

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE,
CULTURA E FRONTEIRAS - MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRAS**

KADYDJA ROSELY VARELA DA FONSECA

**Efeitos da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de
indivíduos com transtorno bipolar**

FOZ DO IGUAÇU

2022

KADYDJA ROSELY VARELA DA FONSÊCA

Efeitos da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno bipolar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Mestrado e Doutorado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade, Cultura e Fronteiras.

Área de concentração: Sociedade, Cultura e Fronteiras.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei

Foz do Iguaçu

2022

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

ROSELY VARELA DA FONSÊCA, KADYDJA

Efeitos da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno bipolar / KADYDJA ROSELY VARELA DA FONSÊCA; orientador Oscar Kenji Nihei. -- Foz do Iguaçu, 2022.
169 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras, 2022.

1. Transtorno Bipolar. 2. Pandemia de COVID-19. 3. Saúde Mental. 4. Qualidade de Vida. I. Kenji Nihei, Oscar , orient. II. Título.

FONSECA, K. R.V. **Efeitos da pandemia de Covid-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno bipolar.** 169 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Cultura e Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu, 2022. KADYDJA ROSELY VARELA DA FONSECA.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei (Orientador)

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Prof. Dr. Robson Zazula (Membro Titular)

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva (Membro Titular)

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu-PR

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei minha profunda gratidão pelo crédito de confiança ao aceitar me orientar nessa pesquisa, pela imensurável dedicação e apoio na construção de cada etapa da investigação, pela disponibilidade, paciência e tranquilidade, frente aos desafios da pesquisa e pelas profícuas e oportunas orientações, basilares na elaboração dessa dissertação.

Ao meu querido marido Breno, meu agradecimento especial, pelo inestimável incentivo desde o início dessa jornada, pelo companheirismo, carinho e suporte em todos os momentos da pesquisa.

A minha amada filha, pelo carinho, apoio e compreensão nas ausências necessárias para dedicação a pesquisa.

Aos meus pais, José Maranhão da Fonseca e Benigna Varela da Fonseca, a minha eterna gratidão, por todas as adversidades superadas para me proporcionar um bom estudo.

À Vania Maria da Costa Valle pelo eficiente suporte às atividades do Programa, em meio aos desafios das aulas online, na pandemia.

Aos professores componentes da banca de qualificação pelas esclarecedoras e valiosas contribuições: Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde (Unioeste), Profa. Dra. Silvana Aparecida de Souza (Unioeste).

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras pelos conhecimentos proporcionados.

As pessoas com transtorno bipolar, que gentilmente cederam seu tempo para participar da pesquisa.

Aos pacientes bipolares, colaboradores indiretos, que ao compartilhar suas desafiadoras experiências de vida, me instigaram a iniciar esta pesquisa.

FONSÊCA, K. R. V. **Efeitos da pandemia de Covid-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno bipolar.** 169 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Sociedade, Cultura e Fronteiras) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A pandemia de COVID-19 representa uma crise de saúde global. Indivíduos com transtorno bipolar (TB) constituem um grupo particularmente vulnerável. O curso do TB é sensível a fatores que podem desequilibrar os ritmos biológicos e sociais. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, com o objetivo de conhecer sobre o efeito da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com TB, por meio da avaliação de indicadores de estresse, depressão, ansiedade e qualidade de vida. Para esse fim, utilizou-se questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde e efeitos da pandemia de COVID-19, além de 2 escalas autoaplicáveis para medir a qualidade de vida (*The World Health Organization Quality of Life*); a depressão, ansiedade e estresse (*Depression Anxiety Stress Scale – Short Form*). A coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2022, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE. O convite para a participação da pesquisa ocorreu via redes sociais (Instagram, WhatsApp, Facebook) e por correio eletrônico (*E-mail*), contendo convite e *link* de acesso à pesquisa. Realizou-se estatística descritiva e inferencial (nível de significância $p < 0,05$). Escalas e subescalas obtiveram confiabilidade satisfatória (alfa Cronbach $\geq 0,7$), e apresentaram distribuição não normal pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A amostra foi constituída de 186 participantes: 89,8% sexo feminino; 40,9% 18 a 24 anos de idade; 48,4% renda familiar de 1 a 3 salários mínimos; 81,2% não fumantes; 45,2% tiveram COVID-19; 68,8% conviveram com quem teve COVID-19; todos os participantes foram vacinados para COVID-19; 91,4% fizeram isolamento social; 53,3% foram muito afetados pelas medidas de isolamento social; 50,0% tiveram renda familiar reduzida na pandemia. Os aspectos mais afetados negativamente pela pandemia foram: Saúde mental (75,3%), Convívio social (68,3%), Financeiro (50,5%), Sono (48,4%), Alimentação (47,3%), Saúde física (43,4%) e atividade de lazer (47,9%). 67,2% vivenciaram experiências estressantes na pandemia; 40,9% tiveram dificuldades para equilibrar rotinas e padrões de sono. Altos escores foram verificados na amostra para Estresse (78,0%), Ansiedade (83,3%) e Depressão (87,2%). Com destaque para frequência de Ansiedade no escore ‘extremamente severa’ com 50,5%. Todos os 4 domínios da qualidade de vida apresentaram elevados escores para a resposta “necessita melhorar”: domínio Psicológico (73,1%), domínio Físico (64,0%), Relações Sociais (59,7%) e Meio Ambiente (47,9%). No *Teste de correlação de Spearman*, todas as correlações entre as subescalas do DASS-21 foram negativas em relação a todas as dimensões da Qualidade de Vida. No modelo de regressão logística bivariada para Estresse, Ansiedade e Depressão, os seguintes preditores se destacaram: Idade entre 18 e 24 anos (mais jovens); sem lazer; com dificuldade de acesso a serviços médicos da área da saúde mental durante a pandemia; pior qualidade do sono durante a pandemia; e menores níveis de todos os domínios de qualidade de vida (domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente).

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Pandemia; COVID-19; Saúde Mental; Qualidade de Vida.

FONSECA, K. R. V. **Effects of the Covid-19 pandemic on the quality of life and mental health of individuals with bipolar disorder.** 169 f. Dissertation (Interdisciplinary Master in Society, Culture and Borders) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Advisor: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The pandemic of COVID-19 represents a global health crisis. Individuals with bipolar disorder (TB) constitute a particularly vulnerable group. The course of TB is sensitive to factors that can unbalance biological and social rhythms. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study, with the objective of knowing about the effect of the pandemic of COVID-19 on the quality of life and mental health of individuals with bipolar disorder, evaluating the indicators of stress, depression, anxiety and quality of life. To this end, we used a questionnaire with sociodemographic and health variables and effects of the COVID-19 pandemic, in addition to 2 self-administered scales to measure quality of life (The World Health Organization Quality of Life); depression, anxiety, and stress (Depression Anxiety Stress Scale - Short Form). Data collection occurred from February to April 2022, after approval by the UNIOESTE's Ethics Committee for Research with Human Beings. The invitation to participate in the research occurred via social networks (Instagram, WhatsApp, Facebook) and by electronic mail (E-mail), containing invitation and link to access the research. Descriptive and inferential statistics were performed (significance level $p < 0.05$). Scales and subscales obtained satisfactory reliability (Crombach's alpha ≥ 0.7) and presented non-normal distribution by the Kolmogorov-Smirnov test. The sample consisted of 186 participants: 89.8% female; 40.9% 18 to 24 years old; 48.4% family income 1 to 3 minimum wages; 81.2% nonsmokers; 45.2% had COVID-19; 68.8% lived with those who had COVID-19; all participants were vaccinated for COVID-19; 91.4% did social isolation; 53.3% were very affected by social isolation measures; 50.0% had reduced family income in the pandemic. The aspects most negatively affected by the pandemic were: Mental health (75.3%), Social interaction (68.3%), Financial (50.5%), Sleep (48.4%), Food (47.3%), Physical health (43.4%) and Leisure activity (47.9%). 67.2% experienced stressful experiences in the pandemic; 40.9% had difficulty balancing routines and sleep patterns. High scores were verified in the sample for Stress (78.0%), Anxiety (83.3%), Depression (87.2%). With emphasis on the frequency of Anxiety in the "extremely severe" score, with 50.5%. All 4 quality of life domains showed high scores for the response "needs improvement": Psychological (73.1%), Physical (64.0%), Social Relations (59.7%) and Environment (47.9%). In Spearman's correlation test all correlations between the subscales of the DASS-21 were negative in relation to all dimensions of Quality of Life. In the bivariate logistic regression model for Stress, Anxiety and Depression, the following predictors stood out: age between 18 and 24 years (younger); no leisure; difficult access to medical services in the mental health area during the pandemic; poorer quality of sleep during the pandemic; and lower levels of all domains of quality of life (Physical, Psychological, Social Relationships and Environment domains).

Keywords: Bipolar Disorder; Pandemic; COVID-19; Mental Health; Quality of Life.

FONSÊCA, K. R. V. **Efectos de Covid-19 sobre la calidad de vida y la salud mental en individuos con trastorno bipolar**. 169 f. Disertación (Maestría Interdisciplinaria en Sociedad, Cultura y Fronteras) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Asesor: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 representa una crisis sanitaria mundial. Los individuos con trastorno bipolar (TB) constituyen un grupo particularmente vulnerable. El curso de lo TB es sensible a factores que pueden desequilibrar los ritmos biológicos y sociales. Se trata de una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, con el objetivo de conocer el efecto de la pandemia del COVID-19 sobre la calidad de vida y la salud mental de los individuos con trastorno bipolar, evaluando los indicadores de estrés, depresión, ansiedad y calidad de vida. Para ello, se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas y de salud y efectos de la pandemia COVID-19, además de 2 escalas autoadministradas para medir la calidad de vida (The World Health Organization Quality of Life); la depresión, la ansiedad y el estrés (Depression Anxiety Stress Scale - Short Form). La recogida de datos se realizó entre febrero y abril de 2022, tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de UNIOESTE. La invitación a participar en la investigación se produjo a través de las redes sociales (Instagram, WhatsApp, Facebook) y por correo electrónico (E-mail), que contiene la invitación y el enlace para acceder a la investigación. Se realizaron estadísticas descriptivas e inferenciales (nivel de significación $p < 0,05$). Las escalas y subescalas obtuvieron una fiabilidad satisfactoria (alfa de Crombach $\geq 0,7$), y mostraron una distribución no normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La muestra estaba formada por 186 participantes: 89,8% sexo femenino; 40,9% de 18 a 24 años; 48,4% ingresos familiares de 1 a 3 salarios mínimos; 81,2% no fumadores; 45,2% tenían COVID-19; 68,8% vivían con personas que tenían COVID-19; todos los participantes estaban vacunados contra el COVID-19; 91,4% estaban aislados socialmente; 53,3% estaban muy afectados por las medidas de aislamiento social; 50,0% tenían ingresos familiares reducidos en la pandemia. Los aspectos más afectados negativamente por la pandemia fueron: la salud mental (75,3%), la interacción social (68,3%), la económica (50,5%), el sueño (48,4%), la alimentación (47,3%), la salud física (43,4%) y la actividad de ocio (47,9%). El 67,2% experimentó experiencias estresantes durante la pandemia; el 40,9% tuvo dificultades para equilibrar las rutinas y los patrones de sueño. Se verificaron puntuaciones altas en la muestra para el Estrés (78,0%), la Ansiedad (83,3%), la Depresión (87,2%). Con énfasis en la frecuencia de la Ansiedad en la puntuación "extremadamente severa" con el 50,5%. Los 4 dominios de la calidad de vida mostraron puntuaciones elevadas para la respuesta "necesita mejorar": psicológico (73,1%), físico (64,0%), relaciones sociales (59,7%) y entorno (47,9%). En la prueba de correlación de Spearman, todas las correlaciones entre las subescalas del DASS-21 fueron negativas en relación con todas las dimensiones de la calidad de vida. En el modelo de regresión logística multivariante para el Estrés, la Ansiedad y la Depresión, destacaron los siguientes predictores: edad entre 18 y 24 años (más joven); ausencia de ocio; difícil acceso a los servicios médicos en el área de salud mental durante la pandemia; peor calidad del sueño durante la pandemia; y niveles más bajos en todos los dominios de calidad de vida (dominios Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Entorno). **Palabras clave:** Trastorno bipolar; Pandemia; COVID-19; Salud mental; Calidad de vida.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CID-11	Classificação Internacional de Doenças – 11ª Revisão
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CoVs	Coronavírus
DASS-21	<i>Depression Anxiety and Stress – Short Form</i>
DP	Desvio Padrão
DP	Demência Precoce
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª Edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
EUA	Estados Unidos da América
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MBIs	Mindfulness-Based Interventions
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMD	Psicose Maníaco-Depressiva
PROMAN	Programa de Pesquisa de Transtorno Bipolar
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SM	Salário Mínimo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TB	Transtorno Bipolar
TB-I	Transtorno Bipolar Tipo I
TB-II	Transtorno Bipolar Tipo II
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático

THB	Transtorno do Humor Bipolar
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TP	Transtorno de Pânico
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Componentes e Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial, 2022 ..	45
Quadro 2	Escalas utilizadas na pesquisa com as respectivas subescalas, 2022	71
Quadro 3	Variáveis sociodemográficas, 2022	72
Quadro 4	Variáveis educacionais, 2022	72
Quadro 5	Variáveis de saúde, 2022.....	72
Quadro 6	Variáveis sobre o efeito da pandemia de COVID-19, 2022.....	73
Quadro 7	Variáveis sobre o transtorno bipolar e aspectos relacionados ao efeito da pandemia de COVID-19, 2022	74
Quadro 8	Subescalas e itens da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)	76
Quadro 9	Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), 2022.....	78
Gráfico 1	Ondas de Sobrecarga dos Sistemas de Saúde.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis sociodemográficas, Brasil, 2022.....	84
Tabela 2	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo estado de residência, Brasil, 2022	85
Tabela 3	Distribuição da frequência dos pesquisados segundo variáveis de saúde, Brasil, 2022	86
Tabela 4	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis sobre COVID-19 e isolamento social, Brasil, 2022	87
Tabela 5	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis das dimensões da vida afetadas negativamente pela COVID-19, Brasil, 2022.....	89
Tabela 6	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis da pandemia de COVID-19, Brasil, 2022.....	91
Tabela 7	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis do transtorno bipolar, Brasil, 2022	92
Tabela 8	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis do transtorno bipolar e aspectos relacionados a pandemia de COVID-19, Brasil, 2022.....	94
Tabela 9	Estatística descritiva e distribuição de frequência nas escalas DASS-21 e WHOQOL-BREF, e as subescalas de DASS-21 e WHOQOL-BREF, Brasil, 2022	95
Tabela 10	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo os níveis de Estresse, Ansiedade e Depressão, Brasil, 2022	96
Tabela 11	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo a percepção da qualidade de vida e satisfação com a vida, da escala WHOQOL-BREF, Brasil, 2022	96
Tabela 12	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo domínios de qualidade de vida da escala WHOQOL-BREF, Brasil, 2022	97
Tabela 13	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas: Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Atividades da vida cotidiana, Dependência de medicação ou de tratamentos e Capacidade de trabalho, da escala WHOQOL-BREF para o domínio Físico, Brasil, 2022.....	97
Tabela 14	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Psicológico, Brasil, 2022.....	98
Tabela 15	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Relações Sociais, Brasil, 2022	99
Tabela 16	Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Meio Ambiente, Brasil, 2022	99
Tabela 17	Teste de correlação Rô de Spearman para determinar a relação entre Estresse, Ansiedade, Depressão (DASS-21) e os Domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	101
Tabela 18	Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de ansiedade entre os participantes com transtorno bipolar, 2022 ..	102
Tabela 19	Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de depressão entre os participantes com transtorno bipolar, 2022 ..	103
Tabela 20	Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de estresse entre os participantes com transtorno bipolar, 2022	104

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	20
2.1. OBJETIVO GERAL.....	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE TRANSTORNO BIPOLAR ...	21
3.1.1. Kraepelin e a Insanidade Maníaco-Depressiva.....	25
3.1.2. O Transtorno Bipolar no Século XX.....	26
3.1.3. Concepções Recentes sobre o Transtorno Bipolar	29
3.2. EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO BIPOLAR.....	32
3.2.1. Prevalência do Transtorno Bipolar.....	32
3.2.2. Transtorno Bipolar e Comorbidades.....	35
3.3. TRANSTORNO BIPOLAR E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE	36
3.4. TRANSTORNO BIPOLAR E QUALIDADE DE VIDA.....	39
3.5. REDE DE ATENÇÃO E SAÚDE MENTAL NO TRANSTORNO BIPOLAR	44
3.5.1. Territorialidade e a Saúde Mental	48
3.6. A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (Sars-Cov-2).....	51
3.6.1. O Desafio Nacional para o Enfrentamento da COVID-19.....	56
3.6.2. A Pandemia de COVID-19 e a Saúde Mental	59
3.6.3. A pandemia de COVID-19 e o transtorno bipolar	65
4. PERCURSO METODOLÓGICO	70
4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	70
4.2. LOCAL DO ESTUDO	70
4.3. POPULAÇÃO DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	70
4.4. INSTRUMENTOS	70
4.4.1. Questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde e sobre os efeitos da pandemia de COVID-19.....	72
4.4.2. <i>Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)</i>	75
4.4.3. <i>Escala de Avaliação da Qualidade de Vida/World Health Organization Quality Of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)</i>	76
4.5. COLETA DE DADOS.....	78
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	79
4.7. TABULAÇÃO DE DADOS	79
4.8. ANÁLISE DE DADOS.....	80
4.8.1. Estatística descritiva.....	80

4.8.2. Teste de normalidade, confiabilidade e consistência interna das escalas	80
4.8.3. Teste de correlação entre as dimensões das escalas de WHOQOL-BREF e as subescalas da DASS-21.....	81
4.8.4. Pontos de corte nas escalas e subescalas	81
4.8.5. Análise bivariada das variáveis independentes e da qualidade de vida em relação ao estresse, depressão, ansiedade.....	82
5. RESULTADOS	83
5.1. AMOSTRA DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR.....	83
5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	83
5.3. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	94
5.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DA QUALIDADE DE VIDA.....	100
5.5. ANÁLISE LOGÍSTICA BIVARIADA ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO e ESTRESSE E VARIÁVEIS INDEPENDENTES E DE QUALIDADE DE VIDA.....	101
6. DISCUSSÃO	105
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A	140
APÊNDICE B.....	142
ANEXO A.....	161
ANEXO B.....	162
ANEXO C.....	165

1. INTRODUÇÃO

No final de 2019, foi descoberto na China o SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus-2*). Associado ao SARS-CoV-2, a doença foi denominada “*coronavirus disease 2019*” ou doença do coronavírus 2019 (COVID-19), tornando-se o mais grave problema de saúde pública dessa geração. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia do novo coronavírus (FIOCRUZ, 2020). Além dos riscos à saúde física, também foi reconhecido o significativo impacto da pandemia na saúde mental e bem-estar psicossocial da população (WANG, C *et al.*, 2020).

A fim de prevenir a propagação do SARS-CoV-2, causador da COVID-19, as autoridades de saúde mundial recomendaram o isolamento social como principal medida de contenção. Assim, o fechamento de escolas, universidades, clubes, parques e locais de atividade física confinou adultos e crianças. Apesar dos serviços essenciais terem sido mantidos, de forma geral, a população foi privada do convívio social e forçada a se manter em isolamento (ANDERSON *et al.*, 2020; LUCAS *et al.*, 2020).

Insegurança, isolamento social e emocional, confusão e estigma podem comprometer a saúde mental e o bem-estar das pessoas (PFEFFERBAUM; NORTH, 2020). Os sintomas relacionados ao estresse psicológico, dentre eles, a depressão, insônia, ansiedade e somatização podem ser ocasionados por situações estressantes que causem sentimentos de ameaça e incertezas (LIEBERMAN *et al.*, 2020; PÉREZ-FUENTES *et al.*, 2020).

Além disso, nos indivíduos com transtornos psiquiátricos pré-existent, as respostas emocionais à pandemia de COVID-19 se apresentaram na forma de recaídas ou agravamentos de seus quadros psiquiátricos em decorrência de sua maior suscetibilidade ao estresse em comparação a população em geral (PÉRES-FUENTES *et al.*, 2020).

Os transtornos mentais ainda são a principal causa de incapacidade no mundo. As pessoas com transtornos mentais graves morrem em média de 10 a 20 anos mais cedo do que a população geral. De acordo com a OMS, em 2019, quase um bilhão de pessoas, viviam com um transtorno mental (OMS, 2022).

As desigualdades sociais e econômicas, guerras, crise climática e emergência em saúde pública fazem parte das ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25,0% somente no primeiro ano da pandemia (OMS, 2022).

O transtorno bipolar (TB), é uma doença psiquiátrica crônica, grave, recorrente e altamente incapacitante, que afeta aproximadamente 2% da população mundial (GEDDES; MIKLIWITZ, 2013), e está relacionada à alta morbidade clínica e elevados índices de suicídio e desemprego (BELMAKER, 2004; KUPFER, 2005). Além disso, o TB está relacionado ao prejuízo no funcionamento global do indivíduo (HARVEY *et al.*, 2005; JANSEN *et al.*, 2012) e na sua qualidade de vida (JANSEN *et al.*, 2013).

O TB foi classificado pela OMS como a quinta principal causa de carga de doenças psiquiátricas no mundo e está associado a uma redução de aproximadamente 10 anos na expectativa de vida quando comparado com a população em geral (FERRARI *et al.*, 2016).

O TB é caracterizado por flutuações no estado de humor e energia (VIETA *et al.*, 2016), ele envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos e tem significativo impacto na vida do paciente, de sua família e da sociedade. Ademais, frequentemente ocasiona prejuízos irreparáveis a vida do indivíduo, abarcando aspectos financeiros, profissionais, sociais e de saúde, causando alto nível de sofrimento psicológico (NEWMAN *et al.*, 2006).

O TB, originalmente denominado de “insanidade maníaco-depressiva”, atualmente é nomeado apenas de Transtorno Bipolar, e se caracteriza por mudanças graves de humor, que abrange períodos de humor elevado (hipomania ou mania) e de depressão, são polos opostos da experiência afetiva, intercalados por períodos de remissão, e apresentam-se associados a sintomas físicos, cognitivos e comportamentais (ANDERSON, 2012; GOODWIN, 2012).

Caracteriza-se por flutuações relevantes entre mania e depressão, bem como, por alterações no padrão de sono, atividade, energia, atenção e impulsividade. Os indivíduos com TB também podem apresentar sintomas psicóticos quando se encontram em um estado de mania ou depressão. A gravidade desses sintomas, durante os episódios de mania e depressão pode variar significativamente entre os pacientes. Na eutimia, período entre episódios, ocorre a remissão dos sintomas e o paciente apresenta humor estável (SUPPES; DENNEHY, 2009).

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TB se distingue em dois tipos principais: o Tipo I (TB-I), que se caracteriza por elevação do humor grave e persistente (mania) e o Tipo II (TB-II), em que a elevação do humor é mais branda (hipomania). A aplicação do especificador “com características mistas” se refere aos estados em que há ocorrência simultânea de sintomas maníacos e depressivos, embora sejam polos do humor. Por sua vez, o quadro de transtorno

ciclotímico caracteriza-se pelas oscilações de humor, com alternância entre períodos de sintomas hipomaniacos e períodos de sintomas depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos (ou um ano em crianças e adolescentes), sem, todavia, atender a todos os critérios para um episódio de hipomania ou a todos os critérios para um episódio de depressão maior (APA, 2014).

No TB-I, ocorre um ou mais episódios maníacos ou mistos, seguidos por episódios depressivos maiores, e é definido por um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, desorganização comportamental, logorreia (i.e., compulsão para falar), sentimentos de grandiosidade, podendo apresentar manifestações delirantes de grandeza, energia em alta, significativa redução do sono e impulsividade no comportamento. O episódio maníaco envolve perturbação severa, ocasionando prejuízos ocupacionais e sociais, tendo potencial para ocorrer sintomatologia psicótica e necessidade de hospitalizações (APA, 2014).

No TB-II, também ocorrem episódios depressivos maiores, entretanto, eles são acompanhados por pelo menos um episódio hipomaniaco. A hipomania abrange um estado de euforia, porém, não está fora de controle, ou seja, não é um quadro severo que pode causar prejuízos funcionais exacerbados, a ponto de necessitar de internação ou apresentar sintomas psicóticos. Nesse sentido, a hipomania é caracterizada por alta energia, excitabilidade e sensações de euforia, mas não satisfaz os critérios de diagnóstico que são necessários para um episódio de mania completo (APA, 2014).

O DSM-5 insere a categoria “outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado” para classificar quadros atípicos, definidos pela ocorrência de sintomas que não atendem aos critérios de duração e frequência mínimos para caracterizar um episódio de hipomania (APA, 2014).

Portanto, quadros que não se enquadram devidamente nas categorias de classificação previstas no DSM-5 possibilitaram o surgimento da ideia de um novo conceito, o de espectro bipolar, que pode ser definido como um diagnóstico longitudinal (feito ao longo do tempo) em que a principal característica é uma oscilação anormal do humor abrangendo estados de mania, hipomania, episódios de depressão maior e estados mistos de humor. O conceito de espectro pode ser compreendido como uma linha ou um *continuum* na qual há dois extremos e uma variedade de graus entre eles, esse *continuum* foi denominado de espectro bipolar (AKISKAL, 2002; GHAEMI, 2014).

O novo conceito de espectro bipolar inclui pessoas com depressão recorrente grave, assim como, na depressão unipolar clássica, porém apresentando histórico familiar de TB

ou mania induzida por antidepressivos e outras características de bipolaridade relacionadas aos sintomas depressivos, englobando o curso ou a resposta a tratamentos, tais como: características mistas ou melancólicas, início precoce, múltiplos episódios, baixa tolerância ou baixa resposta a antidepressivos (GHAEMI, 2014).

Estudos apontaram que os indivíduos com TB apresentaram um elevado risco de desenvolver episódios afetivos graves (episódio depressivo grave, episódio de mania) durante períodos de alto estresse crônico (MALKOFF-SCHWARTZ *et al.*, 2000; BENDER; ALLOY, 2011; WEISS *et al.*, 2015).

O TB pode afetar todos os domínios da funcionalidade, ou seja, a capacidade do indivíduo trabalhar, de realizar atividades da vida cotidiana, e dificultar a reinserção no emprego, relações interpessoais e qualidade de vida relacionada a saúde (MICHALAK; YATHAM; LAM, 2005; ROSA *et al.*, 2009).

De acordo com a OMS (THE WHOQOL GROUP, 1995), a qualidade de vida é definida como “*a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Por sua vez, a qualidade de vida relacionada à saúde é a percepção dos indivíduos sobre a sua própria saúde. Nesse sentido, pacientes em condições psiquiátricas graves podem ter a percepção sobre a sua saúde afetada (SAARNI *et al.*, 2007).

Estudos indicaram que pacientes com TB apresentaram pontuações mais baixas em Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) do que aqueles com outras condições médicas (AMINI; SHARIFI, 2012; ISHAK *et al.*, 2012). Entretanto, em pacientes adultos com TB-I, em recuperação do seu primeiro episódio de mania, houve associação entre a melhora nos sintomas de humor e melhores escores em todos os domínios da QVRS (MICHALAK *et al.*, 2013).

Outro aspecto relevante à saúde mental de indivíduos com TB são as alterações no ritmo biológico. O conceito de ritmo biológico compreende o ciclo sono-vigília, a atividade social e o padrão alimentar, modulado por um relógio circadiano. O relógio circadiano (relógio interno) determina um ciclo de 24 horas. Atividades sociais e físicas também podem regular o relógio interno (VAN REETH *et al.*, 1994).

De acordo com Robillard, Naismith e Hickie (2013), alteração no ritmo biológico, ciclo sono-vigília e sazonalidade (i.e., influência das estações do ano no humor, tanto a primavera quanto o verão podem causar sintomas de mania ou hipomania. E, no caso do outono e inverno, predispor a períodos de depressão) são marcadores, ou seja, são preditivos

de um fator de diagnóstico ou prognóstico do TB, assim como, são fatores relevantes para o início e a recaída de episódio do TB.

Além disso, o estudo de Giglio *et al.* (2010), observou maior desregulação do ritmo biológico em pacientes com TB comparados a controles saudáveis. Segundo Cardoso *et al.* (2015), uma maior redução dos sintomas depressivos e ansiosos estão relacionados a maior regulação do ritmo biológico.

No atual cenário de pandemia de COVID-19, as pesquisas sobre a condição mental de indivíduos com TB já apontam para elevados índices de sofrimento psicológico nesses indivíduos, provavelmente como resultado de mudanças adversas no estilo de vida decorrentes de medidas necessárias para proteção nesse período da pandemia (ROTENBERG *et al.*, 2020).

Ademais, fatores de risco associados ao TB, incluindo ritmos sociais irregulares, comorbidades médicas, comportamentos de risco e uso de substâncias, podem ser agravados em decorrência das medidas de isolamento social, bloqueios e diminuição da redução dos cuidados preventivos e de manutenção (XUE *et al.*, 2020).

As medidas defendidas para diminuir a propagação do COVID-19, como distanciamento social, confinamento domiciliar, quarentena e bloqueios, tem o potencial de perturbar os padrões de sono e vigília, bem como a quantidade e a qualidade das atividades sociais, contatos e por conseguinte a qualidade da vida. Tais fatores, podem ter uma interferência deletéria sobre o risco de recaídas maníacas e depressivas (RAJKUMAR, 2020).

Somado a isso, alguns estudos sugerem que os pacientes com TB exibem sintomas mais graves associados ao COVID-19 (STEFANA *et al.*, 2020) e apresentam elevados riscos de infecção em consequência da maior prevalência de obesidade, doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva e diabetes mellitus nesses indivíduos (MCINTYRE *et al.*, 2007; VANCAMPFORT *et al.*, 2013; VANCAMPFORT *et al.*, 2016; ZAREIFOPOULOS *et al.*, 2018).

Assim, com o advento da pandemia de COVID-19, vários estudos vêm sendo realizados para avaliar sintomas psiquiátricos em indivíduos com doença mental grave, inclusive estudos com indivíduos com TB (CHANG *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2020; FRANK *et al.*, 2020; HAO *et al.*, 2020; IASEVOLI *et al.*, 2020; PAN *et al.*, 2020; RIBLET *et al.*, 2020; ZOU *et al.*, 2020; SOLÉ *et al.*, 2021). Tais estudos tem indicado que altas taxas de percepção de severidade de ansiedade, sintomas depressivos graves e estresse foram

substancialmente maiores em pacientes psiquiátricos em comparação a grupos controle (FRANK *et al.*, 2020; IASEVOLI *et al.*, 2020; SOLÉ *et al.*, 2021).

Um estudo recente na Austrália, realizado por Dalkner *et al.* (2021) com objetivo de avaliar o sofrimento psicossocial de pacientes com transtornos de humor, indicou a ocorrência de mudanças situacionais e de estilo de vida mal-adaptativos durante a pandemia de COVID-19 nesse grupo de pacientes. De acordo com o estudo, os indivíduos com TB apresentaram níveis mais elevados de estresse, depressão e angústia durante a pandemia. Uma possível razão para os sintomas de estresse psicológico causados pela pandemia de COVID-19, segundo o estudo, é atribuída as regras de distanciamento social que foram decretadas e aplicadas por muitos governos para prevenir uma disseminação descontrolada da SARS-CoV-2 (DALKNER *et al.*, 2021).

Um estudo italiano de Carmassi *et al.* (2020a), analisando 100 pacientes com TB em abril de 2020, encontrou taxas mais elevadas de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático durante o período de bloqueio nacional e das medidas de distanciamento social em andamento.

A mudança no estilo de vida de forma radical e prolongada, associadas ao medo de ser contaminado, as incertezas sobre o futuro e a possíveis problemas sociais e perdas financeiras causadas pela pandemia de COVID-19, acaba afetando a saúde mental da população. O isolamento físico forçado, provocando a desconexão da família e dos amigos, bem como, o acesso reduzido aos cuidados de saúde física e mental e a capacidade limitada para realizar atividades significativas podem contribuir para a exacerbação dos sintomas associados ao TB (STEFANA *et al.*, 2020). Ademais, indivíduos com TB apresentam déficits na cognição afetiva que pode influenciar para a recaída do episódio durante períodos de estresse em suas vidas (MISKOWIAK *et al.*, 2020).

Outro aspecto pertinente ao TB são as comorbidades associadas a ele, dentre elas, destaca-se o transtorno de ansiedade que também pode atuar como fator de risco significativo para sofrimento psicológico moderado a grave durante a pandemia de COVID-19 (XUE *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, torna-se relevante dispensar atenção aos indivíduos com TB, cujo ritmos biológicos e sociais, bem como a regulação do ritmo circadiano, podem ter sido afetados com as sucessivas interrupções, ocasionadas pelas medidas de enfrentamento do COVID-19, podendo ter desencadeado recaídas de episódios depressivos, hipomaníacos ou maníacos. Tendo em vista que, os indivíduos com TB necessitam de uma rotina de vida bem

equilibrada, horas regulares de sono e reduzida carga de estresse psicológico para prevenir as recaídas (ROTENBERG *et al.*, 2020).

Nas últimas duas décadas inúmeros estudos epidemiológicos têm sido realizados, proporcionando uma compreensão mais abrangente da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, possibilitando que se conheçam as consequências diretas e indiretas das doenças, e o prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Essas informações contribuem para nortear políticas públicas em saúde mental, bem como para a avaliação do acesso à assistência médica e utilização de serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2005).

No entanto, com o surgimento da pandemia de COVID-19, medidas de saúde pública sem precedentes foram adotadas, a interrupção de atendimentos clínicos não prioritários, tanto no sistema privado quanto no sistema público, represou a demanda em saúde mental e por conseguinte, pode ter contribuído em alguma medida para o aumento e agravamento dos transtornos mentais (XUE *et al.*, 2020).

Nesse cenário de pandemia, pesquisa direcionada aos efeitos da COVID-19 na saúde mental de indivíduos com TB ainda são incipientes em todo o mundo. No Brasil, até onde foi possível pesquisar, não foi encontrado na literatura científica estudos que abordaram o impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com TB, em particular, relacionado com a qualidade de vida e saúde mental (i.e., sintomas de ansiedade, depressão, estresse).

Além disso, investigar tais variáveis nos indivíduos com TB, nesse momento crítico, pode proporcionar informações relevantes sobre os possíveis efeitos da pandemia de COVID-19 na população estudada, e sinalizar para a importância de se pensar uma agenda de saúde mental que considere inovações nas políticas públicas para o cenário da pandemia e pós-pandemia de COVID-19.

Diante do cenário exposto, propõem-se responder a seguinte pergunta de pesquisa questão: Quais foram efeitos da pandemia de COVID-19 no quadro clínico (hipomania, depressão), saúde mental (ansiedade, estresse) e bem-estar (qualidade de vida) dos indivíduos com transtorno bipolar?

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer os efeitos da pandemia de COVID-19 em indivíduos com TB por meio dos indicativos de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, níveis de qualidade de vida, variáveis sociodemográficas, de saúde e da pandemia, buscando as correlações entre esses fatores.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os indivíduos com TB pesquisados quanto às variáveis sociodemográficas, de saúde e a autopercepção dos efeitos da pandemia de COVID-19.
- Caracterizar os indivíduos com TB quanto aos níveis de depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida.
- Investigar a presença de associação entre os graus de depressão, ansiedade, estresse e dimensões da qualidade de vida.
- Investigar a presença de associação entre os graus de depressão, ansiedade, estresse com as variáveis sociodemográficas, de saúde e efeitos da pandemia de COVID-19.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE TRANSTORNO BIPOLAR

Ao longo do tempo, a definição do TB sofreu modificações. Na Antiguidade, com os quadros de mania e melancolia, e na atualidade, o Espectro Bipolar. Nesse sentido, os termos “mania” e “melancolia” reportam a vários séculos antes de Cristo, correspondendo, de forma aproximada, a seus conceitos originais na atualidade. Esses quadros, na época embora fossem mais abrangentes e imprecisos em seus enfoques principais, remetem muito às descrições do que hoje se chama transtorno bipolar (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

A gênese do conceito do TB tem suas raízes no trabalho e na perspectiva dos médicos gregos do período clássico. Os estados mórbidos de depressão e exaltação eram de conhecimento dos médicos e filósofos da era pré-hipocrática (ANGST; MARNEROS, 2001). Nos séculos V e IV a.C., Hipócrates (460-357 a.C.) caracterizava a melancolia (*melan*: negro; *cholis*: bile) como um estado associado à aversão ao alimento, irritabilidade, abatimento, insônia, inquietude. A compreensão da saúde e doença era derivada do equilíbrio e desequilíbrio dos quatro humores presentes no organismo (i.e., sangue, bile amarela, bile negra e fleuma). Para Hipócrates, as doenças mentais eram derivadas de um distúrbio humoral (ALCANTARA *et al.*, 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005). Esse sistema explicativo predominou no pensamento ocidental até o século XVIII (FOUNTOULAKIS, 2010).

Hipócrates (460-357 a.C.) descreveu a melancolia como um estado que se caracterizava por medo e tristeza prolongados derivados do predomínio da bile negra. De acordo com Angst e Marneros (2001), o filósofo grego elaborou a primeira classificação dos transtornos mentais, a conhecer, melancolia, a mania e a paranoia. Os médicos hipocráticos também realizaram as primeiras tentativas no sentido de descrever a personalidade em termos de suas teorias humorais. Eles dividiram os diferentes tipos de temperamento em: colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico.

Os primeiros escritos sobre a melancolia datam da civilização greco-romana, através da descrição de personagens bíblicos do *Antigo Testamento*, como o Rei Saul, e do suicídio de Ajax, na *Ilíada* de Homero. Tais descrições evidenciam a importância dada à melancolia nessa civilização. A medicina antiga considerava que a excitação afetiva resultaria em irracionalidade, desencadeando o episódio melancólico. Essa ideia, associada à teoria dos

humores, refletia o conceito do mecanismo da loucura, que prevaleceu durante todo o período medieval (MORENO; MORENO, 2005).

Para Sorano de Éfeso (98-138 d.C.), a melancolia compreendia o abatimento, com inclinação à raiva, e quase nunca alegre e tranquilidade, por outro lado, a mania abarcava prejuízo da razão com delírios. Por sua vez, Galeno de Pérgamo (128 a 201 d.C.) definiu a melancolia como uma condição crônica e recorrente que poderia ser uma doença primária decorrente do cérebro ou secundária para outros tipos de doença. Tais definições, foram consideradas uma abordagem mais abrangente da teoria humoral (CORDÁS, 2002).

