

COVID-19 E SAÚDE MENTAL: o impacto na qualidade de vida dos indivíduos infectados

Nathália Pereira Aulicino (IC) e Simone Freitas Fuso (Orientadora)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Este trabalho buscou compreender o impacto da infecção por COVID-19 na saúde mental e na qualidade de vida. A amostra foi composta por 74 voluntários, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos. Foram aplicados a Escala de Saúde Mental Positiva, Escala PANAS, Escala DASS-21, Escala FACIT, Escala IES e Escala WHOQOL-BREF. Os resultados indicaram que, em média, os voluntários se apresentaram em estado de florescimento, com níveis normais de ansiedade, depressão, estresse, e de impacto pela infecção por COVID-19. No entanto, apresentaram qualidade de vida regular, com índices de afetos positivos abaixo da média esperada. As mulheres apresentaram maiores níveis de ansiedade e estresse, afetos negativos, fadiga e maior impacto por evento estressante. O maior tempo de persistência dos sintomas se mostrou associado a piora no bem-estar e qualidade de vida. Em síntese, foi observado que as pessoas se mostraram resilientes ao período pandêmico e à infecção por COVID-19, com um baixo impacto psicológico geral e na qualidade de vida, embora as mulheres tenham se apresentado mais vulneráveis. A persistência dos sintomas da infecção se mostrou um fator importante associado à piora da saúde mental.

Palavras-chave: COVID-19. Saúde Mental. Qualidade de vida.

ABSTRACT

This work aimed to understand the impact of COVID-19 infection on mental health and quality of life. The sample consisted of 74 volunteers, of both sexes, aged between 18 and 60 years. The following instruments were applied: Positive Mental Health Scale, PANAS Scale, DASS-21 Scale, FACIT Scale, IES Scale and WHOQOL-BREF Scale. The results indicated that, on average, the volunteers were in a flourishing state, with normal/mild levels of anxiety, depression, stress, and impact from the COVID-19 infection. However, they had a regular quality of life and rates of positive affect below the expected average. Women showed higher levels of anxiety and stress, negative affect, fatigue and greater impact due to a stressful event. The longer duration of symptoms was associated with worsening of well-being and quality of life. In summary, it was observed that people were resilient to the pandemic period and to the COVID-19 infection, with a low general psychological impact and in quality of life, although women were more vulnerable. The persistence of the symptoms of the infection proved to be an important factor associated with the worsening of mental health.

Keywords: COVID-19. Mental Health. Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

No início de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou pandemia pelo novo coronavírus. Com o objetivo de conter o contágio, as principais medidas tomadas foram a quarentena, dado o sucesso anterior no controle de H1N1, Ebola e SARS, e o isolamento social. A quarentena, como a conceituam Centron e Landwirth (2005), é a restrição compulsória ou obrigatória de pessoas ou grupo de pessoas que se presume terem sido sujeitas a doenças contagiosas, embora não necessariamente estejam contaminadas. O isolamento social, por sua vez, consiste na separação de pessoas enfermas com doenças contagiosas. Combinados, são métodos comprovadamente eficazes para o controle da disseminação de vírus em fase pandêmica.

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde, sendo definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência de suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade (OMS,2022). Essa concepção reforça a ideia trazida pela própria OMS de que a saúde não se define simplesmente pela ausência de doença, tem que ser levado em conta tanto o aspecto físico quanto os mentais e sociais. Desse modo, os impactos sobre a saúde da pandemia não se dão somente sobre o corpo, como também sobre a mente e o bem-estar. É válido ressaltar que o isolamento social e a quarentena não são os únicos fatores da pandemia que atuam sobre a saúde psicossocial: a pandemia, por si só (enquanto estado de coisas) e a contaminação pelo vírus (enquanto agente biológico) também influenciam diretamente a saúde mental, individual e coletiva.

Diversos estudos apontam o impacto do distanciamento social na saúde mental, seja nos aspectos psicológicos, sociais, educacionais e de trabalho, porém há poucos estudos sobre as consequências em termos psicológicos e de qualidade de vida em indivíduos que apresentaram COVID-19, os quais podem apresentar sequelas físicas, alterações cognitivas e de humor. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é compreender o impacto da COVID-19 na saúde mental e na qualidade de vida dos indivíduos infectados. Especificamente, visa a entender como o isolamento social e a própria contaminação pelo SARS-CoV-2 afetam a saúde mental dos indivíduos nos parâmetros de ansiedade, estresse, depressão, sintomas de estresse-pós-traumático, bem-estar, fadiga e qualidade de vida. Além disso, busca-se comparar homens e mulheres e analisar a influência do tempo decorrido desde a apresentação da doença. Espera-se observar impacto na saúde mental, principalmente nos transtornos de ansiedade, de forma que tais alterações terão implicações na vida produtiva, social e no bem-estar dos indivíduos.

A partir do levantamento das condições de saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela COVID-19 será possível estimar a necessidade de atendimento e

propostas de intervenção para readaptação à vida produtiva e social, além de propiciar condições para o desenvolvimento pessoal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A COVID-19, doença que de dezembro de 2019 a agosto de 2022 causou cerca de 6,4 milhões de mortes ao redor do mundo, caracteriza-se como uma infecção por vírus que pode afetar o sistema respiratório, causando a Síndrome Respiratória Aguda, ou atingir outros sistemas, como o Sistema Nervoso. Tanto a doença quanto os meios de combatê-la, como a quarentena ou distanciamento social, têm impactado a saúde mental da população (SANTOS, 2020). Esse impacto, até onde se sabe, pode ser decorrente tanto da pandemia quanto do isolamento social, não se sabendo ainda ao certo se o próprio vírus SARS-CoV-2 influencia também na saúde mental do indivíduo a curto, médio e/ou longo-prazo. Estar em pandemia ocasiona tanto a perda de liberdade, controle e previsibilidade, quanto a constante ameaça e medo.

