

Seria o isolamento social durante a pandemia de COVID-19 um fator de risco para depressão?

Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression?

¿Sería el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 un factor de riesgo para depresión?

Adaene Alves Machado de Moura¹

ORCID: 0000-0001-7607-9841

Igor Roberto Bassoli

ORCID: 0000-0003-0290-5578

Belisa Vieira da Silveira¹

ORCID: 0000-0002-5966-8537

Alessandra Diehl¹

ORCID: 0000-0002-9252-3284

Manoel Antônio dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-8214-7767

Ronildo Alves dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-3364-7727

Christopher Wagstaff^{II}

ORCID: 0000-0002-8013-1195

Sandra Cristina Pillon¹

ORCID: 0000-0001-8902-7549

¹ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade de Birmingham. Birmingham, Inglaterra.

Como citar este artigo:

Moura AAM, Bassoli IR, Silveira BV, Diehl A, Santos MA, Santos RA, et al. Is social isolation during the COVID-19 pandemic a risk factor for depression?

Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 1):e20210594.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0594>

Autor Correspondente:

Adaene Alves Machado de Moura

E-mail: adaene_moura@usp.br



EDITOR CHEFE: Álvaro Sousa

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 17-01-2021

Aprovação: 04-11-2021

RESUMO

Objetivo: Avaliar os fatores associados à depressão entre estudantes e profissionais de nível superior durante o pico da pandemia de COVID-19. **Método:** estudo quantitativo com delineamento transversal. Participaram 550 estudantes e profissionais. Os dados foram coletados por meio de um questionário digital, que incluía o Patient Health Questionnaire-9 para avaliação de sintomas depressivos. **Resultados:** Os fatores relacionados à depressão e os desfechos do isolamento social foram significativamente associados ao sexo feminino (n=149; 37,8%; Odds Ratio OR=2,0), raça branca (n=127; 37,2%; OR=1,60), jovens (n=130; 39,4%; OR=2,0), sem religião (n=70; 40,2%; OR=1,64), com problemas financeiros (n=80; 53,0%; OR=2,40) e familiares (n=98; 47,3%; OR=1,77), que sofreram violência durante a quarentena (n=28; 58,3%; OR=2,33), aumentaram o uso de drogas ilícitas (n=16; 59,3%; OR=2,69), consumiram sedativos sem prescrição médica (n=75; 54,0%; OR=2,94), vivenciaram relacionamentos conflituosos (n=33; 54,1%; OR=2,14), perderam o emprego na pandemia (n=32; 59,3%; OR=1,99) e apresentaram sintomas de ansiedade relacionada à COVID-19 (n=155; 45,2%; OR=3,91). **Conclusão:** há uma relação significativa entre vulnerabilidade e adoção de comportamentos de risco durante o isolamento social imposto pela pandemia com sintomas depressivos. Sugerimos que os profissionais de saúde estejam atentos para a necessidade de ajustar suas intervenções psicossociais ao promoverem estratégias para mitigar os efeitos e riscos à saúde mental.

Descritores: COVID-19; Depressão; Isolamento Social; Saúde Mental; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: To assess factors associated with depression among higher education students and professionals during the peak of the COVID-19 pandemic. **Method:** quantitative study with a cross-sectional design. 550 students and professionals participated. The data were collected by means of a digital questionnaire that included Patient Health Questionnaire-9 to assess depressive symptoms. **Results:** The factors related to depression and social isolation outcomes were significantly associated with the female gender (n=149; 37,8%; Odds Ratio OR=2,0), white (n=127; 37,2%; OR=1,60), young people (n=130; 39,4%; OR=2,0), without religion (n=70; 40,2%; OR=1,64), with financial problems (n=80; 53,0%; OR=2,40) and family problems (n=98; 47,3%; OR=1,77); who suffered violence during the quarantine (n=28; 58,3%; OR=2,33), increased the use of illicit drugs (n=16; 59,3%; OR=2,69), used sedatives without a medical prescription (n=75; 54,0%; OR=2,94), lived in conflicting relationships (n=33; 54,1%; OR=2,14), lost their job during the pandemic (n=32; 59,3%; OR=1,99) and presented symptoms of anxiety related to COVID-19 (n=155; 45,2%; OR=3,91). **Conclusion:** there is a meaningful relationship between vulnerability and adopting risk behaviors during the pandemic-imposed social isolation with depressive symptoms. We suggest that health professionals be attentive to the need to adjust their psychosocial interventions when promoting strategies when promoting strategies to mitigate the effects and risks to mental health.