Dentre os autores antigos, foi Araeteus da Capadócia, que viveu em Alexandria no século I d.C., quem escreveu os principais textos fazendo referência à unidade da doença maníaco-depressiva, muitos dos quais permanecem até os dias atuais. Araeteus da Capadócia, além de estabelecer detalhada descrição dos quadros de mania e melancolia, também foi o primeiro a estabelecer uma relação entre estes dois polos, considerando-os como parte de uma mesma doença. De acordo com Araeteus da Capadócia, no TB a maioria dos melancólicos, a tristeza ao longo do tempo se converte em alegria e os pacientes desenvolvem o que se denomina de mania (DEL-PORTO *et al.*, 2004).

Além disso, foi Araeteus quem fez as primeiras descrições do que, na atualidade, se chama estados mistos, ou seja, um polo da doença, em que ocorre de forma concomitante os sintomas de mania e depressão no mesmo intervalo de tempo (GOODWIN; JAMINSON, 2010). Ele foi o mais relevante representante médico da Escola de Alexandria (Séc. III a.C.–Séc. IV a.C.), era um profundo conhecedor das ideias de Hipócrates, contestando qualquer injunção não materialista sobre a origem das doenças. Ele diferenciou a melancolia causada biologicamente de outra causada por “reação depressiva” e que era psicologicamente determinada (CORDÁS, 2002).

Araeteus da Capadócia foi o primeiro autor a preconizar que a mania seria o estágio final da melancolia e que tanto a mania quanto a melancolia originavam-se na bile negra, em consonância com a teoria grega dos humores. Ele também descreveu a ciclotimia, o que levou seus registros serem reconhecidos atualmente como o primeiro esforço para empreender uma classificação nosológica em direção a conceituação moderna do transtorno bipolar (CORDÁS, 2002; CAMPOS *et al.*, 2010).

No período que compreende a Grécia clássica e o início da idade Média, as doenças mentais e físicas eram tratadas primordialmente por médicos. Com a queda do Império Romano, essa função foi sendo incumbida aos monastérios e religiosos. Esse período foi

marcado por uma regressão na compreensão da doença mental, que passa a ser imputada ao pecado e à possessão demoníaca. Inicia-se, a partir daí, um período de “trevas”. Como consequência, a doença mental deixa de ser tratada e passa a ser atribuída à magia, tornando-se alvo da Santa Inquisição (ANGST; MARNEROS, 2001; ALCANTARA *et al.*, 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

Nos séculos X e XI, a escola árabe passou a dominar o pensamento médico ocidental, enquanto o conhecimento grego na Europa ficou recluso ou se perdeu. A medicina era a primeira ciência grega estudada profundamente nas escolas islâmicas e a medicina árabe reconhecia e aplicava a teoria galênica dos quatro humores (CORDÁS, 2002).

No final da Idade Média (séculos XV e XVI), com a ascensão da filosofia metódica de Francis Bacon, as ciências empíricas passam a atrair interesse e aceitação. Em 1809, Philippe Pinel (1745-1826) caracterizou a melancolia como uma doença composta de um número restrito de delírios em oposição à mania ou ao delírio generalizado, que ele considerava afetar todas as faculdades da mente (ALCANTARA *et al.*, 2003).

No século XVIII, com a emergência do racionalismo na cultura ocidental, associada às descobertas nos campos da anatomia e da biologia, profundas mudanças ocorrem na forma de entender e tratar as perturbações mentais. E na transição do século XVIII para o século XIX, os primeiros trabalhos de classificação de Philippe Pinel (1745-1826) e do seu discípulo Jean-Philippe Esquirol (1772-1840) passam a constituir um ramo da medicina, o estudo das perturbações mentais (BERCHERIE, 2009).

Pinel com sua nosografia fundamentada na observação e na descrição de sintomas e síndromes, estabeleceu uma nova era. Ele dividiu as manifestações mórbidas que faziam parte ao que se descrevia socialmente como loucura: a *mania* (tipificada por alteração geral das faculdades mentais e acompanhada de viva agitação), a *melancolia* (delírio restrito a um objeto, com as outras faculdades intactas), a *demência* (supressão do pensamento e do juízo) e a *idiotia* (obliteração das faculdades intelectuais e afetivas) (BERCHERIE, 2009).

Jean-Philippe Esquirol, por sua vez, caracterizou o TB como uma forma diferente de perturbação mental, que ele nominou *lypemanie* (i.e., perda, inibição e delírio mental), desconsiderando assim o termo melancolia por julgar inadequado e excessivamente leigo para uso técnico. A partir do seu trabalho, houve a mudança da visão de desestruturação psíquica global (*folie general*) para o conceito de uma forma de loucura parcial (*folie partiel*), em que a base do distúrbio primário estaria nas emoções. O seu trabalho colaborou para destacar a natureza afetiva desse transtorno, entretanto, esse termo não foi adotado por

se tratar de uma expressão que representa uma transição, ou seja, a passagem da melancolia para a depressão (BERRIOS, 1996; ANGST; MARNEROS, 2001).

Apesar da divulgação das ideias de Esquirol, no início do século XIX, a melancolia ainda era disseminada como um subtipo de mania (i.e., distúrbio do intelecto, de intensidade excessiva de ideias e de natureza irremediável), sendo considerada como uma variação da mania ou como um estágio evolutivo da doença, e que teria como estágio final a demência. Somente após a adequação da descrição da psicopatologia da depressão, que esse conceito pôde ser reconhecido como parte da noção do TB (BERRIOS, 1996; ALCANTARA *et al.*, 2003; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

De forma gradativa a palavra “depressão” (do latim *deprimere*, “pressionar para baixo”) deslocou o conceito de melancolia, intrinsicamente relacionado ao conceito dos humores Hipocráticos. A mudança do termo “melancolia” para “depressão” deu-se ainda na primeira metade do século XIX (BERRIOS, 1996). A palavra depressão originou-se da medicina cardiovascular da época, por significar aludir à redução de função; a palavra foi utilizada nos quadros mentais de forma análoga, como depressão mental, que correspondiam o rebaixamento do estado de espírito de pessoas que sofriam de alguma doença (ALCANTARA *et al.*, 2003).

No que tange ao conceito moderno do TB, o seu início se deu na França, na metade do século XIX, quando Jules Falret (1794-1870) e J. F. Baillarger (1809-1890) descreveram a ideia de que mania e depressão representariam distintas manifestações de uma única doença, configurando-se as primeiras concepções explícitas do TB como entidade (doença) nosológica única (CORDÁS, 2002).

Em 1851 e 1853, Falret e Baillarger, descreveram basicamente a mesma doença, em que Falret denominou de loucura circular (*la folie circulaire*) e Baillarger, de loucura de dupla forma (*la folie à double forme*). Segundo Falret, “a sucessão de mania e melancolia manifesta-se em si, em continuidade e de uma maneira quase sempre regular” (SEDLER, 1983). Baillarger descreveu uma doença de curso similar, ressaltando que o episódio maníaco e o depressivo não eram duas manifestações diferentes, mas, sim, dois estágios diferentes da mesma doença (MORENO; MORENO, 2005).

Entretanto, no final do século XIX, apesar das significativas contribuições de Falret, Baillarger e outros, a maior parte dos clínicos ainda continuavam considerando a mania e a melancolia como entidades diferentes, crônicas e com o curso deteriorante (GOODWIN; JAMISON, 1990). Ainda no século XIX, em 1881, o neuropsiquiatra alemão Emanuel Ernst

Mendel cria o termo hipomania e, em 1882, Karl Kahlbaum cria o termo ciclotimia, ambas formas leves da doença (GOODWIN; JAMISON, 2007).

3.1.1. Kraepelin e a Insanidade Maníaco-Depressiva

O trabalho nosológico do alemão Emil Kraepelin (1856-1926) foi fundamental para sintetizar os pensamentos de sua época e conduzir estudos posteriores. Tendo como base os trabalhos de seus predecessores, trouxe grandes inovações ao estudo das doenças mentais: a observação clínica e evolutiva dos pacientes psiquiátricos e a investigação da história familiar psiquiátrica, levando em conta padrões de hereditariedade (ANGST; GAMMA, 2002).

Em 1899, Kraepelin compilou todas as psicoses descritas anteriormente em uma entidade primordial: a doença maníaco-depressiva, que ele acreditava ser uma infecção endógena e constitucional. No final do século XIX, Kraepelin separou as psicoses em dois grandes grupos (a demência precoce e a insanidade maníaco-depressiva). Kraepelin foi o primeiro a elaborar completamente um modelo de doença em psiquiatria, por meio de observações extensas e descrições meticulosamente organizadas (ANGST, 2001; CORDÁS, 2002; MORENO, 2002).

Até o fim da década de 1890, Kraepelin dividia a enfermidade maníaco-depressiva em vários e complexos subtipos. Porém, na sexta edição do seu tratado, ele adotou a perspectiva unitária, considerando que a enfermidade maníaco-depressiva abarcava os estados depressivos, a mania simples e os quadros circulares (DEL-PORTO, 2004). Emil Kraepelin instituiu a classificação das enfermidades mentais que até os dias atuais fundamenta a nosografia psiquiátrica e a Psiquiatria científica. Na sexta edição do seu tratado (1899), ele propôs a divisão das psicoses em dois grandes grupos: *psicose maníaco-depressiva e a demência precoce* (DEL-PORTO, 2004).

Nesse sentido, Emil Kraepelin teve um importante papel para a alteração do cenário vigente na época, especialmente por ter estabelecido diferenciação entre a demência precoce (DP) e a psicose maníaco-depressiva (PMD). Para Kraepelin, a PMD tinha curso periódico ou episódico e prognóstico mais benigno. É importante ressaltar que, a DP descrita por Kraepelin relacionava-se aos quadros de esquizofrenia (DEL-PORTO, 2004). Foi a partir das suas considerações que se criou um marco na nosologia psiquiátrica, originando dois grandes grupos de doença mental, as esquizofrenias e a PMD, distinguindo-se

principalmente pelo seu caráter benigno e evolução favorável da PMD (GOODWIN; JAMISON, 2007).

Kraepelin, também instituiu o termo “*estados mistos*” (1896), ressaltando a relevância do quadro clínico do curso da doença e dos aspectos psíquicos e sociais, além de ter inserido as formas leves da doença. Nesse sentido, pode-se considerar que Kraepelin deu início a compreensão do TB que, posteriormente, foi aprimorada, chegando as concepções atuais de espectro bipolar (AKISKAL, 2005; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

Para Kraepelin, nos estados "puros", maníacos ou depressivos, os três domínios encontram-se alterados na mesma direção. Na mania típica, há fuga de ideias, exaltação do humor e aumento da atividade motora. Por sua vez, na depressão "pura" há inibição do pensamento, lentificação psicomotora e humor triste. Já nos estados mistos, ao contrário, há alterações em diferentes direções, considerando as áreas do afeto, da atividade e do pensamento. Uma das mais relevantes contribuições de Kraepelin (1919) e de seu discípulo Weigandt (1899) foi o conceito de “estados mistos maníaco depressivo”. O reconhecimento da existência dos estados mistos representou a pedra angular para a formulação do conceito unitário de Kraepelin sobre a enfermidade maníaco-depressiva (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

De acordo com Marneros (2001), a contribuição mais relevante para o estudo dos estados mistos, desde Kraepelin, foi realizada por Hagop Akiskal. Conforme a formulação de Akiskal, os estados mistos surgem quando um episódio afetivo se manifesta sobre um temperamento de polaridade oposta (DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

3.1.2. O Transtorno Bipolar no Século XX

O renascimento do conceito de TB, retorna com força no ano de 1966, a partir da publicação de dois grandes estudos europeus, o de Jules Angst – *Sobre a etiologia e a nosologia das psicoses depressivas endógenas*, e o estudo de Carlo Perris, *Um estudo sobre psicose bipolar (maníaco-depressiva) e psicose depressiva recorrente unipolar* (MORENO; MORENO, 2005). Ambos os trabalhos indicaram que a “mania unipolar” está associada aos transtornos bipolares, o que, por sua vez, não ocorre com a depressão unipolar, que possui características distintas, na genética, no curso, gênero e personalidade pré-mórbida (GOODWIN; JAMISON, 2007).

O conceito definido atualmente como TB vem do século XIX e relaciona-se à presença de um ou mais episódios de mania ao longo da vida. Os médicos do século XIX

consideravam que os episódios alternados de *mania* e de *depressão* eram doenças diferentes e, só no começo do século XX, o TB foi diferenciado da esquizofrenia. O conceito moderno de TB se originou na França, na metade do século XIX, quando Falret e Baillarger, de forma independente, descreveram formas alternantes de depressão e mania (ALCANTARA *et al.*, 2003; AKISKAL, 2005; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005).

A primeira proposição da distinção entre os subtipos do TB foi realizada por Fieve e Dunner no ano de 1972. Na sua proposição original, o *tipo I* inseria aqueles pacientes que apresentavam histórico de hospitalização com quadros maníacos graves, distinguindo-se dos bipolares do *tipo II*, aqueles que apresentavam histórico de hipomania (ou mania atenuada) e ocorrência de hospitalizações por depressão grave. Os casos de TB sem a ocorrência de hospitalização, chamado de *outros bipolares*, inseria-se em um subgrupo adicional. Posteriormente, a hospitalização deixou de ser considerada como critério definidor dessa subdivisão (DUNNER *et al.*, 1982).

A distinção unipolar-bipolar foi anexada ao Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais americano (DSM) em sua 3ª (DSM-III) e 4ª (DSM-IV) edição, bem como, na 10ª revisão do Sistema Classificatório Internacional (CID-10). A estrutura desse sistema classifica o TB como uma doença separada dos transtornos depressivos, elucidando prioridade ao polo em relação a ciclicidade e obscurecendo o fato de que as formas depressivas recorrentes estão mais relacionadas à doença bipolar (GOODWIN; JAMISON, 2007).

De acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002), os transtornos bipolares fazem parte do Eixo I (compreende as síndromes da clínica psiquiátrica). O termo *transtorno depressivo maior* substitui o transtorno depressivo unipolar devido a sua conotação mais abrangente e adequada, dada a possibilidade de mudança de diagnóstico de depressão para o TB em caso de ocorrência de um episódio maníaco.

A quarta edição do DSM (DSM-IV) diferenciava quatro grupos de TB: *TB tipo I*, *tipo II*, *transtorno ciclotímico* e *transtorno bipolar sem outra especificação* (APA, 2002). O TB tipo I é definido pela presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos geralmente, seguidos de episódios depressivos maiores. No TB tipo II, também ocorrem episódios depressivos maiores, entretanto, eles são acompanhados por pelo menos um episódio de hipomania. O *transtorno ciclotímico* ou *ciclotimia*, é caracterizado pela presença, de no mínimo dois anos, de períodos irregulares de oscilação entre episódios de mania e depressão, sem conseguir preencher critérios para um episódio de depressão maior. O *TB sem outra*

especificação foi direcionado para os indivíduos que apresentam os sintomas da bipolaridade, mas que não preenchem critérios para as outras três categorias do TB, ou seja, o TB I, TB II ou ciclotimia (AKISKAL, 2009). Além disso, também tem os episódios mistos, que se caracterizam pela presença de sintomas de mania/hipomania e de depressão, que se apresentam de forma simultânea.

Os critérios para a depressão no TB são semelhantes aos dos episódios que distinguem o transtorno depressivo maior. Um episódio de depressão maior caracteriza-se pelo menos por duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, seguido de quatro ou mais outros sintomas, envolvendo alterações no peso ou apetite, perda de energia, sono desregulado, agitação ou retardo físico, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, dificuldades para tomar decisões ou para se concentrar, planos ou tentativa de suicídio (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008).

A classificação internacional de Transtornos Mentais Doenças e de Comportamento CID-11 (OMS, 2019), caracteriza o TB pela presença de episódios ou sintomas maníacos, mistos ou hipomaníacos. Esses episódios ocasionalmente se intercalam ao longo do curso do TB com episódios depressivos ou períodos de sintomas depressivos.

O desenvolvimento da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) teve o seu início em 1999 e a sua publicação ocorreu em maio de 2013. O DSM-5 suprimiu a classe dos *transtornos de humor*, e dividiu-a em dois grupos de diagnósticos distintos: os *Transtornos depressivos* e os *transtornos bipolares e condições relacionadas*. Esse último subdivide-se em: *Transtorno bipolar I*, *Transtorno bipolar II*, *Transtorno ciclotímico*, *Transtorno bipolar induzido por substância/medicamento*, *Transtorno bipolar devido a outra condição médica* e *Outro transtorno bipolar especificado não classificado em outro local* (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos para mania e hipomania no TB passam a dar maior destaque às mudanças no nível de atividade e na energia. O TB se diferencia em dois tipos principais, o Tipo I, em que a elevação do humor é grave e persistente (mania), e o Tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania) (APA, 2014).

No que se refere aos Estados Mistos, o especificador, *com características mistas* é empregado em substituição ao episódio misto, e os critérios para sua identificação passam a ser menos restritivos. Por sua vez, o Transtorno Ciclotímico é caracterizado pela alternância entre períodos hipomaníacos e depressivos ao longo de pelo menos dois anos em adultos, ou

um ano em crianças, sem, contudo, atender os critérios para um episódio de hipomania, mania ou depressão maior (APA, 2014).

No DSM-5, o TB foi inserido entre os capítulos sobre Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Transtornos Depressivos, devido ao reconhecimento de se apresentar como uma ponte entre essas duas classes diagnósticas em termos de genética, sintomatologia e história familiar. Assim, no DSM-5 o TB foi separado dos transtornos depressivos, considerando que, anteriormente ambos eram agrupados sobre o título de Transtornos do Humor. Outra mudança significativa no DSM-5, refere-se aos pacientes com TB do Tipo II, que não são mais considerados portadores de uma condição mais leve que o Tipo I. Esse reconhecimento decorre da constatação que esses indivíduos passam mais tempo em depressão, o que gera grave prejuízo no funcionamento social e profissional.

O DSM-5 também incluiu a categoria *outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado* para classificar quadros atípicos, caracterizados pela ocorrência de sintomas que não preenchem os critérios de duração e frequência considerados mínimos para poder se caracterizar um episódio de hipomania (APA, 2014). Os quadros semelhantes a esses, ou outros que não se enquadrariam adequadamente nas categorias de classificação previstas no DSM, poderiam encontrar espaço dentro da ideia de um espectro bipolar retratado por um *continuum* de condições que interligariam a depressão à esquizofrenia (AKISKAL, 2002; GHAEMI, 2014).

3.1.3. Concepções Recentes sobre o Transtorno Bipolar

3.1.3.1. Espectro Bipolar

A partir dos trabalhos de Kleist e seus seguidores, no início do século XX, o termo bipolar passou a ser aplicado ao se referir a transtornos de Humor (ANGST; GAMMA, 2002). A distinção do TB Tipo I (com episódios maníacos) e TB Tipo II (com episódios hipomaníacos) realizada por Dunner em 1976, e a descrição do TB Tipo III (episódios maníacos ou hipomaníacos secundários à farmacoterapia) por Klerman, 1981, contribuíram para delimitar o que atualmente se entende como Espectro Bipolar (MARNEROS, 2001).

A abordagem diagnóstica dimensional (*continuum*) surge no sentido de reduzir as dificuldades no diagnóstico do TB (ANGST, 2007). Ela propõe que a psiquiatria moderna promova uma mudança nas suas diretrizes diagnósticas, influenciada pelas ideias de Emil

Kraepelin. Essa ideia é representada pela noção de Espectro Bipolar, que vai além das categorias diagnósticas do TB Tipo I, TB Tipo II e ciclotimia (ALCANTARA *et al.*, 2003). Essa mudança de paradigma na compreensão do TB traz uma série de consequências tanto na abordagem quanto no tratamento do TB, incluindo um aumento da prevalência do TB de 1% para 5% da população geral (ALCANTARA *et al.*, 2003).

O modelo dimensional pressupõe a existência de uma transição gradual entre os vários transtornos de humor, constituindo um *espectro* de manifestações, que pode relacionar-se a um *continuum* com quadros de depressão unipolar; entre sintomas maníacos e depressivos, e que abarcaria várias mesclas entre ambos (estados mistos) e o *continuum* de manifestações sintomáticas entre a “normalidade” e os estados patológicos (PHELPS *et al.*, 2008).

De acordo com Frank *et al.* (2020), condições do espectro diz respeito à visão dimensional da psicopatologia, que engloba uma série de manifestações de um determinado transtorno, desde sintomas nucleares e mais severos até as características mais leves, tais como a distímia, ciclotimia, estendendo-se aos aspectos temperamentais que são considerados os precursores das formas clínicas mais graves. No caso do TB, manifestações do espectro podem estar presente tanto na presença de um quadro que preencha os critérios de diagnóstico do TB como também na ausência ou entre eles.

O termo *espectro bipolar* refere-se àquelas condições psiquiátricas que abarcam várias nuances de sintomas, traços de personalidade e padrões de comportamento associados ao TB, mas que não preenchem obrigatoriamente os critérios necessários para o diagnóstico (CASSANO *et al.*, 2002). O conceito de *espectro bipolar* foi proposto por Akiskal (1983), devido a pouca definição dos limites entre a personalidade ciclotímica, a ciclotimia e outros TB. Akiskal *et al.* (1977), em estudo prospectivo, evidenciaram que a ciclotimia podia evoluir para episódios depressivos ou hipomaníacos (espontâneos ou associados ao uso de antidepressivos).

3.1.3.2. Novas subcategorias do Transtorno Bipolar

Na década de 1970, o conceito do espectro bipolar passa a ser discutido. A partir de uma série de estudos clínicos e epidemiológicos pode-se constatar a existência de várias outras formas de caracterização de sintomas maníacos e depressivos. Fundamentadas principalmente pelas publicações de Hagop Akiskal, são propostas subdivisões específicas do Transtorno de Humor Bipolar (THB) em um maior número de subgrupos, descritas a seguir apresentando sete tipos diferentes do transtorno (AKISKAL, 1999; GOODWIN, 1990):

- **THB tipo I** – Mania plena: caracterizada pela presença de uma síndrome maníaca clássica com sintomas psicóticos (mania significa psicose em Grego). Em alguns casos, o início do quadro pode apresentar uma mistura de depressão e mania, denominada de mania disfórica por alguns autores.
- **THB I – 1/2** – depressão com mania prolongada, caracterizada pela presença de hipomania. Ressalta que o limite que divide o quadro de mania e hipomania é impreciso e ainda confuso. Entretanto, a hipomania não tem o caráter disruptivo presente na mania.
- **THB II** – depressão com hipomania, caracterizada por episódios moderados ou graves de depressão alternados com períodos de hipomania de, no mínimo, quatro dias de duração.
- **THB II 1/2** – depressões ciclotímicas, caracterizadas pela presença de períodos de hipomania menores do que quatro dias em um paciente com episódios depressivos recorrentes. Ressalta a importância desse subtipo, tendo em vista que a maioria dos episódios hipomaníacos tem de um a três dias de duração, não sendo assim considerados como tal pelos sistemas classificatórios.
- **THB III** – hipomania associada a antidepressivos, caracterizada por pacientes que apresentam episódios de hipomania ou mania quando em uso de antidepressivos. Normalmente ocorre em pacientes com temperamento ciclotímico prévio.
- **THB III 1/2** – bipolaridade mascarada ou desmascarada por abuso de estimulantes. Essa categoria é para pacientes que apresentam episódios de hipomania ou mania diretamente associada ao uso de estimulantes.
- **THB IV** – depressão hipertímica, caracterizada por pacientes que apresentam temperamento hipertímico de longa duração, com episódios depressivos tardios sobrepostos.

Segundo Alcantara *et al.* (2003), essas categorias supracitadas, ainda não são suficientes para explicar todas as características presentes no espectro bipolar. Os autores também destacam a relevância do conceito de depressão *pseudo-unipolar*, dando ênfase à noção de que muitos pacientes diagnosticados como deprimidos, na realidade possam apresentar alguma manifestação integrante do espectro bipolar. Nesse sentido, o reconhecimento de todo o espectro clínico do TB é de fundamental importância para a saúde pública, tendo em vista que o subdiagnóstico ou a demora para fazer o diagnóstico pode causar prognóstico mais grave na evolução da doença.

Com base na observação de que subtipos mais leves do TB raramente progridem para o TB tipo I, Akiskal posteriormente propôs uma outra divisão entre os fenótipos *hard* e *soft* do TB (AKISKAL, 2003). O fenótipo *hard* incluiu o tipo I (com sintomas psicóticos ou não) e os *transtornos bipolares soft* incluem o tipo II e todos os outros aspectos sem a mania clássica que fazem parte do espectro bipolar, ou seja, a hipomania quando induzida pela farmacoterapia e outros estados hipertímicos (i.e., manifestam dinamismo e a busca por estímulos e sensações prazerosas, são impulsivos, otimistas e extravagantes, tem reações afetivas rápidas e intensas e podem ficar entediados com facilidade) e ciclotímicos (cuja característica principal é a *alternância* entre períodos autoconfiança alta e baixa, estados apáticos e energéticos, pensamentos confusos e rápidos/aguçados, momentos introvertidos/calados e expansivos/falantes, sonolência e pouca necessidade de sono).

Outras comorbidades que não fazem parte das manifestações afetivas (como ansiedade, quadros impulsivos e distúrbios alimentares) poderiam fazer parte de variantes de uma disposição à bipolaridade *soft*, porque geralmente antecedem as manifestações típicas em descendentes e familiares portadores do TB (PERUGI; AKISKAL 2002).

3.2. EPIDEMIOLOGIA DO TRANSTORNO BIPOLAR

3.2.1. Prevalência do Transtorno Bipolar

Da segunda metade da década de 1980 até meados de 2005, inúmeros estudos epidemiológicos foram realizados, proporcionando uma compreensão mais abrangente da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, possibilitando que se conheçam as consequências diretas e indiretas das doenças, e o prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Essas informações contribuem para nortear decisões políticas em saúde mental, bem como, para a avaliação do acesso à assistência médica e utilização de serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2005).

A epidemiologia moderna tem demonstrado que o TB é um desafio no que se refere ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção da incapacidade (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2009) e atinge 1,5% da população (SANTIN; CERESÉR; ROSA, 2005). Estudos epidemiológicos de base populacional, realizados nas últimas décadas, têm contribuído com informações relevantes sobre frequência, fatores de risco, incapacidade social e utilização de Serviços de Saúde, apontado para uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente

1% para o TB tipo I na população em geral. Dentre os estudos populacionais mais reconhecidos destacam-se os realizados pela Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA–NIMH), pela Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS) nos EUA, pelo estudo longitudinal de Zurique, pela Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS), pelo Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica (EMB), (LIMA *et al.*, 2005).

De acordo com essas pesquisas, a prevalência de TB é relativamente baixa, independentemente do local onde a pesquisa ocorreu, do tipo de instrumento diagnóstico utilizado e das delimitações de tempo utilizadas para investigar a prevalência na população. No entanto, com a inserção do conceito de espectro bipolar, as fronteiras do diagnóstico do TB foram ampliadas, e as estimativas de prevalências elevaram-se para cerca de 3 a 5% da população. Mas, essas estimativas ainda precisam ser validadas através de estudos populacionais (LIMA *et al.*, 2005).

Estudos epidemiológicos, como o “*National Comorbidity Survey*”, nos Estados Unidos da América (EUA), apontam que o TB apresenta uma prevalência de 1,6% para o TB tipo I, e de 0,5% para o TB tipo II. No entanto, nas últimas décadas uma mudança do paradigma na compreensão dos transtornos bipolares tem possibilitado uma série de consequências na intervenção e tratamento do TB, incluindo um aumento de prevalência de 1% para aproximadamente 5% da população geral. As prevalências de TB I do DSM-5 em 12 meses e ao longo da vida foram de 1,5% e 2,1%, e não apresentaram diferenças entre homens (1,6% e 2,2%) e mulheres (1,5% e 2,0%). A qualidade de vida foi menor entre indivíduos com TB I em relação àqueles sem o transtorno (BLANCO *et al.*, 2017).

Nos estudos transversais a principal limitação é associada ao viés de memória de pacientes e familiares. Os Estudos realizados pela área de Captação Epidemiológica do Instituto de Saúde Mental (ECA-NIMH), nos EUA a partir de 1980, identificaram a prevalência para o TB tipo I de 0,8%, e para o tipo II, 0,5%. A idade de início para o TB tipo I foi de 18 anos, e para o TB tipo II foi de 22 anos (WEISSMAN *et al.*, 1996).

De acordo com Blanco *et al.* (2017), várias pesquisas em todo o mundo estabeleceram a prevalência do TB tipo I (ANGST *et al.*, 1984; FARAVELLI *et al.*, 1990; CHEN *et al.*, 1993; WEISSMAN *et al.*, 1996; HAVE *et al.*, 2002; GRANT *et al.*, 2005), porém, a maioria delas foi limitada pelo tamanho da amostra, levando a hipóteses instáveis de prevalência e correlatos (principalmente em nível nacional). Nos Estados Unidos, as mais

recentes estimativas nacionais da prevalência e correlatos do TB I, se respaldam em dados coletados há mais de 15 anos (GRANT *et al.*, 2005; MERIKANGAS *et al.*, 2011).

Durante esse período, aconteceram transformações sociais, históricas e econômicas significativas nos EUA, inclusive, terrorismo e guerras. Todas essas mudanças, inclusive, o aumento da prevalência do consumo excessivo de álcool, transtornos por uso de substâncias e aumento do suicídio, estão relacionados ao TB tipo I. Nesse sentido, todos esses fatores podem influenciar a epidemiologia do TB tipo I (BLANCO, 2017).

De acordo com Lima *et al.* (2005), apesar do crescente consenso internacional a respeito da alta prevalência o espectro bipolar em amostras clínicas e da comunidade, ainda são escassos dados epidemiológicos consistentes no que se refere aos variados níveis de sintomas maníacos e depressivos. A prevalência dos transtornos de humor não altera substancialmente com a raça. Em grande parte dos estudos epidemiológicos dos transtornos mentais as diferenças raciais podem ser explicadas por fatores socioeconômicos, profissionais e educacionais (HILTY; BRADY; HALES, 1999).

No estudo ECA-NIMH, a maior taxa de utilização de serviços de saúde mental encontrada no grupo de transtornos afetivos foi o TB, dos quais 60,9% receberam algum tipo de serviço. Quando comparados a grupos controles para o TB, as estimativas são bem mais altas, em torno de 5% a 8%. É provável que muitos casos de TB não sejam diagnosticados. Em vista disso, o conceito de espectro é fundamental, pois, à medida que o seu reconhecimento se torna mais apurado, as intervenções terapêuticas, bem como as profiláticas, podem ser mais bem aplicadas (LIMA *et al.*, 2005).

Estudos planejados pela OMS, a fim de obter estimativas de prevalência e impacto dos transtornos mentais em vários países do mundo, identificaram taxas de prevalência durante a vida, para o TB tipo I de 0,6%, para o TB tipo II de 0,4%, para TB subliminar (i.e., pessoas que têm algum histórico hipomaníaco sem histórico depressivo) de 1,4% e para todo o espectro bipolar de 2,4% (MERIKANGAS, 2011). No Brasil, a prevalência geral de TB foi de 2,1%, sendo 0,9% do TB tipo I e 0,2% do TB tipo II (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Embora a prevalência do TB tipo I (principalmente) e do TB tipo II sejam significativamente conhecidas, mais estudos se fazem necessários para se avaliar a relevância clínica dos quadros menos severos. Por fim, a realização de mais estudos longitudinais é fundamental para que se possa conhecer de forma mais efetiva as características do TB, como a idade de início, a resposta a tratamentos e o prognóstico (LIMA *et al.*, 2005).

3.2.2. Transtorno Bipolar e Comorbidades

O termo “comorbidade”, originalmente, versa sobre o fenômeno de duas patologias que surgem de processos independentes e, mesmo assim, podem exercer influência recíproca (MAREMANNI *et al.*, 2005). Para Feinstein (1970), a comorbidade é caracterizada pela presença de mais de um distúrbio em um mesmo indivíduo num dado período.

Atualmente, as comorbidades associadas ao TB tornaram-se um tema de intensa preocupação para psiquiatras e pesquisadores, tendo em vista que as comorbidades interferem de forma negativa no tratamento e afetam o prognóstico da doença. As comorbidades presentes no TB podem agravar o curso da doença, dificultar a reabilitação, prolongar a hospitalização, aumentar a recorrência e o risco de suicídio, e diminuir a qualidade de vida desses indivíduos (WANG *et al.*, 2022).

As comorbidades psiquiátricas no TB estão potencialmente relacionadas a dimensões psicopatológicas de vulnerabilidade, incluindo a impulsividade/hostilidade e desregulação emocional (KAHN *et al.*, 2019). A desregulação emocional tem sido associada à instabilidade do humor, comportamentos impulsivos e aumento do risco de suicídio nos bipolares (HENRY *et al.*, 2012).

Segundo Palagini *et al.* (2019), a desregulação emocional e mudanças de humor estão relacionadas a um risco de suicídio aumentado em até 20 vezes no TB, quando comparados à população geral.

A comorbidade do TB associado a outros transtornos psiquiátricos e outras doenças clínicas é frequente e normalmente resulta numa pior resposta ao tratamento (HENRY *et al.*, 2003; BOYLAN *et al.*, 2004; BAUER *et al.*, 2005).

As principais comorbidades e transtornos psiquiátricos identificados como agravadores da evolução e do prognóstico do TB são dependência química e abuso de substância, transtornos de ansiedade e de personalidade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, os transtornos de controle de impulsos e os transtornos alimentares (KESSLER *et al.*, 2006; SOARES *et al.*, 2010).

De acordo com Leboyer e colaboradores (2022), as comorbidades psiquiátricas são bastante prevalentes no TB. Um estudo de coorte longitudinal do *FondaMental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder (FACE-BD)* acompanhou 4.422 indivíduos anualmente por 3 anos na França e constatou que indivíduos com TB apresentaram várias condições psiquiátricas coexistentes. Aproximadamente, 44,0% relataram transtorno de

ansiedade, 32,8% abuso indevido de substâncias, 25,0% abuso de álcool e 20,0% uso de cannabis (LEBOYER *et al.*, 2022).

Segundo Kessler *et al.* (2006), vários estudos epidemiológicos, entre eles o Estudo Nacional de Comorbidade (*National Comorbidity Survey – NCS*) nos EUA, apontam que os índices de comorbidade entre pacientes com TB variam de 30,0% a quase 100%, de acordo com a metodologia e amostra selecionada (KESSLER *et al.*, 2006; VIETA *et al.*, 2001).

Um estudo realizado pela *Stanley Foundation Bipolar Network* avaliou 288 pacientes ambulatoriais com TB tipo I e tipo II, a fim de investigar as relações entre as características clínicas do transtorno e as comorbidades associadas. O estudo constatou que 65,0% dos pacientes com TB apresentavam no mínimo uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, destes, 42,0% portavam dois ou mais diagnósticos, e 24,0% apresentavam três ou mais comorbidades. Não foi observado diferenças na comorbidade entre pacientes com TB tipo I e TB tipo II. O estudo constatou que pacientes com TB frequentemente apresentam comorbidade com os transtornos de ansiedade (MCELROY *et al.*, 2001).

Dentre os transtornos de ansiedade associados ao TB, encontram-se os transtornos de pânico (TP), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de ansiedade social (TAS), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Os transtornos de personalidade mais comumente identificados em comorbidade com o TB, são os transtornos *borderline* e histriônico. Nesses casos, a avaliação dos sintomas de TB é mais difícil, e seus sintomas podem ser subestimados (SOARES; MORENO; MORENO, 2002).

As comorbidades associadas ao TB têm sérias implicações diagnósticas, terapêuticas e prognósticas além de forte impacto no curso da doença por representar um desafio na elaboração de estratégias terapêuticas eficazes.

3.3. TRANSTORNO BIPOLAR E OS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) são estados de sofrimento psíquico de ansiedade, depressão e sintomas somatoformes que poderão se manifestar em conjunto ou não (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). A saber, depressão, ansiedade e estresse são apontados como indicadores importantes para a saúde mental e, quando não tratados, podem ter impacto negativo na vida dos indivíduos (FAISAL *et al.*, 2022).

Os TMC envolvem os sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de memória, fadiga, queixas somáticas e sentimentos de inutilidade (JANSEN *et al.*, 2011).

O TB é reconhecido como um transtorno de elevado risco para o desenvolvimento de sequelas psicopatológicas negativas em casos de eventos potencialmente traumáticos. Estudos apontam que indivíduos com transtornos psiquiátricos podem ser mais vulneráveis a desenvolver sintomas depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático. E, dentre estes, indivíduos com TB podem estar entre os mais vulneráveis (HAO *et al.*, 2020; KUZMAN; CURKOVIC; WASSERMAN, 2020; RHEENEN *et al.*, 2020).

O transtorno depressivo maior (TDM) é caracterizado por episódios depressivos, já o TB é caracterizado por episódios maníacos (TB tipo I) ou hipomaníacos (TB tipo II), que geralmente ocorrem alternados com episódios depressivos (APA, 2013).

No diagnóstico de depressão consideram-se os sintomas psíquicos; fisiológicos e evidências comportamentais. Os sintomas psíquicos são caracterizados por sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. O indivíduo deprimido pode relatar fadiga ou sensação de perda de energia, redução da capacidade de experimentar prazer, falta de concentração, perda de peso e pensamentos de suicídio. Nos sintomas fisiológicos, predominam as alterações do sono, do apetite e redução do interesse sexual. E, as evidências comportamentais são retratadas pelas crises de choro, retraimento social, comportamentos suicidas e alterações dos ritmos circadianos (DEL PORTO, 1999; SIRIGNANO *et al.*, 2022).

Os sintomas de um episódio depressivo são caracterizados por um sentimento persistente de tristeza e/ou perda de interesse na quase totalidade das atividades, sentimentos de inutilidade ou culpa, falta de concentração, perda de peso, cansaço e perda de energia, alterações psicomotoras e distúrbios do sono. O episódio depressivo no TB está relacionado a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A depressão bipolar relaciona-se a maior número de dias perdidos no trabalho em comparação a depressão unipolar (KESSLER *et al.*, 2006).

As descrições dos estados depressivos e maníacos, feitas por Kraepelin, na oitava edição do seu tratado, representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, descrito no século XIX, denominado psicose afetiva. Os critérios atuais para o TB diferem da descrição clássica por não exigir a psicose. Contudo, a maioria dos indivíduos em que os sintomas atendem aos critérios de diagnóstico para um episódio maníaco também apresentam episódios depressivos maiores ao longo da vida (APA, 2014).

Ademais, o TB está associado a um aumento de comorbidades físicas e psiquiátricas. A complexidade no tratamento se deve, em grande parte, à maior comorbidade quando comparado à população geral (SCHOEPF; HEUN, 2014). De acordo com as estatísticas, 24,0% a 56,0% dos pacientes com TB atendem aos critérios de um ou mais transtornos de ansiedade (RAKOFISKY; DUNLOP, 2011).