Gonçalves e colaboradores (2020) relatam que, no que se refere a perda da previsibilidade, o ser humano, a cada instante, busca minimizar erros de predição para se manter adaptado. De repente, porém, a pandemia traz o abalo dos projetos pessoais e profissionais a curto e médio-prazo, o cotidiano se altera radicalmente e a noção de “normal” passa a ser fortemente discutida. Já o medo, prosseguem os pesquisadores, é uma resposta adaptativa à sobrevivência (GONÇALVES et al., 2020). Ao se tornar exagerado, contudo, pode levar ao evitamento excessivo da relação com o ambiente, fazendo com que o indivíduo não consiga tomar decisões racionais, deixando de ser capaz de realizar atividades do dia a dia de forma eficaz. O medo, em épocas pandêmicas, passa a ser o de se infectar, de contaminar alguém, do profissional de saúde não conseguir tratar o paciente, da iminência da morte, além do medo pelas consequências econômicas coletivas e individuais presentes e vindouras.

Além disso, o isolamento social, inevitavelmente, gera uma diminuição na mobilidade e nas atividades físicas habituais. Nesse contexto, Santos e colaboradores (2020) constataram que a diminuição da prática de atividades físicas ocasiona a diminuição da endorfina, o que altera negativamente o bem-estar dos indivíduos. O distanciamento social contribui para a liberação de cortisol, hormônio responsável pelo controle do estresse. Sem atividade física e em isolamento, portanto, com a consequente desregulação hormonal, são potencializados os quadros de depressão e ansiedade, decorrência direta do estresse.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o Transtorno Depressivo Maior é uma desordem psiquiátrica que deve apresentar, para ser diagnosticada, pelo menos cinco dos sintomas a seguir: humor deprimido; anedonia (interesse diminuído); sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração

ou indecisão; fadiga ou perda de energia; insônia ou hipersonia; problemas psicomotores; perda ou ganho significativo de peso (na ausência de dieta) e ideias recorrentes de morte ou suicídio (DSM-V, 2014). Os transtornos de ansiedade, por sua vez, são caracterizados pela presença de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas (DSM-V, 2014). Por fim, o estresse, para ser diagnosticado, apresenta critérios que incluem sintomas de intrusão, humor negativo e sintomas dissociativos, de fuga e alerta (DSM-V, 2014).

Outros efeitos psicológicos negativos que merecem ser destacados, como percebem Brooks e colaboradores (2020), são sintomas depressivos, a tristeza, o luto, o abuso de bebidas alcoólicas, a irritabilidade, a frustração, o tédio e o estado confusional, gerados pela restrição da liberdade e pelo medo.

A partir da infecção de COVID-19 e a subsequente inflamação do Sistema Nervoso Central, podem ser observadas modificações da coagulação sistêmica (HENEKA et al., 2020), interação entre o aumento de citocinas, que ultrapassam a barreira hematoencefálica, e a micróglia, que são células de defesa do sistema nervoso central (YAZEN et al., 2021), o que podem resultar em alterações nas funções cognitivas no indivíduo (RIORDAN et al., 2020) e possivelmente no bem-estar, humor e transtornos mentais.

Como parâmetro para avaliar saúde mental e qualidade de vida, serão consideradas as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) para ambos os conceitos. O primeiro, saúde mental, é um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência de suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade. O segundo, qualidade de vida, envolve a percepção que a pessoa possui sobre sua vida e inserção na cultura e a forma como se relaciona com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A saúde não é meramente a ausência de doença. Keyes (1998) apresenta um modelo que admite a existência de dois contínuos simultâneos: doença mental, com o polo existência e o polo ausência, e saúde mental, com o polo existência e o polo ausência. Para Keyes, o bem-estar é o componente central para a compreensão total da saúde mental positiva. Os seguintes fatores estão relacionados ao bem-estar e à saúde mental: bem-estar subjetivo (emocional), bem-estar psicológico, bem-estar social e o florescimento no alcance de um estado de saúde mental completo. O bem-estar subjetivo reside na experiência do indivíduo. O bem-estar psicológico foca no processo de desenvolvimento do potencial pessoal que decorre da luta para conquistar algo e não apenas em atingir um bem maior, a felicidade (RYFF, 1989). O bem-estar social, por fim, revela uma preocupação em contemplar a influência do posicionamento dialógico do sujeito com a sociedade na elaboração do seu bem-estar (KEYES, 1998). Os três fatores

anteriormente catalogados – subjetivo, psicológico e social – contribuem para o florescimento deste estado de saúde mental completo.

Quanto à qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) abordam-na como um aspecto social criado a partir de dois parâmetros. Os subjetivos, envolvendo bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal, e os objetivos, cujas referências se dão pela satisfação das necessidades básicas e, ainda, das necessidades criadas pelo nível de desenvolvimento social e econômico de determinada sociedade.

A saúde mental, por conseguinte, deixa de ser analisada apenas como a ausência de doença. É a partir desta perspectiva que se debruça este estudo sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental e na qualidade de vida dos indivíduos infectados.

3. METODOLOGIA

3.1. Amostra

A amostra deste estudo foi composta por 74 colaboradores, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos. Os critérios de inclusão foram: ter detecção da COVID-19 comprovada mediante teste RT-PCR (que avalia, durante a primeira semana de contaminação, o RNA e o antígeno viral) e/ou Sorologia (que avalia, a partir da segunda semana de contaminação, as imunoglobulinas G e M); ter acesso aos meios digitais de comunicação (smartphone ou computador com acesso à internet); ser alfabetizado e estar dentro da faixa etária solicitada. Não houve um grupo controle, pois isso exigiria que houvesse a realização de testes de PCR ou Sorologia negativos nos voluntários para inclusão neste grupo, devido à incerteza de infecção em pessoas assintomáticas. Deste modo, os resultados nas escalas foram comparados aos escores de corte das mesmas. Os critérios de exclusão foram: apresentar queixa de transtornos cognitivos, neurológicos, mentais e de humor anteriores à testagem.

3.2. Instrumentos

Para a obtenção de dados, foi elaborado um formulário online pela plataforma Google Forms contendo: questionário sociodemográfico, a fim de obter a idade, escolaridade e sexo do(a) participante, e questionário sobre as condições de COVID-19 apresentadas pelo indivíduo, como dificuldade de respirar, tosse seca e outros. Abaixo destes questionários, com a finalidade de avaliar remotamente a saúde mental e qualidade de vida dos participantes, foram disponibilizados seis testes, descritos a seguir.