Descriptors: COVID-19; Depression; Social Isolation; Mental Health; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la depresión entre estudiantes y profesionales de nivel superior durante el pico de la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio cuantitativo con delineamiento transversal. Participaron 550 estudiantes y profesionales. Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario digital, que incluía el Patient Health Questionnaire-9 para evaluación de síntomas depresivos. **Resultados:** Los factores relacionados a la depresión y los resultados del aislamiento social fueron significativamente asociados al sexo femenino (n=149; 37,8%; Odds Ratio OR=2,0), raza blanca (n=127; 37,2%; OR=1,60), jóvenes (n=130; 39,4%; OR=2,0), sin religión (n=70; 40,2%; OR=1,64), con problemas financieros (n=80; 53,0%; OR=2,40) y familiares (n=98; 47,3%; OR=1,77); que sufrieron violencia durante la cuarentena (n=28; 58,3%; OR=2,33), aumentaron el uso de drogas ilícitas (n=16; 59,3%; OR=2,69), consumieron sedativos sin prescripción médica (n=75; 54,0%; OR=2,94), vivieron relaciones conflictivas (n=33; 54,1%; OR=2,14), perdieron el empleo en la pandemia (n=32; 59,3%; OR=1,99) y presentaron síntomas de ansiedad relacionado al COVID-19 (n=155; 45,2%; OR=3,91). **Conclusión:** Hay una relación significativa entre vulnerabilidad y adopción de comportamientos de riesgo durante el aislamiento social impuesto por la pandemia con síntomas depresivos. Sugerimos que los profesionales de la salud estén atentos ante la necesidad de ajustar sus intervenciones psicossociales al promover estrategias para mitigar los efectos y riesgos para la salud mental.

Descritores: COVID-19; Depresión; Aislamiento Social; Salud Mental; Pandemias.

INTRODUÇÃO

Em um cenário marcado por complexa e rápida evolução tecnológica, o ano de 2020 iniciou-se com um desafio sem precedentes para a área da saúde, com graves repercussões na saúde mental da população. Originada da China, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) –causador da COVID-19 – de alta transmissibilidade, disseminou-se rapidamente naquele país e em poucos meses adquiriu proporções pandêmicas, instaurando um desafio global de saúde pública com graves consequências sociais e econômicas⁽¹⁾.

Na tentativa de conter a acelerada transmissibilidade, alguns países decretaram quarentena, entre outras medidas de distanciamento social adotadas na tentativa de interromper a circulação e disseminação do vírus⁽²⁾. As medidas restritivas de circulação social repercutiram negativamente na vida da população, que teve que modificar abruptamente suas rotinas em diferentes esferas, impactando o cotidiano familiar, ambiente de trabalho, estudos e vida social-comunitária.

No cenário insólito que se instalou, os protocolos sanitários impuseram a interrupção de todos os serviços não essenciais, suspensão das aulas nas escolas e universidades, fechamento de empresas e comércio sem previsão de retorno à normalidade. Também se mostrou necessário adotar outras estratégias não farmacológicas com vistas ao controle da transmissão acelerada do vírus. As mudanças no cotidiano acarretaram inúmeras repercussões na saúde mental, gerando sofrimento psicológico generalizado. No entanto, os efeitos das medidas sanitárias são distribuídos de forma desproporcional pelos diferentes estratos da população, com alguns segmentos sociais se mostrando mais vulneráveis do que outros. Um dos grupos mais vulnerabilizados são os estudantes, que manifestaram quadros de ansiedade, depressão e estresse em diferentes níveis de gravidade durante o período da pandemia⁽³⁾. Outro grupo especialmente afetado pelo estresse laboral são os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que trabalham na linha de frente da assistência a pacientes com diagnóstico de COVID-19⁽¹⁾, com destaque para mulheres e jovens⁽⁴⁾.