Desde Kraepelin (1921), a ansiedade foi descrita como um sintoma que pode estar presente em quadros de mania ou depressão. Em seus relatos ele denominou “*Mania depressiva ou ansiosa*” os quadros que os sintomas ansiosos eram mais destacados, caracterizando de “*humor ansiosamente desesperado*” (FREEMAN; FREEMAN, 2015).

Os Transtornos de Ansiedade, segundo o DSM-5 (APA, 2013), englobam transtornos que compartilham aspectos de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais. A ansiedade é o estado de sentimento desagradável que emerge quando o medo é estimulado. Por sua vez, o medo é a avaliação do perigo, é um alarme primitivo em resposta a ameaça de perigo e caracteriza-se por forte excitação e tendência a ação (CLARK; BECK, 2012).

A ansiedade é um estado mais duradouro de ameaça, que inclui além do medo, outros fatores cognitivos, tais como incerteza, vulnerabilidade (desamparo), incontrollabilidade e incapacidade de obter os resultados esperados (BARLOW, 2002).

De acordo com a definição do DSM-5, o “*medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida*”, enquanto a ansiedade é a “*antecipação de uma ameaça futura*” (APA, 2014, p. 189).

O estresse, por sua vez, é uma reação natural do organismo que ocorre quando vivenciamos situações de perigo ou ameaça. Esse mecanismo provoca um estado de alerta ou alarme, provocando alterações físicas emocionais (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Em vista disso, o estresse tem sido considerado fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Lovibond e Lovibond (1995) elaboraram uma escala autoaplicável para medir os sinais de ansiedade, depressão e estresse, o *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)*, definindo como principais sintomas da Depressão: desesperança, desvalorização da vida, disforia, inércia, falta de interesse/envolvimento/anedonia; da Ansiedade: excitação fisiológica, experiência subjetiva de afeto ansiosos e ansiedade situacional; e do Estresse: excitação nervosa, inquietação, impaciência, irritação.

Ademais, eventos calamitosos provocados por desastres naturais, violência, tsunamis, terrorismo, epidemias, dentre outros, geram um clima social de medo e ansiedade, repercutindo de forma negativa na saúde mental das populações afetadas, com aumento

significativo de sintomas de ansiedade e do estresse pós-traumático, nas semanas seguintes após a ocorrência do desastre (NORRIS, 2005).

Nessa perspectiva, uma revisão sistemática e meta-análise de 52 estudos avaliou a prevalência ao longo da vida de transtornos de ansiedade comórbidos no TB. A taxa de comorbidade ao longo da vida para os transtornos de ansiedade no TB foi de 42,7%. Os autores da pesquisa, apontam para uma elevada taxa de transtornos ansiosos coexistentes no TB ao longo da vida (NABAVI *et al.*, 2015).

Além disso, o estresse pode causar ansiedade, porém, a ansiedade primária pode ser vista como uma espécie de estressor. Os próprios eventos negativos são classificados como estressores (RAY *et al.*, 2017).

Investigações apontam o estresse como um fator de risco e agravado para o TB (AAS *et al.*, 2016; SUGAYA *et al.*, 2012). Há fortes evidências de que o estresse e a ansiedade exercem papéis importantes em transtornos de desregulação emocional, como o TB e ambos estão relacionados à desregulação imunológica e a inflamação. Além disso, o TB tem sido associado a níveis elevados de marcadores de inflamação periférica, fato reforçado pela elevada ocorrência de distúrbios inflamatórios e autoimunes no TB (WANG *et al.*, 2016).

Destarte, a presença de inflamação é um fator relevante no TB, visto que, os distúrbios de desregulação emocional podem predispor o indivíduo ao estresse, e este pode ter uma diminuição no seu limiar de suportabilidade para vivenciar o estresse, causando reatividade anormal ao estresse e desregulação inflamatória (SACCARO *et al.*, 2021).

Desse modo, conforme supramencionado, estresse e ansiedade impactam significativamente o TB; e estressores ambientais, como, adversidades laborais e sociais, abuso ou negligência na infância e, sobretudo um evento pandêmico, podem afetar negativamente tanto o curso da doença quanto o seu início (SUGAYA *et al.*, 2012; AAS *et al.*, 2016).

Investigações sobre a trajetória dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse no TB em cenário de pandemia podem fornecer dados sobre a situação dos indivíduos com TB, bem como novos estudos sobre as associações entre depressão, ansiedade e estresse e a QV. Tais pesquisas podem fornecer dados para o desenvolvimento de estratégias protetivas que aumentem a resiliência e minimizem o impacto na saúde mental desses indivíduos.

3.4. TRANSTORNO BIPOLAR E QUALIDADE DE VIDA

A QV é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que

vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1998).

A QV simboliza holisticamente a satisfação, o funcionamento e o acesso de um indivíduo a recursos em diversos domínios da vida, abarcando aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais (MORTON; MICHALAK; MURRAY, 2017).

Nesse sentido, a boa QV transcende a boa saúde. Fundamentalmente, pode retratar a soma do bem-estar físico, emocional, social, ocupacional e espiritual de uma pessoa (THE WHOQOL GROUP, 1995).

No entanto, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é um construto mais específico, criado para descrever os aspectos diretamente pertinentes à percepção do indivíduo sobre a sua própria saúde (SAARNI *et al.*, 2007).

O conceito mais amplo e genérico de QV difere do conceito mais estrito de QVRS, que se refere à percepção do indivíduo sobre a sua condição de vida mediante a enfermidade, as consequências e os tratamentos relacionados a ela, ou seja, de que forma a doença afeta sua condição de vida útil (PATRICK; ERICSON, 1993).

Os transtornos psiquiátricos têm impacto negativo na QV, mesmo que suas amplitudes de impacto sejam distintas (RAPAPORT *et al.*, 2005; SCHECHTER; ENDICOTT; NEE, 2007; RUBIO *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo em estudos que correlacionam o TB e a QV, nos quais os resultados indicam uma QV menor nesses pacientes quando comparados a população de forma geral. De acordo com Murray; Michalak (2012), o construto da QV cada vez mais tem sido foco de atenção nas pesquisas sobre o TB.

A inserção da QV na prática e na pesquisa do TB está alinhada com um movimento de renovação que ressalta a importância de levar uma vida significativa apesar da gravidade da doença (ANTHONY, 1993).

Nos últimos anos, houve uma mudança nos objetivos priorizados nas intervenções psiquiátricas. O foco que anteriormente detinha-se na recuperação clínica, redução de sintomas e prevenção de recaída, deu espaço para o conceito de *recuperação pessoal* (MURRAY *et al.*, 2017). Nesse sentido, os médicos cada vez mais são incentivados a estimular o autogerenciamento, a independência e a resiliência do paciente (WAND, 2015).

Desse modo, a QV é um aspecto fundamental em doenças psiquiátricas como o TB. Todavia, ainda há pouco conhecimento sobre as variáveis que interferem e, portanto, podem

influenciar ou contribuir para o prognóstico e os resultados de tratamento nesses grupos (COTRENA *et al.*, 2020).

Além disso, a existência de uma diversidade de instrumentos de medição da QV reflete uma ausência de definição consensual (MICHALAK; YATHAM; LAM, 2005). De acordo com Parfit (1984), apesar de não haver um consenso, as inúmeras definições existentes, fundamentam-se em três amplas abordagens filosóficas de QV: a) Hedonismo - A experiência de estados mentais positivos (cognitivos, como satisfação, ou afetivos, como felicidade) gera uma boa QV; b) Desejo-satisfação - A boa QV é obtida quando uma pessoa tem muitos desejos satisfeitos e poucos desejos insatisfeitos; c) Teorias da lista objetiva – há uma gama de necessidades humanas universais, em que a satisfação favorece uma boa QV.

Assim sendo, defende-se que medidas teoricamente globais de QV podem não retratar de forma adequada as prioridades e experiências de grupos específicos de pacientes, e, para esses casos, são necessários instrumentos apropriados que abarquem as especificidades do TB (BOWLING, 1995).

Diante disso, a partir do início da década de 1990, dois aspectos importantes relativo ao conceito de QV são consolidados pelos estudiosos da área, a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade considera a percepção do indivíduo sobre a sua condição de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. Quanto ao aspecto da multidimensionalidade, diz respeito a forma que o indivíduo avalia a sua condição pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A busca de um instrumento que avaliasse a QV sob uma perspectiva internacional levou a OMS a elaborar um projeto colaborativo multicêntrico, o WHOQOL, com objetivo de medir a QV de forma confiável, válida e com comparabilidade transcultural (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O conceito sobre o construto de QV, elaborado pelo Grupo WHOQOL, abarca três aspectos fundamentais: a) Subjetividade - a perspectiva do indivíduo é o aspecto em questão; b) Multidimensionalidade - a QV é formada por várias dimensões. Não é recomendável que um instrumento que mensure a QV tenha um único escore, mas sim que a sua medida seja realizada por meio de escores em vários domínios (por exemplo; físico, psicológico etc.); c) Presença de dimensões positivas e negativas - Nesse sentido, para uma boa QV, é importante que alguns elementos estejam presentes (e.g., mobilidade) e outros ausentes (e.g., dor) (FLECK *et al.*, 2008).

O WHOQOL-BREF foi desenvolvido pela OMS como instrumento validado e transculturalmente apropriado para avaliar a QV dentro de perspectiva a nível internacional. Ele foi testado em múltiplas populações com transtornos mentais (TROMPENAARS *et al.*, 2005); TB (CHAND; MATTOO; SHARAN, 2004) e depressão (BERLIM *et al.*, 2005).

Os escores do WHOQOL-BREF têm sido relacionados a uma diversidade de variáveis associadas ao curso do TB, dentre elas, a psicopatologia e déficits neurocognitivos; episódios depressivos e altas taxas de suicídio nessa população (BERLIM *et al.*, 2004; BRISSOS *et al.*, 2008; DIAS *et al.*, 2008; AMINI; SHARIFI, 2012). Em contrapartida, foi observado que a pontuação dos sintomas maníacos está inversamente associada aos escores de QV no domínio social do WHOQOL-BREF (GAZALLE *et al.*, 2006).

Indivíduos com TB vivem quase que a metade de sua vida sintomáticos, com sintomas sindrômicos (mesmos sinais e sintomas, mas que podem ter causas diferentes) ou subsindrômicos (sintomas que não preenchem critérios de diagnóstico de um episódio depressivo), prejudicando a sua QV. Os sintomas depressivos são incapacitantes e duradouros, tornando os indivíduos incapazes de atuar adequadamente na escola e no trabalho durante quase 30,0% de suas vidas (GAZALLE *et al.*, 2006).

O declínio da QV pode ser identificado em pacientes assintomáticos com TB, quando comparados a controles saudáveis. Os domínios prejudicados incluem regulação do humor, cognição, habilidades sociais, independência, padrões de sono, condição física, educação, trabalho, gestão adequada das finanças, dentre outros aspectos (MICHALAK; MURRAY; CREST, 2010).

A QV ruim no TB está correlacionada a vários desfechos negativos, incluindo estigma internalizado, baixa resiliência e sintomas depressivos (POST *et al.*, 2018). Preditores de QV em TB se assemelham aos observados no TDM. Em ambos a QV foi predita por sintomas depressivos e comprometimento cognitivo (SARAGOUSSI *et al.*, 2018).

Os pacientes com TB estão expostos a uma gama de variáveis que não são identificadas no TDM, dentre eles, os sintomas hipomaníacos e maníacos e déficits cognitivos mais graves (COTRENA *et al.*, 2016). Outras variáveis clínicas, como número de episódios depressivos, gravidade dos sintomas depressivos e comorbidades psiquiátricas também foram relacionadas à QV (LEE *et al.*, 2017; LOZANO; ROJAS; CALDERÓN, 2017; GAO; SWEET; CALABRESE, 2019).

Nesse sentido, necessidades não atendidas em indivíduos com TB estão diretamente relacionadas aos resultados da QV, dentre elas, a habilidade de integração nas suas comunidades e atingir objetivos ocupacionais ou interpessoais (POST *et al.*, 2018).

Desse modo, pesquisas revelam que pacientes com TB apresentaram uma menor QVRS do que aqueles com outras condições médicas (ARNOLD *et al.*, 2000). O comprometimento da QVRS no TB foi similar ao observado na esquizofrenia, condição conhecida por ter repercussão severa e duradoura na QV (SAARNI *et al.*, 2010; AMINI; SHARIFI, 2012).

Entretanto, pacientes adultos com TB tipo I em recuperação de seu primeiro episódio maníaco, com melhora nos sintomas de humor, apresentou significativa associação a melhores pontuações em todos os domínios da QVRS (MICHALAK *et al.*, 2013).

Um artigo de revisão realizado por Ishaki *et al.* (2012), constatou que a QVRS é pior em indivíduos com TB (mesmo entre aqueles em fase de remissão) quando comparados a um grupo controle saudável. Verificou-se também que esses indivíduos apresentaram maior comprometimento mental, baixos escores de QV geral relacionados a sintomas depressivos, efeitos negativos nos domínios de relações sociais e finanças, educação, e maior necessidade de suporte social.

Várias pesquisas que avaliaram o comprometimento da QV em pessoas com TB, concluíram que esses indivíduos podem vivenciar diminuição do bem-estar, mesmo na fase estável da doença (ARNOLD *et al.*, 2000; VOJTA *et al.*, 2001; YATHAM *et al.*, 2004).

Segundo Sylvia *et al.* (2014), os fatores que impactam negativamente a QV em pacientes com TB são a sobrecarga da doença, estressores psicossociais, menor renda, maior severidade depressiva e as comorbidades psiquiátricas.

No Brasil, Khafif *et al.* (2021), examinou a QV ao longo de um período de oito anos em 36 pacientes com TB do Programa de Pesquisa de Transtorno Bipolar (PROMAN). Os participantes preencheram o questionário WHOQOL-BREF em 2009 (linha de base), 2015 (6 anos) e 2017 (8 anos), considerando que altos escores estão relacionados a melhor QV. Os resultados da pesquisa sugerem que a QV é afetada negativamente pelos episódios depressivos. O estudo também observou que escores mais altos podem estar associados a uma maior ocorrência de episódios maníacos, em contrapartida, escores mais baixos de QV podem ser preditivos de maior ocorrência de episódios depressivos.

Na Austrália, Karantonis *et al.* (2021), em estudo sobre os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental e bem-estar de indivíduos com TB em comparação a grupo controle saudáveis, identificou que a QV subjetiva foi menor em pacientes que mencionaram maior incidência de depressão, estresse, pensamentos suicidas e comprometimento cognitivo subjetivo associados à pandemia.

Para Abraham *et al.* (2015), pesquisas futuras devem investigar se os tratamentos direcionados ao controle de aspectos clínicos, como sintomas de humor, comorbidades médicas e uso de substâncias podem contribuir para um melhor prognóstico na QV de pessoas com TB e outras doenças mentais graves.

3.5. REDE DE ATENÇÃO E SAÚDE MENTAL NO TRANSTORNO BIPOLAR

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é dirigida às pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico e com necessidades derivadas do uso de álcool, crack e outras drogas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que aborda a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

No Capítulo I do Decreto nº 7.508/2011, são constituídas as Regiões de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde. As regiões de Saúde referem-se ao espaço geográfico contínuo elaborado por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades econômicas, culturais e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com o objetivo de agregar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde é definida pelo conjunto de ações e serviços de saúde estruturados em graus de complexidade crescente, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). A RAPS é dividida em componentes e pontos de atenção, conforme apresentado no (QUADRO 1).

De acordo com o MS, os princípios de atuação da Atenção Básica são: a noção de território, a intersetorialidade, a organização da atenção à saúde mental em rede, a reabilitação psicossocial, a promoção da cidadania dos usuários, a multiprofissionalidade/interdisciplinar, a desinstitucionalização e a construção de autonomia de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

O atendimento à saúde mental é realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios, hospitais gerais e centros de convivência. As internações quando necessárias são realizadas preferencialmente em hospitais gerais (BRASIL, 2004).

Quadro 1 – Componentes e Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial, 2022

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidades Básicas de Saúde Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório). Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Centro de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) CAPS II CAPS III Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS AD) CAPS AD III Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)
Atenção de Urgência e Emergência	Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sala de Estabilização. Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto-Socorro.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto. Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil. Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral. Serviço Hospitalar de Referência.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico. Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de Trabalho e Renda.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2017).

Os CAPS surgiram em 1986 e são responsáveis pelos serviços de saúde mental que se propõe a prestar atendimento diário a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS foram criados para fazer a intermediação entre o atendimento ambulatorial e a internação após a alta de pacientes de hospitais psiquiátricos. Atendem a população adstrita à sua localização, integrado a uma rede de cuidados (BRASIL, 2004).

O CAPS é um serviço de saúde comunitário que oferece atendimento diário a indivíduos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com a gravidade do quadro clínico (BRASIL, 2004).

A responsabilidade dos CAPS é prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e socioterápicas, visitas domiciliares e atendimento à família, enfocando a integração do indivíduo ao seu meio social (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades: CAPS I (municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes), CAPS II (municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes), CAPS III (municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população acima de 70.000 habitantes e CAPS AD (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 habitantes) (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, o número de CAPS vem aumentando em diversas cidades brasileiras, visando acolher os indivíduos com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, e oferecer atendimento sob perspectiva integral. A principal característica do CAPS é a proposta de integração dos indivíduos em um ambiente social e cultural concreto, constituído como o seu “território”, ou seja, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Apesar da expansão da rede de saúde mental em todo país e da maior distribuição de serviços, ainda não é possível atender toda a demanda, que em grande parte não consegue acompanhamento especializado e tem dificuldade de acesso aos CAPS e aos demais serviços oferecidos no sistema de saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com as diretrizes nacionais e internacionais para organização da atenção

à saúde mental (WHO, 2010), o SUS disponibiliza atendimento para os indivíduos com TB por meio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Considerando a complexidade do acompanhamento terapêutico dos indivíduos com TB, entende-se ser de suma relevância a articulação dos vários pontos da RAPS para o acolhimento integral a esses usuários do SUS (BRASIL, 2016).

Portanto, o acolhimento e acompanhamento das pessoas com TB, deve ser distribuído entre as equipes da Atenção Básica, os serviços estratégicos em saúde mental (CAPS), os núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), e outros serviços executados pela RAPS (serviços hospitalares com leitos de saúde mental), sobretudo considerando a importância de promover adesão ao tratamento e acompanhamento clínico e psicossocial de forma contínua, por equipe de multiprofissionais. Nesse sentido, apesar de os CAPS serem considerados serviços de referência para os transtornos mentais graves, com equipes especializadas de médicos e outros profissionais de saúde, é fundamental que os serviços da rede de atenção se interrelacionem para que às pessoas com TB sejam atendidas nas suas necessidades de forma mais assertiva (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a equipe de atenção primária tem um papel fundamental na identificação dos possíveis casos de TB para integrá-los a rede de cuidado em saúde mental. A realização do diagnóstico clínico possibilita o encaminhamento do usuário ao CAPS onde se encontram os profissionais habilitados ao cuidado (MOLINER; LOPES, 2013).

O Ministério da Saúde publicou em 30 de março de 2016 a portaria de nº 315, em que aprova o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I*, com diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamentos dos indivíduos com o TB do tipo I. Para estes, foram incorporados uma linha de tratamento com a inserção dos medicamentos Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona, Lítio, Ácido Valproico, Carbamazepina, Haloperidol e Fluoxetina. Esse protocolo visa orientar os médicos do SUS a prescreverem os medicamentos de acordo com o quadro clínico do paciente. O tratamento medicamentoso visa controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios. As intervenções psicossociais ocorrem após o início do tratamento medicamentoso e envolve a reabilitação psicossocial. A psicoeducação é utilizada como recurso para a prática clínica e psicoterápica (BRASIL, 2016).

3.5.1. Territorialidade e a Saúde Mental

A pandemia do novo Coronavírus (COVID-19) representa um desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo. A COVID-19 é a maior crise sanitária deste século e, pode-se considerar, o evento epidemiológico mais grave do mundo globalizado (FARIA; BATISTA; RIZZATTI, 2020).

De acordo com a ONU (2020), a pandemia de COVID-19 tem ocasionado o colapso nos sistemas de saúde de diversos países. Mediante esse grave cenário, surge a necessidade de parâmetros que notifiquem a sociedade e as autoridades públicas sobre medidas de prevenção em graus variados de risco de contaminação (OMS, 2020).

A fluidez do território, característica da globalização contemporânea, possibilitou a disseminação do vírus de forma intensa no espaço. Com o aumento do fluxo aéreo mundial, o vírus que é um agente biológico e natural, torna-se também uma doença social e geográfica, por meio da densificação dos fluxos de pessoas e mercadorias pelo espaço do planeta (CASTILHO, 2020).

Para Santos e colaboradores (2007), o território é o lugar onde confluem todas as ações, forças, poderes, paixões e todas as fraquezas, ou seja, é onde o homem registra a sua história a partir das manifestações da sua existência, realizando-se plenamente. É por meio da geografia, que os dramas do mundo, da nação, do lugar e dos homens são explicitados.

O território não se configura um conjunto de sistemas naturais e de sistemas de coisas que estão superpostas; deve ser entendido como *território usado*, que é a integração do chão mais a identidade, e, portanto, reflete o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. Trata-se do lugar da residência, das trocas materiais e espirituais, é o fundamento do trabalho e do exercício da vida. Portanto, em si, não é considerado categoria de análise, mas, torna-se, à medida que passa a ser usado (SANTOS *et al.*, 2007).

Pensar o território, territorialidade ou territorialização significa questionar a respeito do que domina ou interfere em determinado espaço, e a forma como isso se dá. Nesse sentido, tal concepção resulta no entendimento de que o poder sempre atua em determinado espaço e por meio dele, seja este um Estado-nação, ou territórios menos visíveis (SOUZA, 2000).

A dimensão espacial e a territorialidade são aspectos inseparáveis da condição humana. Nessa perspectiva, o indivíduo, o grupo, a comunidade e a sociedade, estão intrinsecamente inseridas dentro de um determinado contexto geográfico, em um território (HAESBAERT, 2010).

Seguindo essa mesma visão, Haesbaert (2010) reconhece à existência de uma dupla dimensão do território, um espaço apropriado e dominado com um viés político e simbólico, no qual as relações sociais formam e consolidam uma identidade considerando o espaço como referência. Para Raffaestin (1993) o território é espaço em que o domínio é definido a partir das relações de poder estabelecidas em seu interior.

Dentre as várias diferenças dos conceitos de espaço e território, a que mais se destaca é a ideia de que o espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto o território nos remete aos limites e as restrições ao acesso daqueles que não “pertencem” a esse território (MONKEN, *et al.*, 2008).

No Brasil, o geógrafo Milton Santos foi o maior responsável pela divulgação do conceito de espaço geográfico, ou socialmente estruturado nos estudos sobre a temática da saúde, suas ideias tiveram forte influência entre os sanitaristas que reorientaram suas concepções sobre o espaço e a saúde no âmbito da saúde pública latino-americana (MONKEN, 2003).

Para Furtado *et al.* (2016), é importante não desconsiderar as questões de poder e disputas que se fazem presentes no território. A divisão territorial do SUS pode ter implicações relevantes para as pessoas com transtorno mental e para os egressos de prolongadas internações psiquiátricas.

Os Sistemas de Saúde, seguindo a mesma concepção de território de Raffestin (1993), enquanto instância de poder, se organizam sobre em uma base territorial, ou seja, a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que devem ser condizentes com os níveis de complexidade das ações implementadas pela saúde pública. Um dos princípios da Política de Saúde Mental é:

“O Território que é o lugar psicossocial do sujeito. O conceito adotado pela Política de Saúde Mental de Território ultrapassa o recorte regional ou geográfico. O território é onde a vida acontece, considerando as “instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluído a casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (BRASIL, 2005, p.13).

A base territorial constitui um dos princípios basilares da organização assistencial dos sistemas de saúde. O estabelecimento dessa base é um passo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a possibilidade de se mensurar o impacto do sistema sobre os níveis de saúde de uma população, além da criação de uma rede

de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população (TENÓRIO, 2002).

O SUS brasileiro é um sistema territorializado. No âmbito organizacional, o SUS é representado por um conjunto de ações e serviços que são descentralizados, hierarquizados e integrados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (FARIA; BATISTA; RIZZATTI, 2020).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a principal porta de entrada no sistema, é o primeiro local de acesso e de contato com o SUS. A sua ênfase se dá nas ações preventivas e de promoção e com a capacidade de atender grande parte dos problemas da população. É na ABS que os fluxos de trabalho são coordenados, e seus serviços são ofertados por meio de equipes de atenção voltadas para públicos-alvo territorialmente definidos (MENDES, 2011).

Portanto, são as equipes de ABS, que acionam ou são acionadas pelos serviços da vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e da saúde do trabalhador. Na realidade, toda a rede do SUS, pode acionar ou ser acionada pelas vigilâncias, mas, é na vigilância epidemiológica, especificamente, que as ações de controle ocorrem nos territórios (FARIA; BATISTA; RIZZATTI, 2020).

Para Milton Santos (1978), o espaço geográfico é formado por fixos e fluxos, ou seja, por deslocamentos e intercâmbios (informação, bens, capital, pessoas, comandos etc.) e objetos geográficos (cidades, pontes, infraestruturas, fazendas, bosques etc.) de forma que as dinâmicas sociais influenciam o espaço, e, ao mesmo tempo são influenciadas por ele, dialeticamente. Assim, o reconhecimento do espaço geográfico com seus processos e dinâmicas, permitem que se compreenda a distribuição territorial de uma doença infecciosa como a COVID-19 (MONKEN, 2003).

Assim sendo, diante da atual crise sanitária global, o território ganha destaque na política de enfrentamento da disseminação da COVID-19, considerando que ela está fundamentada em recomendações de isolamento social, proibições de aglomerações e fechamento de comércios e serviços não essenciais, além do fechamento de fronteiras (PEREIRA *et al.*, 2020).

O enfrentamento da crise por parte das autoridades de saúde, visando à melhor alocação de recursos e a orientação de protocolos de medidas por parte dos diversos atores (prefeituras, governo do estado, empresas, agentes de saúde etc.) demanda informações consistentes sobre o padrão espaço-temporal de evolução da pandemia; de modelos de estruturação territorial em cenários futuros; sobrecarga na infraestrutura de atendimento a saúde, além dos efeitos socioeconômicos na parcela mais vulnerável da população (PEREIRA *et al.*, 2020).

Considerando a expansão territorial da COVID-19 e o comportamento geográfico de doenças infecto-parasitárias, a concepção do espaço nos estudos de saúde e epidemiologia evidenciam um movimento que se inicia em um cenário mais biológico e natural, para um cenário sujeito a alterações, em que o papel das dinâmicas sociais interage com as dinâmicas naturais (SILVA, 1997).

Em vista disso, as autoridades de saúde, a fim de mitigar o avanço da contaminação do coronavírus e minimizar seus efeitos na população, elaboraram protocolos clínicos e o fortalecimento das infraestruturas de atendimentos em saúde, e determinaram o distanciamento social e o fechamento das fronteiras visando reduzir a circulação do vírus e a proliferação de focos de contágio no território (PÊGO *et al.*, 2020).

No Brasil, o sistema de vigilância epidemiológica está vinculado ao SUS e este inclui os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). O objetivo de toda a rede do SUS é a vigilância à saúde. Portanto, todos os indicadores de morbidade e mortalidade são processados e controlados através de sistemas de informação integrados na própria rede de saúde do SUS. No caso da COVID-19, operam dois sistemas de saúde, o e-SUS, que recebe as ocorrências que não necessitam hospitalizações e o e-SUS-VE, que é o sistema de vigilância epidemiológica vinculado ao SUS e setor encarregado do controle da COVID-19 no município, sendo da sua responsabilidade alimentar esses dois sistemas (FARIA; BATISTA; RIZZATTI, 2020).

Nessa perspectiva, uma rede bem desenhada e coordenada territorialmente, repercutirá de forma positiva no controle da pandemia. As ações mais efetivas utilizadas para controlar a COVID-19 em vários países do mundo são essencialmente ações de base territorial, a exemplo, as medidas de controle de fronteiras, portos e aeroportos, as medidas de distanciamento social e o lockdown de cidades e regiões inteiras. Diante desse cenário, pode-se considerar que a COVID-19 é um problema do território e, portanto, as suas ações devem ser pensadas territorialmente (FARIA; BATISTA; RIZZATTI, 2020).

3.6. A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (Sars-Cov-2)

As pandemias são conhecidas como epidemias que se alastram muito rápido por vários países e atingem uma grande quantidade de pessoas (MORENS, 2009). A palavra pandemia deriva da palavra grega *pandermos* (“de todas as pessoas”) que é derivada de *pan* (“todos”) e *demos* (“pessoas”).

O termo *pandemia* caracteriza uma tendência epidemiológica. Aponta que vários surtos estão acontecendo ao mesmo tempo e espalhados por todo lugar. Contudo, tais surtos não são análogos, eles podem apresentar intensidades, características e formas de agravo distintas, estabelecendo associações com os aspectos socioeconômicos, ambientais, culturais, coletivos e individuais (MATTA *et al.*, 2021).

Ao longo da história, as doenças infecciosas foram uma constante nas diversas épocas da civilização, e na maioria das vezes mudaram o curso da história. As pandemias afetaram a civilização humana, com consequências prolongadas tanto na sobrevivência da vida humana quanto na premência de sobrevivência econômica (KHAN *et al.*, 2020).

Há cerca de 12.000 anos atrás, pequenos grupos de familiares/clânicos abandonaram a caça e a coleta nômades para se fixarem em locais estáveis, criando animais domésticos e cultivando plantações, esse período foi denominado de revolução neolítica ou transição demográfica neolítica. Pela primeira vez, homem e animais recém domesticados passaram a viver juntos em uma rede complexa de ecossistemas de vilas, aldeias, cidades e pastagens (MORENS *et al.*, 2020).

A proximidade homem-animal e as alterações ambientais, contribuíram para o surgimento das doenças enzoóticas (doença que está sempre presente numa região com um número de casos pequeno e estável) e zoonóticas (doenças ou infecções transmitidas entre animais e seres humanos). A varíola, os agentes do sarampo, tuberculose e diversas outras doenças pandêmicas evoluíram de patógenos animais que mudaram de hospedeiros para se converterem em agentes infecciosos humanos. À medida que as populações humanas foram aumentando e os ambientes naturais reduzindo, esses agentes encontraram as condições propícias de disseminação, ocasionando epidemias e pandemias (MORENS *et al.*, 2020).

Os Coronavírus (CoVs) são RNA vírus responsável por causar infecções respiratórias em uma variedade de animais, incluindo aves e mamíferos, essas infecções vão desde enterite (inflamação no intestino) em vacas e porcos e doenças respiratórias em galinhas até as infecções respiratórias humanas que podem ser potencialmente letais (FEHR; PERLMAN, 2015).

O COVID-19 faz parte da subfamília *Coronaviridae* (CoV) da família *Coronavirinae*, pertencente à ordem *Nidovirales*. A subfamília abrange os Coronavírus alfa, beta, gama e delta (PLATTO, 2021).

Essa subfamília possui cerca de 40 variedades de vírus de RNA de fita simples que se alojam em morcegos e pássaros selvagens e podem evoluir infectando humanos,

mamíferos não humanos e pássaros. Em decorrência da capacidade do vírus se recombinar, sofrer mutações e infectar vários tipos de células, os coronavírus seguem emergindo e evoluindo, provocando surtos em humanos e animais (LAI, 1997; ZIEBUHR, 2005).

Os Coronavírus tem sido relacionado a sintomas de resfriado em humanos desde meados dos anos 1960. Além do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), foram identificados sete coronavírus reconhecidos como patógenos em humanos, dentre eles: o HCoV-229E (alfa Coronavírus), HCoV-HKU1 (beta Coronavírus), MERS-CoV (beta Coronavírus), HCoV-NL63 (alfa Coronavírus), HCoV-OC43 (beta Coronavírus), SARS-CoV (beta Coronavírus), SARS-CoV-2 (COVID-19) (PLATTO; XUE; CARAFOLI, 2020).

Nas últimas duas décadas, dois deles foram causadores de epidemias virulentas, a síndrome respiratória aguda grave (SARS) que emergiu em Hong Kong (China), em 21 de março de 2003, e foi denominada de o novo coronavírus (SARS-CoV-1) identificado como causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). O SARS-CoV-1 surgiu no sul da China e se disseminou por todo o mundo através de voos nacionais e internacionais no período do Ano Novo Lunar Chinês (final de janeiro de 2003). E a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) que surgiu na Arábia Saudita em 2012 com letalidade de cerca de 30,0% (WHO, 2020; BESTETTI *et al.*, 2021).

Em 12 de janeiro de 2020, foi identificado um novo agente viral da família *Coronaviridae* (Cov), denominado como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), ele foi identificado como o responsável por causar a doença classificada como *Doença do Coronavírus 2019* (*Coronavirus Disease 2019* - COVID-19), agente de um tipo de pneumonia viral. Os primeiros casos surgiram na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China e foram notificados à OMS em 31 de dezembro de 2019 (WONG; LEO; TAN, 2020). A nova doença de coronavírus humano (COVID-19) foi considerada a quinta pandemia documentada desde a pandemia da gripe de 1918 (LIU *et al.*, 2020).

Em janeiro de 2020, a OMS confirmou a circulação do novo coronavírus, em 30 de janeiro de 2020, e a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (YANG; SHANG; RAO, 2020).

Frente ao cenário de alta circulação do vírus pelo mundo, com 110 mil casos distribuídos em 114 países, a OMS no dia 11 de março de 2020 decretou a pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), após a gripe espanhola de 1918 (H1N1), a gripe asiática de 1957 (H2N2), a gripe de Hong Kong de 1968 (H3N2) e a gripe pandêmica de

2009 (H1N1) que ocasionou uma estimativa de 50 milhões, 1,5 milhões, 1 milhão e 300.000 mortes humanas, respectivamente (JOHNSON; MUELLER, 2002). Em 14 de março de 2020, 135 países/territórios confirmaram casos do novo coronavírus (WHO, 2020).

Apesar de 55% dos casos iniciais estarem associados a um mercado atacadista de frutos do mar no qual também eram vendidos animais selvagens, os fatores virais múltiplos (transmissibilidade homem-a-homem causada por indivíduos sintomáticos e pré-sintomáticos) e ecológicos (longas viagens domésticas e internacionais durante o Ano Novo Lunar Chinês) também influenciaram para a rápida disseminação global do vírus (LI, 2022).

Com base na sua análise filogenética, acredita-se que o vírus seja um transbordamento de um coronavírus animal que se adaptou a capacidade de transmissão de humano para humano. Esse vírus é altamente contagioso, se dissemina rapidamente e evolui de forma contínua na população humana (LIU *et al.*, 2020).

Estudos apontam que a globalização da infecção pode ter sido causada por uma mutação na proteína Spike do SARS-CoV-2, que elevou drasticamente a sua capacidade de transmissibilidade. A proteína Spike está relacionada à capacidade de entrada do patógeno nas células humanas (PLATTO *et al.*, 2021).

Os sinais e sintomas iniciais mais comuns apresentados pelas pessoas com COVID-19, são: tosse, febre ou calafrio, fadiga, dor de cabeça, mialgias, diarreia, falta de ar ou dificuldade para respirar, dores de garganta, perda de olfato ou paladar, náusea ou vômito, congestão ou nariz escorrendo. Os sintomas podem variar dependendo da gravidade da doença. Estima-se que o período de incubação da doença COVID-19 estenda-se a 14 dias, com um período médio de 4-5 dias desde a exposição até o início dos sintomas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

De acordo com a OMS, 80% dos pacientes com COVID-19 apresentam sintomatologia leve e sem complicações, 15% evoluem para hospitalização com uso da oxigenoterapia e 5,0% necessitam dos serviços da unidade de terapia intensiva (UTI) (WHO, 2020).

A gravidade da doença se inicia aproximadamente 1 semana após o início dos sintomas. O sintoma mais comum presente na doença grave é a dispneia que geralmente ocorre acompanhada por hipoxemia (baixa concentração de oxigênio no sangue). Os pacientes com a COVID-19 grave logo após o início da dispneia e hipoxemia podem evoluir para a insuficiência respiratória (BERLIN; GULICK; MARTINEZ, 2020). Há também os portadores assintomáticos, que possuem significativa relevância epidemiológica, devido ao seu potencial de transmissibilidade (CAVALCANTE, 2020).

O SARS-CoV-2 vem causando graves prejuízos em todo o mundo, de acordo com dados da OMS até 23 de outubro de 2021 o vírus contaminou 243.327.429 milhões de pessoas no mundo, incluindo 4.943.742 mortes (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, segundo o MS, a quantidade dos casos confirmados até 11 de março de 2021 era de 21.835.785, com 608.235 casos de óbitos e 21.035.263 de casos recuperados (BRASIL, 2021).

O surto de COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2, rapidamente se transformou em uma pandemia, impactando não apenas o sistema de saúde, mas também a economia mundial devido a sua alta morbimortalidade (SIA *et al.*, 2020).

O SARS-CoV-2, responsável pela atual pandemia, atingiu 187 países, causando manifestações clínicas severas. Apesar do curso da doença permanecer incerto, o seu potencial de gravidade é suficiente para comprometer a infraestrutura dos serviços de saúde (FONSECA *et al.*, 2020).

A epidemia iniciou com 4 casos confirmados em 29 de dezembro de 2019, e, em apenas um mês o SARS-CoV-2 já havia se disseminado por toda a China, incluindo Hong Kong, Taiwan e Macau. Em 18 de fevereiro de 2020, foram relatados na China 1.870 mortes e 72.528 casos confirmados por laboratórios (WHO, 2020).

Em 26 de outubro de 2021, Antigua e Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Ilhas Cayman, Chile, Costa Rica, Curaçao, Guiana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Martinica, México, Panamá, Porto Rico, Sint Maarten, Suriname, os Estados Unidos da América, as ilhas Virgens dos Estados Unidos e o Uruguai detectaram todas as quatro variantes de preocupação (VOC) (PAHO, 2021).

A África do Sul também foi impactada pelo surto da COVID-19, registrando mais de 3 milhões de casos e 90.000 mortes relatadas oficialmente (Departamento Nacional de Saúde, 2021). O número de mortes pode chegar a 275.976, colocando o país com o maior número de mortos do mundo. A taxa acumulada de mortalidade chega a 464 por 100.000 habitantes (BRADSHAW *et al.*, 2021).

Em 26 de novembro de 2021, a OMS identificou a variante B.1.1.529, nomeando-a de Omicron. Essa variante é uma cepa do Coronavírus, designada como “variante de preocupação” pela OMS, devido a sua alta capacidade de mutação. Foram identificadas nesta variante cerca de 50 mutações. Nesse sentido, a Omicron pode representar um risco global com o elevado aumento repentino de infecções (MOHIUDDIN; KASAHARA, 2022). A

forma de transmissão e a gravidade da variante Omicron ainda seguem desconhecidas (KUMAR *et al.*, 2021).