Foi aplicada a Escala de Saúde Mental Positiva, que visa a avaliar a saúde mental positiva, entendida como sintomas de afetos positivos, autodesenvolvimento e conexão social (MACHADO; BANDEIRA, 2015), e é composta por quatorze perguntas referentes à frequência com a qual o sujeito teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita. A depender da

pontuação, uma pessoa pode ser classificada em estado de florescimento (flourishing), de definhar (languishing) e de saúde mental moderada. Também foi utilizada a Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS; GIACOMONI; HUTZ, 1997), a qual tem intuito de entender os níveis de humor dos entrevistados e avaliar, através de vinte itens, tanto como a pessoa sente a sua vida no momento presente quanto como se sente em relação à sua vida como um todo. Ademais, os participantes responderam a Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue (FACIT-F; CELLA, 1997), escala constituída por 13 itens sobre fadiga num período recordatório de 1 semana. Seu escore varia de 0 a 52, sendo que maiores pontuações indicam melhor qualidade de vida e menos fadiga.

Outra escala aplicada foi a Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; VIGNOLA; TUCCI, 2014), que mede, através de 21 perguntas, o nível de depressão, ansiedade e estresse a partir de comportamentos e sensações experimentados na última semana. É possível classificar os níveis de depressão, estresse e ansiedade em normal/leve, mínimo, moderado, grave e muito grave. Além disso, a amostra respondeu o World Health Organization Quality of Life brief (WHOQOL-26; FLECK et al., 2000), versão reduzida do WHOQOL-100, capaz de mensurar a qualidade de vida por meio de 26 questões. Também foi usada a Impact of Event Scale (IES; SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010), constituída por 15 itens referentes ao estresse relacionado a um evento da vida em um período recordatório de 01 semana. A partir da pontuação final, o nível do impacto pode ser classificado em: subclínico, leve, moderado e severo.

3.3. Procedimento

Primeiramente, foi feito um convite para as pessoas por meio das mídias sociais (Instagram, Facebook e WhatsApp) para que respondessem um questionário online feito na plataforma Google Forms. Esse questionário continha, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento, o voluntário teve acesso aos questionários iniciais, escalas e testes. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2021 a janeiro de 2022, de forma que as respostas dos colaboradores foram referentes ao período da coleta.

3.4. Análise de dados

O processo de análise de dados foi feito, inicialmente, a partir da estatística descritiva por distribuição de frequência. Em decorrências do tamanho da amostra, foi adotada uma estatística paramétrica, com análise de tendência central e dispersão por teste t de Student e de associação por correlação de Pearson. Para dimensionar o tamanho de efeito, foi utilizado o índice d de Cohen. O nível de significância adotado foi de 5%.

3.5. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, obedecendo aos critérios éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos. As pessoas que se voluntariaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e puderam desistir a qualquer momento, de forma que as informações foram apresentadas de maneira coletiva e sem identificação de nomes. O sigilo e confidencialidade foram garantidos. Os dados coletados serão guardados por um período de 5 anos e serão utilizados apenas para fins relacionados aos objetivos da pesquisa, sem nenhum prejuízo para os participantes envolvidos. Caso existisse qualquer tipo de desconforto ou estranhamento, a coleta de dados teria sido descontinuada, o participante teria direito a indenização determinada por lei e haveria o oferecimento, se necessário, de retaguarda emocional pela pesquisadora responsável.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da Amostra

A pesquisa foi respondida por 200 colaboradores. Entretanto, 63 % das pessoas foram descartadas devido aos critérios de inclusão e exclusão. Dentre essas pessoas, destacam-se os 62 voluntários com transtornos prévios, como Ansiedade, Depressão e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 13 participantes com idade acima de 60 anos, 28 indivíduos que não foram infectados pela SARS-CoV-2, 03 pessoas as quais não realizaram testes de detecção de Covid e 12 pessoas que fizeram testes diferentes do RT-PCR e da sorologia. Sendo assim, a amostra final foi composta por 74 pessoas, com idade média de 29,43 anos e desvio padrão de 11,55. A caracterização da amostra encontra-se na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	50	67,57
Masculino	24	32,43
Escolaridade		
Ensino Médio completo	7	9,46
Ensino Superior incompleto	27	36,49
Ensino Superior completo	27	36,49
Pós-graduação	10	13,51
Mestrado	2	2,70
Doutorado	1	1,35
Estudante universitário		
Não	40	54,05
Sim	34	45,96
Trabalha atualmente		
Não	21	28,39
Sim	53	71,61

Observa-se que a maior parte da amostra é formada por mulheres. Em relação à escolaridade, percebe-se que os participantes possuem, principalmente, ensino superior incompleto e completo, sendo que a maioria trabalha e não estuda atualmente.

4.2 Caracterização da Apresentação da Doença

Em relação à forma de apresentação da doença, somente 1 voluntário afirmou ter sido assintomático, 68,92 % das pessoas apresentaram sintomas persistentes após 15 dias da infecção e 8,1% tiveram reinfeção. A caracterização da apresentação da doença nos voluntários está exposta na Tabela 2, abaixo.

Tabela 2 - Apresentação dos sintomas da doença (na proporção do número total de voluntários)

Sintomas	Fase aguda	Persistentes
Assintomático	1,40%	31,10%
Tosse	54,10%	14,90%
Falta de ar	17,60%	8,10%
Fadiga	50,70%	14,90%
Cansaço	73,00%	27,00%
Febre	40,50%	1,40%
Dor de garganta	41,90%	2,70%
Congestão nasal	56,80%	9,50%
Cefaleia	52,70%	12,20%
Dor no corpo	44,60%	8,10%
Diarreia	16,20%	4,10%
Queda de cabelo	20,30%	17,60%
Perda de paladar/olfato	50,00%	16,20%
Dor no peito	8,10%	1,40%
Tontura	12,20%	4,10%
Trombose	0,00%	0,00%
Palpitações	5,40%	4,10%
Sintomas depressivos/ansiedade	9,50%	5,10%
Dificuldades de linguagem/raciocínio/memória	12,20%	14,90%
Outros	12,20%	4,10%

Os sintomas mais reportados foram cansaço, congestão nasal, tosse e cefaleia. Já os sintomas persistentes após 15 dias mais citados foram cansaço, queda de cabelo e perda de olfato e paladar.