Estudo realizado no Kuwait verificou a suscetibilidade ao adoecimento mental entre profissionais de saúde e graduandos durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa revelou que 66,6% dos participantes apresentaram sintomas de depressão grave ou moderadamente grave, mensurados por um instrumento específico (PHQ-9)⁽⁵⁾. Outro estudo de rastreamento, conduzido também por meio de plataforma *on-line*, realizado no México no início da pandemia (março a maio de 2020), constatou sentimentos negativos vivenciados por alunos, incluindo graduandos e pós-graduandos. Os autores concluíram que os participantes apresentavam sofrimento mental e baixo nível de energia⁽³⁾. Assim, manifestações de sofrimento psíquico durante a pandemia têm afetado tanto estudantes de graduação quanto pós-graduandos e profissionais de nível superior de escolaridade.

Já há um consenso estabelecido na literatura de que traumas decorrentes de desastres e catástrofes naturais, tragédias, doenças de grandes proporções, epidemias e pandemias acarretam prejuízos diretos na saúde mental das pessoas, potencializando sua vulnerabilidade a episódios depressivos^(2,6). No entanto, a

literatura ainda se mostra incipiente no que diz respeito aos potenciais fatores de risco associados ao isolamento social e à depressão nos diversos grupos da população.

Não foram encontrados estudos brasileiros que avaliam os índices de depressão e isolamento entre estudantes e profissionais de diversas áreas. De modo geral, as pesquisas são circunscritas a uma determinada categoria, como profissionais de saúde⁽⁷⁻⁸⁾ ou estudantes de cursos gerais ou específicos⁽⁹⁾.

Nota-se, assim, que pouca atenção tem sido dedicada especificamente à avaliação das relações entre isolamento social e sintomas de depressão entre grupos diversificados de profissionais de nível de ensino superior. Identificar as características dessa associação pode contribuir com evidências que possibilitam a oferta de melhores estratégias assistenciais de apoio e acompanhamento psicossocial voltadas às demandas dos diferentes grupos da população. Com base nas lições aprendidas no combate de outras epidemias, podemos conjecturar que, no período que abarcou os primeiros seis meses da COVID-19, pode ter ocorrido aumento nos índices de depressão e/ou incremento de sintomas tais como preocupação, medo, ansiedade, ideação suicida, além de incremento da exposição à violência doméstica, fragilização das redes de proteção social, uso e abuso de álcool e outras substâncias⁽¹⁰⁾.

Tendo em vista essa perspectiva, formulamos a seguinte questão de pesquisa: “existe relação entre isolamento social e sintomas de depressão durante a pandemia da COVID-19?”. Frente a essa questão, levantamos a hipótese de que as medidas de distanciamento social, como confinamento doméstico, e as preocupações constantes com ameaças à continuidade da vida estão intimamente relacionadas aos sintomas de depressão.

OBJETIVO

Avaliar os fatores associados à depressão entre estudantes e profissionais de nível superior durante o pico da pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição a qual a pesquisadora está vinculada. Na primeira página do formulário eletrônico foram disponibilizadas informações sobre a justificativa, objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa. O estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os participantes manifestaram seu consentimento firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado eletronicamente.

Desenho, período e local do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal, realizado de acordo com as diretrizes recomendadas pela *Reporting of Observational Studies in Epidemiology*

(STROBE)⁽¹¹⁾ e norteado pelo *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES)⁽¹²⁾.

Amostra e critérios de inclusão

A amostra não probabilística foi composta por 550 estudantes e profissionais de nível superior de diferentes áreas, residentes em todas as regiões do Brasil, sendo 241 (43,7%) graduandos ou graduados, 80 (14,5%) com especialização *lato sensu*, 110 (20,0%) mestrado (completo/incompleto), 107 (19,4%) doutorado (completo/incompleto) e 13 (2,4%) com pós-doutorado (completo ou incompleto). Os critérios de elegibilidade estabeleciam a inclusão de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, estudantes de graduação, pós-graduação, especialização e profissionais de nível superior, usuários de alguma rede social digital.

