

## Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa <sup>1</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-0856-8915>

Eduardo Falcão Felisberto da Silva <sup>6</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0001-9148-7827>

Monica Cristina Batista de Melo <sup>2</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-8504-5501>

Maria do Carmo Vieira da Cunha <sup>3</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-5671-0189>

Eliane Nóbrega Albuquerque <sup>4</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0003-1079-5970>

Juliana Monteiro Costa <sup>5</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-6976-8670>

<sup>1,2,5</sup> Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. Email: leopoldo@fps.edu.br.  
<sup>3,4,6</sup> Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* analisar a frequência de ansiedade, estresse e depressão em brasileiros no período da pandemia COVID-19.

*Métodos:* estudo transversal, realizado com brasileiros durante a pandemia COVID-19. A coleta de dados foi realizada via formulário eletrônico online contendo variáveis sociodemográficas e de saúde mental autodeclaradas através da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) utilizando a técnica snow-ball sampling. Para o estudo foi considerado um nível de significância de 0.05, salvo a aplicação do método stepwise que considerou um nível de 0.2.

*Resultados:* 1.775 pessoas responderam à pesquisa, maioria mulheres (78,07%); brancos (58,13%); solteiros (45,78%); trabalhando atualmente (63,74%). Faziam psicoterapia ou recebiam algum tipo de suporte emocional antes da pandemia 32,03%; 19,03% tinham algum diagnóstico psiquiátrico e 8,49% iniciaram algum suporte após o início da pandemia. As médias dos escores investigados pela escala DASS-21 foram: 5,53869 para depressão; 4,467334 para ansiedade e 8,221202 para estresse.

*Conclusão:* na pandemia COVID-19 foram mapeadas características sociodemográficas e de saúde mental e em brasileiros e identificados sintomas de ansiedade, depressão e estresse principalmente em mulheres, pessoas solteiras, que não trabalham atualmente e já apresentavam algum sintoma de saúde mental anterior.

**Palavras-chave** Ansiedade, Depressão, Estresse, Pandemia, COVID-19



## Introdução

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, descoberto em dezembro de 2019 na China. A maioria das pessoas infectadas por esse novo agente infeccioso experimentará doença respiratória leve a moderada e se recuperará sem a necessidade de tratamento especial.<sup>1</sup> Alguns grupos de riscos, como os dos idosos e aqueles com problemas médicos subjacentes, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer, poderão desenvolver a doença na forma grave.<sup>1</sup>

A COVID-19 foi rapidamente transmitida na China, Macau, Hong Kong e outros países asiáticos e europeus.<sup>2,3</sup> Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), o nível mais alto de alerta da organização, e em 11 de março de 2020 caracterizou essa nova doença como uma pandemia, quando a doença estava presente em 114 países.<sup>4</sup> No Brasil, o primeiro caso registrado da nova doença aconteceu em 29 de fevereiro de 2020 e até 23 de maio de 2020, foram registrados 22.013 mortes e 347.398 casos diagnosticados.<sup>5</sup> O que se tem observado é que esse número apresenta uma forma similar de crescimento, como a que ocorreu em outros países.<sup>6</sup> Esses dados demandaram medidas de atenção e intervenções mais diretas.<sup>1</sup>

Até este momento, não existem vacinas ou tratamentos específicos para o COVID-19. No entanto, existem estudos em andamento avaliando possíveis tratamentos, entretanto, as medidas de quarentena e recomendação de isolamento social difundidas mundialmente podem contribuir para o aumento de estresse, medo e ansiedade das pessoas. No estudo de Wen Li,<sup>2</sup> a experiência demonstrou que pacientes, profissionais de saúde e o público em geral, estão sob pressão psicológica insuperável, que pode levar a vários problemas como ansiedade, angústia, medo, depressão e insônia podendo no futuro próximo resultar em estresse pós-traumático.<sup>7,8</sup>