É válido destacar que 43,2 % das pessoas realizaram tratamento medicamentoso durante a infecção. Dentre os medicamentos citados, encontram-se vermífugos, antibióticos, antivirais, anti-inflamatórios, analgésicos, antitérmicos, mucolíticos, corticóides, anti-histamínicos, antialérgicos, anticoagulantes, vitaminas e aminoquinolinas.

4.3 Resultados nas Escalas

Os instrumentos utilizados foram: Escala de Saúde Mental Positiva, Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Escala de Fadiga (FACIT), Escala de Impacto do Evento (IES) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Na Tabela 3, abaixo, estão apresentados os resultados dos participantes nas escalas, em média e desvio padrão.

Tabela 3 - Resultados descritivos das Escalas (média e desvio padrão)

Instrumentos	Média (desvio padrão)	Classificação
Escala de Saúde Mental Positiva		
Total	59,61 (13,3)	Flourishing
Bem-estar emocional	14,23 (2,7)	-
Bem-estar social	18,36 (5,6)	-
Bem-estar psicológico	27,01 (6,1)	-
PANAS		
Afetos positivos	33,01 (7,8)	-
Afetos negativos	21,58 (8,0)	-
DASS-21		
Ansiedade	4,70 (5,6)	Normal/Leve
Depressão	6,0 (7,6)	Normal/Leve
Estresse	12,16 (9,0)	Normal/Leve
FACIT	39,23 (10,6)	-
IES	13,09 (16,1)	Alcance leve
WHOQOL-BREF		
Domínio físico	3,87 (0,7)	Regular
Domínio psicológico	3,65 (0,7)	Regular
Relações sociais	3,80 (0,8)	Regular
Meio ambiente	3,90 (0,6)	Regular

PANAS = Escala de Afetos Positivos e Negativos; DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; FACIT = Escala de Fadiga; IES = Escala de Impacto do Evento; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life

A pontuação média na Escala de Saúde Mental Positiva indica que, em média, os participantes estão em um estado de florescimento, que é caracterizado por um bom funcionamento social e psicológico, bem como pela presença significativa de emoções positivas (KEYS, 2002). A amostra apresentou escore médio próximo da pontuação máxima (18 pontos) na subescala de bem-estar emocional, resultado um pouco maior que a metade do escore máximo (30 pontos) em bem-estar social e pontuação acima da metade do escore máximo (36 pontos) em bem-estar psicológico.

Os resultados na escala PANAS indicam que a amostra apresenta escore abaixo da média, a qual é de 34 pontos (ZANON; HUTZ, 2014), em termos de afetos positivos. Como as normas para afetos negativos são diferentes entre homens e mulheres, a análise da média de

afetos negativos será realizada no tópico “Comparação entre os sexos”. No DASS-21, a média de pontos dos participantes indica que a maioria possui níveis de ansiedade, depressão e estresse normais/leves. Em relação ao FACIT, os resultados serão analisados em associação com outras variáveis. A partir do IES, constata-se que o impacto do evento infecção por Covid-19 nos participantes foi, em média, leve. Ademais, a partir da média dos resultados dos voluntários no WHOQOL-BREF, percebe-se que estes apresentam qualidade de vida regular.

4.4 Resultados por classificação

Os resultados da distribuição da amostra na classificação dos instrumentos utilizados estão apresentados nas Tabelas 4, 5 e 6.

Tabela 4 – Resultados por classificação na Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

Classificação	Ansiedade	Depressão	Estresse
Normal/Leve	74,32 %	81,08 %	63,51 %
Mínimo	8,11 %	4,05 %	10,81 %
Moderado	12,16 %	9,46 %	14,87 %
Grave	1,35 %	2,70 %	9,46 %
Muito Grave	4,05 %	2,70 %	1,35 %

A partir da aplicação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, observou-se que a maior parte da amostra apresentou grau normal/leve de ansiedade, depressão e estresse, sendo que o segundo grau mais apresentado foi o moderado. É válido destacar que o parâmetro da ansiedade possui o maior percentual de pessoas que se encontram em estado muito grave. Entretanto, é nos resultados de estresse que se vê maior somatória de voluntários em grau grave e muito grave.

Tabela 5 - Resultados por classificação na Escala de Saúde Mental Positiva

Classificação	%
Estado de Flourishing	66,22
Estado de Languishing	4,05
Estado Moderado	29,73

Os resultados da Escala de Saúde Mental Positiva indicam que mais da metade da amostra encontra-se em estado de florescimento, em que o indivíduo apresenta bom funcionamento social e psicológico, além de manifestar emoções positivas (KEYS, 2002).

Tabela 6 - Resultados por classificação na Escala de Impacto do Evento (IES)

Classificação	%
Alcance subclínico	54,05
Alcance leve	29,73
Alcance moderado	5,41
Alcance severo	10,81

Por meio da Escala de Impacto do Evento, notou-se que o impacto da infecção por COVID-19 na maioria dos participantes foi de alcance subclínico. O impacto leve foi o segundo mais apresentado pelos voluntários, seguido pelo alcances moderado e severo. Destaca-se o fato de que mais de 15 % das pessoas manifestaram grau moderado ou severo de impacto.

4.5 Comparação entre os sexos

Também foi realizada uma comparação entre os sexos em relação aos sintomas manifestados durante a infecção de Covid-19 e às médias nas escalas. Os resultados da comparação pelo teste t de Student estão apresentados nas Tabelas 7 e 8, a seguir.