Procedimentos de coleta de dados

O recrutamento da amostra e o convite para participar do estudo foi realizado via *on-line*, por meio das principais redes sociais (Facebook, WhatsApp e Instagram). Esse procedimento foi adotado devido à impossibilidade de contato presencial com os participantes no período da pandemia da COVID-19. Também foi disponibilizado um *link* de acesso ao formulário. O participante teve a opção de exprimir sua aceitação mediante declaração no final do TCLE. Posteriormente, a plataforma o direcionava ao formulário, que continha os instrumentos utilizados para a coleta dos dados. Os dados foram coletados por meio de um questionário disponibilizado em formato digital utilizando-se a plataforma *Google Forms*. O convite foi disponibilizado via *on-line* por sete dias consecutivos, de 7 a 13 de agosto de 2020.

Instrumentos

Foi elaborado um questionário dividido em três partes, contendo as seguintes variáveis:

- Informações sociodemográficas: sexo, idade, raça, escolaridade, religião, renda, trabalho, dificuldades financeiras, problemas familiares, relacionamento conjugal.
- Variáveis relacionadas à saúde e bem-estar pessoal: acesso a informações sobre a COVID-19, perda de emprego durante a pandemia, preocupação excessiva com o novo coronavírus, violência, participação em atividades festivas, uso de substâncias psicoativas independentemente de sua legalidade e qualidade do sono.
- *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9): Esse instrumento é utilizado para identificar sintomas de depressão e classificá-los em níveis de gravidade, considerando o período das últimas duas semanas anterior à aplicação. O PHQ-9 foi elaborado baseando-se nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV, composto por nove itens, que variam de zero a 27 pontos. As opções de respostas de cada item variam de zero a três pontos, que permitem classificar a depressão em quatro níveis de gravidade: leve (5 pontos), moderado

(10 pontos), moderadamente grave (15 pontos) e grave (20 pontos). No entanto, entende-se que uma pontuação igual ou superior a 15 caracteriza a presença de depressão maior em indivíduos⁽¹³⁾, sendo considerada uma depressão positiva e, abaixo desse escore, depressão negativa. Esta foi a pontuação utilizada no presente estudo. O PHQ-9 apresenta bom nível de confiabilidade (alfa de *Cronbach* = 0,89) para identificar casos positivos de depressão⁽¹³⁾.

Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados na plataforma do *Google Forms* e no *Microsoft Excel 2016*. Posteriormente, utilizou-se o *Statistical Package on Social Science* (SPSS), versão 22.0 Windows. Os dados estão apresentados em frequência absoluta (n) e porcentagem (%) para caracterizar a amostra em relação às covariáveis. A princípio, foi realizada análise bivariada, por meio do Teste Qui-quadrado de *Pearson*, para avaliar a associação entre a variável-desfecho (depressão) com as preditoras (dados sociodemográficos, econômicos e comportamentais durante o período da pandemia). A análise de regressão logística foi realizada para quantificar a relação entre a variável depressão positiva (variável dependente) e as variáveis preditoras (informações sociodemográficas e as relacionadas à saúde, bem-estar e uso de substâncias durante a pandemia). Foi calculado o *Odds Ratio* Não ajustado (OR) relacionado a cada variável preditora para a depressão positiva. Posteriormente, o *Odds Ratio* Ajustado (ORA) para avaliar a relação com cada variável preditora para depressão de forma parcimoniosa, envolvendo um número menor de variáveis. Em todas as análises estatísticas foi considerado o valor de significância $p < 0,05$, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Dado que nosso estudo foi conduzido com usuários de redes sociais, não foi possível realizar previamente o cálculo para determinar o tamanho amostral.

RESULTADOS

Dos 550 (100%) participantes, a maioria era do sexo feminino 71,6% (n=394), brancos 62,0% (n=341), jovens com média de idade de 29,3 anos (desvio-padrão 8,0), variando entre 18 a 68 anos, 56,4% com nível de pós-graduação (n=310), 68,4% (n=376) professavam uma religião, 38,4% (n=226) tinham renda familiar ≥ 4 salários mínimos, sendo que 61,1% (n=359) estavam trabalhando. Do total, 151 (27,5%) referiram relacionamento conjugal conflituoso (Tabela 1).