O primeiro caso de Omicron foi registrado na cidade de Tshwane, na África do Sul, no dia 9 de novembro de 2021 (OMS, 2021). O seu surgimento foi relacionado a um aumento elevado no número de casos e hospitalizações. As variantes anteriores foram associadas a Ancestral, Beta e Delta (ABDULLAH *et al.*, 2022).

A predileção do vírus por mutações e a sua natureza altamente contagiosa, torna essa pandemia um grande desafio aos sistemas de saúde em todo o mundo. Nesse sentido, inúmeros esforços, por parte de todos os países vêm sendo implementados para combater o COVID-19, tanto por meio de pesquisas científicas, vacinas, saúde pública e atendimento ao paciente (INGRAHAM; TIGNANELLI, 2020).

Dessa forma, instituições acadêmicas e agências governamentais seguem buscando mitigar a morbidade e a mortalidade causada pela COVID-19 (INGRAHAM; TIGNANELLI, 2020).

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 representa um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. O elevado impacto psicossocial negativo na saúde mental mundial, tem mobilizado o sistema de saúde em vários países a adotar intervenções emergenciais a fim de mitigar a crise psicológica ocasionada por esse grave impacto na saúde mental da população (DONG; BOUEY, 2020).

Nesse sentido, intervenções na saúde mental pública devem ser elaboradas para que novas estratégias de contingência dessa infecção sejam implementadas de forma efetiva (LIU *et al.*, 2020).

3.6.1. O Desafio Nacional para o Enfrentamento da COVID-19

A ameaça existencial causada pelo surgimento de uma nova doença pandêmica, a COVID-19, mudou o ritmo de vida de todas as famílias. O aumento inesperado do número de casos e mortes ocasionou uma mudança em vários aspectos do trabalho, escola, viagens, lazer, bem-estar social e econômico nas interações com familiares e amigos (MORENS *et al.*, 2020).

O Brasil notificou o primeiro caso de COVID-19 em 25 de fevereiro de 2020, um homem paulista de 61 anos, que havia regressado de uma viagem à Lombardia, na Itália.

Desde então, o número de acometidos pelo vírus cresceu significativamente no país (AQUINO *et al.*, 2020).

Até o presente momento, data base 08 de novembro de 2022, o Brasil confirmou 34.855.492 casos, 688.395 óbitos e 34.085.759 números de casos recuperados, apresentando taxa de letalidade de 2,0 % e mortalidade de 327,6 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020a).

Diante do cenário de disseminação da doença, várias medidas foram adotadas a fim de conter e mitigar a expansão da doença. No final de janeiro de 2020, frente ao quadro pandêmico que se instalava no mundo, o Brasil criou um grupo de Trabalho Interministerial para auxílio e definição de protocolos de ação, para a vigilância da nova pandemia emergente o SARS-CoV-2 no país (BRASIL, 2020a).

A partir da confirmação do primeiro caso de COVID-19 no país, o MS publicou o plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus da COVID-19, que instaura as primeiras medidas nacionais para o enfrentamento do SARS-CoV-2 no país (BRASIL, 2020a).

Em 03 de fevereiro de 2020, o Governo Federal do Brasil, através do MS, publicou a Portaria MS nº 188, decretando Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido a infecção humana decorrente da contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. A portaria estabeleceu a criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19) como instrumento nacional da gestão coordenada para responder à emergência no âmbito Nacional (BRASIL, 2020a).

Na primeira semana de abril de 2020, o Brasil encontrava-se em Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Em 20 de março de 2020, foi declarado estado de transmissão comunitária pela portaria nº 454 (BRASIL, 2020b).

A fim de conter a transmissibilidade da COVID-19, foi adotado o isolamento domiciliar das pessoas com sintomas respiratórios e dos residentes no mesmo endereço, por um período de catorze dias, mesmo que assintomáticos (FARO *et al.*, 2020).

O escasso conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua elevada transmissibilidade, inclusive a partir de casos assintomáticos, e a tendência a ocasionar complicações severas, internações e mortes, associadas à falta de imunidade prévia, à inexistência de vacinas e tratamentos eficazes e a condição de vulnerabilidade da população brasileira (condições de saúde e vida), provocaram incertezas quanto a capacidade de suporte dos serviços de saúde, devido a possibilidade de elevada incidência da infecção e número de casos graves, com necessidades de internação e/ou cuidados intensivos (CASTRO *et al.*, 2020).

No Brasil, as desigualdades sociais, as condições precárias de habitação e saneamento, em muitos casos, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração, tornam a crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19 ainda mais grave e complexa (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A pandemia de COVID-19 evidencia as fragilidades estruturais do SUS, principalmente a falta ou a desigual distribuição no território, de profissionais da saúde e de infraestrutura para os casos de atenção de média e alta complexidade, além da limitada capacidade de produção e realização de testes diagnósticos. Aliado a estes fatores, o fato do Brasil ser um país de dimensões continentais e ampla diversidade regional, faz com que as medidas de enfrentamento da pandemia não sejam uniformes para todos os estados e municípios da Federação (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No Brasil, a região Norte do país foi uma das mais afetadas pela primeira e segunda onda da COVID-19. Em um curto período, na capital do Amazonas, Manaus, a cepa denominada P1⁶, com elevada transmissibilidade, se disseminou de forma rápida, passando de 31,0% das cepas examinadas em dezembro de 2020, para 91,0% das cepas presentes nas amostras examinadas de casos suspeitos em janeiro de 2021 (NAVECA *et al.*, 2021).

Em relação aos aspectos sociais, o MS emitiu uma série de recomendações a fim de informar e orientar a população quanto a questões de transmissão, prevenção e procedimentos nas situações de contágio da doença. O distanciamento social, foi uma das medidas adotadas como prevenção da disseminação do COVID-19 (BRASIL, 2020a).

É importante destacar, a diferença conceitual entre o distanciamento social, o isolamento social e a quarentena. O distanciamento social objetiva a diminuição dos contatos e a aproximação física entre as pessoas de uma determinada população, visando reduzir a velocidade de contágio; o isolamento separa as pessoas já infectadas daquelas que estão assintomáticas; e a quarentena é a separação e restrição da circulação de pessoas que possam ter sido expostas à doença (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

A quarentena é uma das medidas mais antigas e eficazes quando se trata de controlar surtos de doenças transmissíveis. Essa prática foi largamente utilizada em saúde pública na Itália do século XIV, quando os navios que chegavam ao porto de Veneza infectados pela peste e precisavam ficar ancorados e aguardar 40 dias (em italiano: quarenta por 40) antes do desembarque dos passageiros sobreviventes (CETRON; PATTIE, 2004).

A restrição social tem sido a medida mais propagada pelas autoridades, e a mais eficaz para evitar ou minimizar a disseminação da doença e achatar a curva de transmissão

do coronavírus. Porém, essa obrigação provoca repercussão clínica e comportamental devido as mudanças impostas no estilo de vida, podendo afetar a saúde mental dos cidadãos (AHMED *et al.*, 2020).

No Brasil, Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2020), em estudo com 1.468 voluntários de várias regiões do país, elaborado nos primeiros sete dias de quarentena, identificaram um aumento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse, especialmente em mulheres, pessoas que residem com idosos, que trabalham fora, mais jovens e de baixa escolaridade e que apresentam comorbidades.

No cenário da pandemia de COVID-19 em curso, com as medidas protetivas implementadas no país e a boa cobertura vacinal, o vírus Sars-CoV-2 vem perdendo potencial de causar mortes e problemas mais graves de saúde em massa. Entretanto, o desafio do momento volta-se para a necessidade de cuidados à saúde mental da população brasileira.

3.6.2. A Pandemia de COVID-19 e a Saúde Mental

Ao longo da história, pandemias com repercussões catastróficas acontecem em intervalos regulares de tempo, sendo a última a gripe espanhola em 1918 (HUREMOVIC, 2019). A ocorrência de surtos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Zika, SARS, MERS e Ebola mais recentemente, despertaram a atenção do mundo para a dificuldade e complexidade do controle dessas infecções, que causaram grande impacto econômico, político e psicossocial, levando a desafios urgentes os serviços de saúde pública (HUREMOVIC, 2019; ORNELL *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 em curso é uma emergência de saúde sem precedentes, afetando milhões de pessoas em todo o planeta (VELAVAN; MEYER, 2020). Na vigência de uma pandemia é normal que cientistas, profissionais de saúde e gestores dediquem-se principalmente ao patógeno e ao risco biológico da doença, visando a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos relacionados ao vírus e sugerir medidas de prevenção, controle e tratamento da doença (ORNELL *et al.*, 2020).

Nessas ocasiões, as repercussões psicológicas e psiquiátricas secundárias ao evento, tanto na dimensão individual quanto coletiva, tendem a ser subestimadas e negligenciadas, causando lacunas nas medidas de enfrentamento e elevando a carga de doenças associadas (MORENS; FAUCI, 2013; TUCCI *et al.*, 2017).

O medo em contrair o vírus, informações incongruentes sobre aspectos relacionados à transmissão do vírus, o período de incubação, sua abrangência geográfica e a verdadeira taxa de mortalidade da doença têm provocado insegurança e medo na população. Essas incertezas geram consequências em diversos segmentos da sociedade, com implicações diretas no cotidiano e na saúde mental da população (HOLMES *et al.*, 2020; MALTA; RIMOIN; STRATHDEE, 2020; PEERI *et al.*, 2020; KUMAR *et al.*, 2021).

Nesse sentido, estudos realizados durante e após essas pandemias, principalmente SARS (2003) e Ebola (2014), identificaram episódios de medo generalizado com respostas desproporcionais da população em geral, ocasionando aumento de transtorno por estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (SCHULTZ *et al.*, 2016).

Outrossim, estudos descrevem que angústia, perturbação no sono, depressão e ansiedade foram reações recorrentes na população em geral na ocorrência de surtos de vírus atuais e em epidemias anteriores, como por exemplo, o surto de SARS em 2002-2004 e o surto respiratório do Oriente Médio (MERS) em 2012 (ALKHAMEES *et al.*, 2020; RAJKUMAR, 2020; SALARI *et al.*, 2020; TORALES *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 suspendeu os serviços essenciais de saúde mental em 93,0% dos países em todo o mundo. De acordo com pesquisa realizada em 130 países nas seis regiões da OMS no período de junho a agosto de 2020, mais de 60,0% dos países relataram interrupções nos sistemas de saúde mental para pessoas vulneráveis, 67,0% sofreram interrupções no aconselhamento e psicoterapia e 30,0% relataram interrupções no acesso a medicamentos para transtornos mentais (WHO, 2020).

A pandemia de COVID-19 é uma ameaça global à saúde da população (WANG, C *et al.*, 2020). O vírus SARS-CoV-2 infectou mais de 260.000.000 pessoas em todo o mundo, causando a morte de mais de 5.000.000 de pessoas pela doença de Coronavírus-2019 (COVID-19) desde que foi descoberto, nos últimos dois anos (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020).

Além da morbidade e mortalidade diretas da COVID-19, há uma apreensão crescente com as sequelas sociais e psicológicas da pandemia (BROOKS *et al.*, 2020). Um evento de tais proporções ocasiona severas perturbações psicológicas e sociais comprometendo a capacidade de enfrentamento da sociedade, em diversos níveis de intensidade e propagação (BRASIL, 2020a).

Enquanto o mundo se preparava para enfrentar a pandemia de COVID-19, fechando fronteiras, aeroportos, isolando a população e buscando tomar decisões na área de saúde

pública, as demandas de saúde mental começaram a crescer de forma progressiva. Inicialmente na China, depois foi se alastrando pela Europa, principalmente, Itália e Espanha, até chegar ao EUA, Brasil e outros países da América (HONORATO *et al.*, 2020).

Até meados de abril de 2020, já haviam sido contabilizados mais de dois milhões de casos notificados e quase 150 mil mortes no mundo. Os EUA lideraram o número de mortes por COVID-19, com mais de 25 mil óbitos (WHO, 2020).

Vários países adotaram medidas de restrições severas na vida social pública e em suas economias. As respostas dos governos incluíram toques de recolher, auto isolamento, e ordens para permanecer em casa, distanciamento social e restrições de viagens, além do fechamento de fronteiras, escolas, lojas, locais de trabalho e restaurantes, assim como o cancelamento de eventos públicos (ARENDRT *et al.*, 2020). Tais medidas, podem ocasionar o surgimento de uma epidemia de transtornos mentais concomitante ou posterior à da pandemia de COVID-19 (HO; CHEE; HO, 2020).

Para Xiong *et al.* (2020), é incontestável que a pandemia de COVID-19 desencadeia uma ampla série de sintomas psiquiátricos na população global. O momento atual carregado de imprevisibilidade, incerteza, isolamento social, desinformação e gravidade da doença, podem desencadear estresse e transtorno mentais (LE *et al.*, 2020; MCINTYRE *et al.*, 2020; WANG, C. *et al.*, 2020).

Dentre as respostas emocionais a COVID-19 o medo extremo e a incerteza se tornaram bastante presente na sociedade. Ambas contribuem de forma intensa para o aumento do estresse, através da precipitação ou exacerbação aguda de um transtorno mental existente. Vários estudos apontam o papel do estresse na precipitação de episódio psicótico em indivíduos vulneráveis (ESTERWOOD; SAEED, 2020).

Rajkumar (2020), revisou os efeitos adversos para a saúde mental e constatou que os sintomas de ansiedade e depressão (16-28,0%) e estresse autorrelatado (8,0%) são frequentemente associados à pandemia de COVID-19.

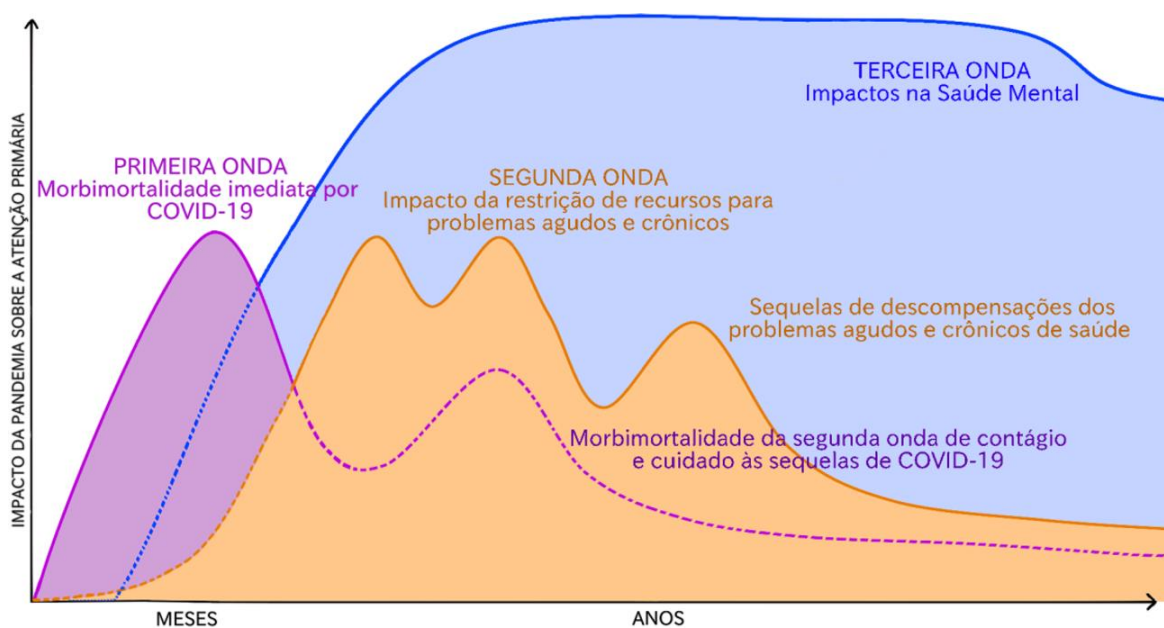
No Brasil, no período de isolamento social, o acesso aos serviços especializados em saúde de emergência ficou comprometido. A suspensão das consultas ambulatoriais eletivas, levou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a reconhecer excepcionalmente o uso temporário da telemedicina, durante a pandemia (BRASIL, 2020c).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a fim de evitar a contaminação do coronavírus entre os pacientes internados, recomendou a internação domiciliar quando possível, brevidade na internação hospitalar e redução da frequência de visitas familiares.

No caso dos Centros de Atenção Psicossocial, eles foram orientados a suspender as atividades em grupo e reduzir o número de consultas individuais para o mínimo necessário ao usuário (ABP, 2020).

Em Atlanta (EUA), o médico e cientista Victor Tseng (2020), da *Emory University*, defende que o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental será provavelmente a quarta onda. Ele sugere quatro curvas de elevada demanda por atendimento que causarão impacto nos sistemas de saúde mundiais. A primeira onda são os casos de COVID-19; a segunda onda, às restrições das condições urgentes não associadas à COVID-19, ou seja, casos de doenças agudas que não buscaram os serviços de saúde; a terceira onda, casos de doenças crônicas em que os cuidados foram postergados pela pandemia e a quarta onda, os casos de doenças mentais decorrentes das perdas geradas pelas três ondas anteriores (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Ondas de Sobrecarga dos Sistemas de Saúde



Fonte: Adaptado de TSENG, Emory University (2020).

No Brasil, Filgueiras e Stults-Kolehmainen (2020), em estudo durante os primeiros sete dias da quarentena, envolvendo 1.468 voluntários de várias regiões do país, avaliaram o nível de estresse percebido, ansiedade e depressão associados aos aspectos sociodemográficos desses indivíduos. Os dados do estudo foram bastante relevantes em pessoas do sexo feminino quando comparadas ao masculino, com altos níveis de estresse, depressão e sintomas de ansiedade. Dentre outros fatores, a idade também influenciou para agravamento a saúde mental na quarentena, os mais jovens relataram sentir-se mais

estressados, ansiosos, e deprimidos, quando comparados aos mais idosos, fator associado à desesperança crescente entre jovens adultos.

Brooks *et al.* (2020), em estudo de revisão, com a seleção de 24 artigos publicados em 10 países, envolvendo surtos de SARS (11 estudos), Ebola (cinco), pandemia de influenza H1N1 (3), síndrome respiratória do Oriente Médio (dois) e gripe equina (um), avaliaram o impacto psicológico da quarentena na saúde mental dos indivíduos antes, durante e após a quarentena. O estudo apontou estressores distintos a depender do momento avaliado. A maior parte dos estudos mencionaram efeitos psicológicos negativos, incluindo sintomas de raiva, confusão e estresse pós-traumático. Os estressores relacionaram maior duração da quarentena, frustração, tédio, medo de infecção, informações inadequadas, perda financeira e estigma.

Estudos quantitativos apontaram que durante a quarentena as pessoas relataram sintomas psicológicos, distúrbio emocional, insônia, humor depressivo, depressão, estresse, irritabilidade, sintomas de estresse pós-traumático e exaustão emocional (DIGIOVANNI *et al.*, 2004; HAWRYLUCK *et al.*, 2004; LEE *et al.*, 2005; REYNOLDS *et al.*, 2008; YOON *et al.*, 2016).

Estudos realizados na China mencionaram prevalências elevadas de depressão e ansiedade na população estudada, principalmente nas pessoas que precisaram se submeter a quarentena, comparadas as que não foram afetadas pela medida (WHITEFORD *et al.*, 2013; HUANG; ZHAO, 2020; LEI *et al.*, 2020; OZAMIZ-ETXEBARRIA *et al.*, 2020).

Na China, Wang, C. *et al.* (2020), em estudo com 1.210 pessoas em 194 cidades, avaliaram os níveis de impacto psicológico, ansiedade, depressão e estresse, por meio da *Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)*, durante o estágio inicial do surto de COVID-19, observando que 16,5% dos participantes apresentaram sintomas depressivos moderados a graves; 28,8% relataram sintomas de ansiedade moderados a graves; e 8,1% reportaram níveis de estresse moderados a graves. O estado de saúde ruim dos participantes foi associado de forma significativa a um impacto mais elevado nos níveis de estresse, ansiedade e depressão.

A versão curta da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (*Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21)*), foi aplicada, durante a pandemia da COVID-19, em estudos realizados na Itália, China, Espanha e Filipinas (DUAN; ZHU, 2020; LENZO *et al.*, 2020; OZAMIR-ETXEBARRIA *et al.*, 2020; TEE *et al.*, 2020).

De acordo com Brooks *et al.* (2020), níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão são previstos após a determinação de confinamento. Tendo em vista que medidas

de confinamento desencadeiam problemas psicológicos, como estresse, depressão e ansiedade (CAVA *et al.*, 2005).

Outro estudo de meta-análise e meta-regressão investigou os níveis de depressão e ansiedade e durante a pandemia de COVID-19 e o efeito das medidas de mitigação (isolamento social, fechamento de transporte público etc.) nesses transtornos. Foram incluídos 60 estudos, totalizando 226.638 indivíduos avaliados. Os resultados indicaram altas prevalências globais de depressão e ansiedade durante a pandemia de COVID-19 (24,0% e 21,3%, respectivamente). Contudo, foi observado elevada variação na prevalência de ansiedade e depressão entre regiões e países. A Ásia (17,6% e 17,9%) e a China (16,1% e 15,5%), principalmente, apresentaram menor prevalência de ambos os transtornos (CASTALDELLI-MAIA *et al.*, 2021).

No Brasil, Ornell *et al.* (2021), em estudo ecológico de séries temporais, analisou consultas na área da saúde mental realizadas no sistema público de saúde do Brasil, antes e durante a pandemia, através do banco de dados do governo brasileiro. Os registros relacionados a consultas e procedimentos de saúde mental em serviços ambulatoriais e de internação foram coletados no banco de dados do TABNET em janeiro de 2021, no período de janeiro de 2016 a agosto de 2020. Os achados da pesquisa mostraram que a assistência à saúde mental foi intensamente afetada durante a pandemia. Em relação ao esperado, entre os meses de março e agosto de 2020, houve uma redução de 28,0% nas consultas ambulatoriais em saúde mental, com um total de 471.448 indivíduos com consultas suspensas. Os atendimentos em grupo e as internações psiquiátricas também receberam forte impacto da pandemia, com uma diminuição de 68,0% e 33,0%, respectivamente. Em contrapartida, as consultas de urgência em saúde mental e os cuidados realizados em domicílios tiveram um aumento neste período de 35,0% e 52,0%, respectivamente.

Outro estudo no Brasil, conduzido por Guiland *et al.* (2022), avaliou a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de 503 trabalhadores brasileiros de várias áreas, durante a pandemia de COVID-19, destes 78,5% eram do sexo feminino, dos quais 92,0% cursaram o ensino superior e moravam na região Sul do Brasil. Os resultados apontaram para uma maior prevalência de sintomas de ansiedade em mulheres (54,3% e 59,9%) e em pessoas solteiras (68,8% e 68,1%).

Os estudos supracitados relatam uma série de morbidades psiquiátricas, incluindo o estresse, a ansiedade e a depressão, com associação positiva para os efeitos psicológicos

negativos da pandemia de COVID-19. Tais investigações, sinalizam os efeitos psicológicos negativos derivados da pandemia de COVID-19.

3.6.3. A pandemia de COVID-19 e o transtorno bipolar

O TB é considerado de alto risco para o desenvolvimento de sequelas psicopatológicas negativas na ocorrência de eventos iminentemente traumáticos. Todavia, ainda são poucos os estudos disponíveis sobre os efeitos da emergência COVID-19 no curso clínico do TB (CARMASSI *et al.*, 2022).

Vários estudos que investigaram os efeitos na saúde após a ocorrência de desastres naturais, epidemias e pandemias, indicaram que uma parte considerável da população desenvolve problemas de saúde mental nesses contextos. Os efeitos negativos na saúde mental podem perdurar a médio e longo prazo se não tratados (NOMURA *et al.*, 2016).

Estudos sugerem que pessoas com transtornos psiquiátricos podem ser mais vulneráveis a desenvolver sintomas depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático. Portanto, há receios bem embasados que indivíduos com TB podem estar entre os mais vulneráveis (HAO *et al.*, 2020; KUZMAN; CURKOVIC; WASSERMAN, 2020; RHEENEN *et al.*, 2020).

Os indivíduos com TB são considerados um grupo particularmente vulnerável em relação à COVID-19, pois apresentam elevado risco de desenvolver episódios afetivos em momentos de alto estresse (WEISS *et al.*, 2015; STEFANA *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 gerou impacto na vida e no cuidado de pessoas com transtornos mentais graves, incluindo o TB (KOZLOFF *et al.*, 2020; HERNÁNDEZ-GOMEZ *et al.*, 2021).

Eventos negativos podem desencadear ou acentuar episódios de humor (MAGUIRE *et al.*, 2008). Em vista disso, a literatura sugere que a pandemia de COVID-19 pode ocasionar uma série de riscos individuais a pacientes com TB. Medidas de confinamento podem provocar recaídas de sintomas depressivos, ou, por outro lado, alguns sintomas da fase maníaca, como o julgamento prejudicado e impulsividade (XUE *et al.*, 2020).

Pesquisas revelam que o distanciamento social e bloqueios podem reduzir o apoio social, aumentar a solidão e o risco de desregulação dos ritmos sociais e circadianos em indivíduos com TB (SMITH; LIM, 2020; XUE *et al.*, 2020). Nesse sentido, a regulação do

ritmo circadiano pode ser afetada pelo isolamento social ou pelo trabalho em casa (RAJKUMAR, 2020; CARTA *et al.*, 2021).

A regularidade do sono e das rotinas são componentes-chave da manutenção do humor para os indivíduos com TB, que no geral têm menos regularidade em seu ritmo social em circunstâncias normais (SHEN *et al.*, 2008).

Indivíduos com TB relataram pior qualidade do sono durante a pandemia (CARTA *et al.*, 2021; YOCUM *et al.*, 2021). A privação de sono é reconhecida como gatilho para episódios maníacos (LEWIS *et al.*, 2017), e um estado depressivo está relacionado à insônia ou hipersonia (STEINAN *et al.*, 2016).

Ademais, foi descoberto que alterações no ritmo circadiano estão associados a episódios maníacos e depressivos (GERSHON *et al.*, 2017), sendo que o último pode ser potencializado pelo contexto da pandemia de COVID-19. Fato este sustentado pela correlação negativa entre os medos da COVID-19, a qualidade do sono e a ansiedade (DALKNER *et al.*, 2022).

Segundo Xue *et al.* (2020), os fatores de risco associados ao TB, incluem ritmos sociais irregulares, comorbidades médicas, comportamentos de risco e uso prevalente de substâncias que podem ser agravados em contextos de isolamento social, bloqueios e redução dos cuidados preventivos e de manutenção da saúde.

As medidas de contenção da COVID-19, incluindo as determinações de isolamento social, podem ser particularmente nocivas para pessoas com TB. Tais medidas interrompem uma série de fatores que são críticos para o manejo dos sintomas clínicos e cognitivos, incluindo a facilidade de acesso a atendimento psiquiátrico presencial, estabilidade nas rotinas diárias, padrões de sono e ritmos sociais (VAN RHEENEN *et al.*, 2020; BALANZÁ-MARTÍNEZ *et al.*, 2020).

A ocorrência de tais rupturas, associadas a instabilidade econômica e insegurança financeira, podem prolongar as repostas emocionais negativas, ou seja, depressão, ansiedade e estresse, que ocorrem em situações de desastre (NORTH; PFEFFERBAUM, 2013).

Além disso, no TB há uma prevalência elevada de comorbidades médicas associadas ao transtorno, como a obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (GOLDSTEIN *et al.*, 2020).

Segundo Zaman *et al.* (2020), essas comorbidades têm sido relacionadas a manifestações mais graves do COVID-19, e podem aumentar o sofrimento psicológico ao gerar preocupações no paciente sobre o risco pessoal elevado de mortalidade relacionada à infecção causada pelo vírus.

De acordo com Dong *et al.* (2019), o TB apresenta elevado de risco para o suicídio. Dados biológicos recentes sugerem que o SARS-CoV-2 pode afetar o sistema nervoso central (SNC) através das vias biológicas implicadas em comportamentos suicidas: sistema renina-angiotensina e sistema de inflamação, aumentando o risco de suicídio em decorrência da interação com essas vias biológicas (CONEJERO *et al.*, 2021). Segundo Okusaga *et al.* (2011), investigações sobre infecções virais respiratórias identificaram correlação entre infecção e risco de suicídio. E, os transtornos de humor têm sido relacionados à presença de anticorpos contra os vírus influenza A e B e uma cepa de coronavírus (Hcov-NL63).

Indivíduos com TB durante episódio maníaco ou hipomaníaco, em geral apresentam comportamentos de desinibição, julgamento prejudicado e impulsividade (SWANN, 2009). Nessa fase, eles têm maior propensão a se envolver em comportamentos de risco, podendo transgredir os protocolos de higiene pessoal e distanciamento social (XUE *et al.*, 2020).

Estudos que investigaram o impacto da pandemia de COVID-19 no TB, encontraram níveis mais altos de angústia, uso de álcool, interrupção de sono, ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamentos mais pobres quando comparados com controles saudáveis (GONZÁLEZ-BLANCO *et al.*, 2020; SOLÉ *et al.*, 2021; VAN RHEENEN *et al.*, 2020), com 30,0% sofrendo recaída dos sintomas e 5,0% referindo aumento da tendência suicida após o surto (MURUGANANDAM *et al.*, 2020). Foram realizados estudos na Europa (CARMASSI *et al.*, 2020; DATTOLI *et al.*, 2020; LAZZARI *et al.*, 2020; CARTA *et al.*, 2021; DALKNER *et al.*, 2021; KORTEN *et al.*, 2021; MCBRIDE *et al.*, 2021; TUNDO *et al.*, 2021), nos EUA (ACKERMAN *et al.*, 2021; YOCUM *et al.*, 2021; WANG *et al.*, 2021), Austrália (KARANTONIS *et al.*, 2021; CARMASSI *et al.*, 2022), China (LI *et al.*, 2022).

Na Áustria, Dinamarca e Alemanha, Dalkner *et al.* (2022), em estudo multicêntrico online após a primeira fase do bloqueio em 2020, avaliaram a resposta psicológica e comportamental à pandemia de COVID-19 em 117 indivíduos com TB comparado a 117 grupo controle saudável, e em indivíduos com TB, o aumento dos sintomas de depressão, ansiedade, somatização, angústia decorrente do distanciamento social e pior qualidade de sono foram associados ao sofrimento emocional por efeito do distanciamento social. A correlação entre o sofrimento psíquico emocional em função do distanciamento social foi de 26,0% no TB e 11,0% no grupo controle. Outrossim, em indivíduos com TB, foi observado que quanto maior os escores de ansiedade, carga de sintomas e problemas de sono, maior era o medo do COVID-19, reciprocamente.

Uma outra pesquisa realizada na Áustria, Alemanha e Dinamarca, por Schönthaler *et al.* (2022), com 494 participantes (203 indivíduos com TB e 291 controle saudável), constatou que indivíduos com TB vivenciaram maior sofrimento emocional devido ao distanciamento social quando comparados ao grupo controle, e este efeito se prolongou durante todo o período do estudo. No entanto, o medo relacionado ao COVID-19 foi igualmente elevado em ambos os grupos e maior durante os períodos de restrições governamentais rígidas e taxas mais elevadas de infecção e maior mortalidade na população em geral. Em relação a gravidade dos sintomas psicológicos (ansiedade e depressão), foi mais elevado nos indivíduos com TB em comparação ao grupo controle.

Nos EUA, Yocum *et al.* (2021), em estudo longitudinal com 560 participantes, incluindo 147 controles saudáveis, no período de 30 de abril e 30 de maio de 2020, durante um bloqueio em todo o estado do Michigan (EUA), concluíram que o sofrimento psicológico autorrelatado de se submeter as ordens de ficar em casa afetou a todos (75,0%), tanto aqueles com e sem o TB, independentemente da idade ou sexo. Os indivíduos com TB foram mais afetados com as ordens de ficar em casa versus controles saudáveis. O acesso aos cuidados médicos foi prejudicado em 32,0% dos entrevistados, e o acesso a cuidados relativos à saúde mental foi interrompido em 12,0% dos entrevistados. Quanto aos sintomas de estresse, 44,0% dos participantes relataram estresse relacionado à pandemia. E por fim, comparando o período pré-pandemia e durante a pandemia, as pessoas com TB mostraram uma elevação menor de angústia comparado aos controles saudáveis, provável indício de um nível contínuo de sintomas de alterações de humor crônica mais alta, possibilitando maior nível de resiliência entre aqueles com TB.

Na Itália, Carmassi *et al.*, (2022), em estudo transversal investigou os sintomas agudos do TEPT, ansiedade e depressão em uma amostra de 100 pacientes com TB, avaliados em serviço de telemedicina criado durante a fase aguda da COVID-19, no período de bloqueio nacional e medidas de distanciamento social em curso. A presente pesquisa foi realizada no ambulatório de psiquiatria da Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP, Pisa, Itália). Os resultados indicaram que 17,0% da amostra relatou TEPT, 17,0% apresentaram sintomas moderados a graves de depressão e 26,0% sintomas de ansiedade moderados a grave. Dificuldades financeiras e de trabalho relacionadas à pandemia de COVID-19 e sintomas de ansiedade pareceram estar positivamente relacionados ao desenvolvimento do TEPT agudo. De forma inusitada, os sintomas maníacos agudos

pareceram ser protetores. Porém, baixas taxas de sintomas maníacos foi identificada na amostra durante a fase aguda da pandemia.

O TEPT foi relacionado ao aumento da gravidade clínica do TB, comportamentos suicidas e piora da QV (HERNANDEZ *et al.*, 2013; CERIMELE, *et al.*, 2017; CARMASSI *et al.*, 2020).

Fornaro *et al.* (2021), em revisão de escopo da literatura sobre as implicações da pandemia de COVID-19 em indivíduos com TB, incluiu um total de 14 estudos, destes, seis estudos foram realizados na Europa, quatro estudos na América do Norte, dois estudos na Ásia, um estudo na Oceania e um estudo inseriu duas amostras distintas de regiões geográficas independentes (i.e., Europa e África). Os resultados do estudo confirmaram a vulnerabilidade geral de pessoas com TB em comparação com a população geral. No que se refere ao impacto da pandemia de COVID-19, a presente revisão sinaliza para a necessidade de pesquisas futuras adicionais em áreas essenciais de problemas relacionados ao COVID-19 experienciados por pessoas com diagnóstico de TB.

Na Holanda, Koenders *et al.* (2021), em pesquisa com pacientes com TB tipo I e II participantes do estudo Bipolar Netherlands Cohort (BINCO), verificaram um aumento significativo nos sintomas de hipomania durante os dois primeiros meses da pandemia de COVID-19, em comparação com os sintomas na pré-pandemia. Esses sintomas diminuíram na medida da redução do medo da COVID-19. Segundo os autores do estudo, as medidas disruptivas de bloqueio e/ou quarentenas, além dos efeitos estressores da pandemia na vida cotidiana, a acessibilidade aos cuidados de saúde mental, o estresse e as interrupções do ritmo diário, podem ter causado a instabilidade afetiva nos pacientes com TB. Estes fatores foram apontados como gatilhos para o início de episódios maníacos.

No Reino Unido, Lewis *et al.* (2022), em estudo realizado com 356 indivíduos com TB, reportam que em média os sintomas de depressão, mania, insônia e pensamentos suicidas não diferiram consideravelmente em 2020 em comparação ao período anterior a pandemia. O estudo registrou altas taxas de ansiedade sobre a pandemia e seu impacto nas estratégias de enfrentamento, com elevação para mais de 70,0% dos respondentes em janeiro de 2021. Em relação a dificuldade de acesso a cuidados de rotina e medicamentos, 27,0% e 21,0% dos participantes com TB relataram dificuldades, respectivamente.

Diante do exposto, a emergência em saúde mental provocada pela pandemia de COVID-19, suscita repensar novas estratégias de intervenções psicológicas e melhorias no acesso aos serviços de saúde mental, bem como, a implementação de intervenções específicas para o TB.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal e de natureza quantitativa realizada com indivíduos com diagnóstico clínico de TB.

4.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada de forma online, por meio das redes sociais (Instagram[®], WhatsApp[®], Facebook[®]) e por correio eletrônico (*E-mail*), utilizando a plataforma do *SurveyMonkey*[®]. Participaram da pesquisa pessoas oriundas de 17 estados da Federação, dentre eles, São Paulo (SP), Paraná (PR), Rio de Janeiro (RJ), Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS), Bahia (BA), Pernambuco (PE), Goiás (GO), Distrito Federal (DF), Ceará (CE), Rondônia (RO) e Rio Grande do Norte (RN).

4.3. POPULAÇÃO DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A pesquisa foi realizada com indivíduos que informaram ter idade igual ou superior a 18 anos, ter diagnóstico clínico de TB e concordar em participar da pesquisa. A amostragem foi de conveniência.

Os critérios de exclusão foram relativos aos indivíduos com TB impossibilitados de responder ao questionário devido algum tipo de limitação, seja de ordem física, tecnológica ou por necessidade especial.

4.4. INSTRUMENTOS

Na pesquisa foram aplicados três instrumentos: questionário elaborado especificamente para a pesquisa contendo variáveis sociodemográficas, de saúde, sobre o TB e sobre o efeito da pandemia de COVID-19 (APÊNDICE A), além de duas escalas autoaplicáveis e validadas para uso no Brasil sobre Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e dimensões da Qualidade de Vida, WHOQOL-BREF (QUADRO 2) (APÊNDICE B e C).

Quadro 2 – Escalas utilizadas na pesquisa com as respectivas subescalas, 2022

	DEPRESSÃO ANSIEDADE ESTRESSE	QUALIDADE DE VIDA	
<i>Escala</i>	DASS-21	WHOQOL-BREF	
<i>Itens</i>	21	26	
<i>Likert</i>	4	5	
<i>Subescalas</i>	3	4 (domínios)	
<i>Itens</i>	7	-	
<i>Subescalas</i>	Depressão Ansiedade Estresse	Domínio	Faceta
		1. Físico	3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação e tratamentos 18. Capacidade de trabalho
		2. Psicológico	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
		3. Relações Sociais	20. Relações pessoais 21. Apoio social 22. Atividade sexual
		4. Meio ambiente	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente físico 12. Recursos financeiros 13. Informação 14. Atividade de lazer 23. Ambiente de moradia 24. Acesso a serviço de saúde 25. Transporte

Fonte: Saxena, Carlson e Billington (2001) e Skevington *et al.* (2004).