Tabela 7 – Diferença nos sintomas entre os sexos

Sintomas	Feminino		Masculino	
	Fase aguda	Persistentes	Fase aguda	Persistentes
Assintomático	0,00%	30,00%	4,17%	33,33%
Tosse	54,00%	12,00%	54,17%	20,83%
Falta de ar	24,00%	10,00%	4,17%	4,17%
Fadiga	50,00%	18,00%	50,00%	8,33%
Cansaço	78,00%	30,00%	62,50%	20,83%
Febre	38,00%	0,00%	45,83%	4,17%
Dor de garganta	44,00%	0,00%	37,50%	8,33%
Congestão nasal	54,00%	10,00%	62,50%	8,33%
Cefaleia	56,00%	16,00%	45,83%	4,17%
Dor no corpo	42,00%	10,00%	50,00%	4,17%
Diarreia	18,00%	4,00%	12,50%	4,17%
Queda de cabelo	30,00%	26,00%	0,00%	0,00%
Perda de paladar/olfato	46,00%	12,00%	58,33%	25,00%
Dor no peito	12,00%	2,00%	0,00%	0,00%
Tontura	16,00%	42,00%	4,17%	4,17%
Trombose	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Palpitações	8,00%	6,00%	0,00%	0,00%
Sintomas depressivos/ansiedade	10,00%	6,00%	8,33%	0,00%
Dificuldades de linguagem/raciocínio/memória	16,00%	18,00%	4,17%	8,33%
Outros	16,00%	6,00%	4,17%	0,00%

Os sintomas mais reportados pelas mulheres foram: cansaço, cefaleia, congestão nasal e tosse, sendo que cansaço, queda de cabelo, fadiga e dificuldades de linguagem/raciocínio/memória foram os sintomas persistentes mais citados por elas. Os homens mencionaram, principalmente, cansaço, congestão nasal, perda de paladar/olfato e tosse como sintomas da infecção. Perda de paladar/olfato, tosse e cansaço foram os sintomas persistentes mais declarados

A diferença entre os sexos nos resultados das escalas encontra-se na Tabela 8, abaixo.

Tabela 8 - Diferença nos resultados das escalas entre os sexos

Instrumentos	Feminino	Masculino	p
Escala de Saúde Mental Positiva			
Total	58,38 (14,0)	62,17 (11,4)	0,253
Bem-estar emocional	13,94 (2,9)	14,83 (2,3)	0,187
Bem-estar social	18,26 (5,9)	18,58 (5,2)	0,820
Bem-estar psicológico	26,18 (6,4)	28,75 (5,0)	0,088
PANAS			
Afetos positivos	32,12 (8,5)	34,88 (5,9)	0,159
Afetos negativos	22,72 (8,4)	19,21 (6,5)	0,076
DASS-21			
Ansiedade	6,04 (6,2)	1,92 (2,5)	0,002*
Depressão	6,32 (8,5)	5,25 (5,3)	0,573
Estresse	14,04 (9,7)	8,25 (6,0)	0,009*
FACIT	37,34 (11,5)	43,17 (6,9)	0,025*
IES	16,00 (18,4)	7,04 (6,7)	0,024*
WHOQOL-BREF			
Domínio físico	3,77 (0,8)	4,08 (0,6)	0,079
Domínio psicológico	3,57 (0,7)	3,84 (0,6)	0,110
Relações sociais	3,72 (0,9)	3,97 (0,6)	0,207
Meio ambiente	3,82 (0,7)	4,08 (0,6)	0,096

*p≤0,05; PANAS = Escala de Afetos Positivos e Negativos; DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; FACIT = Escala de Fadiga; IES = Escala de Impacto do Evento; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life

Não foi observada diferença significativa entre os sexos em termos de pontuação geral na Escala de Saúde Mental Positiva [$t_{(72)} = -1,152$; $p = 0,253$], bem-estar emocional [$t_{(72)} = -1,33$; $p = 0,187$], bem-estar psicológico [$t_{(72)} = -0,23$; $p = 0,820$], afetos positivos [$t_{(72)} = -1,42$; $p = 0,159$] e depressão [$t_{(72)} = 0,57$; $p = 0,573$]. Também não houve diferença entre sexos nos domínios psicológico [$t_{(72)} = -1,62$; $p = 0,110$] e de relações sociais [$t_{(72)} = -1,27$; $p = 0,207$] do WHOQOL-BREF.

Em relação ao bem-estar psicológico, foi possível observar uma tendência à diferença entre homens e mulheres [$t_{(72)} = -1,73$; $p = 0,088$], sendo que os homens apresentaram maior pontuação, ou seja, maior bem-estar psicológico. Também houve tendência à diferença de afetos negativos [$t_{(72)} = 1,80$; $p = 0,076$]: homens manifestaram pontuação menor que a média, a qual é

de 20,5 pontos (ZANON; HUTZ, 2014), e mulheres tiveram escore maior que a média (22,1 pontos), de forma que os homens apresentaram menores níveis de afetos negativos.

Além disso, foi identificada diferença significativa entre os sexos nos índices de ansiedade [$t_{(72)} = 3,15$; $p = 0,002$], com tamanho do efeito grande (d de Cohen = 0,78) e estresse [$t_{(72)} = 2,67$; $p = 0,009$], com tamanho do efeito entre médio e grande (d de Cohen = 0,66), sendo que os níveis de ambos foram maiores nas mulheres. Nas pontuações do FACIT, houve diferença significativa entre os sexos [$t_{(72)} = -2,28$; $p = 0,025$], com tamanho do efeito entre médio e grande (d de Cohen = -0,57), de maneira que os homens apresentaram maior qualidade de vida e menor fadiga. Também houve diferença significativa entre homens e mulheres nos resultados do IES [$t_{(72)} = 2,30$; $p = 0,024$], com tamanho do efeito entre médio e grande (d de Cohen = 0,57), de forma que o impacto nas mulheres foi leve e nos homens, subclínico.

Ademais, foi observada tendência à diferença entre os sexos no teste WHOQOL, no domínio físico [$t_{(72)} = -1,78$; $p = 0,079$] e no domínio de meio ambiente [$t_{(72)} = -1,70$; $p = 0,096$] sendo que a qualidade de vida, em ambos os domínios, apresentou-se regular nas mulheres e boa nos homens.