O medo e a ansiedade sobre uma doença podem causar emoções fortes em adultos e crianças.<sup>9</sup> Por isso, lidar com o estresse pode tornar as pessoas mais fortes para enfrentar a situação. Entre as pessoas que podem responder mais fortemente ao estresse de uma crise estão incluídos grupos de idosos e pessoas com doenças crônicas, que apresentam maior risco de agravamento da COVID-19. Acrescentam-se crianças e adolescentes, pessoas que estão ajudando na resposta à pandemia, como médicos e outros profissionais de saúde ou socorristas e pessoas com

problemas de saúde mental, incluindo problemas com o uso de substâncias.<sup>8,10,11</sup>

Segundo Zhang *et al.*,<sup>11</sup> durante a COVID-19 na China, a rápida integração entre o governo e a sociedade com a utilização de tecnologia por meio da internet resultou na maximização do manejo efetivo do momento de crise psicológica. Os autores destacaram o quanto foi importante identificar rapidamente os problemas emocionais e de sofrimento psíquico para fomentar uma base para intervenção adequada.

Considerando a urgência da pandemia do COVID-19 no Brasil e a escassez de informações sobre os aspectos emocionais envolvidos neste processo de quarentena e isolamento social, este estudo buscou analisar a frequência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão em pessoas que estão vivenciando o período de quarentena e isolamento social pela COVID-19.

## Métodos

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com brasileiros a partir dos 18 anos, vivendo no período da pandemia COVID-19. A coleta de dados foi realizada *online* via formulário (*forms*) do *microsoft office* no período de 15 a 22 de maio de 2020. A amostragem foi por conveniência e o recrutamento dos participantes via técnica de *snowball sampling*, mais conhecida como “bola de neve” ou “cadeia de informações”.<sup>12</sup> O *link* de acesso ao formulário online foi encaminhado através das redes sociais dos pesquisadores (*instagram* e *whatsapp*) e e-mail e cada participante poderia encaminhar o *link* ou indicar para outra pessoa responder. Os participantes foram encorajados a salvar uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos seus arquivos pessoais.

O formulário de coleta de dados continha informações sociodemográficas sobre os participantes tais como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, entre outros e ainda sobre desconforto emocional, coletados por meio da versão brasileira da escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21).<sup>13-15</sup>

A escala se divide em três subescalas do tipo *Likert*, de quatro pontos, totalizando 21 perguntas. Cada subescala é composta por sete itens, destinados à avaliação de depressão, ansiedade e estresse. O resultado é obtido pela soma dos escores dos sete itens para cada uma das três subescalas. Ao final, a escala fornece três notas, uma para cada subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a

estados afetivos mais negativos, tal como descrito no estudo de validação. A escala pode ser utilizada por diferentes profissionais da área da saúde, dispensando o uso recorrente de vários e diferentes instrumentos para avaliar os referidos estados, reduzindo tempo e investimento emocional dos indivíduos avaliados, assim como facilitando a busca mais precoce por tratamento.<sup>13</sup>

Entre os sintomas de saúde mental avaliados pelo instrumento, inércia, anedonia, disforia, diminuição de interesses, desvalorização da vida e desinteresse são identificados na subescala de depressão; apreensão, sensação de pânico, tremor, boca seca, dificuldade para respirar, sudorese, preocupação com o desempenho, sensação de perda de controle na subescala de ansiedade; e excitação, tensão, incapacidade para relaxar, irritação, nervosismo, inquietude, atitudes de intolerância na subescala de estresse.<sup>14,16</sup>

