

Intervenção psicológica positiva online para profissionais de saúde e assistência¹

Helen Bedinoto Durgante²

Jéssica Vargas da Luz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Jessica Rezende Fernandes

Marina Figueiredo Marquez

Faculdade Pitágoras, Uberlândia, Brasil

Tharlise Paim Girelli

UNISINOS, São Leopoldo, Brasil

Débora Dalbosco Dell'Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

Este estudo avaliou resultados de uma intervenção psicológica positiva online para promoção de saúde de profissionais de saúde e assistência, em seis sessões semanais grupais (2h) para trabalhar forças/virtudes, delineamento quase-experimental, avaliação pré-pós e em três meses. Participaram 20 profissionais (Feminino=17) de uma associação de aposentados, de 20-62 anos ($M=44,15$, $DP=13,11$). Os instrumentos foram: questionário socio-demográfico, Escalas de Estresse Percebido, de Resiliência para Idosos-Reduzida, de Satisfação com a Vida, de Saúde Geral e escala visual analógica. Houve melhoras em sintomas de estresse, depressão, ansiedade, satisfação com a vida e estado de ânimo e quando comparados aos controles após o programa. Sugere-se continuidade deste modelo de intervenção para responder às demandas em saúde ocasionadas pela pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Promoção de saúde, Psicologia Positiva, Apoio Social Online, Intervenção Online.

Abstract: Online positive psychological intervention for health and care professionals

This study evaluated the results of an online positive psychological intervention for health promotion of health and care professionals, in six weekly group sessions (2h) to work on strengths/virtues, quasi-experimental design, pre-post and three-month evaluation. Twenty professionals (Female=17) from an association of retirees participated, aged 20-62 years ($M=44.15$, $SD=13.11$). The instruments were: sociodemographic questionnaire, Scales of Perceived Stress, Resilience for Elderly-Reduced, Satisfaction with Life, General Health and a visual analog scale. There were improvements in stress, depression, anxiety symptoms, life satisfaction and mood; also when compared to controls after the programme. It is suggested this intervention model be continued to respond to the health demands caused by the COVID-19 pandemic.

Keywords: Health promotion, Positive Psychology, Online Social Support, Online Intervention.

¹ Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC): RBR-106989ym
Universal Trial Number: U111-1262-7726

² Endereço para correspondência: helen.durga@gmail.com ou helen.durgante@ufpel.edu.br

Resumen: Intervención psicológica positiva online para profesionales sanitarios y asistenciales

Se evaluó una intervención psicológica positiva online para la promoción de la salud de profesionales sanitarios y asistenciales, en seis sesiones grupales semanales (2h) para trabajar fortalezas/virtudes, diseño cuasi-experimental, pre-post y evaluación a los tres meses. Participaron 20 profesionales (Mujeres=17) de una asociación de jubilados, edades entre 20-62 ($M=44,15$, $DT=13,11$). Los instrumentos fueron: cuestionario sociodemográfico, Escalas de Estrés Percibido, Resiliencia para Ancianos-Reducidos, Satisfacción con la Vida, Salud General y visual analógica. Hubo mejoras en los síntomas de estrés, depresión, ansiedad, satisfacción con la vida y estado de ánimo y en comparación con los controles después del programa. Se sugiere continuar con este modelo de intervención para dar respuesta a las demandas sanitarias provocadas por la pandemia del COVID-19.

Palabras clave: Promoción de la salud, Psicología Positiva, Apoyo Social en Línea, Intervención en Línea.

Introdução

Após notificação de pandemia no início do ano de 2020, por parte da Organização Mundial da Saúde, houve emergência dos países em se adaptarem rapidamente às novas demandas de saúde pública. A COVID-19 é proveniente do betacoronavírus 2 - SARS-CoV2 – popularmente conhecido como coronavírus (Huang et al., 2020; Spina et al., 2020). Trata-se de uma síndrome respiratória aguda, que pode progredir para quadros graves rapidamente, com índice de contágio considerado alto quando comparado a outras condições respiratórias virais, a exemplo do coronavírus SARS-CoV e MERS-CoV. Até o momento, estudos têm mapeado o perfil de maior vulnerabilidade para quadros graves da doença, sendo estes idosos, sobretudo acima dos 80 anos, pessoas com histórico de cardiopatias, outras doenças do trato respiratório, pacientes imunodeprimidos e demais doenças crônicas não transmissíveis (Spina et al., 2020; Wu & McGoogan, 2020).

Dados epidemiológicos de prevalência revelaram estimativa de 22% da população mundial, ou seja, um em cada cinco indivíduos apresenta pelo menos uma condição de risco para desenvolver o quadro grave da doença, sendo 5% destes menores de 20 anos de idade (Clark et al., 2020). Como medida profilática para o controle da transmissão do vírus, os países têm adotado o distanciamento físico, ou a reclusão e isolamento de indivíduos em seus domicílios, sendo enfatizada mobilidade urbana apenas para obtenção de produtos e serviços considerados essenciais. As medidas sociais para retardar a propagação da pandemia têm demonstrado efeitos positivos quando há engajamento por parte das instituições e membros da sociedade (Anderson et al., 2020).

Contudo, nem todos têm condições ou possibilidade de adotar as medidas até então sugeridas para o controle do contágio do vírus. Exemplo disso são profissionais de saúde ou de outras funções e serviços considerados essenciais. Estes profissionais podem ser vistos como agentes ativos que integram a linha de frente durante a pandemia, uma vez que existem fatores de risco adicionais para sua saúde mental, incluindo o desconhecimento de tratamentos eficazes, falta de equipamentos de proteção individual

(EPIs), fluxo contínuo de novos casos para atendimentos de saúde, sobrecarga na rede e nos serviços, falta de materiais e insumos para garantia da assistência aos pacientes, além da incerteza quanto à duração da pandemia. Existe, ainda, o medo de contágio e subsequente proliferação do vírus entre seus familiares, uma vez que altos índices de positivados e de letalidade por COVID-19 têm sido identificados entre profissionais da saúde em diversos países devido ao contato direto com pessoas contaminadas (Enumo, Weide, Vicentini, De Araujo, & Machado, 2020; Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsis, & Katsounou, 2020).