4.6 Associação entre as variáveis

Para entender a associação entre os parâmetros analisados pela pesquisa - ansiedade, estresse, depressão, sintomas de estresse pós-traumático, bem-estar, fadiga e qualidade de vida - foram realizadas correlações de Pearson entre os resultados das escalas. Foram considerados significativos os resultados de coeficiente de correlação acima de 0,4 e $p \leq 0,05$, descritos na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9 - Correlações entre as escalas

		T. de per. dos sintomas	T. decorrido	Escala de Saúde Mental Positiva			Total da Escala de Saúde Mental Positiva	PANAS		DASS-21			WHOQOL					
				B. emocional	B. social	B. psicológico		Afe. pos.	Afe. neg.	Ans.	Dep.	Est.	FACIT	IES	Fis.	Psi.	Rel. soc.	Meio ambiente
Tempo decorrido	r	0,20	—															
Escala de Saúde Mental Positiva																		
	Bem-estar emocional	r	-0,43*	-0,14	—													
	Bem-estar social	r	-0,45*	-0,10	0,76*	—												
	Bem-estar psicológico	r	-0,51*	0,01	0,78*	0,74*	—											
	Escore Total	r	-0,50*	-0,07	0,88*	0,92*	0,93*	—										
PANAS																		
	Afetos positivos	r	-0,54*	-0,06	0,63*	0,62*	0,74*	0,73*	—									
	Afetos negativos	r	0,12	0,01	-0,57*	-0,38	-0,51*	-0,51*	-0,45*	—								
DASS-21																		
	Ansiedade	r	0,17	-0,10	-0,54*	-0,38	-0,54*	-0,52*	-0,50*	0,68*	—							
	Depressão	r	0,46*	-0,08	-0,68*	-0,50*	-0,68*	-0,66*	-0,65*	0,67*	0,71*	—						
	Estresse	r	0,30	-0,03	-0,49*	-0,36	-0,48*	-0,48*	-0,49*	0,87*	0,58*	0,56*	—					
FACIT		r	-0,39*	-0,07	0,62*	0,52*	0,57*	0,61*	0,63*	-0,62*	-0,67*	-0,64*	-0,65*	—				
IES		r	0,42*	0,12	-0,45*	-0,38	-0,41*	-0,44*	-0,52*	0,37	0,42*	0,38	0,36	-0,56*	—			
WHOQOL																		
	Domínio físico	r	-0,36	-0,04	0,65*	0,51*	0,58*	0,62*	0,63*	-0,56*	-0,65*	-0,68*	-0,56*	0,77*	-0,54*	—		
	Domínio psicológico	r	-0,43*	-0,03	0,80*	0,64*	0,75*	0,78*	0,68*	-0,64*	-0,64*	-0,72*	-0,62*	0,73*	-0,50*	0,78*	—	
	Relações sociais	r	-0,40*	-0,24	0,71*	0,59*	0,65*	0,69*	0,55*	-0,50*	-0,58*	-0,56*	-0,44*	0,59*	-0,41*	0,61*	0,73*	—
	Meio ambiente	r	-0,23	0,00	0,42*	0,42*	0,45*	0,48*	0,50*	-0,45*	-0,53*	-0,54*	-0,46*	0,59*	-0,48*	0,69*	0,64*	0,56*
Idade		r	-0,16	0,09	0,09	0,17	0,23	0,21	0,37	-0,29	-0,22	-0,184	-0,30	0,20	-0,14	0,14	0,25	0,25

PANAS = Escala de Afetos Positivos e Negativos

DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse

FACIT = Escala de Fadiga

IES = Escala de Impacto do Evento

WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life

Notas:

T: tempo

B: bem-estar

Afe. pos: afetos positivos

Afe. neg: afetos negativos

Ans: ansiedade

Dep: depressão

Est: estresse

Fis: domínio físico

Psi: domínio psicológico

Rel. soc: Relações sociais

4.7 Discussão

Os resultados encontrados a partir da aplicação das escalas indicam que a maior parte da amostra se encontra em um estado de florescimento, ou seja, apresenta uma saúde mental positiva. Além disso, foram identificados níveis normais/leves de ansiedade, depressão e estresse. Em contrapartida, nota-se que, em média, os participantes possuem qualidade de vida regular, com índices de afetos positivos abaixo da média esperada. Observou-se também que o impacto do evento "infecção por COVID-19" foi predominantemente leve, mas em cerca de 15% das pessoas foi observado impacto grave ou severo. Destaca-se, de forma importante, as diferenças entre homens e mulheres. Em média, as mulheres que compõem a amostra apresentaram maiores níveis de ansiedade e estresse, afetos negativos e fadiga. Ademais, o impacto do evento "infecção por COVID-19" foi menor nos homens e estes manifestaram maior qualidade de vida. Em relação a correlação entre variáveis, notou-se que maior tempo de persistência dos sintomas está associado a maiores níveis de depressão e estresse e a menores níveis de bem-estar, saúde mental positiva, afetos positivos e qualidade de vida. Também foi identificado que uma saúde mental positiva está ligada a maiores índices de afetos positivos e qualidade de vida e a menores níveis de afetos negativos, ansiedade, depressão e estresse.

Estudos realizados nos primeiros meses de pandemia apontam para um impacto negativo do Covid-19 na saúde mental, com aumento nos índices de depressão, ansiedade e estresse (GONÇALVES, 2020; SANTOS, 2020; VASCONCELOS, 2020). Os resultados encontrados por Pierce et al (2020), que apresentam uma comparação da saúde mental de pessoas do Reino Unido antes e depois do início da pandemia, também mostram um aumento no sofrimento mental dos participantes. Além disso, nos estudos de Maffly-Kipp et al (2021) foram identificados

ansiedade moderada, depressão em grau mínimo ou moderado e estresse mínimo em uma amostra brasileira. Essas informações diferem dos resultados encontrados na presente pesquisa, que indicam um baixo impacto geral do período pandêmico e da infecção por COVID-19 na saúde mental dos participantes, que apresentaram níveis normais/leves de ansiedade, depressão e estresse. Entretanto, é válido destacar que uma parcela dos voluntários obteve piora na saúde mental, com índices mais graves de ansiedade, depressão, estresse e impacto do evento.