Os sintomas depressivos foram classificados como: leve 162 (29,5%), moderado 122 (22,2%), moderadamente grave 95 (17,3%) e grave 91 (16,5%), os quais foram reagrupados em dois grupos, 33,8% (n=186) depressão positiva e 364 (66,2%) depressão negativa (PHQ-9). Os participantes com depressão se diferenciaram por serem do sexo feminino 37,8% (n=149), 39,4% jovens (18 a 29 anos) (n=130), 37,2% brancos (n=127), 40,2% não professavam uma religião (n=70), 43,6% tinha renda familiar < 2 salários mínimos (n=48), 39,0% não trabalhavam (n=83), metade estava passando por dificuldades financeiras 53,0% (n=83), 47,3% problemas familiares (n=98) e 54,1% estavam vivenciando um relacionamento conjugal conflituoso

ou misto (n=33), com valores estatisticamente significantes (p<0,05) (Dados disponíveis na Tabela 1).

Na análise multivariada, os participantes do sexo feminino (OR=2,0 [IC95% 1,27;3,18]; p<0,05), idade (18-29 anos) (OR=2,0 [IC95% 1,31;3,21]; p<0,05) apresentaram razões de chances dobradas entre o grupo com depressão positiva, quando comparadas ao sexo masculino e adultos. Além disso, aqueles de raça/cor de pele branca apresentaram maiores razões de chances entre o grupo com depressão positiva (OR=1,60 [IC95%=1,06;2,42]; p<0,05). As pessoas que não professaram uma religião apresentaram chances maiores de ter sintomas depressivos (OR=1,64 [IC95% 1,08;2,49]; p<0,05). Indivíduos que relataram dificuldades financeiras (OR=2,40 [IC95% 1,52;3,79]; p<0,05); problemas familiares (OR=1,77; IC95% 1,17;2,68; p<0,05) e relacionamento conjugal conflituoso/misto (OR= 2,14 [IC95% 1,10;4,15]; p<0,05) apresentaram chances aumentadas entre os participantes do grupo com depressão positiva (Tabela 1).

As substâncias mais utilizadas nos últimos três meses foram: 77,3% (n=425) álcool, 20,4% (n=112) sedativos, 17,1% (n=94) tabaco, 14,5% (n=80) maconha e 2,7% (n=15) cocaína/crack. Da amostra, 5,8% (n=32) relataram ter diagnóstico de transtorno de ansiedade como morbidade pré-existente.

Da amostra total, 3,8% (n=21) tiveram COVID-19 positivo confirmado por exames, 49,8% (n=274) tiveram algum familiar/pessoa próxima com a doença, 9,8% (n=54) perderam o emprego

no período da pandemia. A maioria 93,5% (n=514) referiu sentir-se preocupada e 62,4% (n=343) apresentaram sintomas de ansiedade; em contrapartida, 24,0% (n=132) participaram de eventos festivos, nos quais se expuseram à aglomeração de pessoas. Ainda em relação a fatores de risco, 8,7% (n=48) sofreram algum tipo de violência; 25,3% (n=139) usaram medicamentos (calmantes/sedativos) sem indicação médica; 60,9% (n=335) fizeram uso de bebida alcoólica para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade e 4,9% (n=27) aumentaram o consumo de drogas ilícitas.

Participantes com depressão positiva se diferenciaram na amostra pelas seguintes características: 59,3% (n=32) perderam o emprego no período da pandemia; 45,2% (n=155) tiveram sintomas de ansiedade; 58,3% (n=28) sofreram violência durante a quarentena; 54,0% (n=75) fizeram uso medicamentos (psicotrópicos) sem indicação médica; e 59,3% (n=16) aumentaram o uso de drogas ilícitas durante a quarentena (p<0,05).