Especialmente neste contexto de isolamento social, devido à pandemia Covid-19, tornam-se necessárias iniciativas que visem ao enfrentamento de consequências negativas à saúde mental e possam repercutir em maior qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, a abordagem da Psicologia Positiva busca conhecer, elaborar, desenvolver e avaliar meios e intervenções que possibilitem o desenvolvimento e o funcionamento positivo dos indivíduos, grupos e instituições. Intervenções Psicológicas Positivas (IPPs) vêm sendo desenvolvidas e utilizadas como recursos para promoção de saúde e prevenção de doenças em todos os níveis, apresentando eficácia para melhoras em bem-estar subjetivo, psicológico, redução em sintomas de depressão, ansiedade e estresse (Hendriks, Schotanus-Dijkstra, Hassankhan, de Jong, & Bohlmeijer, 2019), incremento em emoções positivas e repercussões em saúde (Dickens, 2017; Moskowitz et al., 2020), redução de dor crônica (Hausmann, et al., 2018) e maior adesão a tratamentos de saúde (Duque, Brown, Celano, Healy, & Huffman, 2019).

No Brasil, a primeira IPP desenvolvida, implementada e avaliada, com foco nas forças, Valores e Autocuidado/Prudência, Otimismo, Empatia, Gratidão, Perdão e Significado de Vida e Trabalho, em formato grupal e sessões de duas horas de duração, resultou em um protocolo manualizado. O manual de implementação presencial do programa foi publicado para a promoção de saúde de aposentados saudáveis ou com transtornos de saúde (Durgante & Dell’Aglia, 2019a). O Programa Vem Ser, em sua versão original, foi implementado presencialmente e avaliado em estudos empíricos desde o

ano de 2016 em estudo piloto (Durgante, Mezejewski, & Dell’Aglío, 2020), estudo de viabilidade (Durgante, Naveire, & Dell’Aglío, 2019) e ensaio de eficácia (Durgante & Dell’Aglío, 2019b). Resultados indicaram melhoras em satisfação com a vida, resiliência, sintomas de estresse percebido, depressão e ansiedade no grupo interventivo, além de efeitos de interação para melhoras no otimismo, empatia, sintomas de depressão e ansiedade no grupo experimental quando comparado ao grupo controle. Os efeitos e impactos em satisfação com a vida, sintomas de depressão e ansiedade se mantiveram três meses após o término do programa (Durgante, Tomasi, Lima, & Dell’Aglío, 2020).

Devido à pandemia de COVID-19, o programa Vem Ser foi adaptado para ser implementado em formato online. O programa contém atividades síncronas grupais para a promoção de saúde de profissionais das áreas de saúde, educação ou assistência, podendo estes ser ativos em contexto laboral, ou aposentados. Entre as atividades estão dinâmicas individuais e grupais, vídeo-debates, técnicas de relaxamento com visualização e imagística. Tendo em vista a situação pandêmica e necessidade de adaptar serviços de saúde para o formato remoto para todas as populações e níveis de atenção em saúde, este estudo teve como objetivo avaliar resultados da implementação piloto na versão online do Programa Vem Ser para promoção de saúde de profissionais de saúde e assistência no Brasil, em face à pandemia de COVID-19.

Método

Delineamento

Trata-se de estudo longitudinal quantitativo, com avaliação de resultados pré (T1- na semana anterior ao início da intervenção), pós-intervenção (T2-na semana do término das sessões) e de seguimento (T3-em torno de três meses após o programa), no grupo experimental - GE (versão online do Programa Vem Ser) e controle – GC (lista de espera sem intervenção). A variável independente é o programa e as variáveis dependentes são sintomas de estresse, depressão, ansiedade, resiliência, satisfação com a vida e estado de ânimo. Os critérios de inclusão foram: 1) Ser profissional das áreas de saúde/educação/assistência; 2) Ter disponibilidade para participar das sessões e avaliações do programa; 3) Ter acesso a internet, computador/celular/tablet ou algum dispositivo que permita acesso às sessões do programa em caráter online.

Participantes

Participaram por conveniência e voluntariamente 20 profissionais (Feminino=17) de uma associação de aposentados do Brasil, com idades entre 20 e 62 anos ($M=44,15$,