4.4.1. Questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde e sobre os efeitos da pandemia de COVID-19

O questionário foi desenvolvido especificamente para esse estudo, com base em levantamento na literatura científica de variáveis consideradas relevantes em estudos sobre o efeito da pandemia, qualidade de vida, depressão, ansiedade e estresse (QUADRO 3, 4, 5, 6 e 7) (APÊNDICE B).

Quadro 3 – Variáveis sociodemográficas, 2022

Qual a sua idade?
Qual o seu gênero? [feminino; masculino; outro]
Estado civil* [solteiro(a); casado(a); União estável; divorciado(a); viúvo(a); outro (especifique)]
Em que cidade você mora no momento?
Em que estado você mora no momento?
Com quem você mora? [sozinho(a); com 1 pessoa; com 2 até 4 pessoas; com 5 ou mais pessoas]
Possui filhos? * [não; sim, tenho 1; sim, tenho 2; sim, tenho 3; sim, tenho 4; sim, tenho 5 ou mais]
Segue alguma religião? [não, sim, católica; sim, evangélica; sim, espírita; sim, outra]
Atua profissionalmente? [não; sim]
Qual a sua renda familiar em salários mínimos no momento atual? [sem renda familiar; menos de 1 salários mínimos; 1 a 3 salários mínimos; 4 a 6 salários mínimos; 7 a 9 salários mínimos; 10 ou mais salários mínimos]

Quadro 4 – Variáveis educacionais, 2022

Qual é o seu nível de escolaridade? [Ensino fundamental; ensino fundamental incompleto; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; pós-graduação; nenhuma das opções]
Realiza algum curso de formação atualmente? [não; sim, ensino fundamental; sim, ensino médio; sim, ensino superior; outro]
Possui pós-graduação concluído? [não; sim, especialização; sim, mestrado; sim, doutorado]

Quadro 5 – Variáveis de saúde, 2022

Você faz atividade física regularmente? [não; sim, 1 vez por semana; sim, 2 ou 3 vezes na semana; sim, 4 ou 5 vezes na semana; sim, 6 ou 7 vezes na semana]
Realiza atividade de lazer? [não; sim, 1 vez por semana; sim, 2 ou 3 vezes na semana; sim, 4 ou 5 vezes na semana; sim, 6 ou 7 vezes na semana]
Você atualmente fuma? [não; sim]
Você consome bebida alcoólica? [não; sim, 1 vez por semana; sim, 2 ou 3 vezes por semana; sim, 4 ou 5 vezes por semana; sim, 6 ou 7 vezes por semana]
Tem doença crônica? [não; sim, circulatória (ex.: cardiopatia, hipertensão); sim, digestiva (ex.: gastrite intestinal, doença celíaca); sim, endócrino (ex.: diabetes, hipotireoidismo); sim, neoplásica (tumores, câncer); sim, respiratória (ex.: asma, bronquite, rinite); sim, mental/comportamental (ex.: ansiedade, depressão); outra]

Quadro 6 – Variáveis sobre o efeito da pandemia de COVID-19, 2022

Você teve COVID-19? [não teve COVID-19; talvez, apresentei sintomas, mas não fiz o teste (caso suspeito); sim, foi confirmado pelo teste (caso confirmado)]
Caso tenha tido COVID-19, qual foi a sua manifestação clínica? [não teve COVID-19; assintomático (sem sintomas); manifestação leve, sem necessidade de internação; manifestação moderada, sem necessidade de internação; manifestação moderadamente grave, foi internado, mas sem necessidade de UTI; manifestação muito grave, foi internado e entubado na UTI]
Convive com quem teve COVID-19? [não; sim]
Conviveu com quem faleceu de COVID-19? [não; sim]
Fez isolamento social? [não; sim, menos de 60 dias; sim, até 60 dias; sim, de 61 a 90 dias; sim, de 91 a 120 dias; sim, de 121 a 150 dias; sim, 150 a 240 dias; sim, 240 a 365 dias; > 365 dias]
As medidas de isolamento social (toque de recolher, lockdown, distanciamento social) decorrentes da pandemia de COVID-19 afetaram você em algum aspecto de sua vida? * [não; pouco; moderado; muito]
Quais dimensões da sua vida foram mais afetadas negativamente pela crise da Pandemia de COVID-19? (múltipla escolha) [alimentação; convívio doméstico; convívio social; financeiro; trabalho; saúde física; saúde mental; sono; nenhuma; outra (qual)]
Durante a pandemia de COVID-19, o seu acesso a alimentos: [reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, o seu acesso a medicamentos para a bipolaridade: [não faço uso; cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, a sua atividade de lazer: [não faço; cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, a sua atividade física: [não faço; cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, as suas consultas psicológicas: [não faço; cessaram; reduziram; mantiveram-se iguais; aumentaram]
Durante a pandemia de COVID-19, as suas consultas psiquiátricas: [não faço; cessaram; reduziram; mantiveram-se iguais; aumentaram]
Durante a pandemia de COVID-19, as suas consultas de saúde em geral: [não faço; cessaram; reduziram; mantiveram-se iguais; aumentaram]
Durante a pandemia de COVID-19, o seu consumo de bebida alcoólica: [não faço; cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, o seu convívio doméstico saudável: [piorou; manteve igual; melhorou]
Durante a pandemia de COVID-19, o seu estudo: [não estudo; cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, a sua renda familiar: [cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Durante a pandemia de COVID-19, a qualidade do seu sono: [piorou; manteve igual; melhorou]
Durante a pandemia de COVID-19, a sua vida social: [cessou; reduziu; manteve igual; aumentou]
Vivenciou experiências estressantes durante a pandemia de COVID-19? [não; pouco; Moderado (preocupações e/ou sintomas moderados relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se ansioso, triste, dificuldade moderada para dormir); muito (preocupações persistentes e/ou sintomas severos relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se extremamente ansiosos, triste, dificuldades severa e frequente para dormir)]

Durante a pandemia de COVID-19 você teve dificuldades em equilibrar as suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem você convive (familiares, amigos)? [não houve mudança; pouca; moderado; muito]
Durante a pandemia de COVID-19 você teve dificuldades para acessar os serviços médicos na área de saúde mental? [não houve mudanças; pouca (dificuldade de acessar os serviços, sem repercussão na saúde; moderado (atraso e cancelamento de consultas médicas e/ou psicológicas e/ou psiquiátricas, com moderado impacto na saúde); muito (não pude acessar os serviços necessários, causando forte impacto na saúde)]

Quadro 7 – Variáveis sobre o transtorno bipolar e aspectos relacionados ao efeito da pandemia de COVID-19, 2022

Idade do primeiro episódio? [não sei; anos (especifique)]
Tipo do primeiro episódio? [não sei; depressão; hipomania; mania; episódio misto]
Idade que recebeu diagnóstico médico de transtorno bipolar? * [não sei; anos (especifique)]
Qual foi o diagnóstico em relação ao transtorno bipolar? [não sei; transtorno bipolar tipo I; transtorno bipolar tipo II; transtorno bipolar sem outra especificação; transtorno ciclotímico; outro (especifique)]
Idade que usou medicação psiquiátrica (antidepressivo etc.) com indicação médica pela primeira vez? [não sei; anos (especifique)]
Você já necessitou de hospitalizações psiquiátricas decorrentes do transtorno bipolar? [não, sim, quantas vezes? (especifique)]
Quando você necessita de acompanhamento relacionado à saúde mental, quais serviços você faz uso? (múltipla escolha) [Unidades Básicas (postos de saúde); CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); UPA (Unidade de Pronto Atendimento); SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência); hospital; plano privado de saúde; consulta particular; não faço uso de serviços de saúde]
Faz acompanhamento psicológico? [não; sim, até 6 meses; sim, mais de 6 meses até 1 ano; sim, mais de um ano]
Faz acompanhamento psiquiátrico? [não; sim, até 6 meses; sim, mais de 6 meses até 1 ano; sim, mais de um ano]
Utiliza psicofármacos atualmente?
Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE MANIA: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias); frequente (vários episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias); outro (especifique)]
Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE HIPOMANIA: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias); frequente (vários episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)]
Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração de pelo menos duas semanas cada); frequente (vários episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)]

Durante a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE MANIA: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias); frequente (vários episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)]

Durante a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE HIPOMANIA: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias); frequente (vários episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)]

Durante a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO: [não sei; não tive; pouco frequente (alguns episódios com duração de pelo menos duas semanas cada); frequente (vários episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)]

4.4.2. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Para a avaliação do estado emocional foi aplicada a escala *Depression, Anxiety and Stress – Short Form* (DASS-21) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), traduzida e validada para o Brasil por Vignola e Tucci (2014) (ANEXO A).

A escala é composta de 21 questões, referentes a como o participante sentiu-se na última semana, agrupadas em 3 subescalas (i.e., depressão, ansiedade e estresse) com 7 questões cada: depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) (VIGNOLA; TUCCI, 2014) (QUADRO 8).

As respostas são do tipo *likert* de 4 pontos: 0 – Não se aplicou de maneira alguma; 1 – Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo; 2 – Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo; 3 – Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo. As pontuações para cada subescala são definidas pela soma dos escores dos itens da mesma, multiplicado por 2 (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Os dados da validação brasileira indicam boa consistência interna da escala, $\alpha = 0,92$ (depressão), $\alpha = 0,90$ (estresse) e $\alpha = 0,86$ (ansiedade). O ponto de corte da escala é aplicado após a multiplicação de cada fator por 2, classificando-se como depressão (0-9) normal, (10-13) leve, (14-20) moderada, (21-27) severa e (>28) extremamente severa; ansiedade (0-7) normal, (8-9) leve, (10-14) moderada, (15-19) severa e (>20) extremamente severa; estresse (0-14) normal, (15-18) leve, (19-25) moderado, (25-33) severo e (>34) extremamente severo (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Quadro 8 – Subescalas e itens da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

Item	Depressão – 7 itens
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas
10	Senti que não tinha nada a desejar
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo
16	Não consegui me entusiasmar com nada
17	Senti que não tinha valor como pessoa
21	Senti que a vida não tinha sentido
Ansiedade – 7 itens	
2	Senti minha boa seca
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)
7	Senti tremores (ex. nas mãos)
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)
15	Senti que ia entrar em pânico-
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)
20	Senti medo sem motivo
Estresse – 7 itens	
1	Achei difícil me acalmar
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações
8	Senti que estava sempre nervoso(a)
11	Senti-me agitado(a)
12	Achei difícil relaxar
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo
18	Senti que estava um pouco emotivo(a)/sensível demais

4.4.3. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida/World Health Organization Quality Of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)

O WHOQOL foi desenvolvido pela OMS em Genebra, com objetivo de avaliar a percepção dos indivíduos acerca de sua QV, cultura, sistema de valores, objetivos pessoais, valores e preocupações, estabelecendo como referência as duas últimas semanas.

O WHOQOL-BREF foi elaborado em 1991 pela OMS, com outros quinze centros internacionais, com a finalidade de construir um instrumento holístico globalmente validado e transculturalmente aplicável para avaliar a QV (WHOQOL-BREF, 1996).

O instrumento foi desenvolvido pelo grupo de QV da OMS a partir do WHOQOL-100 e a sua versão traduzida e validada para o Brasil foi coordenada pelo Dr. Marcelo Pio

de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK, 1999).

O WHOQOL-BREF, conhecido em português como “*Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS)*”, conservou o caráter abrangente e propriedades do instrumento original, o WHOQoL-100 (SAXENA; CARLSON; BILLINGTON, 2001; SKEVINGTON *et al.*, 2004).

O WHOQOL-BREF é um instrumento composto por 26 questões fechadas (ANEXO B), sendo duas de caráter geral, que avaliam a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde pelo paciente. As outras 24 questões são distribuídas em quatro domínios (i.e., Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), cada domínio é representado por várias facetas (WHOQOL GROUP, 1988; FLECK *et al.*, 2000). Cada item considerado nesse estudo como variável dependente está descrito no Quadro 9.

As questões utilizadas na escala WHOQOL-BREF são distribuídas em três categorias principais: I – objetivo percebido: a percepção do indivíduo sobre a realização de um comportamento desejável (e.g., como você dorme?); II – autorrelato subjetivo: satisfação ou insatisfação do indivíduo sobre o seu comportamento (e.g., você está satisfeito com o seu sono?); e III – importância: percepção do indivíduo em relação a importância dessa atividade para a sua vida diária (e.g., quão importante é o sono reparador) (KHAFIF *et al.*, 2021).

O domínio *Geral*, avalia a percepção de saúde geral e QV global. O domínio *Físico* é avaliado a partir das facetas dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. O domínio *Psicológico* avalia sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória, concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio *Relações Sociais* avalia as relações pessoais, suporte social e atividade social, atividade sexual. O domínio *Meio Ambiente* avalia a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, transporte e ambiente físico (i.e., poluição, ruído, trânsito, clima). O estudo de validação do WHOQOL-BREF, no Brasil, demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias (FLECK *et al.*, 2000).

Quadro 9 – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), 2022

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida? (nas últimas duas semanas)
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (nas últimas duas semanas)
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
5	O quanto você aproveita a vida?
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
7	O quanto você consegue se concentrar?
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
15	Quão bem você é capaz de se locomover? (nas últimas duas semanas)
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão? (nas últimas duas semanas)

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 21 de fevereiro a 04 de abril de 2022, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIOESTE

(CEP). A pesquisa ocorreu por meio da aplicação de questionário online e duas escalas traduzidas e validadas para uso no Brasil. A plataforma escolhida para hospedar os instrumentos da pesquisa e os dados coletados foi o *SurveyMonkey*[®].

Os convites de recrutamento de participantes para a pesquisa foram enviados por meio das redes sociais (i.e., Instagram[®], WhatsApp[®] e Facebook[®]) da pesquisadora para as redes sociais de indivíduos com diagnóstico clínico de TB autorrelatado, contendo material elaborado para esse fim, com o objetivo e os requisitos para a participação da pesquisa. Após o aceite do convite, o *link* de acesso foi enviado a cada participante pelas mesmas plataformas e por correio eletrônico (*e-mail*). Ao acessar o *link*, o aceite digital do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) (APÊNDICE A) foi solicitado enquanto pré-requisito para o acesso aos instrumentos de pesquisa (questionário e duas escalas). Também foram enviados convites no *e-mail* pessoal de médicos psiquiatras e psicólogos de Foz do Iguaçu e de outros estados que concordaram previamente, por meio de contato nas redes sociais e por telefone, em divulgar a pesquisa para os seus pacientes com diagnóstico de TB.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado no *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná* (CEP – UNIOESTE) segundo o parecer 5.127.707 de 25 de novembro de 2021 (ANEXO C), CAAE 53671021.3.0000.0107, atendendo à resolução 466/2012 (BRASIL, 2013). Em todas as etapas da pesquisa foram respeitados o anonimato e a confidencialidade dos participantes conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados coletados foram armazenados na plataforma *SurveyMonkey*[®] segundo critérios de segurança de armazenamento dos dados e restrição de acesso.

4.7. TABULAÇÃO DE DADOS

Os dados coletados de forma digital pela plataforma *SurveyMonkey*[®] foram exportados em arquivo no formato da planilha Microsoft Excel[®] (versão 2010, Microsoft Corp.; EUA) para processamento de dados.

4.8. ANÁLISE DE DADOS

As análises estatísticas foram realizadas pelo programa Minitab®, versão 19, 2020 e, para todas as análises dos dados será considerado o nível de significância $p < 0,05$.

4.8.1. Estatística descritiva

A estatística descritiva foi realizada para descrever a população da pesquisa e caracterizar os dados das escalas aplicadas por meio de distribuição de frequências, obtenção de percentuais, médias, medianas e desvio padrão. Dessa forma, foram quantificadas as características sociodemográficas, do TB, de saúde e sobre os efeitos da pandemia de COVID-19, assim como, os quatro domínios da QV (i.e., físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e o nível do estado emocional (i.e., depressão, ansiedade e estresse) dos indivíduos participantes da pesquisa.

4.8.2. Teste de normalidade, confiabilidade e consistência interna das escalas

A verificação da normalidade dos dados relativos às dimensões das escalas aplicadas foi realizada aplicando-se o *Teste de Kolmogorov-Smirnov*, que indicou que os dados apresentaram distribuição não normal ($p < 0,05$).

A confiabilidade e a consistência das escalas e subescalas utilizadas quanto aos dados obtidos na amostra foram avaliadas pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, cujo intervalo de valores é de 0 a 1. De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), o *alfa de Cronbach* é capaz de informar a precisão do instrumento de pesquisa utilizado.

A qualificação da consistência, segundo o *alfa de Cronbach*, pode ser considerada fraca ($\alpha < 0,6$), moderada ($0,6 \leq \alpha < 0,7$), boa ($0,7 \leq \alpha < 0,8$), muito boa ($0,8 \leq \alpha < 0,9$) e excelente ($\alpha \geq 0,9$) (LOESCH; HOELTGEBAUM, 2012). Valores de alfa acima de 0,7 são considerados de confiabilidade satisfatória (BLAND; ALTAN, 1997).

4.8.3. Teste de correlação entre as dimensões das escalas de WHOQOL-BREF e as subescalas da DASS-21

A correlação entre os escores das dimensões da escala de WHOQOL-BREF e das subescalas da DASS-21 foi realizada pelo *Teste de correlação de Spearman* (i.e., teste não paramétrico, para dados com distribuição não normal).

O presente trabalho segue os intervalos de coeficientes de correlação encontrados em Hinkle, Wiersma e Jurs (2003): $\leq 0,30$ = insignificante; 0,30 a 0,50 = baixa; 0,50 a 0,70 = moderada; 0,70 a 0,90 = alta; 0,90 a 1,00 = muito alta.

4.8.4. Pontos de corte nas escalas e subescalas

Na análise dos dados das escalas DASS-21 e WHOQOL-BREF foram utilizados pontos de corte sugeridos na literatura. Para a escala DASS-21, Lovibond e Lovibond (2004) indicam pontos de corte para mensurar a severidade do aspecto emocional avaliando em cada subescala: a) Depressão (normal [0-9], leve [10-13], moderada [14-20], severa [21-27], extremamente severa [>28]); b) Ansiedade (normal [0-7], leve [8-9], moderada [10-14], severa [15-19], extremamente severa [>20]); c) Estresse (normal [0-14], leve [15-18], moderado [19-25], severo [26-33], extremamente severo [> 34]).

O WHOQOL-BREF foi aplicado em escala de 5 pontos, variando de muito ruim a muito boa e, para a satisfação geral com a saúde em uma escala de 5 pontos, variando de muito insatisfeito a muito satisfeito. Quanto maior o escore dado pelo participante da pesquisa à faceta, maior ou melhor é a sua QV.

O questionário é de autorrelato sobre os últimos quinze dias, e cada questão segue uma escala do tipo Likert, de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As questões que estão na negativa (questões 3,4 e 26) foram recalculadas da forma invertida: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

As dimensões da QV foram classificadas segundo seus valores médios: “Necessita melhorar” (de 1,0 até 2,9); “Regular” (de 3,0 a 3,9); “Boa” (de 4,0 a 4,9) e “Muito boa” (igual a 5,0). Neste estudo, optou-se por seguir a classificação da OMS. Ao final da aplicação da escala cada domínio tem o seu escore calculado de forma individual, o que possibilitou a

avaliação do nível de QV de cada participante em cada dimensão. Deste modo, quanto mais alto o escore, melhor foi a QV em cada domínio (OMS, 2008).

4.8.5. Análise bivariada das variáveis independentes e da qualidade de vida em relação ao estresse, depressão, ansiedade

As análises foram realizadas utilizando-se o programa Minitab[®], versão 19. 2020. Realizou-se regressão logística bivariada para cada variável independente selecionada e as dimensões da QV com a finalidade de determinar a associação com os níveis de estresse, ansiedade e depressão.

Para essa análise de regressão logística foi necessário dicotomizar as variáveis correspondentes aos desfechos a serem investigados (i.e., variáveis dependentes): estresse, ansiedade e depressão foram dicotomizados em ausência (i.e., escore normal) ou presença (i.e., soma de escores de todas as gradações), sendo o desfecho pesquisado na presença dessas condições.

As variáveis independentes categóricas testadas, com os respectivos itens dicotômicos (referência sublinhada) foram: sexo (feminino, masculino); idade (18-24 anos, >24 anos); estado civil (solteiro/separado/viúvo/outro, casado/união estável); com quem mora (sozinho, com 1 ou mais pessoas); filho (sim, não); escolaridade (Fundamental/Médio, Superior/Pós-Graduação), religião (sim, não), trabalha (sim, não), renda (sem renda e <1 salário mínimo, >1 salário mínimo); atividade física (sim, não); lazer (sim, não); fuma (sim, não); bebida alcoólica (sim, não); doença crônica (sim, não); 5 ou mais aspectos da vida afetados negativamente pela pandemia (sim, não); acesso a serviços médicos da área da saúde mental durante a pandemia (manteve igual ou foi pouco alterado, piorou moderadamente ou muito); acompanhamento psicológico (sim, não); acompanhamento psiquiátrico (sim, não); fez isolamento social (sim, não); episódios de hipomania na pandemia (aumentou frequência, manteve igual/diminuiu a frequência); mania na pandemia (aumentou frequência, manteve igual/diminuiu a frequência), Qualidade do Sono durante a pandemia (manteve igual/melhorou, piorou); teve COVID-19 (sim, não).

As variáveis independentes foram testadas pela regressão logística bivariada (método *forward*, função *logito*, intervalo de confiança 95%), segundo nível de significância $p < 0,05$ (HAIR JR. *et al.*, 2009).

5. RESULTADOS

5.1. AMOSTRA DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR

No presente estudo 260 indivíduos com diagnóstico autorrelatado de TB acessaram o *link* da pesquisa, e a maioria aceitou participar da pesquisa, contabilizando 250 aceites (96,2% dos acessos) e, em 10 acessos (3,9%) foi marcada a opção de ter menos de 18 anos, ou não ter diagnóstico clínico de TB ou não concordo em participar da pesquisa.

Dos 250 (96,2%) acessos com aceite de participação na pesquisa, através da resposta ao *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), 62 (24,8%) não preencheram o questionário de variáveis independentes até o final, portanto, os dados não foram registrados na plataforma digital.

Dos 188 preenchimentos completos do questionário (75,2% dos aceites de participação), 02 acessos foram excluídos: ambos residentes em outro país, no caso o Paraguai. Assim, a amostra analisada na presente pesquisa, considerou os 186 participantes com TB que preencheram o questionário até o final e atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na análise das variáveis sociodemográficas, a maioria da amostra foi composta por indivíduos do sexo feminino (89,8%), e a faixa etária predominante foi de 25 a 34 anos (40,9%), seguido da faixa de 18 a 24 anos (30,1%) e 35 a 44 anos (24,2%), a maioria dos participantes tinha ensino superior incompleto (31,7%), seguido de ensino superior completo (26,3%), era solteira (57,0%), sem filhos (71,0%) e morando com 2 até 4 pessoas na mesma residência (51,1%) e a maioria relatou seguir uma religião (55,4%) (TABELA 1).

Quanto à renda familiar, a maioria da amostra referiu renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (48,4%), seguidos da renda de 4 a 6 salários mínimos (18,0%) e com 10 ou mais salários mínimos (11,3%) (TABELA 1).

Quanto a atividade profissional, mais da metade da amostra informou que atua profissionalmente (60,3%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis sociodemográficas, Brasil, 2022.

Variável	Total n (%)
Gênero	
Feminino	167 (89,8)
Masculino	18 (9,7)
Outro	1 (0,5)
Faixa etária	
18 a 24 anos	56 (30,1)
25 a 34 anos	76 (40,9)
35 a 44 anos	45 (24,2)
45 a 54 anos	7 (3,7)
55 a 64 anos	2 (1,1)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1 (0,5)
Ensino médio incompleto	5 (2,7)
Ensino médio completo	33 (17,8)
Ensino superior incompleto	59 (31,7)
Ensino superior completo	49 (26,3)
Pós-graduação	39 (21,0)
Estado civil	
Solteiro(a)	106 (57,0)
Casado(a)	37 (19,9)
União estável	26 (14,0)
Divorciado(a)	11 (5,9)
Viúvo(a)	1 (0,5)
Outro	5 (2,7)
Com quem você mora	
Sozinho	20 (10,7)
Com 1 pessoa	65 (35,0)
Com 2 até 4 pessoas	95 (51,1)
Com 5 ou mais pessoas	6 (3,2)
Filhos	
Não	132 (71,0)
Sim, tenho 1	30 (16,1)
Sim, tenho 2	17 (9,1)
Sim, tenho 3	7 (3,8)
Renda Familiar	
Sem renda familiar	4 (2,1)
Menos de 1 salário mínimo	19 (10,2)
1 a 3 salários mínimos	90 (48,4)
4 a 6 salários mínimos	34 (18,0)
7 a 9 salários mínimos	18 (9,7)
10 ou mais salários mínimos	21 (11,3)
Trabalha	
Não	72 (38,7)
Sim	114 (60,3)
Segue alguma religião	
Não	83 (44,6)
Sim, evangélica	29 (15,6)
Sim, espírita	24 (12,9)

Sim, católica	22 (11,8)
Sim, outra	28 (15,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação a participação dos pesquisados segundo região do país, houve participantes de 17 estados da Federação, sendo que a grande parte foi de São Paulo (SP) com 30,1%, seguido do Paraná (PR) com 11,3%, Rio de Janeiro (RJ) com 8,6%, Minas Gerais (MG) 8,1%, Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS), com 5,4%, Bahia (BA) 4,5%, Pernambuco (PE) e Goiás (GO) com 3,8%, Distrito Federal (DF) e Ceará (CE) com 2,2% e Rondônia (RO) e Rio Grande do Norte (RN) com 1,6% (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo estado de residência, Brasil, 2022

Variável	n (%)	Variável	n (%)
Estado			
SP	56 (30,1)	RN	3 (1,6)
PR	21 (11,3)	PB	3 (1,6)
RJ	16 (8,6)	MS	3 (1,6)
MG	15 (8,1)	AM	3 (1,6)
SC	10 (5,4)	AL	3 (1,6)
RS	10 (5,4)	PA	2 (1,1)
BA	9 (4,8)	MA	2 (1,1)
PE	7 (3,8)	TO	1 (0,5)
GO	7 (3,8)	SE	1 (0,5)
DF	4 (2,2)	MT	1 (0,5)
CE	4 (2,2)	ES	1 (0,5)
RO	3 (1,6)	AC	1 (0,5)
TOTAL			186 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação à saúde física, a grande maioria dos participantes informou não fumar (81,2%) e não consumir bebida alcoólica (59,2%) (TABELA 3).

Em relação à atividade física, 59,6% dos pesquisados relataram não praticar atividade física, seguido de 21,5% praticam de 2 ou 3 vezes na semana, e 11,3% que praticam 4 ou 5 vezes na semana (TABELA 3). Quanto à atividade de lazer, a grande parte dos pesquisados realiza 1 vez na semana (46,8%), 23,6% de 2 ou 3 vezes na semana e 23,6% não realizam atividade de lazer (TABELA 3).

Em relação à doença crônica, 10,2% dos participantes responderam não ter doença crônica. Mas, em relação as maiores classes de doenças crônicas relatadas na população estudada, foram os transtornos mentais e comportamentais com 65,1%, seguido pelas Doenças endócrinas (8,6%), Doenças respiratórias (7,0%), e as doenças circulatória e digestiva, com 3,8% e 2,1%, respectivamente (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição da frequência dos pesquisados segundo variáveis de saúde, Brasil, 2022

Variável	Total n (%)
Atividade física	
Não	111 (59,6)
Sim, 1 vez na semana	7 (3,8)
Sim, 2 ou 3 vezes na semana	40 (21,5)
Sim, 4 ou 5 vezes na semana	21 (11,3)
Sim, 6 ou 7 vezes na semana	7 (3,8)
Atividade de Lazer	
Não	44 (23,6)
Sim, 1 vez na semana	87 (46,8)
Sim, 2 ou 3 vezes na semana	44 (23,6)
Sim, 4 ou 5 vezes na semana	7 (3,8)
Sim, 6 ou 7 vezes na semana	4 (2,2)
Fuma	
Não	151 (81,2)
Sim	35 (18,8)
Consome bebida alcoólica	
Não	110 (59,2)
Sim, 1 vez na semana	54 (29,0)
Sim, 2 ou 3 vezes na semana	18 (9,7)
Sim, 4 ou 5 vezes na semana	3 (1,6)
Sim, 6 ou 7 vezes na semana	1 (0,5)
Doença crônica	
Não	19 (10,2)
Classe da doença *	
Sim, circulatória	7 (3,8)
Sim, digestiva	4 (2,1)
Sim, endócrino	16 (8,6)
Sim, respiratório	13 (7,0)
Sim, mental/comportamental	121 (65,1)
Outra	6 (3,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Sobre a COVID-19, grande parte dos pesquisados referiu que teve a doença (45,2%), relatou que convive com quem teve a doença (68,8%), e a minoria conviveu com quem faleceu da COVID-19 (22,0%) (TABELA 4).

Quanto às manifestações clínicas da COVID-19, grande parte dos pesquisados teve manifestação leve (27,4%) ou moderada (25,3%) (TABELA 4).

Em relação ao isolamento social, apenas 8,6% informaram não ter feito isolamento social, entretanto, boa parte da amostra informou ter feito até 60 dias de isolamento social (31,7%), sendo 22,0% pelo período de mais de 365 dias, 10,8% de 91 a 120 dias e 10,2% de 150 a 240 dias (TABELA 4).

No que se refere ao impacto das medidas de isolamento social na vida dos participantes, a grande maioria, 53,3% informaram ter sido muito afetada e 22,6% moderadamente afetada. Em relação a vacina para a COVID-19, todos os participantes da pesquisa informaram ter sido vacinados, 57,0% com a 3ª dose, 41,9% com a 2ª dose e 1,1% com a 1ª dose (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis sobre COVID-19 e isolamento social, Brasil, 2022

Variável	Total n (%)
Teve COVID-19	
Não	73 (39,2)
Talvez	29 (15,6)
Sim	84 (45,2)
Manifestação clínica da COVID-19	
Não tive	79 (42,5)
Assintomático (sem sintomas)	5 (2,7)
Manifestação leve	51 (27,4)
Manifestação moderada	47 (25,3)
Manifestação moderadamente grave, foi internado, sem UTI	3 (1,6)
Manifestação muito grave, com UTI	1 (0,5)
Convive com quem teve COVID-19	
Não	58 (31,2)
Sim	128 (68,8)
Conviveu com quem faleceu de COVID-19	
Não	145 (78,0)
Sim	41 (22,0)
Fez isolamento Social	
Não	16 (8,6)
Sim, até 60 dias	59 (31,7)
Sim, 61 a 90 dias	6 (3,2)

Sim, 91 a 120 dias	20 (10,8)
Sim, 121 a 150 dias	8 (4,3)
Sim, 150 a 240 dias	19 (10,2)
Sim, 240 a 365 dias	17 (9,2)
>365 dias	41 (22,0)
As medidas de isolamento social afetaram a sua vida	
Não	8 (4,3)
Pouco	36 (19,3)
Moderado	42 (22,6)
Muito	100 (53,8)
Foi vacinado para COVID-19	
Não	0 (0,00)
Sim, 1ª dose	2 (1,1)
Sim, 2ª dose	78 (41,9)
Sim, 3ª dose	106 (57,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto às dimensões da vida que foram afetadas negativamente pela pandemia de COVID-19, a grande maioria dos pesquisados indicou saúde mental (75,3%), seguido de convívio social (68,3%), financeiro (50,5%), renda familiar (50,0%), sono (48,4%), alimentação (47,3%) e saúde física (43,3%) (TABELA 5).

A atividade de lazer reduziu e cessou para 47,9% e 25,8%, respectivamente; a atividade física cessou para 27,9% e reduziu para 22,6%, e o estudo reduziu e cessou para 27,4% e 15,1%, respectivamente (TABELA 5).

Em relação ao acesso a alimentos, a maioria da amostra informou que se manteve (51,6%) e 24,7% informaram redução. Além disso, para 50% reduziu a renda familiar (TABELA 5).

Quanto ao acesso a medicamentos para o TB, a maioria da amostra informou que manteve igual (50,5%) e 33,9% referiu aumentar, mas para 10,2% cessou ou reduziu. Em relação às consultas psicológicas, 15,0% da amostra informou que cessaram, 26,9% reduziram e 25,8% mantiveram-se iguais (TABELA 5).

Quanto as consultas psiquiátricas, 9,7% da amostra informou que cessaram, 28,5% reduziram, 37,1% mantiveram-se iguais e 20,4% aumentaram. Entretanto, as consultas de saúde em geral, reduziram em 42,5% (TABELA 5).

Em relação ao convívio doméstico saudável, 51,6% da amostra informou que piorou e quanto à vida social para 54,3% reduziu (TABELA 5).

Quanto a qualidade do sono a grande maioria dos pesquisados informou que piorou (74,2%) (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis das dimensões da vida afetadas negativamente pela COVID-19, Brasil, 2022

Variável	Total n (%)
Dimensões da vida afetadas negativamente pela COVID-19	
Alimentação	88 (47,3)
Convívio doméstico	61 (32,8)
Convívio social	127 (68,3)
Financeiro	94 (50,5)
Trabalho	68 (36,6)
Saúde física	80 (43,0)
Saúde mental	140 (75,3)
Sono	90 (48,4)
Nenhuma	4 (2,2)
Todas	32 (17,2)
Outra	5 (2,7)
Acesso a alimentos	
Reduziu	46 (24,7)
Manteve igual	96 (51,6)
Aumentou	44 (23,7)
Acesso a medicamentos para a bipolaridade	
Não faço uso	10 (5,4)
Cessou	4 (2,1)
Reduziu	15 (8,1)
Manteve igual	94 (50,5)
Aumentou	63 (33,9)
Atividade de Lazer	
Não faço	24 (12,9)
Cessou	48 (25,8)
Reduziu	89 (47,9)
Manteve igual	14 (7,5)
Aumentou	11 (5,9)
Atividade Física	
Não faço	63 (33,9)
Cessou	52 (27,9)
Reduziu	42 (22,6)
Manteve igual	13 (7,0)
Aumentou	16 (8,6)
Consultas psicológicas	
Não faço	24 (12,9)
Cessaram	28 (15,0)
Reduziram	50 (26,9)
Mantiveram-se iguais	48 (25,8)
Aumentaram	36 (19,4)
Consultas psiquiátricas	

Não faço	8 (4,3)
Cessaram	18 (9,7)
Reduziram	53 (28,5)
Mantiveram-se iguais	69 (37,1)
Aumentaram	38 (20,4)
Consultas de saúde em geral	
Não faço	9 (4,9)
Cessaram	33 (17,7)
Reduziram	79 (42,5)
Mantiveram-se iguais	41 (22,0)
Aumentaram	24 (12,9)
Bebida alcoólica	
Não faço uso	74 (39,8)
Cessou	14 (7,5)
Reduziu	28 (15,0)
Manteve igual	18 (9,7)
Aumentou	52 (28,0)
Convívio doméstico saudável	
Piorou	96 (51,6)
Manteve igual	71 (38,2)
Melhorou	19 (10,2)
Estudo	
Não estudo	47 (25,3)
Cessou	28 (15,1)
Reduziu	51 (27,4)
Manteve igual	24 (12,9)
Aumentou	36 (19,3)
Renda Familiar	
Cessou	1 (0,5)
Reduziu	93 (50,0)
Manteve igual	74 (39,8)
Aumentou	18 (9,7)
Qualidade do sono	
Piorou	138 (74,2)
Manteve igual	44 (23,7)
Melhorou	4 (2,1)
Vida Social	
Cessou	72 (38,7)
Reduziu	101 (54,3)
Manteve igual	11 (5,9)
Aumentou	2 (1,1)
TOTAL	186(100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Sobre as variáveis da pandemia de COVID-19, a grande maioria da amostra referiu a experiências muito estressantes durante a pandemia (67,2%), sendo que boa parte dos

pesquisados relataram dificuldades em equilibrar rotinas e padrões de sono (40,9%), e 31,2% relataram dificuldade moderada para acessar os serviços médicos na área da saúde mental, em contrapartida, para 34,9% dos pesquisados não houve mudança (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis da pandemia de COVID-19, Brasil, 2022

Variável	Total n (%)
Experiências estressantes durante a Pandemia da COVID-19	
Não	5 (2,7)
Pouco	6 (3,2)
Moderado (preocupações e/ou sintomas moderados relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se, triste, dificuldade moderada para dormir)	50 (26,9)
Muito (Preocupações persistentes e/ou sintomas severos relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se extremamente ansioso, triste, dificuldade severa e frequente para dormir)	125 (67,2)
Dificuldade em equilibrar rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive (familiares, amigos)	
Não houve mudança	23 (12,4)
Pouca	27 (14,5)
Moderado	60 (32,2)
Muito	76 (40,9)
Dificuldade para acessar serviços médicos na área de saúde mental	
Não houve mudança	65 (34,9)
Pouca (Dificuldade de acesso aos serviços, sem repercussão na saúde)	42 (22,6)
Moderado (Atraso e cancelamento de consultas médicas e/ou psicológicas e/ou psiquiátricas, com moderado impacto na saúde)	58 (31,2)
Muito (não pude acessar os serviços, com forte impacto na saúde)	21 (11,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação as variáveis do TB, boa parte da amostra referiu a idade do primeiro episódio entre a faixa de 12 a 18 anos de idade (38,2%), sendo 26,3% na faixa de 19 a 59 anos de idade, e 23,6% não souberam dizer a idade do primeiro episódio (TABELA 7).

Quanto ao tipo do primeiro episódio, a maioria da amostra informou depressão (57,5%), seguido de episódio misto (16,1%), episódio de mania (13,5%), episódio de hipomania (5,9%) e 7,0% não souberam informar qual foi o primeiro tipo de episódio (TABELA 7).

Em relação a idade que recebeu o diagnóstico clínico do TB, a maioria da amostra informou idade entre 19 à 59 anos (79,5%) (TABELA 7).

Quanto ao tipo do diagnóstico, 34,9%, dos pesquisados informaram o TB tipo II, 23,7% o TB tipo I, 19,9% TB sem outra especificação, 4,3% transtorno ciclotímico, e 14,5% não souberam informar (TABELA 7).

Em relação a idade que usou medicação psiquiátrica com indicação médica pela primeira vez, a maioria dos pesquisados informou idade entre 19 à 44 anos (58,1%), sendo que a grande maioria da amostra não passou por hospitalização psiquiátrica (73,7%) (TABELA 7).

Quanto ao acompanhamento relacionada a saúde mental, a maioria da amostra afirmou usou a consulta médica particular (58,1%), sendo que 47,3% usam Plano Privado de saúde, 19,9% o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 17,2% o hospital, 16,1% as Unidades básicas, 8,1% a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 3,2% o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) (TABELA 7).