O banco de dados foi construído em planilhas Excel 2016 for Windows e, posteriormente, exportado e analisado no *software* R. As variáveis categóricas (sexo, estado civil, escolaridade, trabalho atual, profissão, faixa etária, condição de isolamento social antes da pandemia, psicoterapia antes da pandemia e atual e diagnóstico psiquiátrico) foram resumidas através de distribuições absolutas e relativas. As variáveis quantitativas (escores de depressão, ansiedade e estresse) foram resumidas através de médias e desvio padrão. A avaliação da distribuição dos dados sociodemográficos da amostra, bem como a investigação da frequência das médias de ansiedade, depressão e estresse tiveram a associação entre variáveis verificada através de medidas cruzadas e testes estatísticos e estimação de modelo de regressão. Foram realizados testes de normalidade de Shapiro-Wilk que confirmou a normalidade das variáveis resposta. Já os testes t de Student, quando a variável categórica tinha apenas duas categorias e o *F* de Fisher, quando a variável qualitativa tinha mais de duas categorias, foram considerados para avaliar a relação entre os escores e as variáveis explicativas. Para todo o estudo foi considerado um nível de significância de 0.05, salvo a aplicação do método stepwise que considerou um nível de 0.2.

O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa vide CAAE 30546320.0.0000.5201.

## Resultados

Foram coletados 1851 formulários, entretanto, apenas 1.765 foram respondidos integralmente e

considerados válidos. O tempo médio de resposta foi de 15 minutos e 50 segundos. A idade média dos participantes foi 39,23 anos, variando de 18 a 86 anos (Desvio padrão = 14,74).

As médias dos escores da DASS-21 encontradas no presente estudo foram de 5,53869 (SD 4.885313) para depressão; 4,467334 (SD 4.629178) para ansiedade e 8,221202 (SD 5.047861) para estresse. Sabendo-se que em cada subescala a pontuação poderia variar de 0 a 21 pontos.

A Tabela 1 apresenta análise comparativa da média dos escores de depressão, ansiedade e estresse da DASS-21 de acordo com as características estudadas. A maioria dos participantes se declararam do sexo feminino (78,1%), cor branca (58,1%), solteiros (45,8%) e casados (40,3%), trabalhando atualmente (63,7%). Afirmaram nunca ter estado em uma condição de isolamento social ou quarentena 94,1%. Todos são brasileiros. Em relação à saúde mental, 32,0% afirmaram que faziam psicoterapia ou recebiam algum tipo de suporte emocional antes da pandemia, 19,0% tinham algum diagnóstico psiquiátrico e 8,5% iniciaram algum deles após o início da pandemia (Tabela 1).

Quando comparados, os resultados das subescalas de depressão, ansiedade e estresse das pessoas do sexo feminino e solteiros apresentaram médias superiores ( $p < 0,001$ ). Os participantes que não trabalhavam apresentaram médias de escores de depressão, ansiedade e estresse significativamente mais elevadas dos que informaram trabalhar ( $p < 0,001$ ). Apesar da maioria das pessoas nunca terem vivenciado uma situação de isolamento social decorrente de uma pandemia, as médias maiores ocorreram nos que já haviam vivido uma situação similar de isolamento social, sendo significativa apenas em relação à subescala de ansiedade ( $p = 0,0399$ ) (Tabela 1).

Nos participantes que já realizavam psicoterapia e também nos que já haviam recebido algum diagnóstico psiquiátrico antes da pandemia, as médias foram significativamente maiores nas três subescalas de depressão, ansiedade e estresse ( $p < 0,001$ ) no momento atual. As médias dos escores das subescalas também foram maiores quando comparadas as pessoas que buscaram algum tipo de suporte após a pandemia ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

## Discussão

Durante a pandemia da COVID 19, diversos estudos foram realizados em todo o mundo e o nosso contempla a população de brasileiros com informações de 1765 formulários coletados *on line*. A

Tabela 1

Associação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde mental autodeclaradas pelos participantes e médias das subescalas da DASS-21. Recife, 2020.