$DP=13,11$), sendo 10 no GE (Feminino=9), idades entre 20 e 62 anos ($M=43,60$, $DP=15,86$), e 10 no grupo GC (Feminino=8) de 27 e 54 anos ($M=44,70$, $DP=10,52$) no grupo controle. Todos os participantes tinham algum nível de ensino superior (completo ou incompleto). A média de tempo de trabalho na vida funcional/laboral foi 16,4 anos ($DP=12,54$) com variação de 01-34 anos de tempo de serviço. 55% dos participantes eram casados, tinham união estável ou moravam junto de seus companheiros, 90% da amostra tinha até dois filhos e 15% dos participantes moravam só. Além disso, 25% da amostra foi composta por aposentados e uma participante estava em processo de preparação para aposentadoria; 60% tinha algum tipo de crença ou religião; 30% dos participantes eram cuidadores de alguém de seu convívio; 30% apresentavam algum problema crônico de saúde física e/ou mental (asma, gastrite, problemas na articulações, hipertensão, câncer, fibromialgia, depressão, ansiedade, disfunção do sono); 20% dos participantes relataram estar passando por luto; 95% tinham algum tipo de atividade de lazer; e 85% relataram se perceber com apoio social.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1) *Questionário de dados sociodemográficos* (T1): Contendo questões sobre idade, sexo, aspectos laborais, nível educacional, composição familiar.
- 2) *Escala de Estresse Percebido*, traduzida e validada por Di Bernardi Luft, de Oliveira Sanches, Mazo e Andrade (2007), versão de 10 itens sobre o quanto o indivíduo percebe sua vida como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada, com base em percepções pessoais de estresse no último mês. Versão brasileira reduzida indicou adequada consistência interna ($\alpha=0,83$) e validade de construto. Neste estudo o α foi em T1=0,72, T2=0,94 e T3=0,84.
- 3) *Escala de Resiliência*, adaptada paralelamente para a versão reduzida (estudo paralelo em fase de publicação). A versão reduzida contém cinco itens de autorrelato em formato likert de sete pontos (1- discordo totalmente, 7-concordo totalmente), habilidades do indivíduo em utilizar conhecimentos adquiridos ao longo da vida para se sobressair às experiências traumáticas ou adversidades da vida (Durgante, Bedin, & Dell’Aglío, em fase de publicação). O estudo de adaptação e avaliação de propriedades psicométricas da escala apresentou índices de ajuste adequados de modelo fatorial único ($CFI=0,999$, $RMSEA=0,001$, $SRMR=0,017$). Todos os parâmetros padronizados foram significativos no modelo ($p<0,001$), com 45,47% da variância explicada e adequado índice de consistência interna para a versão de 5 itens ($\alpha=0,73$). A escala apresentou

validade convergente, divergente, de critério e estabilidade teste-reteste em seis e 18 semanas após a avaliação inicial. Neste estudo os alphas foram $T1=0,81$, $T2=0,91$ e $T3=0,93$.

- 4) *Escala de Satisfação com a Vida* (adaptação brasileira e validação por Zanon, Bardagi, Layous, & Hutz, 2014). Contém cinco itens sobre como a pessoa percebe e avalia (aspectos cognitivos) sua satisfação com a vida e bem-estar global. A escala é mundialmente utilizada para avaliar aspectos cognitivos do bem-estar. A versão brasileira demonstrou fidedignidade, validade de critério e de constructo e coeficiente de consistência interna de 0,87. Alphas neste estudo foram $T1=0,90$, $T2=0,93$ e $T3=0,78$.
- 5) *Saúde mental geral: Avaliada através do Questionário de Saúde Geral de 12 itens (General Health Questionnaire, GHQ-12)* de Goldberg e Williams (1988, em Pasquali et al., 1994). A versão brasileira, traduzida e validada por Pasquali et al. (1994), é utilizada para medir o nível de saúde mental (doenças psiquiátricas não severas) de indivíduos adultos. A versão de 12 itens da escala é a mais utilizada internacionalmente, e também no Brasil, para avaliar aspectos relativos à saúde mental por ser breve, objetiva, de fácil aplicação e apresentar propriedades psicométricas adequadas, validade de constructo, em estrutura bidimensional–depressão ($\alpha=0,85$) e disfunção social ($\alpha=0,82$). Alphas em $T1=0,92$ e $T2=0,92$ e $T3=0,89$ respectivamente.
- 6) *Estado de ânimo*, avaliado através 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). O alfa geral para os três pontos de avaliação ($T1$ - $T2$ - $T3$) foi 0,79 nesta amostra.

Procedimentos e Considerações Éticas

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética de pesquisa da universidade. Inicialmente foram feitos contatos com a equipe diretiva da associação de aposentados para divulgação do programa. Foram agendadas reuniões (2h30-3h cada) com a equipe diretiva da associação para viabilizar a proposta e oferecer o programa aos profissionais da equipe de gestão em saúde. Foram apresentados dados de estudos conduzidos e também o manual de implementação do programa. A equipe diretiva fez contato direto e apresentou o programa à equipe de gestão em saúde, de modo a verificar a demanda quanto a este tipo de trabalho. Foi feito levantamento de necessidades da equipe devido ao momento crítico de pandemia e discutido o potencial de o programa auxiliar em termos de saúde mental dos profissionais, bem como

o risco de prejudicar práticas da rotina de trabalho ou gerar sobrecarga na equipe. Foram articuladas ações para que a equipe de gestão em saúde pudesse participar do programa durante horário de reunião de equipe para não comprometer as tarefas laborais.

Os profissionais interessados em participar do programa preencheram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido e o protocolo de avaliação inicial ($T1$), em torno de uma semana antes do início das sessões do programa, e imediatamente após a última sessão do programa ($T2$). Novamente, preencheram o protocolo de avaliação três meses após o término do programa. O grupo controle preencheu o mesmo protocolo permanecendo em lista de espera para participação em novos grupos do programa. Todos os formulários foram enviados por e-mail ou WhatsApp e preenchidos online através de *link* de documento do Google Docs. As sessões do programa e o encontro para devolutivas dos resultados de indicadores de saúde dos participantes foram realizados virtualmente através da plataforma Zoom. Todos os participantes receberam uma lista de instituições públicas e privadas para atendimento psicológico, caso alguém optasse ou sentisse necessidade deste recurso em momento futuro durante a pandemia.

