Brazilian version of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF, Bragança Paulista*, 19(3), 523-531. <https://doi.org/10.1590/1413-827120140190030>
- Biondi-Zoccai, G., Landoni, G., Carnevale, R., Carverretta, E., Sciarretta, S., & Frati, G. (2020). SARS-CoV-2 and COVID-19: Facing the pandemic together as citizens and cardiovascular practitioners. *Minerva Cardioangiologica*, 68(2), 61-64. <https://doi.org/10.23736/S0026-4725.20.05250-0>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), Artigo 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde.
- Damschroder, L., Reardon, C., Widerquist, M., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), Artigo 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Di Bernardi Luft, C., de Oliveira Sanches, S., Mazo, G., & Andrade, A. (2007). Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000400015>
- Durgante, H., Bedin, L., & Dell’Aglío, D. (no prelo). Adaptação e validade da Escala de Resiliência para Idosos-Reduzida. *Avaliação Psicológica*.
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. (2017). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Revista Avaliação Psicológica*, 17(1), 155-162. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986>
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. (2019a). *Programa Vem Ser: psicologia positiva para promoção de saúde de aposentados. Manual de implementação*. Gráfica da UFRGS.
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. (2019b). Multicomponent positive psychology intervention for

- health promotion of Brazilian retirees: A quasi-experimental study. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0119-2>
- Durgante, H., & Dell'Aglío, D. (2020). *Manual de implementação online do Programa Vem Ser: Psicologia positiva para a promoção de saúde*. Gráfica da UFRGS.
- Durgante, H., & Dell'Aglío, D. (2022). Adaptação para implementação online de uma intervenção em Psicologia Positiva para a promoção de saúde. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), Artigo e2250. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2250>
- Durgante, H., Luz, J., Fernandes, J., Marquez, M., Girelli, T., & Dell'Aglío, D. (2022). Intervenção psicológica positiva online para profissionais de saúde e assistência. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 23(1), 15-25. <https://doi.org/10.26707/1984-7270/2022v23n202>
- Durgante, H., Mariuzzi, J., Paim Girelli, T., Vargas da Luz, J., Rezende Fernandes, J., Marquez, M., Rocha, C., & Dell'Aglío, D. (2024). Barreiras/facilitadores da intervenção psicológica positiva online na pandemia de COVID-19. *Revista de Psicologia*, 43(1), 214-240. <https://doi.org/10.18800/psico.202501.008>
- Durgante, H., Mezejewski, L. W., & Dell'Aglío, D. (2020). Desenvolvimento de um programa de psicologia positiva para promoção de saúde de aposentados. Programa Vem Ser. Em C. H. Giacomoni & F. Scorsolini-Comin (Eds.), *Temas especiais em psicologia positiva* (pp.188-202). Editora Vozes.
- Durgante, H., Naveire, C., & Dell'Aglío, D. (2019). Programa de psicologia positiva para promoção de saúde de aposentados. Estudo de viabilidade. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 269-281. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375>
- Durgante, H., Tomasi, L., Pedroso de Lima, M., & Dell'Aglío, D. (2022). Long-term effects and impact of a positive psychology intervention for Brazilian retirees. *Current Psychology*, 41, 1504-1515. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00683-7>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4ª ed.). Sage.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2009). *Análise multivariada de dados* (6ª ed.). Bookman.
- Kindred, R., & Bates, G. (2023). The influence of the covid-19 pandemic on social anxiety: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), Article 2362. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032362>
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suplemento 2), S54-S64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Magyar-Moe, J. L., Owens, R. L., & Conoley, C. W. (2015). Positive psychological interventions in counseling: What every counseling psychologist should know. *The Counseling Psychologist*, 43(4), 508-557. <https://doi.org/10.1177/0011000015573776>
- Medeiros, E. (2020). A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19 [Editorial]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33(2), I-IV. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>
- Mouton, A., & Cloes, M. (2013). Web-based interventions to promote physical activity by older adults: Promising perspectives for a public health challenge. *Archives of Public Health*, 71(16), Artigo 16. <https://doi.org/10.1186/0778-7367-71-16>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S., Stroobants, S., Velde, S. V., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic

- on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, Artigo 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pasquali, L., Gouveia, V., Andriola, W., Miranda, F., & Ramos, A. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(3), 421-438.
- Rafael, R., Neto, M., Carvalho, M., David, H., Acioli, S., & Faria, M. (2020). Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? *Revista Enfermagem UERJ*, 28, Artigo e49570. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>
- Costa, J., & Batista, M. (2024). Os impactos da pandemia da Covid-19 à saúde mental dos professores de escolas públicas do Brasil: uma revisão de literatura. *Pesquisas em Discurso Pedagógico*, (33), 28-44. <https://doi.org/10.17771/pucio.pdpe.67371>
- Roshan, V. (2018). Understanding intention-to-treat analysis and per-protocol analysis. *Journal of Tumor Medicine & Prevention*, 3(2), Artigo 555608. <https://doi.org/10.19080/jtmp.2018.03.555608>
- Sant'Ana, G., Imoto, A., Amorim, F., Taminato, M., Peccin, M., Santana, L., Göttems, L., & Camargo, E. (2020). Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, (33), Artigo eAPE20200107. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0107>
- Schmidt, B., Crepaldi, M., Bolze, S., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, Artigo e200063. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Silva, R., Silva, C., Machado, D., Peregrino, A., Marta, C., Pestana, L., Pessanha, C., Vianna, E., & Meireles, I. (2020). Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade entre os profissionais de enfermagem devido a infecção pelo COVID-19 no Brasil. *Research, Society and Development*, 9(8), Artigo e439985896. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5896>
- Vancappel, A., Aubouin-Bonnaventure, J., El-Hage, W., Fouquereau, E., & Réveillère, C. (2023). Psychological consequences of the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *L'Encephale*, 49(4), 350-356. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.03.002>
- Vaz de Macedo, A. (2023). COVID-19 in Brazil: Overall impact and singularities. Em S. Pachauri, & A. Pachauri (Eds.), *Global perspectives of COVID-19 pandemic on health, education, and role of media* (pp. 513-536). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-99-1106-6_24
- Weide, J., Vicentini, E., Araujo, M., Machado, W., & Enumo, S. (2020). *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pontifícia Universidade de Campinas.
- World Health Organization. (2020a). *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 — 11 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization. (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Zanon, C., Bardagi, M., Layous, K., & Hutz, C. (2014). Validation of the Satisfaction with Life Scale to Brazilians: Evidences of measurement noninvariance across Brazil and US. *Social Indicators Research*, 119(1), 443-453. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0478-5>

Recebido: fevereiro 11, 2022
Aceito: agosto 8, 2025