Variáveis	Subescalas					
	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	$\bar{X}$ (DP)	<i>p</i>	$\bar{X}$ (DP)	<i>p</i>	$\bar{X}$ (DP)	<i>p</i>
Sexo						
Feminino	5.82 (4.93)	<0,001*	4.80 (4.68)	<0,001*	8.60 (5.01)	<0,001*
Masculino	4.45 (4.48)		3.23 (4.22)		6.81 (4.91)	
Estado civil						
Casado	3.94 (3.89)	<0,001*	3.31(3.94)	<0,001*	6.86 (4.55)	<0,001*
Divorciado	4.64 (4.41)		3.49 (4.13)		6.66 (4.40)	
Solteiro	7.05 (5.20)		5.67 (4.97)		9.75 (5.15)	
União estável	7 (5.93)		4.75 (5.16)		8.66 (5.44)	
Viúvo	4.06 (3.81)		3.21 (3.10)		5.90 (3.48)	
Outro	9.50 (8.26)		8.25(5.90)		11(5.47)	
Trabalho atual						
Não	6.99 (5.37)	<0,001**	5.37 (4.89)	<0,001**	9.31 (5.28)	<0,001**
Sim	4.69 (4.35)		3.95 (4.39)		7.59 (4.8)	
Escolaridade						
Fundamental	7.62 (4.43)	<0,001*	6.33(4.09)	0.0003*	10 (4.55)	<0,001*
Médio	6.73 (5.41)		5.26 (4.67)		9.23 (5.33)	
Técnico	10 (NA)		10(1.41)		15 (NA)	
Graduação	6.02 (5.10)		4.76 (4.68)		8.76 (5.02)	
Pós graduação	4.74(4.36)		3.96 (4.51)		7.48 (4.88)	
Graduação em andamento	6.76 (5.71)		5.38 (5.28)		8.31 (4.82)	
Profissão						
Estudante universitário	8.16 (5.34)	<0,001*	6.41 (5.13)	<0,001*	10.79 (4.95)	<0,001*
Professor	4.88 (4.74)		4.01 (4.36)		7.17 (4.67)	
Profissional de Saúde	4.39 (4.08)		3.82 (4.29)		7.48 (4.72)	
Outras profissões	4.74 (4.44)		3.71 (4.17)		7.27 (4.83)	
Já esteve em alguma condição de isolamento social ou quarentena antes do COVID-19						
Não	5.53 (4.87)	0.7850**	4.40 (4.58)	0.0399**	8.19 (5.04)	0.4516**
Sim	5.67 (5)		5.39 (5.15)		8.59 (5.12)	
Psicoterapia ou algum tipo de suporte emocional antes do COVID-19						
Não	5.04 (4.62)	<0,001**	4.03 (4.47)	<0,001**	7.76 (5.15)	<0,001**
Sim	6.59 (5.22)		5.37 (4.79)		9.21 (4.66)	
Iniciou psicoterapia ou algum tipo de suporte emocional após o COVID-19						
Não	5.36 (4.8)	<0,001**	4.24 (4.5)	<0,001**	8.03 (5.04)	<0,001**
Sim	7.19 (5.34)		6.50 (5.18)		10.23 (4.8)	
Algum diagnóstico psiquiátrico antes do COVID-19						
Não	4.93 (4.54)	<0,001**	3.90 (4.26)	<0,001**	7.72 (4.93)	<0,001**
Sim	8.25 (5.4)		6.93 (5.23)		10.46 (4.95)	

\*Teste F; \*\*Teste T.

maioria dos respondentes foram mulheres, autodeclaradas brancas, solteiras e com trabalho atual, bem como foi observada maior média de sintomas de depressão, ansiedade e estresse nas pessoas que já recebiam algum tipo de suporte emocional antes da pandemia. As pessoas solteiras e que não trabalhavam apresentavam escores de depressão, ansiedade e estresse maiores quando comparados as pessoas que tinham trabalho atual. Semelhante à presente pesquisa, dois outros estudos também possuíram a amostra composta por mulheres (71,6%<sup>17</sup> e 76,77). O estudo de Mazza *et al.*<sup>17</sup> indica uma amostra predominantemente de pessoas solteiras (67,4%), enquanto o estudo de Lai *et al.*<sup>7</sup> indica uma população em sua maioria casada (66,7%). Cabe ressaltar, ainda, que na pesquisa de Mazza *et al.*<sup>17</sup> a maior parte da amostra havia concluído o ensino médio, não havendo ensino superior completo; 37,9% estavam empregados e 15,8% eram profissionais freelancer. Este dado difere da pesquisa atual, em que, a maior parte da amostra estava trabalhando (63,74%).