Em relação ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico, a maioria dos pesquisados informou fazer acompanhamento a mais de um ano (51,1% e 69,9%, respectivamente) (TABELA 7).

Tabela 7 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis do transtorno bipolar, Brasil, 2022

Variável	Total n (%)
Idade do primeiro episódio	
Não sei	44 (23,6)
Indefinido	7 (3,8)
03 a 11 anos	15 (8,1)
12 a 18 anos	71 (38,2)
19 a 59 anos	49 (26,3)
>60 anos	0 (0,00)
Tipo do primeiro episódio	
Não sei	13(7,0)
Depressão	107 (57,5)
Hipomania	11 (5,9)
Mania	25 (13,5)
Episódio misto	30 (16,1)
Idade que recebeu diagnóstico médico do transtorno bipolar	
03 a 11 anos	1 (0,5)
12 a 18 anos	26 (14,0)
19 a 59 anos	148 (79,5)
Não sei	7 (3,8)
Indefinido	4 (2,2)
Diagnóstico do tipo de transtorno bipolar	
Não sei	27 (14,5)
Transtorno bipolar tipo I	44 (23,7)

Transtorno bipolar tipo II	65 (34,9)
Transtorno bipolar sem outra especificação	37 (19,9)
Transtorno ciclotímico	8 (4,3)
Outro	5 (2,7)
Idade que usou medicação psiquiátrica com indicação médica pela primeira vez	
06 a 11 anos	4 (2,1)
12 a 18 anos	60 (32,3)
19 a 44 anos	108 (58,1)
Indefinido	8 (4,3)
Não sei	6 (3,2)
Hospitalização psiquiátrica	
Não	137 (73,7)
Sim	49 (26,3)
Acompanhamento relacionado a saúde mental	
Consulta particular	108 (58,1)
Plano Privado de Saúde	88 (47,3)
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	37 (19,9)
Hospital	32 (17,2)
Unidades básicas (Postos de Saúde)	30 (16,1)
UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	15 (8,1)
SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência)	6 (3,2)
Não faço uso do serviço de saúde	4 (2,1)
Acompanhamento psicológico	
Não	51 (27,4)
Sim, até 6 meses	25 (13,4)
Sim, mais de 6 meses até 1 ano	15 (8,1)
Sim, mais de 1 ano	95 (51,1)
Acompanhamento psiquiátrico	
Não	15 (8,0)
Sim, até 6 meses	23 (12,4)
Sim, mais de 6 meses até 1 ano	18 (9,7)
Sim, mais de 1 ano	130 (69,9)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto as variáveis do TB e os aspectos relacionados a pandemia de COVID- 19, 32,8%, 33,9%, 71,5% dos pesquisados indicaram frequentes episódios de mania, hipomania e depressão durante a pandemia, respectivamente, quando comparados com 24,2%, 22,6%, 61,8%, no período anterior a pandemia de COVID-19, indicando aumento de um período para outro (TABELA 8).

Tabela 8 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo variáveis do transtorno bipolar e aspectos relacionados a pandemia de COVID-19, Brasil, 2022

Variável	Antes Pandemia n (%)	Durante Pandemia n (%)
Episódios de Mania		
Não sei	31 (16,7)	18 (9,7)
Não tive	53 (28,5)	59 (31,7)
Pouco frequente (Alguns episódios com duração mínima de uma semana e parte do dia, quase todos os maiores dias)	57 (30,6)	48 (25,8)
Frequente (Vários episódios com duração mínima de uma semana e parte do dia, quase todos os maiores dias)	45 (24,2)	61 (32,8)
Episódios de Hipomania		
Não sei	50 (26,9)	32 (17,2)
Não tive	16 (8,6)	17 (9,1)
Pouco frequente (alguns episódios presentes com duração mínima de quatro dias consecutivos na maior parte do dia, quase todos os dias)	78 (41,9)	74 (39,8)
Frequente (vários dias com duração mínima de quatro dias consecutivos e maior parte do dia, quase todos os dias)	42 (22,6)	63 (33,9)
Episódios de depressão		
Não sei	15 (8,1)	6 (3,2)
Não tive	9 (4,8)	12 (6,5)
Pouco frequente (alguns episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)	47 (25,3)	35 (18,8)
Frequente (vários episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)	115 (61,8)	133 (71,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5.3. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

A verificação da normalidade dos dados da amostra para as subescalas foi realizada pelo *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e verificou-se que todas as subescalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a escala de QV (WHOQOL-BREF) apresentaram distribuição não normal e $p < 0,010$.

Na análise da confiabilidade das escalas para os indivíduos com TB, encontrou-se o coeficiente *alfa de cronbach* da escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e a escala de QV (WHOQOL-BREF) considerando a amostra de 186 indivíduos com TB.

A qualificação de consistência pelo *alfa de cronbach* foi classificada segundo Loersh e Hoeltgebaum (2012), analisado por escala (TABELA 9):

1. Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) consistência excelente na subescala de depressão (0,92); consistência muito boa nas subescalas Estresse (0,89) e Ansiedade (0,87).
2. Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF): consistência boa nas subescalas de Domínio *Físico* (0,74); Domínio *Psicológico* (0,78); e *Meio ambiente* (0,81) e consistência fraca e na subescala de *Relações Sociais* (0,57).

Na análise estatística dos dados coletados, foi verificada média (M), desvio padrão (DP) e mediana (Md) para escalas e subescalas utilizadas no presente estudo.

Na análise de Estresse (E), Ansiedade (A) e Depressão (D) mensurado pela escala DASS-21, nos participantes pesquisados, os três apresentaram medianas superiores aos pontos de corte indicados por Lovibond e Lovibond (2004) para os níveis normal, leve, moderado, severo e extremamente severo (TABELA 9).

Tabela 9 – Estatística descritiva e distribuição de frequência nas escalas DASS-21 e WHOQOL-BREF, e as subescalas de DASS-21 e WHOQOL-BREF, Brasil, 2022

Escala	Estatística			Distribuição de Frequência		
	M	DP	Md	α	Min n (%)	Max n (%)
DASS-21						
Estresse (>14)	25,38	11,47	26	0,89	0,0 (0,37)	42,0 (99,6)
Ansiedade (>7)	19,81	11,88	20	0,87	0,0 (0,37)	42,0 (99,62)
Depressão (>9)	24,66	12,57	26	0,92	0,0 (0,37)	42,0 (99,62)
WHOQOL-BREF						
Domínio Físico	2,70	0,68	2,7	0,74	1,0	5,0
Domínio Psicológico	2,55	0,72	2,5	0,78	1,0	4,5
Relações Sociais	2,67	0,86	2,7	0,57	1,0	4,7
Meio Ambiente	3,05	0,74	3,0	0,81	1,0	4,9

Abreviaturas: M, média; DP, Desvio Padrão; Md, Mediana; Min, escore mínimo; Máx, escore máximo. Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na Tabela 10, a frequência dos escores para as subescalas da DASS-21 foi classificada em normal ou alterada, sendo a frequência indicada como alterada o resultado da soma das frequências nos escores do nível leve até extremamente severo. Encontrou-se frequência alterada em mais da metade da amostra para Estresse (78,0%), Ansiedade (83,3%), Depressão (87,2%). Na distribuição de frequência dos pesquisados para os cinco níveis mensurados pela escala DASS-21, apenas 22,0% apresentaram-se sem sintomas de Estresse, 12,8% sem sintomas de Depressão e 16,7% sem sintomas de Ansiedade. No

entanto, verificou-se preocupantes percentuais da amostra com escores em níveis ‘severo’ e ‘extremamente severo’ para Estresse (53,2%), Ansiedade (63,4%) e Depressão (60,3%), com destaque para a frequência de Ansiedade no escore ‘extremamente severo’ com 50,5%.

Tabela 10 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo os níveis de Estresse, Ansiedade e Depressão, Brasil, 2022

DASS-21	Distribuição de Frequência				
	Normal n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Extremamente severa n (%)
Ansiedade	31 (16,7)	10 (5,4)	27 (14,5)	24 (12,9)	94 (50,5)
Depressão	24 (12,8)	16 (8,6)	34 (18,3)	23 (12,4)	89 (47,9)
Estresse	41 (22,0)	19 (10,2)	27 (14,6)	38 (20,4)	61 (32,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A aplicação da escala WHOQOL-BREF na distribuição de frequência dos pesquisados em relação a percepção geral quanto à QV e satisfação com a saúde, apresentou predomínio de QV na classificação ‘necessita melhorar’ com 80,1% (30,1% e 50,0%, respectivamente, para ‘percepção da QV’ e ‘satisfação com a saúde’) (TABELA 11).

Destaca-se ainda que a grande maioria dos pesquisados (62,4%) informou a classificação ‘necessita melhorar’ e ‘regular’ (30,1% e 32,3%, respectivamente) para a Percepção da QV. Em relação à Satisfação com a Saúde, 78,0% dos pesquisados indicaram ‘necessita melhorar’ e ‘regular’ (50,0% e 28,0%, respectivamente) (TABELA 11).

Tabela 11 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo a percepção da qualidade de vida e satisfação com a vida, da escala WHOQOL-BREF, Brasil, 2022

Pergunta	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Percepção da qualidade de vida	56 (30,1)	60 (32,3)	56 (30,1)	14 (7,5)
Satisfação com a saúde	93 (50,0)	52 (28,0)	29 (15,6)	12 (6,4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na distribuição de frequência dos pesquisados, segundo as facetas da escala WHOQOL-BREF, observou-se que nos quatro domínios mensurados (*Psicológico, Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente*) prevaleceram ‘necessita melhorar’ com 73,1%, 64,0%,

59,7% e 47,9%, respectivamente, com destaque para o elevado escore no domínio *Psicológico* (TABELA 12).

Tabela 12 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo domínios de qualidade de vida da escala WHOQOL-BREF, Brasil, 2022

Pergunta	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Domínio Físico	119 (64,0)	59 (31,7)	7 (3,8)	1 (0,5)
Domínio Psicológico	136 (73,1)	45 (24,2)	5 (2,7)	0 (0,0)
Relações Sociais	111 (59,7)	56 (30,1)	19 (10,2)	0 (0,0)
Meio Ambiente	89 (47,9)	75 (40,3)	22 (11,8)	0 (0,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na distribuição de frequência dos pesquisados no domínio *Físico*, observou-se que a grande maioria da amostra (70,4%) indicou ‘necessita melhorar’ na faceta ‘Energia e fadiga’, seguido de ‘Dependência de medicação ou tratamentos’, ‘Capacidade de trabalho’ e ‘Atividades da vida cotidiana’ com 55,9%, 54,9% e 54,8%, respectivamente. Em relação à classificação Boa e Muito boa, destacam-se as facetas, ‘Mobilidade’ (60,7%) e ‘Dor e desconforto’ (43,0%) (TABELA 13).

Tabela 13 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas: Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Atividades da vida cotidiana, Dependência de medicação ou de tratamentos e Capacidade de trabalho, da escala WHOQOL-BREF para o domínio Físico, Brasil, 2022

Facetas	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Dor e desconforto	58 (31,2)	48 (25,8)	46 (24,7)	34 (18,3)
Energia e fadiga	131 (70,4)	39 (21,0)	9 (4,8)	7 (3,8)
Sono e repouso	96 (51,6)	72 (38,7)	13 (7,0)	5 (2,7)
Mobilidade	21 (11,3)	52 (28,0)	68 (36,5)	45 (24,2)
Atividades da vida cotidiana	102 (54,8)	36 (19,4)	40 (21,5)	8 (4,3)

Dependência de medicação ou de tratamentos	104 (55,9)	48 (25,8)	29 (15,6)	5 (2,7)
Capacidade de trabalho	102 (54,9)	43 (23,1)	35 (18,8)	6 (3,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na distribuição de frequência quanto ao domínio *Psicológico*, no somatório das classificações ‘necessita melhorar’ e ‘regular’, houve predominância das facetas ‘Autoestima’ (88,2%), ‘Sentimentos negativos’ (83,8%), ‘Imagem corporal e aparência’ (82,2%), seguidos de ‘Sentimentos positivos’ (81,2%) e ‘Espiritualidade/religião/crenças pessoais’ (74,8%). Enquanto, no somatório das classificações Boa e Muito boa, as facetas ‘Pensar, aprender, memória, concentração’ com 25,8% e ‘Espiritualidade/religião/crenças pessoais’ com 25,2% tiveram maior prevalência (TABELA 14).

Tabela 14 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Psicológico, Brasil, 2022

Facetas	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Sentimentos positivos	81 (43,6)	70 (37,6)	30 (16,1)	5 (2,7)
Pensar, aprender, memória, concentração	68 (36,6)	70 (37,6)	39 (21,0)	9 (4,8)
Autoestima	101 (54,3)	63 (33,9)	21 (11,3)	1 (0,5)
Imagem corporal e aparência	89 (47,8)	64 (34,4)	21 (11,3)	12 (6,5)
Sentimentos negativos	105 (56,4)	51 (27,4)	28 (15,1)	2 (1,1)
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	103 (55,4)	36 (19,4)	43 (23,1)	4 (2,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

No domínio *Relações Sociais*, o somatório de ‘necessita melhorar’ e ‘regular’ apresentou maiores percentuais nas facetas ‘Relações pessoais’ (80,7%), seguido de ‘Suporte (Apoio) social’ com 71,5% e ‘Atividade sexual’ com 66,1%. Quanto ao somatório das classificações Boa e Muito boa, o percentual mais baixo ficou para a faceta ‘Relações pessoais’ com 19,3% e o mais elevado, Atividade sexual com 33,9%, enquanto ‘Suporte (Apoio) social’ ficou com 28,5% (TABELA 15).

Tabela 15 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Relações Sociais, Brasil, 2022

Facetas	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Relações pessoais	84 (45,2)	66 (35,5)	32 (17,2)	4 (2,1)
Suporte (Apoio) social	88 (47,3)	45 (24,2)	38 (20,4)	15 (8,1)
Atividade sexual	78 (41,9)	45 (24,2)	50 (26,9)	13 (7,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação à distribuição de frequência no domínio *Meio Ambiente*, no somatório de ‘necessita melhorar’ e ‘regular’, observou-se maiores percentuais nas facetas ‘Segurança física e proteção’ (89,2%), ‘Recursos financeiros’ (84,4%), ‘Ambiente no lar’ (63,4%) e ‘Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades’ (70,4%). Já no somatório das classificações Boa e Muito boa, o destaque ficou para os percentuais de ‘Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade’ com 54,3%, ‘Ambiente físico’ com 53,8% e ‘Participação e oportunidade de recreação /lazer’ com 50,5%, enquanto o menor percentual foi apresentado na faceta ‘Segurança física e proteção’ com 10,8% (TABELA 16).

Tabela 16 – Distribuição de frequência dos pesquisados segundo as Facetas da escala WHOQOL-BREF para o domínio Meio Ambiente, Brasil, 2022

Facetas	Classificação			
	Necessita melhorar n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Muito boa n (%)
Segurança física e proteção	94 (50,5)	72 (38,7)	18 (9,7)	2 (1,1)
Ambiente no lar	56 (30,1)	62 (33,3)	57 (30,7)	11 (5,9)
Recursos financeiros	92 (49,5)	65 (34,9)	18 (9,7)	11 (5,9)
Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	26 (14,0)	59 (31,7)	57 (30,6)	44 (23,7)
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	56 (30,1)	75 (40,3)	38 (20,4)	17 (9,2)
Participação e oportunidades de recreação/lazer	56 (30,1)	36 (19,4)	66 (35,5)	28 (15,0)
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	46 (24,7)	40 (21,5)	71 (38,2)	29 (15,6)
Transporte	59 (31,7)	36 (19,4)	62 (33,3)	29 (15,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

5.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA ESCALA DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO E DA QUALIDADE DE VIDA

Segundo Hinkle, Wiersma e Jurs (2003), as correlações são classificadas em: baixas ($r_b = 0,30$ a $0,50$); moderadas ($r_m = 0,50$ a $0,70$); altas ($r_a = 0,70$ a $0,90$); muito altas ($r_{ma} = 0,90$ a $1,00$).

Das correlações entre baixas e muito altas, serão descritas as correlações significativas encontradas ($p < 0,05$), sendo 2 altas positivas, 1 alta negativa, 6 moderadas (3 positivas e 3 negativas) e 10 baixas (4 positivas e 6 negativas). Apenas duas correlações foram $< 0,30$ e, portanto, não serão descritas.

Das correlações significativas entre Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) encontrou-se correlações positivas altas do Estresse com Ansiedade (E-A; $r_a = 0,765$) e com Depressão (E-D; $r_a = 0,710$), além de correlação negativa alta entre Depressão e domínio *Psicológico* (D-DP; $r_a = -0,717$) (TABELA 17).

Nas correlações moderadas, ressaltam-se as moderadas positivas entre Ansiedade e Depressão (A-D; $r_m = 0,674$), domínio *Psicológico* e domínio *Físico* ($r_m = 0,623$) e domínio *Psicológico* e *Meio Ambiente* ($r_m = 0,540$). Já as correlações moderadas negativas foram encontradas entre Estresse e domínio *Psicológico* ($r_m = -0,576$), Depressão e domínio *Físico* ($r_m = -0,540$) e Ansiedade e domínio *Psicológico* ($r_m = -0,528$). Entre as correlações baixas positivas, os maiores valores estão nas correlações entre *Meio Ambiente* e domínio *Físico* ($r_m = 0,483$) e domínio *Psicológico* e *Relações Sociais* ($r_m = 0,466$), enquanto nas correlações baixas negativas destacam-se aquelas entre *Meio Ambiente* e Ansiedade (MA-A; $r_m = -0,457$) e entre Ansiedade e Domínio *Físico* (A-DF; $r_m = -0,455$) (TABELA 18). Verifica-se com isso que as correlações encontradas entre as subescalas do DASS-21 entre si foram positivas e as correlações entre as dimensões da QV entre si foram positivas, como já esperado. No entanto, todas as correlações entre as subescalas do DASS-21 foram negativas em relação a todas as dimensões da QV (TABELA 18).

Tabela 17 – Teste de correlação Rô de Spearman para determinar a relação entre Estresse, Ansiedade, Depressão (DASS-21) e os Domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Estresse	Ansiedade	Depressão
Domínio Físico	0,623*	0,367*	0,483*	-0,451*	-0,455*	-0,540*
Domínio Psicológico		0,466*	0,540*	-0,576*	-0,528*	-0,717*
Relações Sociais			0,346*	-0,245*	-0,166*	-0,307*
Meio Ambiente				-0,355*	-0,457*	-0,366*
Estresse					0,765*	0,710*
Ansiedade						0,674*

Conteúdo da célula: Rô de Spearman – $0,30 > r \leq 0,50$ (baixa); $0,50 > r \leq 0,70$ (**moderada**); $0,70 > r \leq 0,90$ (**alta**). Valor-p. *p< 0,0001. Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

5.5. ANÁLISE LOGÍSTICA BIVARIADA ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO e ESTRESSE E VARIÁVEIS INDEPENDENTES E DE QUALIDADE DE VIDA

Na análise logística bivariada, a presença de Ansiedade relacionou-se significativamente ($p < 0,05$) com as seguintes variáveis, com os respectivos valores de *Odd Ratio* (OR): idade entre 18 e 24 anos (mais jovens) (OR = 3,40), sem lazer (OR=3,35), com dificuldade de acesso a serviços médicos da área da saúde mental durante a pandemia (OR = 4,75), pior qualidade de sono durante a pandemia (OR = 3,46) e menores níveis de todos domínios de QV (*Físico* [OR=0,29], *Psicológico* [OR=0,21], *Relações Sociais* [0,52] e *Meio Ambiente* [0,20]) (TABELA 18).

Na análise logística bivariada, a presença de Depressão relacionou-se significativamente ($p < 0,05$) com as seguintes variáveis, com os respectivos valores de *Odd Ratio* (OR): sem trabalho (OR = 2,68), 5 ou mais aspectos da vida afetados pela pandemia de COVID-19 (OR=2,48), com dificuldade de acesso a serviços médicos da área da saúde mental durante a pandemia (OR = 4,31), não estar em acompanhamento psicológico (OR=2,94), pior qualidade de sono durante a pandemia (OR = 3,50) e menores níveis de todos domínios de QV (*Físico* [OR=0,10], *Psicológico* [OR=0,04], *Relações Sociais* [0,36] e *Meio Ambiente* [0,34]) (TABELA 19).

Na análise logística bivariada, a presença de Estresse relacionou-se significativamente ($p < 0,05$) com as seguintes variáveis, com os respectivos valores de *Odd Ratio* (OR): baixa escolaridade (OR = 2,94), sedentarismo (OR=2,28), 5 ou mais aspectos da vida afetados pela pandemia de COVID-19 (OR=5,22), com dificuldade de acesso a serviços médicos da área da saúde mental durante a pandemia (OR = 3,95), ter feito

isolamento social (OR=3,11), pior qualidade de sono durante a pandemia (OR = 3,45) e menores níveis de todos domínios de QV (*Físico* [OR=0,19], *Psicológico* [OR=0,17], *Relações Sociais* [0,57] e *Meio Ambiente* [0,46]) (TABELA 20).

Tabela 18 – Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de ansiedade entre os participantes com transtorno bipolar, 2022

Variáveis	Ansiedade	
	OR (IC 95%)	p*
Socioeconômico, hábitos de vida e condição de saúde		
Sexo ¹	-	-
Idade ²	3,40 (1,13-10,25)	0,015*
Estado Civil ³	2,08 (0,95-4,56)	0,067
Com quem mora ⁴	0,86 (0,23-3,16)	0,830
Filhos ⁵	0,58 (0,26-1,31)	0,203
Escolaridade ⁶	1,12 (0,42-2,97)	0,808
Religião ⁷	0,97 (0,44-2,11)	0,947
Trabalha ⁷	1,67 (0,72-3,87)	0,218
Renda ⁸	0,72 (0,20-2,60)	0,609
Atividade Física ⁷	1,73 (0,79-3,76)	0,164
Lazer ⁷	3,35 (0,97-11,63)	0,030*
Fuma ⁵	1,68 (0,54-5,17)	0,338
Bebida Alcoólica ⁵	1,31 (0,58-2,92)	0,502
Doença Crônica ⁵	0,53 (0,11-2,44)	0,388
Pandemia de COVID-19		
5 ou mais aspectos da vida afetados ⁵	1,84 (0,82-4,10)	0,128
Acesso a serviços médicos ⁹	4,75 (1,73-13,01)	0,001*
Acompanhamento psicológico ⁷	2,19 (0,79-6,07)	0,107
Acompanhamento psiquiátrico ⁷	2,97 (0,37-23,52)	0,231
Fez Isolamento Social ⁵	1,76 (0,52-5,88)	0,374
Hipomania ⁹	1,68 (0,45-6,26)	0,415
Mania ⁹	-	-
Qualidade do sono ¹⁰	3,46 (1,55-7,73)	0,003*
Teve Covid-19 ⁵	0,58 (0,25-1,34)	0,195
Domínios da Qualidade de Vida		
Físico	0,29 (0,15-0,55)	<0,001*
Psicológico	0,21 (0,11-0,41)	<0,001*
Relações Sociais	0,52 (0,33-0,84)	<0,005
Meio Ambiente	0,20 (0,10-0,39)	<0,001*

Referências *Odd Ratio* (OR): ¹masculino; ²>24 anos; ³casado/união estável; ⁴sozinho; ⁵não; ⁶nível superior; ⁷sim; ⁸Sem renda e <1 salário-mínimo; ⁹manteve igual ou foi pouco alterado; ¹⁰manteve igual/melhorou. *P<0,05. Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 19 – Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de depressão entre os participantes com transtorno bipolar, 2022

Variáveis	Depressão	
	OR (IC 95%)	p*
Socioeconômico, hábitos de vida e condição de saúde		
Sexo ¹	2,10 (0,62-7,01)	0,252
Idade ²	1,74 (0,62-4,94)	0,274
Estado Civil ³	1,78 (0,75-4,26)	0,193
Com quem mora ⁴	1,82 (0,55-6,00)	0,344
Filhos ⁵	0,79 (0,32-1,98)	0,623
Escolaridade ⁶	3,25 (0,73-14,49)	0,075
Religião ⁷	0,94 (0,39- 2,23)	0,898
Trabalha ⁷	2,68 (0,95-7,53)	0,045*
Renda ⁸	3,61 (0,46-28,13)	0,142
Atividade Física ⁷	1,29 (0,54- 3,06)	0,557
Lazer ⁷	1,63 (0,52- 5,08)	0,372
Fuma ⁵	2,81 (0,63-12,57)	0,126
Bebida Alcoólica ⁵	1,17 (0,48-1,84)	0,719
Doença Crônica ⁵	0,74 (0,16-3,44)	0,695
Pandemia de COVID-19		
5 ou mais aspectos da vida afetados ⁵	2,48 (0,97-6,32)	0,046*
Acesso a serviços médicos ⁹	4,31 (1,41-13,17)	0,004*
Acompanhamento psicológico ⁷	2,94 (0,83-10,34)	0,060*
Acompanhamento psiquiátrico ⁷	0,95 (0,20-4,54)	0,959
Fez Isolamento Social ⁵	1,64 (0,43-6,23)	0,488
Hipomania ⁹	0,86 (0,28-2,63)	0,802
Mania ⁹	1,33 (0,36-4,89)	0,656
Qualidade do sono ¹⁰	3,50 (1,45-8,45)	0,006*
Teve Covid-19 ⁵	1,36 (0,57-3,23)	0,482
Domínios da Qualidade de Vida		
Físico	0,10 (0,04-0,26)	<0,001*
Psicológico	0,04 (0,01-0,14)	<0,001*
Relações Sociais	0,36 (0,21-0,65)	<0,001*
Meio Ambiente	0,34 (0,18-0,65)	0,001*

Referências *Odd Ratio* (OR): ¹masculino; ²>24 anos; ³casado/união estável; ⁴sozinho; ⁵não; ⁶nível superior; ⁷sim; ⁸Sem renda e <1 salário-mínimo; ⁹manteve igual ou foi pouco alterado; ¹⁰manteve igual/melhorou. *P<0,05. Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 20 – Regressão logística bivariada das variáveis independentes em relação aos sintomas de estresse entre os participantes com transtorno bipolar, 2022

Variáveis	Estresse	
	OR (IC 95%)	p*
Socioeconômico, hábitos de vida e condição de saúde		
Sexo ¹	2,48 (0,89-6,90)	0,090
Idade ²	2,04 (0,87-4,76)	0,084
Estado Civil ³	1,74 (0,85-3,54)	0,129
Com quem mora ⁴	1,60 (0,57-4,47)	0,379
Filhos ⁵	0,64 (0,31-1,33)	0,235
Escolaridade ⁶	2,94 (0,98-8,84)	0,033*
Religião ⁷	1,53 (0,74-3,21)	0,238
Trabalha ⁷	1,70 (0,80-3,61)	0,154
Renda ⁸	-	-
Atividade Física ⁷	2,28 (1,13-4,62)	0,021*
Lazer ⁷	1,36 (0,58-3,22)	0,472
Fuma ⁵	1,45 (0,56-3,79)	0,427
Bebida Alcoólica ⁵	1,65 (0,79-3,45)	0,172
Doença Crônica ⁵	0,92 (0,29-2,96)	0,896
Pandemia de COVID-19		
5 ou mais aspectos da vida afetados ⁵	5,22 (2,25-12,08)	>0,001*
Acesso a serviços médicos ⁹	3,95 (1,71-9,15)	>0,001*
Acompanhamento psicológico ⁷	1,45 (0,64-3,29)	0,366
Acompanhamento psiquiátrico ⁷	0,53 (0,17-1,66)	0,293
Fez Isolamento Social ⁵	3,11 (1,08-8,95)	0,042*
Hipomania ⁹	1,05 (0,40-2,75)	0,918
Mania ⁹	1,31 (0,46-3,78)	0,604
Qualidade do sono ¹⁰	3,45 (1,65-7,21)	0,001*
Teve Covid-19 ⁵	0,65 (0,31-1,37)	0,258
Domínios da Qualidade de Vida		
Físico	0,19 (0,10-0,38)	<0,001*
Psicológico	0,17 (0,09-0,33)	<0,001*
Relações Sociais	0,57 (0,37-0,87)	0,008*
Meio Ambiente	0,46 (0,28-0,76)	0,002*

Referências *Odd Ratio* (OR): ¹masculino; ²>24 anos; ³casado/união estável; ⁴sozinho; ⁵não; ⁶nível superior; ⁷sim; ⁸Sem renda e <1 salário-mínimo; ⁹manteve igual ou foi pouco alterado; ¹⁰manteve igual/melhorou. *P<0,05. Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental e QV de indivíduos com TB na população brasileira durante a pandemia de COVID-19. O atual estudo avaliou fatores associados à saúde mental por meio dos indicativos de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, níveis de QV, variáveis sociodemográficas, de saúde e da pandemia, buscando as correlações entre esses fatores.

A pandemia de COVID-19 impactou os sistemas de saúde em todo o mundo. Os achados neste estudo corroboram com evidências de pesquisas anteriores que relacionaram o impacto da pandemia na saúde mental e piora na QV de pessoas com transtornos pré-existentes. O conhecimento de pandemias anteriores e os indícios emergentes da atual pandemia preconizam sequelas psiquiátricas generalizadas. Alterações de humor, depressão, ansiedade, e estresse são amplamente relatadas na literatura (TUCCI *et al.*, 2017; ORNELL *et al.*, 2020; RAJUKUMAR, 2020; TORALES *et al.*, 2020).

A presente pesquisa contou com participantes de 17 estados da federação, considerando 186 participantes que preencheram o questionário até o final e atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Nos 186 indivíduos com TB, foi identificado maior sofrimento psicológico e escores mais elevados nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse, piora na qualidade do sono e alto impacto ocasionado pelas medidas de isolamento social.

Estes resultados convergem com outros achados que associaram a pandemia a maior sofrimento psicológico, depressão, ansiedade, pior qualidade do sono e mudanças negativas no estilo de vida dos indivíduos com TB, durante a crise da pandemia em curso (DI NICOLA *et al.*, 2020; CARTA *et al.*, 2021; DALKNER *et al.*, 2021; YOCUM *et al.*, 2021; DALKNER *et al.*, 2022). A privação do sono é reconhecida como um gatilho para episódios maníacos (LEWIS *et al.*, 2017) e um estado depressivo está relacionado à insônia ou hipersonia (STEINAN *et al.*, 2016).

Rajkumar (2020), em seu estudo, associou problemas de sono em indivíduos com TB ao distanciamento social. Carta *et al.* (2021), levantaram a hipótese de que a desregulação do ritmo circadiano pode deixar os indivíduos com TB mais suscetíveis à ocorrência de episódios de humor.

Cabe ressaltar que, em nossa amostra, todos os indivíduos estavam vacinados para COVID-19 até a segunda dose e 45,2% relataram que não tiveram a COVID-19, até o momento da participação na pesquisa.

Até onde se sabe, este é o primeiro estudo a avaliar os efeitos da pandemia de COVID-19 em pessoas com TB na população geral brasileira durante o surto de COVID-19. Estudos anteriores indicaram que pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes foram mais impactadas pela pandemia de COVID-19 (BROOKS *et al.*, 2020; FARO *et al.*, 2020; O'CONNOR *et al.*, 2020). Van Rheenen e outros pesquisadores relataram que pessoas com transtornos de humor, apresentaram um aumento no nível de depressão, ansiedade, estresse e angústia geral durante o surto de COVID-19 na Austrália, quando comparados àqueles sem transtorno mental (VAN RHEENEN *et al.*, 2020).

As principais descobertas desta pesquisa mostram que a pandemia de COVID-19 impactou significativamente a vida dos indivíduos com TB que participaram do estudo. Este estudo também revelou frequência bastante alterada na escala do DASS-21 em mais da metade da amostra, com alta prevalência de Depressão, Ansiedade e Estresse. E, preocupantes resultados da amostra com elevados escores em níveis 'severo' e 'extremamente severo' para Depressão, Ansiedade e Estresse.

Os resultados deste estudo corroboram com as orientações descritas por Hernández-Gómez *et al.* (2020), ao afirmar que as pessoas com TB deveriam ser consideradas uma população de risco, principalmente durante a pandemia. Um estudo realizado na China, constatou que viver com a pandemia por um ano fez muitos pacientes com TB se sentirem esgotados emocionalmente. O estudo concluiu que a pandemia teve um impacto descomunal em pacientes com TB, resultando em maior nível de suicídio (LI *et al.*, 2022).

Já um estudo realizado na Itália, em Nápoles, em pacientes com doença mental grave, inclusive o TB, observou que os pacientes apresentavam risco quatro vezes maior de relatar alto estresse relacionado ao COVID-19 quando comparados aos participantes não psiquiátricos, e tinham risco duas a três vezes mais elevados de desenvolver ansiedade grave e sintomas depressivos (IASEVOLI *et al.*, 2020).

De forma consistente, os resultados apresentados neste estudo mostraram elevados níveis de depressão, ansiedade e estresse. Com destaque para a frequência de ansiedade no escore 'extremamente severo' com 50,5%.

A grande maioria dos participantes do estudo relatou baixa QV e altos níveis de dificuldades de saúde mental autorrelatado durante a pandemia de COVID-19. Em relação

a QV subjetiva, todos os quatro domínios mensurados (i.e., *Psicológico, Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente*) predominaram a classificação ‘necessita melhorar’, com destaque para o domínio *Psicológico*, domínio *Físico*, *Relações Sociais* e *Meio Ambiente*.

Estes dados corroboram com a literatura internacional ao mencionar que indivíduos com TB podem ter sido mais impactados por mudanças associadas à pandemia (CHANG *et al.*, 2020; FRANK *et al.*, 2020; HAO *et al.*, 2020; IASEVOLI *et al.*, 2020; RIBLET *et al.*, 2020; VAN RHEENEN *et al.*, 2020; XUE *et al.*, 2020; ZOU *et al.*, 2020; KARANTONIS *et al.*, 2021; SOLÉ *et al.*, 2021; YOCUM *et al.*, 2021; TUNDO *et al.*, 2021; CARMASSI *et al.*, 2022; LEWIS *et al.*, 2022; YOUNGSTROM *et al.*, 2020).

Entre os fatores associados à COVID-19, grande parte da amostra relatou experiências estressantes durante a pandemia, além de dificuldades em equilibrar rotinas e padrões de sono. Os pesquisados também afirmaram ter sido muito afetados pelo isolamento social e relataram dificuldade moderada para acessar os serviços médicos na área da saúde mental.

Das dimensões da vida mais afetadas negativamente pela pandemia, destacam-se, da maior para a menor ocorrência, saúde mental, convívio social, financeiro, sono, alimentação lazer, saúde física. Em geral, estes achados atuais sugerem um padrão de alteração em várias dimensões da vida relacionadas à pandemia, que são congruentes com outros estudos internacionais.

Um estudo realizado no Michigan (EUA) descreveu que todos os participantes com TB foram mais afetados pelas ordens de ficar em casa no que se refere a mudanças nas rotinas, na renda / emprego, no suporte social, na qualidade do sono, e estresse relacionado à pandemia (YOCUM *et al.*, 2021).

Na Austrália, um estudo realizado com 43 pacientes com TB indicou aumento significativo no estresse, ansiedade e sofrimento psicológico geral em resposta à pandemia. Também foi observado tendência no aumento de pensamentos suicidas e diminuição na QV subjetiva (KARANTONIS *et al.*, 2021).

Embora o presente estudo não tenha avaliado os níveis de pensamento ou ideação suicida, sabe-se que sintomas depressivos são um fator de risco conhecido para o suicídio e que maior fadiga também aumenta o risco de suicídio (LI *et al.*, 2022). Em nossos achados, a faceta ‘energia e fadiga’, do domínio *Físico*, na escala de QV, apresentou elevado escore, e na escala do DASS-21, a prevalência foi de depressão.

Dificuldades financeiras ou de trabalho devido ao *lockdown* e as restrições sociais mais severas, foram relacionadas a um maior sofrimento psicológico em uma amostra de indivíduos com TB, avaliados em Cagliari (Itália) e em Túnis (Tunísia). O estudo encontrou maior frequência de episódios depressivos e alteração nos ritmos biológicos com atividade, sono e ritmos sociais prejudicados (CARTA *et al.*, 2021).

Estudos realizados na Austrália indicaram elevado sofrimento psicológico, com aumento dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, associados a mudanças situacionais e de estilo de vida desadaptativas, alterações no sono e preocupações com finanças pessoais e desemprego (VAN RHEENEN *et al.*, 2020). Nos EUA e na Itália, a influência das dificuldades econômicas no período da pandemia em curso foi considerada fator determinante do sofrimento psíquico em sujeitos com TB (CARMASSI *et al.*, 2020; YOCUM *et al.*, 2021). Nesta pesquisa, conforme dado supracitado, mais da metade dos participantes relataram que a dimensão financeira da vida foi afetada negativamente pela pandemia.

Um estudo multicêntrico realizado na Áustria, Dinamarca e Alemanha, por Dalkner e colaboradores, observou que os indivíduos com TB apresentaram mais mudanças negativas no estilo de vida durante a pandemia, quando comparados a grupo controle sem transtorno de humor, bem como, aumento dos sintomas de depressão, ansiedade, pior qualidade do sono e angústia em consequência do distanciamento social (DALKNER *et al.*, 2022). Nesta pesquisa, comparou-se a frequência dos episódios de mania, hipomania e depressão antes e durante a pandemia. Os resultados mostraram percentuais mais elevados de sintomas, em ordem decrescente, de depressão, de hipomania e de mania durante a pandemia de COVID-19, quando comparado com os níveis pré-pandemia.

Um estudo realizado na Holanda por Koenders *et al.* (2021), encontrou um aumento significativo nos sintomas de mania/hipomania durante os dois primeiros meses da pandemia em comparação com os níveis de mania/hipomania nos período pré-pandemia. Uma hipótese para esse aumento pode estar associada aos efeitos perturbadores das medidas de bloqueio e isolamento social na vida cotidiana dos indivíduos com TB, considerando que a grande maioria da amostra referiu que as medidas de isolamento social afetaram muito a sua vida. Pesquisas anteriores evidenciaram que eventos de vida marcados pela interrupção das rotinas diárias estão relacionados ao aparecimento de mania e depressão em adultos (MALKOFF-SCHWARTZ *et al.*, 2000).

Em relação à Percepção geral dos pesquisados quanto à QV e Satisfação com a saúde mensurados pela escala WHOQOL-BREF, observou-se que em todos os domínios (domínio *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*), os indivíduos com TB apresentaram QV ‘muito ruim’ ou ‘ruim’, destacadas no predomínio da classificação ‘necessita melhorar’.

Destaca-se o elevado e alarmante percentual para o domínio *Psicológico*, na classificação ‘necessita melhorar’, com quase um quarto da população pesquisada. Outros estudos também apontaram a QV nos indivíduos com TB como ‘regular’ ou ‘ruim’. Estudos indicam os sintomas depressivos como determinantes da QV nos indivíduos com TB (GAZALLE *et al.*, 2006; MURRAY *et al.*, 2017).