Ademais, os resultados obtidos pela presente pesquisa reforçam as informações encontradas por Robinson et al (2022), que apontam para um aumento estatisticamente pequeno nos sintomas de saúde mental de sua amostra. Tendo em vista que a presente pesquisa foi realizada mais de um ano após o início da pandemia, também corrobora os estudos de Fancourt et al (2021), que indicaram diminuição dos índices de depressão e ansiedade na amostra 20 dias após o início do lockdown na Inglaterra. Contribui, também, com os achados de Shevlin et. al (2021), os quais observaram que os níveis de ansiedade e depressão de sua amostra não pareceram ser maiores que aqueles já vistos em pesquisas epidemiológicas anteriores. Além disso, os participantes, em média, apresentaram qualidade de vida regular, o que corrobora estudos de Poudel et. al (2021), os quais identificaram que a qualidade de vida de pacientes com COVID-19 foi inferior à da população geral. Em relação à comparação entre sexos, a diferença entre a saúde mental de homens e mulheres encontrada nesta pesquisa corrobora os achados de Pierce e colaboradores (2020), Maffly-Kipp e colaboradores (2021) e Borrescio-Higa e Valenzuela (2021), que detectaram piores índices de saúde mental nas mulheres.

A associação encontrada entre tempo de persistência de sintomas da Covid-19 e maiores níveis de depressão e impacto do evento estressante pode estar relacionada às emoções e sentimentos que surgem nesse período. Em uma amostra de profissionais da saúde que receberam tratamento de COVID-19, Ozcan e Kirca (2021) identificaram medo, desespero e ansiedade, com relatos de medo de não saber como a doença iria se manifestar e de transmitir o vírus para pessoas amadas. Sobre o medo, Gonçalves et al. (2020) também destacam o medo da infecção, de contaminar alguém próximo e da iminência da morte.

A informação encontrada de que a saúde mental positiva está ligada a maiores índices de afetos positivos e qualidade de vida e a menores níveis de afetos negativos, ansiedade, depressão e estresse reforçam a ideia defendida pela Organização Mundial da Saúde de que uma boa saúde mental não é definida pela ausência de doença (OMS,2022). A saúde mental é caracterizada por um estado de bem-estar no qual um indivíduo tem consciência de suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade (OMS,2022). Ademais, esses resultados corroboram os estudos de Keyes (1998), o qual aponta o bem-estar como essencial para uma

saúde mental positiva. Esta envolve bem-estar subjetivo (emocional), relacionado à experiência do indivíduo (DIENER, 1984), bem-estar psicológico, ligado ao desenvolvimento pessoal (RYFF, 1989) e bem-estar social, que se refere à influência do posicionamento dialógico do sujeito com a sociedade na elaboração do seu bem-estar (KEYES, 1998).

Além disso, os resultados encontrados pela presente pesquisa podem estar relacionados ao momento da pandemia em que foi realizada a coleta dos dados, após mais de um ano do início da pandemia, o que torna possível que a amostra já esteja no período de declínio dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse, os quais, de acordo com a literatura, são mais presentes nos meses iniciais da pandemia. Em relação às diferenças de sexo, os estudos apontam que mulheres são mais propensas a adoecer mentalmente e possuem maiores índices de ansiedade, depressão e estresse (BORRESCIO-HIGA; VALENZUELA, 2021). Isso pode estar ligado, por exemplo, ao aumento de responsabilidades domésticas e dos cuidados com os filhos (DEL BOCA et al, 2020) e a problemas financeiros e perda de emprego gerados pela pandemia (BIDEGAIN; SCURO; TRIGO, 2020).

Ademais, em relação ao baixo impacto geral do período pandêmico e da infecção por COVID-19 na saúde mental da amostra, é possível se pensar que a maioria das pessoas que passam por experiências de desastre não desenvolve problemas de saúde mental, ao contrário, demonstra resiliência e capacidade de adaptação (LINDERT; JAKUBAUSKIENE; BILSEN, 2021). Sendo assim, torna-se possível que indivíduos passem por um sofrimento mental logo depois de um evento, mas se recuperam ao longo do tempo. A falta de previsibilidade, o isolamento, o medo do contágio e da transmissão e as preocupações financeiras geradas pelo começo da pandemia têm impacto na saúde mental que pode ter sido atenuado no decorrer dos meses posteriores. Atividades físicas, espiritualidade e suporte de pessoas amadas são fatores em que os indivíduos têm se apoiado para passar pelo sofrimento relacionado ao COVID-19 (BLANC et al, 2022).

Por fim, de acordo com o World Mental Health Report (OMS, 2022), em 2019, aproximadamente 970 milhões de pessoas no mundo possuíam um transtorno mental. Além disso, a prevalência desses transtornos, entre 2000 e 2019, manteve-se estável, em torno de 13%. Nesse contexto, tendo em vista o baixo impacto da Covid-19 na saúde mental da amostra, é possível considerar a ideia de que a presença de transtornos mentais já era expressiva antes da pandemia e que não houve uma piora significativa na saúde mental da população geral após esse período.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa foi realizada com pessoas que tiveram infecção de COVID-19 e não possuíam nenhum transtorno mental prévio. Nesse contexto, foi observado que as pessoas

se mostraram mais resilientes do que se esperava, com um baixo impacto geral do período pandêmico e da infecção por COVID-19 na saúde mental. Entretanto, uma parcela da amostra apresentou impacto psicológico importante, com índices maiores de ansiedade, depressão, estresse e nível de impacto do evento, com destaque para as mulheres.

É importante mencionar que a presente pesquisa apresentou limitações. A amostragem foi realizada por conveniência, o que impede que os resultados sejam generalizados para toda a população. Além disso, houve diferença entre o número de homens e mulheres e o tempo decorrido entre a infecção e o preenchimento do formulário não foi igual para todos os participantes. Nesse sentido, é importante e necessário que mais pesquisas com amostras representativas sejam realizadas com a população brasileira.

Por fim, tendo em vista o grande impacto da pandemia na rotina e nos hábitos da população mundial e a necessidade de pesquisas nessa área, o presente estudo contribui para o conhecimento científico sobre saúde mental e qualidade de vida, apresentando dados que investigam uma série de parâmetros, como a ansiedade, estresse, depressão, sintomas de estresse-pós-traumático, bem-estar, fadiga e qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS

BIDEGAIN, N; SCURO, L; VACA-TRIGO, I. Women's economic autonomy during the COVID-19 pandemic. *CEPAL Review*, Volume 2020, Issue 132, p. 209 – 220, Aug, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18356/16840348-2020-132-12> Acesso em: 14 ago 2022

BLANC, J et. al. Addressing psychological resilience during the coronavirus disease 2019 pandemic: a rapid review. *Curr Opin Psychiatry*, 34(1), p. 29-35, Jan, 2021. Disponível em: doi: 10.1097/YCO.0000000000000665. Acesso em: 14 ago 2022.