Neste estudo, os resultados das subescalas mostraram médias de 5,84 para depressão, 4,47 para ansiedade e 8,22 para estresse com maiores médias encontradas nas mulheres, quando comparadas aos homens. Um levantamento semelhante realizado na Itália<sup>17</sup> com 2766 participantes, utilizando o mesmo instrumento, encontrou médias próximas as nossas nas subescalas de depressão (5,34), ansiedade (2,89) e estresse (7,43), com maiores escores das subescalas da DASS-21 associados ao sexo feminino. Esse resultado também pode ser notado no levantamento de Maia e Dias.<sup>18</sup>

Estudantes apresentaram médias de escores significativamente maiores de depressão, ansiedade e estresse quando comparados às médias de profissionais de saúde (8,16) professores (5,38) e outras profissões (8,31). A média dos escores de um estudo com 619 universitários em Portugal durante o período pandêmico encontrou valores superiores nas três subescalas (12,66; 12,39; e 14,10, respectivamente).<sup>18</sup> As incertezas e o intenso fluxo de informações durante a pandemia, assim como o isolamento podem exacerbar os sintomas de ansiedade, depressão e estresse, causando reações fisiológicas e sofrimento psicológico.<sup>19</sup>

Ao analisar o bem estar de profissionais de saúde, recomenda-se que intervenções especiais para promover o bem-estar mental aos expostos ao COVID-19 precisam ser implementadas imediatamente, com ênfase em mulheres, enfermeiras e aqueles da linha de frente.<sup>7</sup> Os profissionais da linha de frente sofreram com alterações de fluxos de

trabalhos e que produziram considerável estresse nas pessoas com transtorno mental.<sup>20</sup> Desta forma, adoção e consolidação de uso de tecnologia em ambientes de trabalho em saúde podem ser extremamente importantes para a redução do estresse laboral<sup>20</sup> e esses benefícios se estendem para a população geral.<sup>11</sup>

Atenção deve ser dada às intervenções em situações de crises psicológicas em populações afetadas objetivando prevenir oportunamente danos inestimáveis de uma crise psicológica secundária.<sup>21</sup> Embora previamente alavancada temporariamente nas respostas a desastres, o uso da telepsiquiatria na COVID-19 tem sido distinta e terá efeitos duradouros e abrangentes no campo da psiquiatria, incluindo prestação e configuração de serviços de saúde mental e experiências e expectativas dos pacientes.<sup>22</sup> Esses avanços parecem também ampliar outras áreas da medicina<sup>23</sup> e de outras profissões como psicologia.<sup>24,25</sup>

Em outras condições de pandemia, diversas ações e recomendações já foram propostas. O estudo de Goulia *et al.*<sup>26</sup> entrevistou 469 profissionais de saúde em um hospital de ensino e identificou que uma proporção significativa desses profissionais experimentou ansiedade moderadamente alta em relação à pandemia do H1N1. Como recomendação, o estudo propôs que os gerentes hospitalares e os serviços de psiquiatria de contato devem tentar suprir a necessidade de informações dos profissionais de saúde, a fim de oferecer condições de trabalho favoráveis em momentos de extrema angústia, como as pandemias atuais e futuras. Outros estudos indicam para a necessidade dos empregadores de realizar intervenções com os funcionários a fim de diminuir sentimentos de depressão, ansiedade e estresse entre seus trabalhadores em época de pandemia.<sup>7,8</sup>