Os resultados relatados no presente estudo apontam para níveis de QV baixos na pandemia. Esse achado é esperado, considerando que as taxas de prevalência de Ansiedade, Depressão e Estresse revelaram-se bastante elevadas. Estes resultados podem ter determinado uma menor QV psicológica. Os resultados do atual estudo são congruentes com pesquisa realizada na Austrália, em que a QV subjetiva foi menor em pacientes com TB, que apresentaram aumentos associados à pandemia na depressão, estresse, ansiedade e labilidade do humor. E àqueles com níveis mais altos de estresse relataram aumento nos pensamentos suicidas (KARANTONIS *et al.*, 2021). Além disso, o distanciamento social e as restrições à participação em atividades sociais e de lazer decorrentes das medidas protetivas para aplacar a disseminação do COVID-19 podem ter contribuído para a diminuição da QV do relacionamento social.

Ademais, notícias alarmantes sobre os riscos econômicos e humanos aumentaram o estresse, ao mesmo tempo as medidas de distanciamento social reduziram a exposição a luz solar, a possibilidade de realizar atividades físicas e, sobretudo, o envolvimento em atividades significativas e o envolvimento social. A incerteza financeira ou a perda do emprego, puderam desencadear sintomas de ansiedade e alterações de humor, considerando a vulnerabilidade no TB (YOUNGSTROM *et al.*, 2020).

No presente estudo todas as correlações entre as subescalas do DASS-21 foram negativas em relação a todas as dimensões da QV. Estes dados convergem com a pesquisa de Barrett *et al.* (2022), ao evidenciar em seu estudo que a maioria dos participantes com TB vivenciaram uma deterioração do bem-estar e altos níveis de dificuldades de saúde mental na fase inicial da pandemia de COVID-19.

Na análise logística bivariada realizada neste estudo, a presença de Ansiedade, Depressão e Estresse, foram relacionadas de forma significativa, com a dificuldade de acesso

a serviços médicos na área da saúde mental durante a pandemia, pior qualidade de sono durante a pandemia e menores níveis de todos os domínios de QV (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*). Neste estudo, quase um terço dos pesquisados relatou dificuldade moderada para acessar os serviços médicos na área da saúde mental.

No Brasil, entre os meses de março e agosto de 2020, houve uma redução das consultas ambulatoriais em saúde mental, com um total de 471.448 indivíduos com consultas suspensas, uma diminuição significativa nos atendimentos em grupo e redução de um terço das internações psiquiátricas (ORNELL *et al.*, 2021).

Esses dados são validados por estudos internacionais, que mencionam a interrupção dos serviços de saúde mental públicos e privados, no período dos bloqueios, isolamento social e distanciamento obrigatórios, como fator de agravo para o TB, principalmente, devido a redução da qualidade do tratamento após o início da pandemia (YOUNGSTROM *et al.*, 2020; BARRETT *et al.*, 2022).

No período dos bloqueios, isolamento social e distanciamento obrigatórios a maioria dos pacientes tiveram problemas para acessar os serviços de saúde mental em diferentes países do mundo, incluído China, Itália e Espanha, principalmente os atendimentos ambulatoriais (VAN RHEENEN *et al.*, 2020; CARTA *et al.*, 2021; KARANTONIS *et al.*, 2021).

A gravidade dessa situação é evidenciada por pesquisa da OMS ao descobrir que 93,0% dos países que responderam a pesquisa informaram interrupções nos serviços de saúde mental, devido a pandemia (OMS, 2020). Desse modo, o acesso reduzido a serviços de saúde mental e os efeitos negativos das medidas de isolamento social são fatores de agravo para a saúde mental de indivíduos com TB (LEWIS *et al.*, 2022).

O ritmo regular e uma vida saudável foram afetados pelas medidas de isolamento social comprometendo em grande parte a rotina e a estrutura do dia a dia dos indivíduos com TB. Nesse sentido, o sono e a regularidade das rotinas e horários são componentes fundamentais para a manutenção do humor no TB (YOUNGSTROM *et al.*, 2020). Outros estudos também relataram uma piora do sono durante a pandemia em pessoas com transtornos mentais graves em comparação com controles saudáveis (SOLÉ *et al.*, 2021; VAN RHEENEN *et al.*, 2020).

Na análise logística bivariada para Depressão e Estresse, tiveram em comum as variáveis: 5 ou mais aspectos da vida afetados pela pandemia de COVID-19 e menores níveis de todos os domínios de QV (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*).

Estudos sugerem que momentos de elevado estresse geram risco para os indivíduos com TB desenvolver episódios afetivos (i.e., hipomania, mania ou depressão) (WEISS *et al.*, 2015; STEFANA *et al.*, 2020).

De forma específica, a Ansiedade relacionou-se com as variáveis: a idade entre 18 e 24 anos (mais jovens) e sem lazer. A idade mais jovem é considerada fator de risco para o TB, pois os mais jovens têm níveis mais baixos de resiliência mental e os jovens com TB são mais vulneráveis a eventos estressores da vida do que adultos mais velhos (KOENDERS *et al.*, 2021; Le *et al.*, 2022). Achados de estudo em uma amostra chinesa também indicou que os mais jovens representam grupo mais vulnerável quanto a saúde mental, principalmente na condição de isolamento social (AHMED *et al.*, 2020).

O isolamento social, além de ter provocado alterações na rotina de vida, restringiu as atividades de lazer e interrompeu grande parte da interação e atividades sociais desses indivíduos. Agregado a esses fatores, o medo e as incertezas advindas da pandemia, podem ter influenciado nas elevadas taxas de prevalência de ansiedade na amostra pesquisada.

A Depressão relacionou-se com as variáveis: sem trabalho e não estar em acompanhamento psicológico. A variável sem trabalho correlaciona-se com à distribuição de frequência no domínio *Meio Ambiente* da QV, no somatório de ‘necessita melhorar’ e ‘regular’, onde observou-se elevado percentual na faceta ‘Recursos financeiros’ na classificação ‘necessita melhorar’.

Já o domínio *Físico*, teve correlação negativa alta com depressão, evidenciado pelos altos escores na classificação ‘necessita melhorar’ nas facetas ‘energia e fadiga’, ‘dependência de medicação ou tratamentos’ e ‘capacidade de trabalho’ com. Estas facetas dão indícios de sintomas de um quadro depressivo.

O Estresse, por sua vez, relacionou-se com as variáveis: sedentarismo, baixa escolaridade e ter feito isolamento social. Neste estudo, mais da metade dos pesquisados relataram ‘não praticar atividade física’, enquanto os relatos de possuir ‘ensino médio incompleto’ e ‘Ensino médio completo’ alcançaram baixos percentuais. No entanto, quando indagados sobre ‘Estudo’, os resultados para ‘reduziu’ e ‘não estudo’ ultrapassaram um quarto dos pesquisados.

Algumas limitações devem ser consideradas para a atual pesquisa. Primeiro, os dados foram coletados em formato de autorrelato em uma pesquisa *online* e o método de amostragem por conveniência, o que pode não ser uma amostra representativa do transtorno bipolar na população brasileira. No entanto, até o momento, poucos estudos investigaram os

efeitos da pandemia de COVID-19 no TB.

Em segundo lugar, a utilização de instrumentos de autorrelato pode ser considerada de menor precisão e ter levado a vieses de memória. Por fim, este é um estudo transversal e apresenta limitações em determinar causalidade entre os fatores de risco e o desfecho de saúde mental identificados em nossa pesquisa. Embora, neste estudo, além das duas escalas aplicadas (DASS-21 e WHOQOL-BREF), elaboramos questionários de forma a mensurar os efeitos da pandemia nos sintomas de humor, ritmos sociais e fatores relacionados ao estilo de vida, e sobre a experiência da pandemia contemplada em vários aspectos da vida destes indivíduos. Entretanto, é importante ressaltar que devido à atualidade do tema, ainda são poucas as investigações até o momento a examinar dados de pessoas com TB exclusivamente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos de longo prazo da COVID-19 na saúde mental e na QV de pessoas com TB pode levar algum tempo para se revelar. Nesse ínterim, caberá aos serviços de saúde mental um esforço concentrado para lidar com os efeitos psicológicos derivados da pandemia.

Consideramos que o presente estudo apresentou relevância ao fornecer dados não identificados na literatura nacional e, em quantidade reduzida na literatura internacional, no que diz respeito aos efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde mental e QV de pessoas com TB.

Em nossa pesquisa encontramos uma prevalência alta no agravamento da saúde mental em uma amostra de indivíduos com TB, em particular, dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse que se correlacionaram negativamente com as dimensões da QV durante a pandemia. Além disso, identificaram-se fatores associados aos efeitos negativos da pandemia a um maior agravamento nos sintomas psiquiátricos na população investigada.

Apesar das repercussões e consequências dramáticas da pandemia de COVID-19 na saúde mental de indivíduos com TB, essa emergência chama a atenção para a importância na implementação de políticas públicas e serviços de saúde mental mais qualificados para lidar com as especificidades inerentes aos transtornos de humor. Nossos resultados sugerem a importância dos serviços de saúde mental aumentarem a preparação para lidar com situações de desastres, especialmente, epidemias e pandemias.

No entanto, entende-se que a resposta a COVID-19 pode ser influenciada e agravada por uma série de fatores que vão além da saúde mental, aspectos socioeconômicos e financeiros, como baixa renda, dificuldade para se manter no trabalho, desemprego, ausência de suporte social e atendimento de saúde mental deficitários, podem contribuir e aumentar os efeitos deletérios da pandemia na saúde mental destes indivíduos.

Conclui-se com este estudo, a importância da realização de novas pesquisas à medida que a pandemia continua avançando, visto que, mais dados possibilitarão que estudos futuros avaliem o real efeito da pandemia da COVID-19 em indivíduos com TB no longo prazo.

Por fim, há uma urgência na implementação de medidas que visem a melhoria na qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde mental, com propostas de intervenção direcionadas ao TB, visando reduzir os efeitos negativos da pandemia de COVID-19 nestes indivíduos.

Assim, cabe ressaltar a importância da adoção de políticas e diretrizes de saúde mental que visem intervenções psicossociais direcionadas ao TB, com foco na recuperação pessoal e no processo de adaptação individual ao transtorno e não apenas na redução dos sintomas psiquiátricos.

Neste sentido, a adoção de intervenções psicossociais atuais baseadas em evidências para o TB abarcam a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), a psicoeducação, o monitoramento do sono e humor, o gerenciamento do estresse, as intervenções baseadas em *mindfulness* (MBIs), dentre outras. Tais intervenções, podem facultar melhor QV para esses indivíduos. Abordagens direcionadas ao TB, podem atuar de maneira protetiva, minimizando os efeitos impactantes da COVID-19.

REFERÊNCIAS

AAS, M. *et al.* The role of childhood trauma in bipolar disorders. **International Journal of Bipolar Disorder**, v. 4, n. 2, 2016.

ABDULLAH, F. *et al.* Decreased severity of disease during the first global omicron variant covid-19 outbreak in a large hospital in Tshwane, South Africa. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 116, p. 38-42, 2022.

ABRAHAM, K. M. *et al.* Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. **Journal of Nervous Diseases**, v. 202, n. 8, p. 583-588, 2014.

AHMED, M. Z. *et al.* Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, 2020.

AKISKAL, H. S. L'émergence des troubles bipolaires. **L'Information Psychiatrique**, v. 81, ed. 10, p. 857- 861, 2005.

_____. Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, ed. 9, p.1630-45, 2009.

_____. The bipolar spectrum — the shaping of a new paradigm in psychiatry. **Current Psychiatry Reports**, v. 4, n.1, p. 1-3, 2002.

_____. Validating “hard” and “soft” phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? **Journal Affective Disorders**, v. 73, p.1-5, 2003.

AKISKAL, H. S. *et al.* Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. **The American Journal of Psychiatry**, v. 134, n. 11, p. 1227-33, 1977.

AKISKAL, H. S.; PINTO, O. The Evoking Bipolar Spectrum: Prototypes I, II, III and IV. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 22, n. 3, p. 517-34, 1999.

ALCANTARA, I. *et al.* Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n.1, p. 22-32, 2003.

ALKHAMEES, A. A. *et al.* The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. **Comprehensive Psychiatry**, v. 102, 2020.

AMINI, H.; SHARIFI, V. Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year followup. **Depression Research and Treatment**, v. 2012, p. 1-11, 2012.

ANDERSON, I. M.; HADDAD P. M.; SCOTT J. Bipolar disorder. **British Medical Journal**, v. 345, 2012.

ANDERSON, R. M. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 931-934, 2020.

_____. The bipolar spectrum. **The British Journal of Psychiatry**, v. 190, p. 189-191, 2007.

ANGST, J.; DOBLER-MIKOLA, A.; BINDER, J. The Zurich study – A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 234, n.6, p. 13-20, 1984.

ANGST, J.; GAMMA, A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. **Bipolar Disorder**, v. 4, n.1, p. 11-14, 2002.

ANGST, J.; MARNEROS, A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. **Journal of Affective Disorders**, v. 67, p. 3-19, 2001.

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, v. 16, n. 4, p. 11-23, 1993.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM-5**. 4ª. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 830 p. ISBN 9788573079852

_____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 992 p. ISBN 9788582710883.

AQUINO, E. M. D. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet]. v. 25, p. 2423-46, 2020. Número especial. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-control-e-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-nobrasil/17550?id=17550&id=17550>>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ARENDRT, *et al.* COVID-19 pandemic, government responses, and public mental health: Investigating consequences through crisis hotline calls in two countries. **Social Science & Medicine**, v. 265, 2020.

ARNOLD, L. M. Gender Differences in Bipolar Disorder. **Psychiatric Clinics North America**, v. 26, n. 3, p. 595-620, 2003.

ARNOLD, L. M. *et al.* Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. **Journal of Affective Disorders**, v. 57, ed. 1–3, p. 235-239, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). ABP orienta: COVID-19. [website] 26 de mar de 2020. Disponível em: <<https://www.abp.org.br/post/abp-orienta-covid-19>>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BALANZÁ-MARTÍNEZ, V. *et al.* Lifestyle behaviours during the COVID-19 – time to connect. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 141, n. 5, p. 399-400, 2020.

BARLOW, D. H. **Anxiety and its Disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**, 2.ed. Nova York: Guilford Press, 2002. 704 p. ISBN 9781593850289.

BARRETT, E. A. *et al.* The COVID-19 pandemic impact on wellbeing and mental health in people with psychotic and bipolar disorders. **Brain and Behavior**, v. 12, n. 5, 2022.

BAUER, M. *et al.* Supraphysiological doses of levothyroxine alter regional cerebral metabolism and improve mood in bipolar depression. **Molecular Psychiatry**, v. 10, n. 5, p. 456-69, 2005.

BELMAKER, R. H. Bipolar Disorder, **New England Journal Medicine**, v. 351, n. 5, p. 476-86, 2004.

BENDER, R. E.; ALLOY, L. B. Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 3, p. 383-98, 2011.

BERCHERIE, P. **Los fundamentos de la clínica: historia y estrutura del saber psiquiátrico**, Buenos Aires: Manantial, p. 230, 2009. 232 p. ISBN 9789509515109.

BERRIOS, G. E. **The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

BERLIM, M. T. *et al.* Confiabilidade e validade do WHOQOL-BREF em uma amostra de pacientes ambulatoriais brasileiros com depressão maior. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 561-564, 2005.

BERLIM, M. T. *et al.* Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences?. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 192, n. 11, p. 792-795, 2004.

BERLIN, D. A.; GULICK, R. M.; MARTINEZ, F. J. Severe covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, p. 2451-2460, 2020.

BESTETTI, R. B.; FREITAS, T. S.; MONTES-NETO, C. E. Uma visão histórica de uma tragédia anunciada: a pandemia de COVID-19. **The International Journal of Clinical Practice**, v. 75, n. 4, 2021.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BLANCO, C. *et al.* Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. **Journal of Psychiatric Research**, v. 84, p. 310-317, 2017.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Cronbach's alpha. **BMJ**, v. 314, p.572, 1997.

BOWLING A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462,1995.

BOYLAN, K. R. *et al.* Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 8, p. 1106-1113, 2004.

BRADSHAW, W. J. *et al.* Two-way contact tracing can dramatically improve COVID-19 control. **Nature Communications**, v. 12, n. 232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20325-7>. Acesso em: 14 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. **Ministério da Saúde**. Secretária de Gestão estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 30 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.htm>. Acesso em: 02 jul. 2022.

_____.^a Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília, 2020. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/plano-contingencia-coronavirus-preliminar.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

_____.^b Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

_____.^c CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Ofício CFM nº 1.756/2020, de 19 de março de 2020. Resposta encaminhada ao Senhor Ministro de Estado da Saúde, Luiz Henrique Mandetta. Brasília, 2020. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 06 mai. 2022.

_____.^d Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). [Boletim Epidemiológico]. 2020. Disponível em: <

<https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Boletim-epidemiologico-SVS-10-fev20-corrigido2.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus COVID-19** [recurso eletrônico]. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COE-COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 26 p.

_____. Ministério da Saúde. Painel coronavírus atualizado em 14 de março de 2022. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde. (2004). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRISSOS, S. *et al.* Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. **Psychiatry Research**, v. 160, n.1, p. 55-62, 2008.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, n. 10.227, p. 912-920, 2020.

CAMPOS, R. N.; CAMPOS, J. A. O.; SANCHES, M. Historical Evolution of mood disorders and personality disorders concepts: difficulties in the differential diagnostic. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 4, 2010.

CARDOSO, T. A. *et al.* Biological Rhythm and Bipolar Disorder: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 203, n. 10, p. 792-96, 2015.

CARMASSI, C. ^a *et al.* Tele-Psychiatry Assessment of Post-traumatic Stress Symptoms in 100 Patients with Bipolar Disorder During the COVID-19 Pandemic Social-Distancing Measures in Italy. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020.

CARMASSI, C. ^b *et al.* Post-traumatic stress burden of in a sample of hospitalized patients with Bipolar Disorder: what impact on clinical correlates and suicidal risk? **Journal of Affective Disorder**, v. 262, p. 267-272, 2020.

CARMASSI, C. *et al.* The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. **Journal of Affective Disorders**, v. 298, p. 209-216, 2022.

CARTA, M. G. *et al.* Living With Bipolar Disorder in the Time of Covid-19: Biorhythms During the Severe Lockdown in Cagliari, Italy, and the Moderate Lockdown in Tunis, Tunisia. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 2021.

CASSANO, G. B. *et al.* Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 25, n. 4, p. 699-612, 2002.

CASTALDELLI-MAIA, J. *et al.* Investigating the effect of national government physical distancing measures on depression and anxiety during the COVID-19 pandemic through meta-analysis and meta-regression. **Psychological Medicine**, v. 51, p. 881–893, 2021.

CASTILHO, D. Um vírus com DNA da globalização: o espectro da perversidade. **Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica**, n. 17, 2020.

CASTRO, M. C.; CARVALHO, L.R.; CHIN, T., KAHN, R. *et al.* Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. **MedRxiv** [Preprint]. 2020.

CAVA, M. A. *et al.* The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. **Public Health Nursing**, v. 22, n. 5, p. 398-406, 2005.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 4, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Interim clinical guidance for the management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19). [Webpage]. Stephen B. Thacker CDC Library collection. 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. Severe outcomes among patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): United States, February 12-March 16, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 12, p. 343-346, 2020.

CERIMELE, J. M. *et al.* with co-occurring bipolar disorder and posttraumatic stress disorder: A rapid review of the literature. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 506-514, 2017.

CETRON, M.; SIMONE, P. Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 11, p. 2053-4. 2004.

CHAND, P. K.; MATTOO, P.K.; SHARAN, O. Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 58, n. 3, p. 311-318, 2004.

CHANG, K. C. *et al.* Psychometric testing of three COVID-19-related scales among people with mental illness. **International Journal Mental Health Addict**, v. 20, n. 1, p. 324-336, 2020.

CHEN, C. *et al.* The Shatin Community Mental Health Survey em Hong Kong: II. Principais conclusões. **Archives of General Psychiatry**, v. 50, n. 2, p. 125-133, 1993.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 640 p. ISBN 9788536325897.

CONEJERO, I. *et al.* How does COVID-19 affect the neurobiology of suicide? **Current Psychiatry Reports**, v. 23, n. 16, p. 1-13, 2021.

CORDÁS, T. A. **Depressão: da bile negra aos neurotransmissores – uma introdução histórica**. Editoria Lemos, 2002. ISBN 8574501166.

COSTA, M. *et al.* COVID-19 Concerns Among Persons with Mental Illness. **Psychiatric Services**, v. 71, n. 11, p. 1188-1190, 2020.

COTRENA, C. *et al.* Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. **Journal of Affective Disorders**, v. 190, p. 744-753, 2016.

COTRENA, C. *et al.* Predictors of quality of life in bipolar disorder: A path analytical study. **Psychiatry Research**, v. 285, 2020.

DALKNER, N. *et al.* Psychological and behavioral response on the COVID-19 pandemic in individuals with bipolar disorder: A multicenter study. **Psychiatry Research**, v. 310, 2022.

DALKNER, N. *et al.* Psychological symptoms during and after Austrian first lockdown in individuals with bipolar disorder? A follow-up control-group investigation. **International Journal of Bipolar Disorders** 9, v. 16, 2021.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 06-11, 1999.

_____. Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 3-6, 2004.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. History of the nosologic characterization of bipolar disorder. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 7-14, 2005.

DI NICOLA, M. *et al.* Serum 25-hydroxyvitamin D levels and psychological distress symptoms in patients with affective disorders during the COVID-19 pandemic. **Psychoneuroendocrinology**, v. 122, 2020.

DIAS, V. V. *et al.* Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 110, p. 75-83, 2008.

DIGIOVANNI, C. *et al.* Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak. **Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy. Practice and Science**, v. 2, n. 4, p. 265-272, 2004.

DONG, L.; BOUEY, J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. **Emerging Infectious Diseases**, v. 26, n. 7, p. 1616-1618. 2020.

DONG, M. *et al.* Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, p. 63, 2019.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020.

DUNNER, D. L. *et al.* Classification of bipolar affective disorder subtypes. **Comprehensive Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 186-89, 1982.

ESTERWOOD, E.; SAEED, S. A. Past epidemics, natural disasters, COVID19, and mental health: learning from history as we deal with the present and prepare for the future. **The Psychiatric quarterly**, v. 91, n. 4, p. 1121-33, 2020.

FAISAL, R. A. *et al.* Mental Health Status, Anxiety, and Depression Levels of Bangladeshi University Students During the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 20, n. 3, p. 1500-1515, 2022.

FARAVELLI, C. *et al.* Epidemiologia dos transtornos de humor: uma pesquisa comunitária em Florença. **Jornal de transtornos afetivos**, v. 20, n. 2, p. 135-41, 1990.

FARIA, R. M.; BATISTA, N. L.; RIZZATTI, M. (Organizadores). **Os contextos geográficos da COVID-19: possibilidades em tempos de pandemia**. Eulim, 1ª ed., p.140, Rio de Janeiro, 2020.

FARO, A. *et al.* COVID-19 and mental health: the emergence of care. **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 04 abr. 2021.

FEHR, A. R.; PERLMAN, S. Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. **Methods in molecular biology**, v. 1282, p. 1-23. 2015.

FEINSTEIN, A. R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. **Journal of Chronic Disease**, v. 23, n. 7, p. 455-68, 1970.

FERRARI, A. J. *et al.* The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. **Bipolar Disorder**, v. 18, n. 5, p. 440-450, 2016.

FILGUEIRAS, A.; STULTS-KOLEHMAINEN, M. The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to covid-19. **The Lancet Psychiatry** [Preprint]. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Saúde mental durante a pandemia: repercussões presentes e futuras. *In: COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente*, 2020. Cap. II.

FLECK, M. P. *et al.* Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>. Acesso em: 01 jun. 2021.

FLECK, M. P. *et al.* Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoLbref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A., *et al.* (org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p. ISBN 9788536309477.

FONSECA, T. G. N. *et al.* Covid-19: avaliação comportamental de moradores das zonas rural e urbana usuários do SUS, no âmbito da atenção primária, do município de Claudio – Minas Gerais – Brasil. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, n. 3, 2020.

FORNARO, M. *et al.* Implications of the COVID-19 pandemic for people with bipolar disorders: A scoping review. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 740-751, 2021.

FOUNTOULAKIS, K. N. The emerging modern face of mood disorders: a didactic editorial with a detailed presentation of data and definitions. **Annals of General Psychiatry**, v. 9, n. 14, 2010.

FRANK, A. *et al.* Depression, dependence, and prices of the COVID-19-Crisis. **Brain Behavior Immunity**, v. 87, n. 99, p. 87-99, 2020.

FREEMAN, D.; FREEMAN, J. **Ansiedade: O que é, os principais transtornos e como tratar.** Ed. L&PM, 2015. 208 p. ISBN 9788525431882.

GAO, K.; SU, M.; SWEET, J.; CALABRESE, J. R. Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 244, p. 9-15, 2019.

GAZALLE, F. K. *et al.* Bipolar depression: the importance of being on remission. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 93-96, 2006.

GEDDES, J. R.; MIKLOWITZ, D. J. Treatment of Bipolar Disorder. **Lancet**, v. 381, n. 9878, p. 1672-1682, 2013.

GERSHON, A. *et al.* Abnormal sleep duration associated with hastened depressive recurrence in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 218, p. 374-379, 2017.

GHAEMI, S. N.; DALLEY, S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. **Australian and New Zealand Journal Psychiatry**, v. 48, p. 314-324, 2014.

GIGLIO, L. M. F. *et al.* Functional impact of biological rhythm disturbance in bipolar disorder. **Journal of Psychiatry Reseach**, v. 44, n. 4, p. 220-223, 2010.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London: Travistock, 1992. 224 p. ISBN 0415061008.

GOLDSTEIN, JR.; LEE, R. D. Demographic perspectives on mortality from COVID-19 and other epidemics. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 117, n. 36, 2020.

GOODWIN, F.; JAMISON, K. R. **Manic depressive Illness.** Oxford: Oxford University Press; 1990. 1286 p. ISBN 0195135792.

_____. **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression.** v. 2. Oxford University Press, 2007. ISBN: 13:978-0-19-513579-4.

GOODWIN, G. M. Bipolar disorder. **Medicine**, v. 40, n. 11, p. 596-98, 2012.

GONZÁLEZ-BLANCO, L. *et al.* COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls?, **Schizophrenia Research**, v. 223, p. 192-198, 2020.

GRANT, B. F. *et al.* Prevalence, correlations and comorbidity of bipolar I disorder and Axis I and II: results from the National Epidemiologic Survey and Alcohol and Related Conditions. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 66, n. 10, p. 1205–1215, 2005.

GROSS, J. J.; THOMPSON, R. Emotion Regulation: conceptual foundations. *In* J.J. Gross (Eds.), **Handbook of emotion regulation.** New York: The Guildford Press, p. 3-24, 2007.

GULLAND, R. *et al.* Prevalência de sintomas depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. 16, 2022.

HAESBAERT, R. Território e região no desafio dos conceitos para uma política de ordenamento territorial. *In*: COELHO NETO, A. S.; SANTOS, E. M. C.; SILVA, O. A. **Geografias dos movimentos sociais.** Feira de Santana, BA: UEFS, 2010.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise de Dados Multivariados.** 7^a ed., Prentice Hall, Upper Saddle River, p.761, 2009.

HAO, F. *et al.* Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 87, p. 100-106, 2020.

HARVEY, A. G. *et al.* Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n.1, p. 50-57, 2005.

HAVE, M. T. *et al.* Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). **Journal of Affective Disorders**, v. 68, n. 2-3, p. 203-213, 2002.

HAWRYLUCK, L. *et al.* SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 7, p. 1206-1212, 2004.

HENRY, C. *et al.* Emotional dysfunction as a marker of bipolar disorders. **Frontiers in Bioscience-Elite**, v. 4, n. 7, p. 2622-2630, 2012.

HENRY, C. *et al.* Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 3, p. 331-5, 2003.

HERNANDEZ, J. M. *et al.* Presentation and prevalence of PTSD in a bipolar disorder population: A STEP-BD examination. **Journal of Affective Disorders**, v. 150, n. 2, p. 450-455, 2013.

HERNÁNDEZ-GÓMEZ, A. *et al.* Recommendations for the care of patients with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v. 279, p. 117-121, 2021.

HILTY, D. M.; BRADY, K. T.; HALES, R. E. A Review of Bipolar Disorders Among Adults. **Psychiatric Services**, v. 50, p. 201-13, 1999.

HINKLE, D. E.; WIERSMA, W.; JURIS, S. G. **Applied statistics for the behavioral sciences**. 5^a ed. Boston: Houghton Mifflin, 2003. 756 p. ISBN 0618124055.

HO, C. S.; CHEE, C. Y.; HO, R. C. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. **Annals of the Academy of Medicine of Singapore**, v. 49, n. 3, p. 155-160, 2020.

HOLMES, E. A. *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547-560, 2020.

HONORATO, E. *et al.* Waves of Mental Health Demands During the COVID-19 Pandemic. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, v. 288, 2020.

HUREMOVIC, D. Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History). In: _____. (Ed.). **Psychiatry of Pandemics: a Mental Health Response to infection Outbreak**. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2019. 185 p. ISBN 9783030153458.

IASEVOLI, F. *et al.* Psychological distress in patients with serious mental illness during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 6, p. 1054-1056, 2020.

ISHAK, W.W. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde no transtorno bipolar. **Bipolar Disorders**, v. 14, p. 6-18, 2012.

INGRAHAM, N. E.; TIGNANELLI, C. J. Fact Versus Science Fiction: Fighting Coronavirus Disease 2019 Requires the Wisdom to Know the Difference. **Critical Care Explorations**, v. 2, n. 4, 2020.

ISHAK, W. W. *et al.* Health-related quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 14, p. 6-18, 2012.

JANSEN, K. *et al.* Quality of life and mood disorder episodes: Community sample. **Journal Affective Disorders**, v. 147, n. 1-3, p. 123-27, 2013.

JANSEN, K. *et al.* Early functional impairment in bipolar youth: A nested population-based case-control study. **Journal of Affective Disorders**, v. 142, n. 1-3, p. 208-212, 2012.

JANSEN, K. *et al.* Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 440-448, 2011.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY (JHU). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). 2020. Disponível em: <<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

JOHNSON, N. P. A. S.; MUELLER, J. Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 “Spanish” Influenza Pandemic. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 76, n.1, p. 105–15, 2002.

KAHN, J. J. *et al.* Reconsideration of the factorial structure of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11): Assessment of impulsivity in a large population of euthymic bipolar patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 253, p. 203-209, 2019.

KARANTONIS, J. A. *et al.* The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p. 442-447, 2021.

KHAFIF, T. C. *et al.* Quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: An 8-year longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, v. 278, p. 239-243, 2021.

KESSLER, R. C. *et al.* Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 9, p. 1561-1568, 2006.

KHAN, U. *et al.* Pandemics of the past: A narrative review. **Journal of Pakistan Medical Association**, vol. 70, n. 5, p. 34-37, 2020.

KOENDERS, M. *et al.* Effects of the COVID-19 pandemic in a preexisting longitudinal study of patients with recently diagnosed bipolar disorder: Indications for increases in manic symptoms. **Brain and Behavior**, v. 11, n. 11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/brb3.2326>. Acesso em: 21 mai. 2022.

KOZLOFF, N. *et al.* The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. **Schizophrenia Bulletin**, v. 46, n. 4, p. 752–757, 2020.

KRAEPELIN, E. **Dementia praecox and manic-depressive insanity. reed 1989**, New York, NY: E & S Livingstone, The classics of psychiatry and behavioural sciences library; 1919. 100 p.

KUMAR, S. *et al.* Omicron and Delta variant of SARS-CoV-2: A comparative computational study of spike protein. **Journal of Medical Virology**, p. 1-9, 2021.

KUPFER, D. J. The Increasing Medical Burden in Bipolar Disorder. **JAMA**, v. 293, n. 20, p. 2528-2530, 2005.

KUZMAN, M.; CURKOVIC, M.; WASSERMAN, D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. **European Psychiatry**, v. 63, n.1, p. 1-3, 2020.

LAI, M. M.; CAVANAGH, D. The molecular biology of coronaviruses. **Advances in Virus Research**, v. 48, p. 1-100, 1997.

LEBOYER, M. *et al.* Key findings on bipolar disorders from the longitudinal FondaMental Advanced Center of Expertise-Bipolar Disorder (FACE-BD) cohort. **Journal of Affective Disorders**, v. 307, p. 149-156, 2022.

LEE, D. *et al.* Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 207, p. 434-441, 2017.

LEE, S. *et al.* The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 9, p. 2038-2046, 2005.

LEI, L. *et al.* Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. **Medical Science Monitor**, n. 26, 2020.

LENZO, V. *et al.* Resilience Contributes to Low Emotional Impact of the COVID-19 Outbreak Among the General Population in Italy. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020.

LEWIS, K. J. *et al.* Mental health prior to and during the COVID-19 pandemic in individuals with bipolar disorder: Insights from prospective longitudinal data. **Bipolar Disorders**, v. 24, n. 6, p. 658-666, 2022.

LEWIS, K. *et al.* Sleep loss as a trigger of mood episodes in bipolar disorder: Individual differences based on diagnostic subtype and gender. **British Journal of Psychiatry**, v. 211, n. 3, p. 169-174, 2017.

LI, Y. C. *et al.* Suicidality in clinically stable bipolar disorder and schizophrenia patients during the COVID-19 pandemic. **Translational Psychiatry**, v. 12, n. 303, 2022.

LIEBERMAN, L. *et al.* Heightened reactivity to uncertain threat as a neurobehavioral marker of suicidal ideation in individuals with depression and anxiety. **International Journal Psychophysiology**, v. 155, p. 99-104, 2020.

LIMA, M. S. *et al.* Epidemiologia do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 32, p. 15-20, 2005. Número especial.

LIU, Y. C.; KUO, R. L.; SHIH, S. R. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history, **Biomedical Journal**, v. 43, n. 4, p. 328-33, 2020.

LOESCH, C.; HOELTGEBAUM, M. **Métodos estatísticos multivariados**. São Paulo: Saraiva, 2012. 288 p. ISBN 8502146092.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Bech Depression and Anxiety Inventories. **Behavior Research and Therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales**. 4th. ed. Sidney: Psychology Foundation of Australia, 2004.

LOZANO, O. M.; ROJAS, A. J.; CALDERÓN, F. F. Comorbidade psiquiátrica e gravidade da dependência de usuários de substância: como isso afeta sua qualidade de vida relacionada à saúde? **Journal of Mental Health**, v. 26, n. 2, p. 119-126, 2017.

LUCAS, L. S. *et al.* Comunicação Breve. Impactos da Pandemia de COVID- 19 na Saúde Mental de crianças e adolescentes: Orientações do departamento de Psiquiatria da infância e adolescência da Associação Brasileira de Psiquiatria. *In: Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, p. 74-78, 2020.

MCBRIDE, E. *et al.* The impact of COVID-19 on health behaviour, well-being, and long-term physical health. **British Journal of Health Psychology**, v. 26, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12520>. Acesso em: 19 mai. 2022.

MAGALHÃES, P. V. S.; PINHEIRO, R. T. Epidemiologia do transtorno bipolar. *In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs.). Transtorno Bipolar: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed, p. 17-27, 2009.

MAGUIRE, C. *et al.* Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. **Bipolar Disorder**, v. 10, n. 2, p. 293-302, 2008.

MALKOFF-SCHWARTZ, S. *et al.* Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 5, p. 1005-1016, 2000.

MALTA, M.; RIMOIN, A. W.; STRATHDEE, S. A. The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20? **EClinicalMedicine**, v. 3, n. 20, 2020.

MARNEROS, A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states. **Journal of Affective Disorders**, v. 67, n. 1-3; p. 229-240, 2001.

MAREMMANI, H.S. *et al.* The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ), **Journal of Affective Disorders**, v. 85, n. 1-2, p. 17-27, 2005.

MATTA, G. C. *et al.* (Org.) Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19. **Editores FIOCRUZ**, p. 221, 2021. ISBN 9786557080320.

MCELROY, S. L. *et al.* Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 3, p. 420-6, 2001.

MCINTYRE, R. S. *et al.* Comorbidade médica no transtorno bipolar: priorizando necessidades não atendidas. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, 4 ed., p. 406-416, 2007.

MERIKANGAS, K. R. *et al.* Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. **Archives Of General Psychiatry**, v. 68, n. 3, p. 241-51, 2011.

MICHALAK, E. E.; MURRAY, G.; CREST, B. D. Development of the QoL.BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 12, n. 7, p. 727-740, 2010.

MICHALAK, E. E. *et al.* The relationship between clinical outcomes and quality of life in the first episode of mania: a longitudinal analysis. **Bipolar Disorders**, v. 15, p.188-198, 2013.

MICHALAK, E. E.; YATHAM, L. N.; LAM, L. W. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, p. 3-72, 2005.

MISKOWIAK, K. W. *et al.* Cognição afetiva no transtorno bipolar: uma revisão sistemática pela força-tarefa de cognição do ISBD. **Bipolar Disorders**, v. 21, p. 686-717, 2019.

MOHIUDDIN, M.; KASAHARA, K. Investigating the aggressiveness of the COVID-19 Omicron variant and suggestions for possible treatment options. **Respiratory Medicine**, v. 191, 2022.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 22, n. 4, 2013.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**, 2003. 170 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde designado para atender em saúde e ambiente, 2008. Disponível em: < https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritiro_na_saude.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. **Transtorno Bipolar do Humor**, São Paulo: Lemos Editorial, p. 11-61, 2002. 373 p. ISBN 8574501174.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**, São Paulo: Segmento Farma, 2005. 448 p. ISBN 85-98353-36-1.

MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. What is a pandemic? **The journal of Infectious Diseases**, vol. 200, n. 7, p. 1018-21, 2009.

MORENS, D. M.; FAUCI, A. S. Emerging infectious diseases: threats to human health and global stability. **PLoS Pathogenes**, v. 9, n.7, 2013.

MORENS, D. M. *et al.* The Origin of COVID-19 and Why It Matters. **American Journal Tropical Medicine Hygiene**, v. 103, n. 3, p. 955-959, 2020.

MORTON, E.; MICHALAK, E. E.; MURRAY, G. What does quality of life refer to in bipolar disorders research? A systematic review of the construct's definition, usage and measurement. **Journal of Affective Disorders**, v. 212, p. 128-137, 2017.

MURRAY, G.; MICHALAK, E. E. The quality of life construct in bipolar disorder research and practice: past, present, and possible futures. **Bipolar Disorders**, v.14, p. 793-796, 2012.