Procedimentos de análise de dados

Foi verificada a normalidade dos dados (Shapiro-Wilk), valores extremos, homogeneidade de variância entre grupos (Levene $\alpha<0,05$) para as VDs e para os dados sociodemográficos através do pacote estatístico *Statistical Package for the Ciências Sociais* (SPSS, 22.0). Estatísticas descritivas e inferenciais foram realizadas. Teste de qui-quadrado foi utilizado para variáveis categóricas e Mann-Whitney para variáveis contínuas para diferenças basais, tendo em vista que os dados não apresentaram distribuição normal. Diferenças entre grupos em $T2$ e $T3$ foram aferidas através de Mann-Whitney. Para avaliar diferenças nas VDs no grupo experimental em três tempos ($T1$ - $T2$ - $T3$) foi utilizado o teste não-paramétrico ANOVA de Friedman e *post-hoc* Wilcoxon. O tamanho de efeito foi aferido a partir de *d* de Cohen: pequeno (0,20-0,49), médio (0,50-0,79), grande (acima de 0,80) (Field, 2013).

Resultados

Análise de diferenças basais entre grupos

Foram conduzidas estatísticas descritivas preliminares para caracterização da amostra e verificação de diferenças basais entre grupos ($T1$). A variável sobre nível de escolaridade foi categorizada em apenas dois níveis (até ensino superior completo; acima de nível superior completo), devido à restrição do tamanho amostral. Teste

de qui-quadrado demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa em T1 para nível educacional ($p>0,05$). Algumas variáveis categóricas não puderam ser analisadas com estatísticas inferenciais, devido ao número reduzido de casos na amostra geral e algumas caselas apresentaram menos de cinco itens, o que inviabiliza o uso de Chi-quadrado. São elas: sexo, situação conjugal, se mora só, participação em curso de preparação para aposentadoria, se cuida de alguém, se tem crença/religião, problemas de saúde, se tem atividade de lazer e apoio social. Mesmo não tendo sido possível utilizar estatística inferencial para aferir diferenças entre GC e GE nestas variáveis, a frequência identificada entre grupos foi equiparada, conforme Tabela 1. Não houve diferenças significativas entre grupos nas VDs em T1, conforme resultados de Mann-Whitney ($p>0,05$). A Tabela 1

apresenta médias (M), desvio padrão (DP), frequências (%), estatísticas de Mann-Whitney (U) e valor de probabilidade (p) dos grupos experimental (GE) e controle (GC).

Resultados de diferenças intragrupos (T1-T2-T3)

Resultados de ANOVA de Friedman revelaram efeitos principais de diferenças estatisticamente significativas de melhoras do GE nas variáveis estresse percebido $X^2(2)=11,29$, $p=0,004$, satisfação com a vida $X^2(2)=6,06$, $p=0,048$ e estado de ânimo $X^2(2)=10,06$, $p=0,018$. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis resiliência $X^2(2)=4,32$, $p=0,115$ e saúde geral $X^2(2)=2,88$, $p=0,237$ no GE. Quanto ao GC, não houve diferenças estatisticamente significativas para nenhuma VD analisada no teste de Friedman. Contudo,

Tabela 1
Caracterização da amostra do GE ($n=10$) e GC ($n=10$) em T1

Variáveis		GE n (%)	GC n (%)	
Sexo	Feminino	9 (90)	8 (80)	
	Masculino	1 (10)	2 (20)	
Escolaridade	Até superior completo	5 (50)	5 (50)	
	Após superior completo	5 (50)	5 (50)	
Situação conjugal	Casado/União estável	6 (60)	4 (40)	
	Divorciado/Separado	2 (20)	1 (10)	
	Solteiro	2 (20)	4 (40)	
	Mora junto	0 (0)	1(10)	
Mora só	Sim	2 (20)	2 (20)	
	Não	8 (80)	8 (80)	
Cuida de alguém	Sim	3 (30)	3 (30)	
	Não	7 (70)	7 (70)	
Crença/religião	Sim	6 (60)	6 (60)	
	Não	4 (40)	4 (40)	
Problemas de saúde	Sim	4 (40)	4 (40)	
	Não	6 (60)	6 (60)	
Lazer	Sim	10 (100)	9 (90)	
	Não	0 (0)	1 (10)	
Apoio social	Sim	8 (80)	9 (90)	
	Não	2 (20)	1 (10)	
Variáveis	GE M (DP)	GC M (DP)	U	p
Estresse percebido	19,80 (5,45)	19,30 (5,51)	0,48	0,631
Resiliência	19,10 (3,28)	18,90 (4,53)	0,01	1,000
Satisfação c/vida	24,40 (5,44)	23,30 (8,09)	0,38	0,739
Saúde geral	25,30 (4,37)	26,50 (9,49)	0,07	1,000
Ânimo	2,60 (0,84)	2,50 (0,70)	0,25	0,853

Nota. PPA=Preparação para aposentadoria

houve uma tendência de significância para piora nos indicadores de resiliência do grupo controle $X^2(2)=5,63$, $p=0,06$.

Análises *post hoc* com teste de Wilcoxon revelaram melhoras significativas no GE em T2 quanto à redução do nível de estresse percebido ($Z=-2,81$, $p=0,005$), aumento na satisfação com a vida ($Z=2,10$, $p=0,036$), estado de ânimo ($Z=2,27$, $p=0,023$) e redução de indicadores de depressão e ansiedade ($Z=-2,25$, $p=0,024$). Todas as variáveis avaliadas apresentaram melhoras três meses após o término do programa quando comparadas aos resultados basais do GE, porém as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas ($p>0,05$). Houve aumento significativo de estresse percebido do GE entre T2 e T3 ($Z=-2,37$, $p=0,018$), com resultado três meses após o programa ($M=19,56$, $DP=5,65$), ligeiramente melhor que a média basal do grupo ($M=19,80$, $DP=5,45$). Também houve redução significativa no resultado de resiliência do GE entre T2-T3 ($Z=-1,98$, $p=0,047$). Com relação ao GC, houve redução progressiva e significativa nos resultados de resiliência com o passar do tempo entre T1-T3 ($Z=-2,13$, $p=0,033$) e T2-T3 ($Z=-2,12$, $p=0,034$). Foi possível constatar piora em todos os indicadores de saúde do GC ao longo do tempo, porém não houve diferenças significativas para a demais variáveis ($p>0,05$). A Tabela 2 apresenta estatísticas de Wilcoxon (Z), valor de probabilidade (p) e tamanho de efeito (d) dos grupos experimental (GE) e controle (GC) para cada variável avaliada em diferentes tempos (T1-T2-T3).