No nosso estudo, as pessoas que faziam psicoterapia ou recebiam algum tipo de suporte emocional antes da pandemia apresentaram médias maiores de depressão, ansiedade e estresse quando comparadas às pessoas que não recebiam esse tipo de suporte. Esse achado poderia ser explicado pela vivência de uma pandemia que incluiu sensação de risco iminente e as medidas restritivas de isolamento em pessoas com algum grau de vulnerabilidade emocional. Outro aspecto importante, diz respeito a um número expressivo de pessoas que passou a buscar esse tipo de suporte após o início da pandemia, reforçando o impacto emocional deste momento. Esse resultado aponta para um alerta em relação a saúde mental e vai ao encontro de informações que sinalizam quanto a psicoterapia pode

melhorar os níveis de ansiedade e transtornos relacionados.<sup>27</sup>

Além da intervenção com o objetivo de prevenir danos psicológicos, este estudo mostrou que maiores escores da DASS-21 foram presentes em pessoas que apresentavam diagnósticos psiquiátricos antes da pandemia e reforça a ideia de que pessoas com problemas de saúde mental preexistentes devem continuar com os tratamentos prévios e estar atentas a sintomas novos ou agravantes. Entre as estratégias para manejo de ansiedade e estresse nessas condições destacam-se, fazer pausas ao assistir, ler ou ouvir notícias, incluindo mídias sociais, ouvir sobre a pandemia repetidamente pode ser perturbador; ter cuidado com o corpo, fazer atividades físicas; respirar, alongar-se e meditar; tentar fazer refeições saudáveis e equilibradas; dormir; evitar álcool e drogas; fazer alguma outra atividade prazerosa e conversar com pessoas de confiança sobre os sentimentos presentes diante deste contexto de pandemia.<sup>10</sup>

Os nossos achados apontam para maiores níveis de ansiedade entre pessoas que já tinham vivenciado momentos de isolamento social o que pode indicar que experiências negativas anteriores podem não ter auxiliado no manejo da ansiedade no momento da COVID 19.

Diante desses resultados é possível pensar na vivência emocional frente a calamidades, uma vez que se trata de eventos com importante impacto na saúde física e mental dos indivíduos, podendo inclusive ocasionar Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).<sup>28</sup> Sintomas de ansiedade, depressão, estresse e TEPT foram mais frequentes em mulheres, estudantes e enfermeiros de acordo com uma revisão<sup>8</sup> que verificou tal incidência na população em geral e profissionais de saúde. No nosso estudo destacamos maior média de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em brasileiros que já recebiam algum tipo de suporte emocional antes da pandemia, em pessoas solteiras e que não trabalhavam.

Considerando o exposto, é importante um bom manejo social para tentar minimizar os danos causados à saúde da população. Dois fóruns deliberativos realizados na Austrália no período da SARS e gripe aviária discutiram, entre outros aspectos, a aceitabilidade de medidas de distanciamento social e quarentena. Ao final, chegaram à conclusão que a implementação poderia ser mais bem-sucedida se o público estivesse envolvido no planejamento de uma pandemia antes de uma pandemia e que uma comunicação eficaz dos principais pontos deveria ser uma prática antes e durante a pandemia. Além disso, o

uso criterioso de medidas de apoio para ajudar as pessoas em quarentena ou afetadas por medidas de isolamento social é essencial.<sup>29</sup>

Entre as limitações, destacamos a não identificação do local de residência dos participantes pois esse aspecto poderia trazer informações complementares sobre possíveis influências dos aspectos culturais; pela própria dinâmica da pandemia, que acometeu diversos países com intensidades e impactos diferentes, considerando que as ações de cuidado à saúde dos órgãos responsáveis também foram distintas, algumas comparações entre os estudos podem não ser precisas.