BORRESCIO-HIGA, F.; VALENZUELA P. Gender Inequality and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Int J Public Health*, v. 66, p. 1-9, 2021. Disponível em: doi: 10.3389/ijph.2021.1604220. Acesso em: 14 ago 2022.

BROOKS, S.K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, London, v. 395, p. 912-920, 14 mar. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CELLA D. *Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System*. Center on Outcomes, Research and Education (CORE), Evanston Northwestern Healthcare and Northwestern University, Evanston IL, Version 4, 1997.

CETRON, M.; LANDWIRTH, J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale J Biol Med*. 2005 Oct;78(5):329-34.

DEL BOCA, D. et al. Women's and men's work, housework and childcare, before and during COVID-19. *Rev Econ Househ*, 18(4), p. 1001-1017, 2020. Disponível em: doi: 10.1007/s11150-020-09502-1. Acesso em: 14 ago 2022

DIENER, E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, p.103-157, 1994. Disponível em <https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site_id=24> Acesso em: 25 mar. 2021

FANCOURT, D.; STEPTOE, A.; BU, F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*, 8(2), p. 141-149, Feb 2021. Disponível em: doi: 10.1016/S2215-0366(20)30482-X. Acesso em: 14 ago 2022.

FLECK, M. P. A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública [online]*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>>. Acesso em: 28 mar. 2021

GIACOMONI, C. H.; HUTZ, C. S. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida. *Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.)*. Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia, São Paulo: SIP, p. 313, 1997.

GONÇALVES, M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHEIRO, A. P. Do Isolamento Social ao Crescimento Pessoal: Reflexões Sobre o Impacto Psicossocial da Pandemia. *Gazeta Médica*, Porto, Portugal, Vol.7, n.2, p.151-155, Jun 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.359>; Acesso em: 28/03/2021

HENEKA, M.T. et al. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimer'S Research & Therapy*, [s. l], v. 12, p. 1-3, 2020.

KEYES, C.L.M. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, p. 121–140, 1998.

KEYES, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), p. 207–222, 2002.

LINDERT, J.; JAKUBAUSKIENE, M.; BILSEN, J. The COVID-19 disaster and mental health- assessing, responding and recovering. *Eur J Public Health.*, v. 31, Supplement 4, p. iv31-iv35, 2021. Disponível em: doi: 10.1093/eurpub/ckab153. Acesso em: 14 ago 2022.

MACHADO, W. L; BANDEIRA, D. R. Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum – Short Form. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 20, n. 2, p. 259-274, 2015.

MAFFLY-KIPP, J. et al. Mental health inequalities increase as a function of COVID-19 pandemic severity levels. *Soc Sci Med*, 285:114275, p. 1-8, 2021. doi: Disponível em: doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114275 Acesso em: 14 ago 2022.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

OZCAN, S., KIRCA, N. Feelings, Thoughts and Experiences of Healthcare Professionals Who Recovered after Being Diagnosed with COVID-19, a Phenomenological Study. *Psychiatr Danub*, Fall;33(3), p. 402-410, 2021. Disponível em: doi: 10.24869/psyd.2021.402. Acesso em: 12 ago 2022

PIERCE, M. et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatry*; v. 7: p. 883–92, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4) Acesso em: 13 ago 2022.

POUDEL, A. N. et al. Impact of Covid-19 on health-related quality of life of patients: A structured review. *PLoS One*, 28;16(10), p. 1-20, , Oct 2021. Disponível em: doi: 10.1371/journal.pone.0259164 Acesso em: 13 ago 2022

RIORDAN, P. et al. COVID-19 and clinical neuropsychology: A review of neuropsychological literature on acute and chronic pulmonary disease. *The Clinical Neuropsychologist*, [s. l], v. 34, p.1479-1497, 2020.

ROBINSON, E. et al. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord*, p.567-576, 2022. Disponível em: doi: 10.1016/j.jad.2021.09.098. Acesso em: 14 ago 2022.

RYFF, C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57. p. 1069–1081,1989.

SANTOS, I.A.M. COVID-19 e Saúde Mental. *ULAKES Journal of Medicine*, São Paulo, Vol. 1, p.88-97,Jul 2020. Disponível em: <http://revistas.unilago.edu.br/index.php/ulakes/article/view/272>. Acesso em: 24/03/2021

SHEVLIN, M. et al. Refuting the myth of a 'tsunami' of mental ill-health in populations affected by COVID-19: evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychol Med.*, p. 1-9 Apr 20, 2021Disponível em: doi: 10.1017/S0033291721001665 Acesso em: 14 ago 2022.

SILVA, A. C. O; NARDI, A. E; HOROWITZ, M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 32(3):p. 86-93, 2010.

VASCONCELOS, S.E. Impactos de uma pandemia na saúde mental: analisando o efeito causado pelo COVID-19. *Electronic Journal Collection Health*, Minas Gerais, Vol. 12, 1-7,Dez 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/5168/3339/>. Acesso em: 24 mar 2021

VIGNOLA, RC; TUCCI, AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*, 155, p. 104-9, Feb 2014.Disponível em: doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031. Acesso em: 24 mar 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: transforming mental health for all. *Geneva: World Health Organization*; 2022.

YAZEN, A. et al. Impact of SARS-CoV-2 Infection on Cognitive Function: A Systematic Review. *Frontiers In Psychiatry*, [s. l], v. 11, p. 1-11, 2021.

ZANON, C; HUTZ, C. S. Escala de Afetos Positivos e negativos (PANAS). In: HUTZ, C. S. Avaliação em psicologia positiva. Porto Alegre: Artmed, p. 63-66, 2014.

Contatos:

e-mail aluno: nathalia.aulicino@gmail.com

e-mail orientador: simone.fuso@mackenzie.br