Resultados de diferenças entre grupos em T2 e T3

Estatísticas de Mann-Whitney revelaram diferenças significativas entre médias dos grupos em T2 para estresse percebido ($U=-2,37$, $p=0,017$), satisfação com a vida ($U=2,29$, $p=0,022$), indicadores de depressão e ansiedade ($U=-2,29$, $p=0,022$) e estado de ânimo ($U=2,86$, $p=0,006$), com melhoras expressivas nos resultados do GE quando comparado aos controles nesses indicadores imediatamente após o término do programa Vem Ser. Não foram identificadas diferenças significativas entre grupos três meses após o término do programa para as variáveis avaliadas ($p>0,05$). A Tabela 3 apresenta médias (M), desvio padrão (DP), estatísticas de Mann-Whitney (U) e valor de probabilidade (p) dos grupos experimental (GE) e controle (GC) para diferenças entre grupos em T2 e T3.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar resultados da implementação piloto na versão online do Programa Vem Ser para promoção de saúde de profissionais de saúde e assistência no Brasil, em face à pandemia de COVID-19. O programa foi implementado em meio à pandemia de COVID-19 no Brasil (ano base 2020) para um grupo de profissionais que compunham a equipe de gestão em saúde de uma associação de aposentados. Os resultados indicaram ganhos satisfatórios de melhoras em indicadores de satisfação com a vida, estresse percebido e estado de ânimo dos participantes. Comparações entre

Tabela 2

Resultados de estatística de Wilcoxon para diferenças intra grupo em T1 ($n=10$), T2 ($n=10$) e T3 ($n=9$) no GE e GC

Variáveis	GE	Z	p	d	GC	Z	p	d
Estresse percebido	T1-T2	-2,81	0,005*	-0,98	T1-T2	-0,84	0,400	-
	T1-T3	-0,42	0,676	-	T1-T3	-1,19	0,232	-
	T2-T3	-2,37	0,018*	0,92	T2-T3	0,74	0,461	-
Resiliência	T1-T2	-1,68	0,093	-	T1-T2	-0,75	0,453	-
	T1-T3	-0,17	0,864	-	T1-T3	-2,13	0,033*	-0,58
	T2-T3	-1,98	0,047*	-0,45	T2-T3	-2,12	0,034*	-0,37
Satisfação com a vida	T1-T2	-2,10	0,036*	0,68	T1-T2	-1,13	0,257	-
	T1-T3	-0,98	0,324	-	T1-T3	-0,99	0,320	-
	T2-T3	-1,91	0,055	-	T2-T3	-0,42	0,673	-
Saúde geral	T1-T2	-2,25	0,024*	-0,91	T1-T2	-0,42	0,674	-
	T1-T3	-0,70	0,482	-	T1-T3	-0,47	0,634	-
	T2-T3	-1,33	0,183	-	T2-T3	-0,31	0,753	-
Ânimo	T1-T2	2,27	0,023*	1,04	T1-T2	-0,45	0,655	-
	T1-T3	0,74	0,482	-	T1-T3	-1,41	0,157	-
	T2-T3	-1,66	0,096	-	T2-T3	-1,00	0,317	-

Nota. * $p<0,05$

Tabela 3

Média, desvio padrão e resultados de estatísticas inferenciais para diferenças entre grupo experimental (GE=10) e controles (GC=9) em T2 e em T3 (GE=9; GC=9)

Variáveis	GE T2M (DP)	GC T2 M (DP)	U	p	d
Estresse percebido	14,20 (5,95)	21,44 (6,65)	-2,37	0,017*	-1,15
Resiliência	20,50 (2,50)	18,00 (4,95)	1,15	0,278	-
Satisfação com a vida	27,60 (3,86)	19,89 (7,88)	2,30	0,022*	1,26
Sintomas depressão/ansiedade	20,90 (5,23)	28,22 (6,62)	-2,29	0,022*	-1,23
Ânimo	3,40 (0,69)	2,33 (0,50)	2,86	0,006*	1,76
Variáveis	GE T3M (DP)	GC T3 M (DP)	U	p	d
Estresse percebido	19,56 (5,65)	20,78 (7,44)	0,04	0,965	-
Resiliência	19,11 (3,62)	16,11 (5,11)	1,15	0,258	-
Satisfação com a vida	25,67 (4,82)	21,44 (5,87)	1,42	0,161	-
Sintomas depressão/ansiedade	24,00 (5,19)	27,56 (9,09)	-1,02	0,340	-
Ânimo	2,78 (0,67)	2,22 (0,67)	1,60	0,161	-