Entre as contribuições desse estudo foram mapeadas características sociodemográficas e de saúde mental de brasileiros em um cenário de pandemia, principalmente considerando os escores identificados de ansiedade, depressão e estresse. Diversas características sugerem a necessidade de intervenções para a promoção do bem-estar, principalmente das populações expostas a condições de maior vulnerabilidade como mulheres, pessoas solteiras, que não trabalham atualmente e já apresentavam algum sintoma de saúde mental anterior. Os dados ressaltam a importância da atenção e os cuidados fundamentais à saúde mental de toda a população e sugere investigações longitudinais.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio dos Grupos de Pesquisa em Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e de Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

## Contribuição dos autores

Barbosa LNF, Silva EFF e Melo, MCB foram responsáveis pelo desenho do estudo, análise e interpretação dos resultados do manuscrito. Da Cunha MCV, Albuquerque EN e Costa JM contribuíram na redação do manuscrito, análise e interpretação dos dados e revisaram o manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

## Referências

- Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, Li Q, Jiang C, Zhou Y, Liu S, Ye C, Zhang P, Xing Y, Guo H, Tang W. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020; 81 (2): e16-e25.
- Yang WLY, Liu Z, Zhao Y, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020; 16 (10): 1732-8.
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Zhao Y. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama.* 2020; 323 (11): 1061-9.
- OPAS (Organização Pan-mericana de Saúde). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. [acesso 23 mar 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812)
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>
- Schwartz FP. Distanciamento social e o achatamento das curvas de mortalidade por COVID-19: uma comparação entre o Brasil e epicentros da pandemia. *Rev Thema.* 2020; 18: 54-69.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open.* 2020; 3 (3): e203976.
- Moreira WC, de Sousa AR, Maria do Perpétuo SS. Adoecimento mental na população geral e profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: revisão sistemática. *SciELOPreprints.* 689 [Preprint] 2020. [acesso 24 mai 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.689>
- Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, Needham DM. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatr.* 2016; 43: 23-9.
- Asmundson GJ, Paluszek MM, Landry CA, Rachor GS, McKay D, Taylor S. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping?. *J Anxiety Dis.* 2020; 74: 102271.
- Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clin Med.* 2020; 3 (1): 3-8.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord.* 2014; 155: 104-9.
- Lovibond SH, Lovibond PF. Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. Overview of the DASS and its uses. [Last updated July 26, 2018]. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>. Acesso em: 01 de junho de 2020.
- Martins BG, Silva WR, Maroco J, Campos JADB. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *J Bras Psiquiatr.* 2019; 68 (1): 32-41.
- Apóstolo JLA, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev Latino-Am Enferm.* 2006; 14 (6): 863-71.
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environmental Res Public Health.* 2020; 17 (9): 3165.
- Maia R, Dias C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estud Psicol. (Campinas).* 2020; 37: e200067.
- Araújo FJO, Lima LSA de, Cidade PIM, Nobre CB, Neto MLR. Impact Of Sars-Cov-2 And Its Reverberation In Global Higher Education And Mental Health. *Psychiatry Res.* 2020; 288: 112977.
- deGirolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F, Tura G, Vita A. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency - The Italian Response. *JAMA Psychiatry [Internet].* 2020; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2765557>
- Jiang X, Deng L, Zhu Y, Ji H, Tao L, Liu L, Yang D, Ji W. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Res.* 2020; 286: 112903.
- Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry [Internet].* 2020; Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2765954>
- Quispe-Juli C, Vela-Anton P, Meza-Rodriguez M, Moquillaza-Alcántara V. COVID-19: Una pandemia en la era de la salud digital. *SciELOPreprints.* 164 [Preprint]2020 [acesso em 10/06/2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.164>
- Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, Rogers MAM. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One.* 2016; 11 (2): e0149139.
- Silva JAM da, Siegmund G, Bredemeier J. Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015; 37 (4): 171-82.
- Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantas D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis.* 2010; 10 (1): 322.

27. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018; 35 (6): 502-14.
28. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008; 38 (4): 467-80.
29. Davis MDM, Stephenson N, Lohm D, Waller E, Flowers P. Beyond resistance: social factors in the general public response to pandemic influenza. *BMC Public Health*. 2015; 15 (1): 436.

---

Recebido em 11 de Setembro de 2020

Aprovado em 29 de Dezembro de 2020