MURRAY, G.; GOTTLIEB, J.; SWARTZ, H. A. Maintaining Daily Routines to Stabilize Mood: Theory, Data, and Potential Intervention for Circadian Consequences of COVID-19. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 66, n. 1, p. 9-13, 2021.

MURRAY, G. *et al.* Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. **Clinical Psychology**, v. 52, p. 148-163, 2017.

MURUGANANDAM, P. *et al.* COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. **Psychiatry Research**, v. 291, 2020.

NABAVI, B. *et al.* A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. **EBioMedicine**, v. 2, n. 10, p. 1405-1419, 2015.

NAVECA, F. *et al.* Phylogenetic relationship of SARS-CoV-2 sequences from Amazonas with emerging Brazilian variants harboring mutations E484K and N501Y in the Spike protein. *Virological.org*, 2021. Disponível em: <<https://virological.org/t/phylogenetic-relationship-of-sars-cov-2-sequences-from-amazonas-with-emerging-brazilian-variants-harboring-mutations-e484k-and-n501y-in-the-spike-protein/585>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

NEWMAN, C. F. *et al.* **Transtorno bipolar – tratamento pela terapia cognitiva**. São Paulo: Roca, 2006.

NOMURA, S. *et al.* Social determinants of mid- to long-term disaster impacts on health: A systematic review. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, v. 16, p. 53-67, 2016.

NORTH, C. S.; PFEFFERBAUM, B. Mental Health Response to Community Disasters: A Systematic Review. **JAMA**. v. 310, n. 5, p. 507-518, 2013.

NORRIS, F. **Psychosocial consequences of natural disasters in developing countries: what does past research tell us about the potential effects of the 2004 tsunami?** White River Junction: National Center for PTSD, US Department of Veterans Affairs; 2005.

O'CONNOR, R. *et al.* Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyzes of adults in the study UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing. **The British Journal of Psychiatry**, v. 218, n. 6, p. 326-333, 2021.

OKUSAGA, O. *et al.* Postolache, Toxoplasma gondii antibody titers and history of suicide attempts in patients with schizophrenia, **Schizophrenia Research**, v. 133, n. 1-3, p. 150-155, 2011.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2, 2020.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Programa de Saúde Mental. Genebra: Grupo Whoqol, 1994. Acesso em: 02 jul. 2021.

_____. Novel Coronavírus (2019-nCoV). Situation Report -1. jan. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>>. Acesso em: 02 mai. 2022.

_____. ICD-11 Implementation or transition guide. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. 2020. Disponível em: <<https://reliefweb.int/report/world/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19-april-2020>>. Acesso em: 02 mai. 2020.

ORNELL, F. S. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.

ORNELL, F. *et al.* The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 4, 2021.

OZAMIZ-ETXEBARRIA, N. *et al.* Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/ WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19). 2021. Disponível em: <<http://www.paho>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

PALAGINI, L. *et al.* Insomnia symptoms predict emotional dysregulation, impulsivity and suicidality in depressive bipolar II patients with mixed features. **Comprehensive Psychiatry**, v. 89, p. 46-51, 2019.

PAN, K. *et al.* The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 2, p.121-29, 2020.

PARFIT, D. **Reasons and Persons**. Oxford, Clarendon Press, 1984.

PATRICK, D. L.; ERICKSON, P. Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In: WALKER, S. R.; ROSSER, R. M. (Ed.) **Quality of life Assessment: Key issue in the 1990**. Dordrecht: Springer, 1993. p. 11-63.

PEERI, N. C. *et al.* The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? **International Journal of Epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 717-726, 2020.

PÊGO, F. *et al.* **Pandemia e fronteiras brasileiras: análise da evolução da Covid-19 e proposições**, 2020.

PÉREZ-FUENTES, M. D. C. *et al.* Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. **PLoS One**, v. 25, n. 6, 2020.

PERUGI, G.; AKISKAL, H. S. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulsive-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 25, n. 4, p. 713-37, 2002.

PFEFFERBAUM, B.; NORTH, C. S. Mental health and the Covid-19 pandemic. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, p. 510-512, 2020.

PHELPS, I. *et al.* Validity and utility of bipolar spectrum models. **Bipolar Disord**, v. 10, p. 179-193, 2008.

PLATTO, S. *et al.* History of the COVID-19 pandemic: Origin, explosion, worldwide spreading. **Biochemical and Biophysical Research Communications**, n. 538, p. 14-23, 2021.

PLATTO, S.; XUE, T.; CARAFOLI, E. COVID-19: an announced pandemic. **Cell Death and Disease**, v. 11, p. 799, 2020.

POST, F. *et al.* Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 238, p. 399-404, 2018.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993. 268 p. ISBN 8508042906.

RAY A, *et al.* Stress, Anxiety, and Immunomodulation: A Pharmacological Analysis. **Vitam Horm**, v. 103, p. 1-25, 2017.

RAJKUMAR, R. P. Bipolar disorder, COVID-19, and the risk of relapse. **Bipolar Disord**, v. 22, n. 6, p. 640, 2020.

_____. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 52, 2020.

- RAKOFSKY, J. J.; DUNLOP, B. W. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 72, n.1, p. 81-90, 2011.
- RAPAPORT, M. H. *et al.* Quality-of-life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. **American Journal Psychiatry**, v. 162, n. 6, p. 1171-1178, 2005.
- REYNOLDS, D. L. *et al.* Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. **Epidemiology and infection**, v. 136, n. 7, p. 997-1007, 2008.
- RHEENEN, T. E. V. *et al.* Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, p. 69-77, 2020.
- RIBLET, N. B. *et al.* Longitudinal examination of COVID-19 public health measures on mental health for rural patients with serious mental illness. **Military Medicine**, v. 186, n. 9-10, p. 956-961, 2021.
- ROBILLARD, R.; NAISMITH, S. L.; HICKIE, I. B. Recent advances in sleep-wake cycle and biological rhythms in bipolar disorder. **Current Psychiatry Reports**, v. 15, n. 10, p. 402, 2013.
- ROSA, A. R. *et al.* Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. **Bipolar Disorders**, v. 11, n. 4, p. 401-09, 2009.
- ROTENBERG, S. L. *et al.* Emotion Regulation and Bipolar Disorder: Strategies during the COVID-19 Pandemic. **Bipolar Disorders**, v. 22, n. 8, p. 879-882, 2020.
- RUBIO, J. M. *et al.* Quality of life after remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 5, p. 445-450, 2013.
- SAARNI, S. I. *et al.* Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. **British Journal of Psychiatry**, v. 190, n. 4, p. 326-332, 2007.
- SAARNI, S. I. *et al.* Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 197, n. 5, p. 386-394, 2010.
- SACCARO, L. F. *et al.* Inflammation, anxiety, and stress in bipolar disorder and borderline personality disorder: A narrative review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 127, p. 184-192, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.017>. Acesso em: 14 d. 2022.
- SIA, S. F. *et al.* Pathogenesis, and transmission of SARS-CoV-2 in golden hamsters. **Nature**, v. 583, p. 834-838, 2020.

SALARI, N. *et al.* Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Globalization and Health**, v. 16, n. 57, 2020.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 32, n. 1, p. 105-9, 2005.

SANTOS, M. *et al.* **Território, Territórios: ensaio sobre o ordenamento territorial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. 416 p. ISBN 859827142X.

SARAGOUSI, D. *et al.* Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: a 2-year European cohort study. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 14, p. 1339–1350, 2018.

SAXENA, S.; CARLSON, D.; BILLINGTON, R. WHOQOL Group. World Health Organisation Quality Of Life. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. **Qual Life Res**, v. 10, n. 8, p. 711-721, 2001.

SCHECHTER, D.; ENDICOTT, J.; NEE, J. Quality of life of ‘normal’ controls: Association with lifetime history of mental illness, **Psychiatry Research**, v. 152, n. 1, p. 45-54, 2007.

SCHOEPF, D.; HEUN, R. Bipolar disorder and comorbidity: Increased prevalence and increased relevance of comorbidity for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions, **Journal of Affective Disorders**, v. 169, p. 170-178, 2014.

SCHÖNTHALER, E. M. D. *et al.* Greater Emotional Distress Due to Social Distancing and Greater Symptom Severity during the COVID-19 Pandemic in Individuals with Bipolar Disorder: A Multicenter Study in Austria, Germany, and Denmark. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 13, 2022.

SCHULTZ, J. M. *et al.* The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 West Africa ebola virus disease outbreak. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 104, 2016.

SEDLER, M. Falret’s discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. **American Journal Psychiatry**, v. 140, n. 9, p. 1127-1233, 1983.

SHEN, G. H. *et al.* Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. **Bipolar Disorders**, v. 10, n. 4, p. 1398-5647, 2008.

SILVA, L. J. O Conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 2. P. 148-156, 2018.

SIRIGNANO, L. *et al.* The subtypes of depression and bipolar disorder differ in their genetic correlations with biological rhythms. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, 2022.

SKEVINGTON, S. M. *et al.* The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 299-310, 2004.

SMITH, B. J.; LIM, M. H. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. **Public Health Research and Practice**, v. 30, n. 2, 2020.

SOARES, M. B. M.; MORENO, D. H.; MORENO, R. A. **Comorbidades**. In: MORENO, R. MORENO, D.H. (ed.): Transtorno Bipolar do Humor. Lemos, São Paulo: p. 159-180, 2002.

SOARES, O. T. *et al.* Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 416-423, 2010.

SOLÉ, B. *et al.* Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. **Journal of Affective Disorders**, v. 281, p. 13-23, 2021.

STEFANA, A. *et al.* The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 22, p. 641-643, 2020.

STEINAN, M. K. *et al.* Sleep problems in bipolar disorders: more than just insomnia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 133, n. 5, p. 368-377, 2016.

SUGAYA, L. *et al.* Child physical abuse and adult mental health: a national study. **Journal Traumatic Stress**, v. 25, n. 4, p. 384-392, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jts.21719>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B.; **Transtorno Bipolar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 136 p. ISBN 9788536319100.

SWANN, A. C. *et al.* Increased trait-type impulsivity and illness course in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 11, n.3, p. 280-288, 2009.

SYLVIA, L. G. The effect of personalized guideline-concordant treatment on quality of life and functional impairment in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 169, p. 144-148, 2014.

TEE, M. L. *et al.* Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 379-391, 2020.

TENÓRIO, F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980s to present days: its history and concepts. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

TORALES, J. *et al.* The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317-320, 2020.

TROMPENAARS, F. J. *et al.* Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 1, p. 151-160, 2005.

TUCCI, V. *et al.* The Forgotten Plague: Psychiatric Manifestations of Ebola, Zika, and Emerging Infectious Diseases. **Journal of Global Infectious Disease**, v. 9, n. 4, p. 151-156, 2017.

VAN REETH, O. *et al.* A fase de exercício noturno atrasa os ritmos circadianos da secreção de melatonina e tireotropina em homens normais. **American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism**, v. 266, n.6, p. 964-974, 1994.

VAN RHEENEN, T. E. *et al.* Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: initial results from the COLLATE project. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, p. 69-77, 2020.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a large-scale systematic review and meta-analysis. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 166-174, 2016.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. **American Journal of Psychiatry**, v. 170, n. 3, p. 265-274, 2013.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, v. 3, p. 278-280, 2020.

VIETA, E. *et al.* Bipolar disorder: defining symptoms and comorbidities—authors' reply. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 869-870, 2016.

VIETA, E. *et al.* Clinical Correlates of Psychiatric Comorbidity in Bipolar I Patients. **Bipolar Disorder**, v. 3, p. 253-258, 2001.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

VOJTA, C. *et al.* Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 190-195, 2001.

WAND, T. Recovery is about a focus on resilience and wellness, not a fixation with risk and illness. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 12, p. 1083–1084, 2015.

WANG, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 1729, p. 1-25, 2020.

WANG, H. *et al.* The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. **PLoS One**, v. 15, n. 5, 2020.

WANG, Z. *et al.* The prevalence and clinical correlates of medical disorders comorbidities in patients with bipolar disorder. **BMC Psiquiatria**, v. 22, n. 176, 2022.

WANG, Y. *et al.* Disrupted resting-state functional connectivity in nonmedicated bipolar disorder. **Radiology**, v. 280, n. 2, p. 528-536, 2016.

WEISS, R. B. *et al.* Kindling of life stress in bipolar disorder: Comparison of sensitization and autonomy models. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 124, n. 1, p. 4-16, 2015.

WEISSMAN, M. M. *et al.* Cross-national Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorders. **Journal of the American Medical Association**, v. 276, n. 4, p. 293-299, 1996.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 5. 2020.

WHITEFORD, H. A. *et al.* Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 382, p. 1575-1586, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Investing in mental health**. Switzerland: Nove Impression, 2003. 52 p. ISBN 9241562579.

_____. **World mental health report: Transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

_____. Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/oxygen-sources-and-distribution-for-covid-19-treatment-centres>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

_____. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. Disponível em: <<https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. World mental health report: Transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

_____. **The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment.** Geneva: WHO. 2020. 49 p. ISBN 9789240012455.

_____. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73. 2020. [Website]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

_____. Convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

_____. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 1. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4>. Acesso em: 09 mar. 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, 2020.

WONG, J. E. L.; LEO, Y. S.; TAN, C.C. COVID-19 in Singapore-Current Experience: Critical Global Issues That Require Attention and Action. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1243-1244, 2020.

XIONG, J. *et al.* Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review, **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 55-64, 2020.

XUE, S. *et al.* COVID-19: Implications for bipolar disorder clinical care and research. **SAGE Open Medicine**, v. 8, p. 1-5, 2020.

YANG, Y.; SHANG, W.; RAO, X. Facing the COVID-19 outbreak: what should we know and what can we do? **Journal of Medical Virology**, v. 92, p. 536 -537, 2020.

YATHAM, L. N. *et al.* Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. **Bipolar Disorders**, v. 6, p. 379-385, 2004.

YOCUM, A. K. *et al.* Covid-19 pandemic and lockdown impacts: A description in a longitudinal study of bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p. 1226-1233, 2021.

YOON, M. K. *et al.* Effectiveness of detection system, brief intervention and referral for treatment of people with post-traumatic emotional distress by MERS: case report of community-based proactive intervention in South Korea. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, n. 51, 2016.

YOUNGSTROM, E. A. *et al.* Working with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic: Both crisis and opportunity. **WikiJournal of Medicine**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2020.

ZAMAN, S. *et al.* Cardiovascular disease and COVID-19: Australian and New Zealand consensus statement Medical Journal of Australia. **The Medical Journal of Australia**, v. 213, n. 4, p. 182-187, 2020.

ZAREIFOPOULOS, N. *et al.* Prevalence of comorbid chronic obstructive pulmonary disease in individuals suffering from schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 15, n. 6, p. 612-620, 2018.

ZIEBUHR, J. The coronavirus replicase. **Current Topics in Microbiology and Immunology**, v. 287, p. 57-94, 2005.

ZOU, S. *et al.* Prevalence and correlates of fatigue and its association with quality of life among clinically stable older psychiatric patients during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. **Global Health**, v. 16, n.1, p. 1-7, 2020.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno afetivo bipolar.

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 53671021.3.0000.0107.

Pesquisadores responsáveis:

Mestranda: Kadydja Rosely Varela da Fonseca (telefone de contato: (45) 99119-0121) Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei (telefone de contato: (45) 99980-5480)

Endereço de contato: UNIOESTE, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Lot. Universitário das Américas, Foz do Iguaçu - PR, 85870-650 (45)

Você está sendo convidado a participar de pesquisa sobre Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de pessoas com transtorno afetivo bipolar. A pesquisa tem por objetivo conhecer a sua condição atual em relação a aspectos relacionados ao estresse, depressão, ansiedade, sintomas de hipomania e qualidade de vida nesse momento crítico. Conhecer essas condições em pessoas com transtorno bipolar é importante pois permitirá compreender diferentes dimensões da sua qualidade de vida e como diferentes variáveis podem influenciar nesse equilíbrio e saúde mental. Além disso, esse conhecimento poderá orientar políticas públicas nesse cenário de pandemia e planejar novas estratégias de intervenções psicossociais e psicológicas visando contribuir com informações sobre os fatores de riscos (perturbação de ritmos diários, isolamento social, estresse) associados ao transtorno bipolar e o desenvolvimento de ações visando a qualidade de vida e saúde mental de pessoas com transtorno bipolar. Para que isso ocorra você irá responder a um questionário online onde irá informar alguns dados pessoais, sociais, de saúde e de efeitos da pandemia de COVID-19 sobre você, bem como responder a escalas relativas à qualidade de vida, hipomania e ao estresse, ansiedade e depressão. Não terão respostas certas ou erradas. Você precisará de aproximadamente 30 minutos para responder a todas as perguntas. É muito importante que você responda a todas as perguntas com sinceridade e ir até o final da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é voluntária. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para você. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados. Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo. Apesar disso, se tiver algum dano por causa desta pesquisa, você tem direito a buscar indenização.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo, ou seja, o mesmo que refletir sobre seu estado de saúde, bem-estar e estresse cotidiano e a situação da pandemia. Você pode ser sentir chateado(a) ou preocupado(a) por causa dos temas abordados. Se isto acontecer, basta parar de responder e fechar esta página da internet.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. Você não precisará informar seu nome no questionário e nas escalas, o que garante o seu anonimato.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa e para fins científicos. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Neste caso, recomendamos que você imprima ou salve uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o caso de precisar consultar no futuro. Se não quiser participar, basta fechar essa página.

EU DECLARO ESTAR CIENTE DO EXPOSTO E SUFICIENTEMENTE ESCLARECIDO SOBRE OS FATOS INFORMADOS NESTE DOCUMENTO, QUE:

Tenho mais de 18 anos e concordo em participar da pesquisa.

Eu, Kadydja Rosely Varela da Fonseca, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Foz do Iguaçu, 10 de agosto de 2021.

APÊNDICE B



**IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA
QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE
INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR**
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - "CAAE "Nº
53671021.3.0000.0107

**Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Sociedade, Cultura
e Fronteiras**

Pesquisadores responsáveis:

**Mestranda: Kadydja Rosely Varela da Fonseca (telefone de
contato: 45 99119-0121)**

**Orientador: Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei (telefone de contato: 45
99980-5480)**

*** 1. Você está sendo convidado a participar de pesquisa sobre o Impacto da Pandemia de COVID-19 na Qualidade de Vida e Saúde Mental de Indivíduos com Transtorno Bipolar. A pesquisa tem por objetivo compreender o impacto da pandemia de COVID-19 em diferentes dimensões da sua qualidade de vida e aspectos relacionados ao estresse, depressão, ansiedade e sintomas do Transtorno bipolar nesse momento crítico.**

Você precisará de aproximadamente 10 a 20 minutos para responder a todas as perguntas. É muito importante que você responda a todas as perguntas com sinceridade e ir até o final da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é voluntária. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer prejuízo para você.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar desse estudo.

As informações que você fornecer serão mantidas em anonimato e utilizadas exclusivamente nesta pesquisa e para fins científicos.

***Caso você precise informar algum fato decorrente da sua participação na pesquisa, e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP) pessoalmente de 2a a 6a feira, de 8h às 15h30, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel, PR; pelo e-mail cep.prppg@unioeste.br; pelo telefone (45) 3220-3092.**

Você precisa ter 18 anos ou mais para participar dessa pesquisa e ter o diagnóstico clínico de Transtorno Bipolar.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Neste caso, recomendamos que você imprima ou salve uma cópia deste TCLE para o caso de precisar consultar posteriormente. Se não quiser participar, basta fechar essa página.

EU DECLARO ESTAR CIENTE DO EXPOSTO E SUFICIENTEMENTE ESCLARECIDO SOBRE OS FATOS INFORMADOS NESTE DOCUMENTO, E QUE:

- Tenho idade igual ou superior a 18 anos, tenho diagnóstico clínico de transtorno bipolar e concordo em participar da pesquisa**
- Tenho menos de 18 anos, ou não tenho diagnóstico clínico de transtorno bipolar ou não concordo em participar da pesquisa**

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR

Questionário de Pesquisa

*** 2. Qual o seu endereço de e-mail?**

*** 3. Qual é a sua idade?**

- Entre 18 e 24 anos
- Entre 25 e 34 anos
- Entre 35 e 44 anos
- Entre 45 e 54 anos
- Entre 55 e 64 anos
- Entre 65 e 74 anos
- 75 anos ou mais

*** 4. Qual é o seu gênero?**

- Feminino
- Masculino
- Outro (especifique)

*** 5. Qual é o seu estado civil?**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União Estável
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro (especifique)

*** 6. Em que cidade você mora no momento?**

*** 7. Em que estado você mora no momento?**

*** 8. Com quem você mora?**

- Sozinho
- Com 1 pessoa
- Com 2 até 4 pessoas
- Com 5 ou mais pessoas

*** 9. Possui filhos?**

- Não
- Sim, tenho 1
- Sim, tenho 2
- Sim, tenho 3
- Sim, tenho 4
- Sim, tenho 5 ou mais

*** 10. Qual o seu nível de escolaridade?**

- Ensino fundamental
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Nenhuma das opções acima

*** 11. Realiza algum curso de formação atualmente?**

- Não
- Sim, Ensino Fundamental
- Sim, Ensino Médio
- Sim, Ensino Superior
- Outro

*** 12. Possui Pós-Graduação concluído?**

- Não
- Sim, Especialização
- Sim, Mestrado
- Sim, Doutorado

*** 13. Segue alguma religião?**

- Não
- Sim, Católica
- Sim, Evangélica
- Sim, Espírita
- Sim, Outra

*** 14. Atua profissionalmente?**

- Não
- Sim

*** 15. Qual a sua renda familiar em salários mínimos no momento atual?**

- Sem renda familiar
- Menos de 1 salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- 4 a 6 salários mínimos
- 7 a 9 salários mínimos
- 10 ou mais salários mínimos

*** 16. Você faz atividade física regularmente?**

- Não
- Sim, 1 vez na semana
- Sim, 2 ou 3 vezes na semana
- Sim, 4 ou 5 vezes na semana
- Sim, 6 ou 7 vezes na semana

*** 17. Realiza atividade de lazer?**

- Não
- Sim, 1 vez na semana
- Sim, 2 ou 3 vezes na semana
- Sim, 4 ou 5 vezes na semana
- Sim, 6 ou 7 vezes na semana

*** 18. Você atualmente fuma ?**

- Não
- Sim

*** 19. Você consome bebida alcoólica?**

- Não
- Sim, 1 vez por semana
- Sim, 2 ou 3 vezes por semana
- Sim, 4 ou 5 vezes por semana
- Sim, 6 ou 7 vezes por semana

*** 20. Tem doença crônica?**

- Não
- Sim, circulatória (ex.: cardiopatia, hipertensão)
- Sim, digestiva (ex.: gastrite, intestinal, doença celíaca)
- Sim, endócrino (ex.: diabetes, hipotireoidismo)
- Sim, neoplásica (tumores, câncer)
- Sim, respiratória (ex.: asma, bronquite, rinite)
- Sim, mental/comportamental (ex.: ansiedade, depressão)
- Outra

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR

A seguir, gostaríamos de conhecer de que maneira foram ou estão sendo as suas vivências relacionadas a pandemia de COVID-19

*** 21. Você teve COVID-19?**

- Não tive COVID-19
- Talvez, apresentei sintomas mas não fiz o teste (caso suspeito)
- Sim, foi confirmado pelo teste (caso confirmado)

*** 22. Caso tenha tido COVID-19, qual foi a sua manifestação clínica?**

- Não tive COVID-19
- Assintomático (sem sintomas)
- Manifestação leve, sem necessidade de internação
- Manifestação moderada, sem necessidade de internação
- Manifestação moderadamente grave, foi internado, mas sem necessidade de UTI
- Manifestação muito grave, foi internado na UTI

*** 23. Convive com quem teve COVID-19?**

- Não
- Sim

*** 24. Conviveu com quem faleceu de COVID-19?**

- Não
- Sim

*** 25. Fez isolamento social?**

- Não
- Sim, menos de 60 dias
- Sim, até 60 dias
- Sim, 61 a 90 dias
- Sim, 91 a 120 dias
- Sim, 121 a 150 dias
- Sim, 150 a 240 dias
- Sim, 240 a 365 dias
- > 365 dias

*** 26. As medidas de isolamento social (toque de recolher, lockdown, distanciamento social) decorrentes da pandemia de COVID-19 afetaram você em algum aspecto da sua vida?**

- Não
- Pouco
- Moderado
- Muito

*** 27. Você foi vacinado para a COVID-19?**

- Não
- Sim, 1ª dose
- Sim, 2ª dose
- Sim, 3ª dose

*** 28. Quais dimensões da sua vida foram mais afetadas NEGATIVAMENTE pela crise da pandemia de COVID-19? (Múltipla escolha)**

- Alimentação
- Convívio doméstico
- Convívio social
- Financeiro
- Trabalho
- Saúde física
- Saúde mental
- Sono
- Nenhuma
- Todas
- Outra (qual)

*** 29. Durante a pandemia de COVID-19, o seu ACESSO A ALIMENTOS:**

- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 30. Durante a pandemia de COVID-19, o seu ACESSO A MEDICAMENTOS PARA A BIPOLARIDADE:**

- Não faço uso
- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 31. Durante a pandemia de COVID-19, a sua ATIVIDADE de LAZER:**

- Não faço
- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 32. Durante a pandemia de COVID-19, a sua ATIVIDADE FÍSICA:**

- Não faço
- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 33. Durante a pandemia de COVID-19, as suas CONSULTAS PSICOLÓGICAS:**

- Não faço
- Cessaram
- Reduziram
- Mantiveram-se iguais
- Aumentaram

*** 34. Durante a pandemia de COVID-19, as suas CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS:**

- Não faço
- Cessaram
- Reduziram
- Mantiveram-se iguais
- Aumentaram

*** 35. Durante a pandemia de COVID-19, as suas CONSULTAS DE SAÚDE EM GERAL:**

- Não faço
- Cessaram
- Reduziram
- Mantiveram-se Iguais
- Aumentaram

*** 36. Durante a pandemia de COVID-19, o seu consumo de BEBIDA ALCOÓLICA:**

- Não faço uso
- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 37. Durante a pandemia de COVID-19, o seu CONVÍVIO DOMÉSTICO SAUDÁVEL:**

- Piorou
- Manteve igual
- Melhorou

*** 38. Durante a pandemia de COVID-19, o seu ESTUDO:**

- Não estudo
- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 39. Durante a pandemia de COVID-19, a sua RENDA FAMILIAR:**

- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 40. Durante a pandemia de COVID-19, a QUALIDADE do seu SONO:**

- Piorou
- Manteve igual
- Melhorou

*** 41. Durante a pandemia de COVID-19, a sua VIDA SOCIAL:**

- Cessou
- Reduziu
- Manteve igual
- Aumentou

*** 42. Vivenciou experiências estressantes durante a pandemia de COVID-19?**

- Não
- Pouco
- Moderado (Preocupações e/ou sintomas moderados relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se ansioso, triste, dificuldade moderada para dormir)
- Muito (Preocupações persistentes e/ou sintomas severos relacionados ao estresse, por exemplo, sentir-se extremamente ansioso, triste, dificuldade severa e frequente para dormir)

*** 43. Durante a pandemia de COVID-19 você teve dificuldades em equilibrar as suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem você convive (familiares, amigos)?**

- Não houve mudança
- Pouca
- Moderado
- Muito

*** 44. Durante a pandemia de COVID-19 você teve dificuldades para acessar os serviços médicos na área de saúde mental?**

- Não houve mudança
- Pouca (Dificuldade de acessar aos serviços, sem repercussão na saúde)
- Moderado (Atraso e cancelamento de consultas médicas e/ou psicológicas e/ou psiquiátricas, com moderado impacto na saúde)
- Muito (Não pude acessar os serviços necessários, causando forte impacto na saúde)

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO BIPOLAR

A seguir, gostaríamos de CONHECER seu histórico sobre o Transtorno Bipolar e aspectos relacionados a pandemia de COVID-19

*** 45. Idade do primeiro episódio?**

- Não sei
- Anos (especifique)

*** 46. Tipo do primeiro episódio?**

- Não Sei
- Depressão
- Hipomania
- Mania
- Episódio Misto

*** 47. Idade que recebeu diagnóstico médico do transtorno bipolar?**

- Não sei
- Anos (especifique)

*** 48. Qual foi o diagnóstico em relação ao transtorno bipolar?**

- Não sei
- Transtorno Bipolar tipo I
- Transtorno Bipolar tipo II
- Transtorno Bipolar sem outra especificação
- Transtorno Ciclotímico
- Outro (especifique)

*** 49. Idade que usou medicação psiquiátrica (antidepressivo, etc.) com indicação médica pela primeira vez?**

- Não sei
- Anos (especifique)

*** 50. Você já necessitou de hospitalizações psiquiátricas decorrentes do transtorno bipolar?**

- Não
- Sim, quantas vezes? (especifique)

*** 51. Quando você necessita de acompanhamento relacionado à saúde mental, quais serviços você faz uso? (múltipla escolha)**

- Unidades Básicas (Postos de Saúde)
- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
- UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência)
- Hospital
- Plano Privado de Saúde
- Consulta particular
- Não faço uso do serviço de saúde

*** 52. Faz acompanhamento psicológico?**

- Não
- Sim, até 6 meses
- Sim, mais de 6 meses até 1 ano
- Sim, mais de 1 ano

*** 53. Faz acompanhamento psiquiátrico?**

- Não
- Sim, até 6 meses
- Sim, mais de 6 meses até 1 ano
- Sim, mais de 1 ano

*** 54. Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE MANIA:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)
- Frequente (Vários episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)

*** 55. Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE HIPOMANIA:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)
- Frequente (Vários episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)

*** 56. Considerando os 12 (doze) meses ANTERIORES ao início da pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)
- Frequente (Vários episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)

*** 57. DURANTE a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE MANIA:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)
- Frequente (Vários episódios com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias)

*** 58. DURANTE a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE HIPOMANIA:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos na maior parte do dia, quase todos os dias)
- Frequente (Vários episódios com duração mínima de quatro dias consecutivos na maior parte do dia, quase todos os dias)

*** 59. DURANTE a pandemia de COVID-19, assinale qual foi a sua frequência média de EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO:**

- Não sei
- Não tive
- Pouco frequente (Alguns episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)
- Frequente (Vários episódios com duração de pelo menos duas semanas cada)

ANEXO A

Escala – Depression, Anxiety and Stress – Short Form (DASS-21)

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2, ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você **durante a última semana**, conforme a indicação a seguir:

0	1	2	3
Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte de tempo	Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

01. Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
02. Senti minha boca seca	0	1	2	3
03. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
04. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
05. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
06. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
07. Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
08. Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
09. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11. Senti-me agitado	0	1	2	3
12. Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0	1	2	3
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15. Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20. Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO B

WHOQOL – BRIEF (organização Mundial de Saúde) Qualidade de Vida

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF

Instruções

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

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

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida? (nas últimas duas semanas)	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito (a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito satisfeito (a)
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (nas últimas duas semanas)	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto você tem sentido** algumas coisas nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

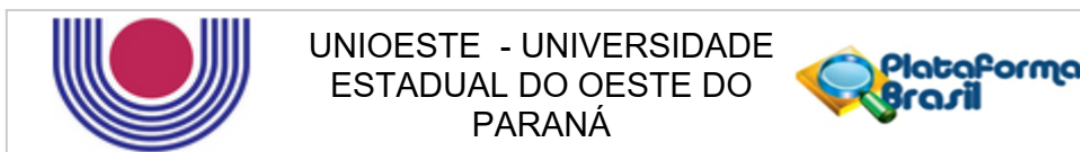
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é **capaz de fazer** certas coisas nestas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

		Muito mal	Mal	Nem mal nem bem	Bem	Muito bem
15	Quão bem você é capaz de se locomover? (nas últimas duas semanas)	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo (a)	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau-humor, desespero, ansiedade, depressão? (nas últimas duas semanas)					

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida e saúde mental de indivíduos com transtorno afetivo bipolar

Pesquisador: Oscar Kenji Nihei

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53671021.3.0000.0107

Instituição Proponente: hospital universitario do oeste do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.127.707

Apresentação do Projeto:

A pesquisa a ser realizada será descritiva e transversal, de natureza qualiquantitativa. O estudo objetiva conhecer o impacto da COVID-19 na saúde mental de indivíduos com transtorno afetivo bipolar, avaliando-se os indicativos de estresse, depressão, ansiedade, hipomania e qualidade de vida, assim como, por meio da percepção de profissionais da saúde do município de Foz do Iguaçu-PR. A pesquisa envolverá indivíduos com diagnóstico

de transtorno afetivo bipolar (TAB) e a amostragem será o de conveniência. Também serão realizadas entrevistas com psiquiatras e psicólogos, que atuam no município de Foz do Iguaçu-PR. A coleta de dados será por meio da aplicação de questionário online com variáveis sociodemográficas, de saúde e sobre os efeitos da pandemia da COVID-19, elaborado para esta finalidade, e três escalas traduzidas e validadas para uso no Brasil:

Depression Anxiety Stress Scale – Short Form (DASS-21); The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), Hypomania Checklist – 32 (HCL-32). No caso dos sujeitos com transtorno afetivo bipolar, o convite para participação será por e-mail e o questionário e as escalas serão aplicadas por meio digital (online). Participarão da pesquisa sujeitos acima de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online. Os dados serão analisados pela estatística descritiva e inferencial utilizando-se o programa Minitab®, versão 18.1, 2017. No caso das entrevistas (presenciais ou online) com os profissionais, procurar-se-á obter suas percepções sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental de

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.127.707

indivíduos com transtorno afetivo bipolar. As gravações das respostas serão transcritas e serão processadas segundo o método de análise de conteúdo. Participarão os profissionais que aceitarem e assinarem o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: - Conhecer o impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com transtorno afetivo bipolar (TAB) por meio dos indicativos de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, níveis de qualidade de vida, hipomania, variáveis sociodemográficas, de saúde e da pandemia, buscando as correlações entre esses fatores.

Objetivo Secundário: - Caracterizar os indivíduos bipolares pesquisados quanto às características sociodemográficas, de saúde e efeitos da pandemia de COVID-19.-

Obter a prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e hipomania nos indivíduos com transtorno bipolar.- Investigar a presença de associação entre os graus de depressão, ansiedade, estresse e hipomania com as variáveis sociodemográficas, de saúde e efeitos da pandemia de COVID-19.- Investigar a presença de associação entre os graus de depressão, ansiedade, estresse e hipomania e dimensões da qualidade de vida.- Investigar a presença de associação entre as dimensões da qualidade de vida com os efeitos da pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos serão mínimos, pois trata-se da aplicação de questionário e escalas já validadas para a população brasileira, e será assegurado o sigilo quanto à identidade dos participantes, além da divulgação dos dados ocorrer apenas para fins científicos e respeitando os preceitos de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com o atendimento das resoluções MS/CNS 466/2012. A participação será totalmente voluntária e o pesquisado não

receberá e nem pagará nenhum valor para participar da pesquisa, e poderá desistir a qualquer momento, conforme será orientado no TCLE. No e-mail os participantes serão esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato, bem como sobre o caráter voluntário da participação. Para o envio do link do questionário, contaremos com o apoio das instituições parceiras, ou caso tenhamos acesso ao e-mail e contato dos participantes, esse link poderá ser enviado pelos próprios pesquisadores.

Além disso, o participante não precisará se identificar (inserir seu nome) para responder ao questionário e as escalas, aumentando o anonimato e segurança dos respondentes.

No caso das entrevistas, o risco também será mínimo, mas o entrevistado será orientado que poderá desistir de participar em qualquer momento. As perguntas abordarão seu conhecimento sobre a realidade dos pacientes com transtorno bipolar durante a pandemia, não abordando

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.127.707

portanto nenhum assunto constrangedor, mas caso o entrevistado se sinta desconfortável poderá encerrar sua participação em qualquer momento, e caso necessite de qualquer tipo de assistência médica, por qualquer motivo, o pesquisador poderá acionar o serviço de atendimento médico de urgência (SAMU) do município de Foz do Iguaçu-PR.

Benefícios: A obtenção de dados sobre os níveis dos sintomas de estresse, depressão, ansiedade, hipomania, assim como, sobre as dimensões de qualidade de vida, e impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com transtorno bipolar, poderá fornecer dados significativos para a reflexão sobre políticas públicas e intervenções psicossociais e psicológicas específicas durante uma pandemia voltadas a esse público. Além disso,

os indivíduos com TB necessitam de maiores informações sobre os fatores de risco (perturbação dos ritmos diários, isolamento social, comorbidades somáticas) e sua vulnerabilidade ao estresse, para que possam se proteger num cenário de pandemia.

Estudos de investigação da associação entre os 5 itens propostos no projeto (estresse, ansiedade, depressão, hipomania, qualidade de vida e efeito da pandemia de COVID-19), até onde foi possível investigar, não foram encontrados na literatura científica. Foram encontrados alguns estudos contemplando alguns desse itens, contudo, dentre esses, poucos estudos sobre indivíduos com transtorno bipolar e a pandemia de COVID-19. Além

do que, a realização da coleta de dados no transcurso da pandemia propicia o ineditismo da pesquisa, visto que permitirá avaliar o impacto desta sobre a saúde mental e a qualidade de vida dos indivíduos com transtorno bipolar pesquisados, bem como, a percepção dos profissionais de saúde (psiquiatra e psicólogo) em relação a condição mental destes indivíduos num cenário de pandemia. Os resultados de possíveis associações entre essas dimensões podem colaborar com os debates e pesquisas científicas atuais sobre a saúde

mental de indivíduos com TB, proporcionando discussões e/ou novas pesquisas sobre estratégias e possibilidades de intervenção capazes de facultar a esses indivíduos suporte para aumentarem a sua qualidade de vida e preservarem a saúde mental num cenário adverso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa institucional envolvendo a pandemia de Covid-19

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. Os projetos que envolvem a pandemia de Covid-19, como este caso, deverão receber

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

Município: CASCAVEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.127.707

dos CEP prioridade para promover a celeridade da tramitação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1805737.pdf	24/11/2021 10:52:09		Aceito
Outros	CV_Lattes_Oscar.pdf	24/11/2021 10:43:01	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	Anexo_II_Autorizacao_campo_pesquisa.pdf	24/11/2021 10:28:22	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Oscar_e_Kadydja_Final_CEP.pdf	24/11/2021 10:02:21	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_COLETA_DADOS.pdf	24/11/2021 09:53:18	Oscar Kenji Nihei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_Entrevistas.pdf	10/08/2021 20:55:05	Oscar Kenji Nihei	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_questionario_online.pdf	10/08/2021 20:54:53	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Outros	ANEXO_III_IV_Kadydja_Oscar.pdf	09/08/2021 23:46:44	Oscar Kenji Nihei	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Kadydja_Oscar.pdf	09/08/2021 23:45:46	Oscar Kenji Nihei	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIOESTE - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 5.127.707

CASCADEL, 25 de Novembro de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))