medidas demonstraram melhoras imediatas no GE após o programa com alto tamanho de efeito para estado de ânimo ($d=1,04$), níveis de estresse percebido ($d=-0,98$), indicadores de depressão e ansiedade ($d=-0,91$) e médio tamanho de efeito para satisfação com a vida ($d=0,68$). Em relação aos controles, o GE apresentou melhoras em todos os indicadores de saúde avaliados em T2, com alto tamanho de efeito para estado de ânimo ($d=1,76$), satisfação com a vida ($d=1,26$), indicadores de depressão e ansiedade ($d=-1,23$), níveis de estresse percebido ($d=-1,15$). Também houve redução significativa em níveis de estresse percebido ($d=-0,92$) e resiliência ($d=-0,45$) no GE entre T2 e T3, sendo os resultados três meses após o programa equiparados àqueles observados em T1. Já o GC demonstrou declínio em todos os indicadores avaliados ao longo das medidas, com resultados significativos de redução em resiliência (T1-T3 $d=-0,58$; T2-T3 $d=0,37$). Apesar da piora em todos os indicadores de saúde do GC ao longo do tempo entre T1 e T3, não houve diferenças significativas para as demais variáveis ($p>0,05$). Não houve diferenças significativas entre GE e GC em T3.

A partir dos dados obtidos, e tendo em vista o momento crítico pandêmico no qual o programa foi implementado, para além de melhoras em todos os indicadores entre grupos em T2, o fato de o GE não apresentar deterioro ao longo do tempo em relação aos seus resultados basais, pode ser considerado um alerta para o potencial benéfico deste modelo de intervenção em momentos de crise. Em contraponto, o GC apresentou piora em todos os indicadores entre T1-T3 e também em relação ao GE. Este dado pode indicar que, diante de situações emergenciais de alto risco, em termos de saúde mental, se nada for feito – manter-se sem intervenção para promoção de saúde – há tendência de agravamento em sintomatologias adversas para saúde mental. Os efeitos observados neste estudo

para ambos em grupos deflagram a urgência de se intervir e investir esforços sobremaneira na saúde mental de profissionais diante do atual cenário em que o mundo se encontra.

Além disso, dado o aumento da demanda, maior complexidade das urgências apresentadas aos profissionais, associados à necessidade de redução de custos quanto aos recursos humanos e materiais nas intervenções em saúde, o esgotamento profissional é cada vez mais evidenciado no cenário atual em saúde pública. O Brasil, lamentavelmente, é um dos países com maior número de infectados e mortes por COVID-19 no mundo, além de graves problemas de desigualdade social e falta de acesso aos serviços de saúde por uma ampla parcela da população (The Lancet, 2020a). Neste panorama, já é possível desmembrar os efeitos indiretos advindos da pandemia na saúde global – física, emocional, mental, social/relacional – impactos sociais graves da pandemia, principalmente devido ao não cumprimento de medidas sanitárias e exposição de demais indivíduos ao contágio pelo vírus. Além disso, há efeitos econômicos esperados a longo e médio prazos e crises políticas que se agravam no país, o que tende a gerar quadros de ainda maiores preocupações com o futuro e condições de vida e saúde da população.

Com relação aos profissionais de saúde mais especificamente, tem sido sugerido que intervenções psicológicas e psicoeducativas dirigidas a estes profissionais reforcem a questão do autocuidado, gerenciamento de estresse e a importância da inclusão do descanso/lazer nas atividades de vida diária (Schmidt et al., 2020; The Lancet, 2020b). Além dos fatores físicos e mentais atrelados ao cuidado de pacientes acometidos por COVID-19, medos e ansiedade com relação a sua saúde e de seus familiares, os profissionais de saúde no Brasil, de modo geral, não têm uma vasta formação para atuação em emergências ou crises humanitárias

de grande porte. Isso tudo gera ainda mais estresse e repercussões biopsicossociais para estes profissionais (Weide, Vicentini, Araujo, Machado, & Enumo, 2020).

Intervenções psicológicas e propostas psicoeducativas vêm sendo conduzidas mundialmente em caráter online como forma de atenuar os agravos psicológicos advindos da situação pandêmica (The Lancet, 2020b; Enumo, Weide, Vicentini, De Araujo, & Machado, 2020). Canais de serviços voluntários com escuta, acolhimento e atendimento psicológico também foram organizados por iniciativas públicas e da sociedade civil, como medidas atenuantes de fatores estressores e para auxiliar em dificuldades de adaptação dos indivíduos ao atual momento histórico e sanitário, auxiliando na promoção de saúde mental e redução de doenças de ordem psíquico-emocional (Ministério da Saúde, 2020).

Vale lembrar que, devido à alta demanda e sobrecarga desses profissionais, é importante planejar a adequação de ofertas de intervenções online conduzidas durante horários de expediente ou reuniões de equipes de trabalho, como alternativa para não serem percebidas como fator de estresse adicional, impedindo a participação dos profissionais. É necessário ter em mente o remanejamento e/ou *back up* por parte das equipes para não prejudicar as atividades laborais. Estas reflexões são apresentadas como sugestões para contribuir com futuras práticas interventivas junto aos profissionais de saúde, tendo em vista as demandas observadas no presente estudo. Cada contexto e público-alvo tem suas demandas específicas a serem debatidas e levadas em consideração, com sensibilidade, para o ajuste da melhor prática possível para a promoção de saúde em moldes interventivos.

Além disso, com base em experiências deste estudo, as atividades envolvidas em caráter remoto possibilitam o estabelecimento de vínculo social e uma configuração das relações interpessoais diferentes daquelas até então pré-concebidas por muitos indivíduos, favorecendo, inclusive, maior proximidade e relações de trabalho entre os profissionais. O contato com novas tecnologias e aquisição de conhecimentos técnicos para o uso de dispositivos também implica em maior autonomia e independência diante de restrições sanitárias necessárias no atual momento. Este modelo de intervenção também pode favorecer aqueles que, de outro modo, não teriam possibilidade de acesso devido a despesas ou impossibilidade de deslocamento para acessar serviços ou locais das redes de atenção em saúde. O acesso remoto pode paradoxalmente reduzir distâncias físicas que, por forças da situação, tendem a permanecer e por tempo indeterminado, pelo menos até a regularização sanitária em nível mundial, ou com o advento de vacinas e acesso por parte das populações e países.

Contudo, como limitação deste estudo, está o viés amostral tendo em vista o perfil de maior escolaridade e de pessoas alfabetizadas eletronicamente para atividades online. Mesmo havendo amplitude da idade da

amostra, todos trabalhavam em uma equipe de saúde de uma associação de aposentados do RS, os quais prestavam atendimentos/serviços de saúde para outra população de alto risco, fortemente acometida em termos de saúde mental durante a pandemia. Deste modo, há restrições e ressalvas quanto à generalização destes resultados para a população geral, uma vez que os participantes estavam sobrecarregados em tarefas laborais para atender demandas dos aposentados, lidando diretamente em trabalho remoto, sem interrupção dos serviços ou tempo para reestruturar o cronograma e propostas das equipes. Além disso, precisavam instrumentalizar os aposentados para uso das tecnologias, o que ocasionava maior estafa e sobrecarga para sua própria saúde física e mental.

Além disso, em torno de 30% da amostra foi composta por cuidadores, 30% apresentavam problemas crônicos de saúde, 20% estavam passando por processo de luto e 15% não se percebiam com apoio social, o que representa possível fator de risco adicional destes indivíduos que, além das demandas provenientes da pandemia, carga de trabalho excessiva, altas demandas por atenção do público-alvo de suas intervenções, também apresentava necessidades adicionais de cuidados de seus familiares. Houve também maior participação de profissionais do sexo feminino, o que pode fragilizar a generalização dos resultados. É necessário que novos estudos sejam conduzidos com ampliação da amostra em contexto diversificado para a inclusão de maior diversidade no perfil amostral para avaliação de critérios de eficácia desta modalidade de IPP. Outro ponto a ser considerado é a inclusão de atividades adicionais de seguimento (*follow-up – booster sessions*) durante os meses de pandemia para a manutenção dos efeitos a longo prazo, uma vez que há risco de deterioro na saúde mental quando diante de estresse alto e prolongado, como foi o caso detectado principalmente no GC desta amostra.

Considerações Finais

De acordo com os dados obtidos neste estudo, é possível sugerir a continuidade de implementação de uma intervenção psicológica positiva online (Programa Vem Ser) para promoção de saúde como recurso diante do contexto atual de pandemia de COVID-19, já que este tem potencial de trazer benefícios para a redução em sintomas de depressão, ansiedade e estresse e melhorar indicadores de saúde mental. Além disso, o modelo de intervenção apresentado pode viabilizar e favorecer àqueles que não têm acesso a recursos e serviços de saúde mental, uma vez que o programa ocorre de forma gratuita e não há necessidade de deslocamento, pois o acesso é remoto. Desta forma, o programa se torna viável para implementação em período de distanciamento social, o que faz também que seu alcance seja amplo, podendo diminuir o impacto psicológico e de saúde que está acometendo a população

mundial. O programa na versão online pôde contemplar grupo de profissionais de saúde e de assistência ativos nesse período de pandemia, os quais apresentavam sobrecarga além de suas demandas pessoais de saúde.

Mesmo se tratando de estudo piloto, com tamanho amostral reduzido e dados preliminares de eficácia do programa para este grupo específico, as atividades grupais, dinâmicas individuais e técnicas de relaxamento com visualização e imagística parecem favorecer o bem-estar diante de período tão crítico vivenciado na história da humanidade. O momento atual requer investimentos na adaptação de recursos e serviços para a promoção de saúde mental e física – autocuidado – dos profissionais de saúde/assistência, uma vez que estes seguem com acúmulo de trabalho e estafa emocional advindos da pandemia, no Brasil, desde o início de 2020. Além disso, os profissionais, possivelmente, continuarão a enfrentar estas adversidades nos próximos anos, ao terem que atender os efeitos indiretos em decorrência da pandemia – colapso do sistema socioeconômico, agravamento das desigualdades

sociais e violências e subsequente adoecimento de saúde mental populacional.

A menos que medidas factíveis, cientificamente fundamentadas e ágeis sejam tomadas, em termos de políticas e práticas de saúde pública, direcionadas à mitigação destas problemáticas para atender àqueles que providenciam os cuidados – profissionais de saúde/assistência de modo mais amplo –, corremos o risco de esbarrar no aprofundamento de desigualdades, principalmente para as populações mais vulneráveis e socialmente desprovidas de acesso. Providenciar protocolos acessíveis de serviços em saúde, de modo a cuidar de quem cuida, torna-se ato político diante do atual panorama, principalmente no Brasil, com cenário evidente de descaso e despreparo de gestores de alto escalão para lidar com a pandemia e em relação à saúde pública. Este estudo assume, portanto, postura ativa para que novos dispositivos e serviços sejam imediata e cientificamente desenvolvidos, implementados e avaliados quanto à eficácia das intervenções para populações e contextos em saúde no nosso país.

Referências

- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931–934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- Clark, A., Jit, M., Warren-Gash, C., Guthrie, B., Wang, H., Mercer, S. W., Sanderson, C.,..., & Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group (2020). Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet. Global Health*, 8(8), e1003–e1017. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30264-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30264-3)
- Di Bernardi Luft, C., de Oliveira Sanches, S., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saude Publica*, 41(4), 606–615. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000400015>
- Dickens, L.R. (2017). Using gratitude to promote positive change: a series of meta-analyses investigating the effectiveness of gratitude interventions. *Basic and Applied Social Psychology*, 39(4), 193–208, DOI:10.1080/01973533.2017.1323638
- Duque, L., Brown, L., Celano, C. M., Healy, B., & Huffman, J. C. (2019). Is it better to cultivate positive affect or optimism? Predicting improvements in medical adherence following a positive psychology intervention in patients with acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 61, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.06.001>
- Durgante, H., Bedin, L.T., & Dell’Aglío, D.D. (artigo submetido). *Adaptação e validade da Escala de Resiliência para Idosos-Reduzida*.
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. D. (2019a). *Programa Vem Ser: Psicologia Positiva para promoção de saúde de aposentados. Manual de implementação*. ISBN 978-8559489-193-8.
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. D. (2019b). Multicomponent positive psychology intervention for health promotion of Brazilian retirees: a quasi-experimental study. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0119-2>
- Durgante, H., Mezejewski, L.W., & Dell’Aglío, D.D. (2020). Desenvolvimento de um Programa de Psicologia Positiva para promoção de saúde de aposentados. Programa Vem Ser. C.H. Giacomoni & F. Scorsolini-Comin (Eds.) *Temas especiais em Psicologia Positiva* (pp.188-202).Petrópolis, RJ: Editora Vozes.ISBN 978-85-326-6508-9.
- Durgante, H., Naveire, C., Dell’Aglío, D.D. (2019). Programa de Psicologia Positiva para promoção de saúde de aposentados. Estudo de viabilidade. *Avances en Psicologia Latinoamericana*, 37(2):269–81. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6375>

- Durgante, H. B., Tomasi, L. M. B., Pedroso de Lima, M. M., & Dell’Aglia, D. D. (2020). Long-term effects and impact of a positive psychology intervention for Brazilian retirees. *Current Psychology*, 2015. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00683-7>
- Enumo, S. R. F., Weide, J. N., Vicentini, E. C. C., De Araujo, M. F., & Machado, W. de L. (2020). Coping with stress in times of pandemic: A booklet proposal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4th Ed. London: Sage.
- Hausmann, L.R.M., Youk, A., Kwoh, K., Gallagher, R.M., Debra, K., Weiner, M.D.,..., Said A. Ibrahim, S.A. (2018). Effect of a Positive Psychological Intervention on pain and functional difficulty among adults with osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*, 1(5), e182533. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.2533
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*, 21(1), 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Ministério da Saúde. (2020). *Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica ‘O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde’, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19)*. Brasília: DF.
- Moskowitz, J. T., Cheung, E. O., Freedman, M., Fernando, C., Zhang, M. W., Huffman, J. C., & Addington, E. L. (2020). Measuring Positive emotion outcomes in positive psychology interventions: a literature review. *Emotion Review*. <https://doi.org/10.1177/1754073920950811>
- 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*, S0889-1591(20)30845-X.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. M. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação Brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(3), 421–438.
- The Lancet (2020a). COVID-19 in Brazil: “So what?” (Editorial). *The Lancet*, 395, 5(9), 2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
- The Lancet (2020b). COVID-19: protecting health-care workers (Editorial). *The Lancet*, 395(10228), 922. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Spina, S., Marrazzo, F., Migliari, M., Stucchi, R., Sforza, A., & Fumagalli, R. (2020). The response of Milan’s Emergency Medical System to the COVID-19 outbreak in Italy. *The Lancet*, 395(10227), e49–e50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30493-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30493-1)
- Weide, J. N., Vicentini, E. C. C., Araujo, M. F., Machado, W. L., & Enumo, S. R. F. (2020). *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS/PUC-Campinas.
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in china: summary of a report of 72314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(13). <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- Zanon, C., Bardagi, M. P., Layous, K., & Hutz, C. S. (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: 07/05/21
1ª reformulação 08/02/22
Aceito: 25/04/22

Sobre as autoras:

Helen Bedinoto Durgante é psicóloga, mestre em Desenvolvimento e Direitos (Goldsmiths University of London), doutora em Psicologia e pesquisadora de Pós-doutorado em Psicologia (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) Universidade Federal de Pelotas (UFPeL).

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

E-mail: helen.durga@gmail.com

Jéssica Vargas da Luz é graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Membro do grupo de pesquisa Sistema de proteção a crianças e adolescentes: pesquisas e aplicações (UFRGS)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8544-2737>

E-mail: jessica_luz@live.com

Jessica Rezende Fernandes é psicóloga clínica, Faculdade Pitágoras, Instituto de Psicologia, Uberlândia, MG, Brasil. Moderadora de grupos de promoção de saúde online para profissionais de saúde, Serviço Social e para aposentados.

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

E-mail: jessicarffernandes@gmail.com

Marina Figueiredo Marquez é psicóloga clínica, Faculdade Pitágoras, Instituto de Psicologia, Uberlândia, MG, Brasil. Pós-Graduanda em psicologia Hospitalar, iniciação em psicodrama, moderadora de grupos de promoção de saúde online para profissionais de saúde, Serviço Social e para aposentados.

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

E-mail: marinafigueiredomarquez@gmail.com

Tharlise Paim Girelli é psicóloga clínica, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), RS, Brasil. Especialização em Psicologia Jurídica, experiência e ênfase em Psicologia Clínica e Jurídica, atuando nos seguintes temas: intervenção, adolescência, dependência química, idosos e avaliação.

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

E-mail: tharlisepaim@hotmail.com

Débora Dalbosco Dell’Aglio é psicóloga, mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS), professora pesquisadora A1 PPG em Educação UniLasalle/Canoas e professora colaboradora PPG Psicologia UFRGS, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0149-6450>

E-mail: debora.dellaglio@ufrgs.br