Na análise multivariada, as pessoas que apresentaram sintomas de ansiedade em virtude da pandemia (OR=3,91 [IC95%=2,44;6,27]; p<0,05) foram vítimas de violência (OR=2,33 [IC95% 1,18;4,55]; p<0,05), usaram medicamentos (psicotrópicos) sem indicação médica (OR=2,94; [IC95% 1,88;4,51]; p<0,05) e aumentaram o uso de drogas ilícitas (OR=2,69 [IC95% 1,08;6,68]; p<0,05) apresentaram as maiores razões de chances entre aqueles que foram identificados com depressão positiva (PHQ-9) (Tabela 2).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e indicadores de sintomas de depressão (PHQ-9) encontrados em estudantes e profissionais, Brasil, 2020 (N=550)

Variáveis		Depressão (PHQ-9) [n (%)]			Odds Ratio Não ajustado (IC 95%)	Odds Ratio Ajustado (IC 95%)
		Total	Positiva	Negativa		
Sexo	Feminino	394 (71,6)	149 (37,8)**	245 (62,2)	1,95 (1,28;2,98)*	2,00 (1,27;3,18)*
	Masculino	156 (28,4)	37 (23,7)	119 (76,3)	Ref.	Ref.
Faixa etária (anos)	18-29	330 (60,0)	130 (39,4)**	200 (60,6)	1,90 (1,30;2,77)*	2,05 (1,31;3,21)*
	≥ 30	220 (40,0)	56 (25,5)	164 (74,5)	Ref.	Ref.
Escolaridade	Ensino Superior	240 (43,6)	91 (37,9)	149 (62,1)	1,38 (0,96;1,97)	1,08 (0,70;1,66)
	Pós-Graduação	310 (56,4)	95 (30,6)	215 (69,4)	Ref.	Ref.
Raça	Branca	341 (62,0)	127 (37,2)**	214 (62,8)	1,50 (1,03;2,19)*	1,60 (1,06;2,42)*
	Não branca	209 (38,0)	59 (28,2)	150 (71,8)	Ref.	Ref.
Religião	Sim	376 (68,4)	116 (30,9)	260 (69,1)	Ref.	Ref.
	Não	174 (31,6)	70 (40,2)**	104 (59,8)	1,50 (1,03;2,19)*	1,64 (1,08;2,49)*
Renda familiar	< 2 SM	110 (16,5)	48 (43,6)**	62 (56,4)	1,55 (0,49;4,83)	1,36 (0,40;4,54)
	2-3 SM	108 (19,6)	40 (37,0)	68 (63,0)	1,18 (0,37;3,68)	1,33 (0,39;4,43)
	3-4 SM	103 (18,7)	36 (35,0)	67 (65,0)	1,07 (0,34;3,38)	1,34 (0,40;4,49)
	> 4 SM	214 (38,9)	57 (26,6)	157 (73,4)	0,72 (0,24;2,21)	1,09 (0,34;3,54)
	Não informou	15 (2,7)	5 (33,3)	10 (66,7)	Ref.	Ref.
Trabalho	Sim	337 (61,3)	103 (30,6)	234 (69,4)	Ref.	Ref.
	Não	213 (38,7)	83 (39,0)**	130 (61,0)	1,45 (1,01;2,07)*	1,06 (0,69;1,62)
Dificuldades financeiras	Sim	151 (27,5)	80 (53,0)**	71 (47,0)	3,11 (2,11;4,59)*	2,40 (1,52;3,79)*
	Não	399 (72,5)	106 (26,6)	293 (73,4)	Ref.	Ref.
Problemas familiares	Sim	207 (37,6)	98 (47,3)**	109 (52,7)	2,60 (1,80;3,75)*	1,77 (1,17;2,68)*
	Não	343 (62,4)	88 (25,7)	255 (74,3)	Ref.	Ref.
Relacionamento conjugal	Tranquilo	240 (43,6)	68 (28,3)	172 (71,7)	0,76 (0,52;1,12)	0,877 (0,57;1,35)
	Conturbado ou misto	61 (11,1)	33 (54,1)**	28 (45,9)	2,27 (1,28,4,01)*	2,14 (1,10;4,15)*
	Sou solteiro	249 (45,3)	85 (34,1)	164 (65,9)	Ref.	Ref.

NIC = Intervalo de confiança. †Teste Qui-quadrado de Pearson. *Valor de p≤0,05. SM = Salário Mínimo (R\$ 1.045,00 ou \$ 183,91 dólares).

Tabela 2 - Depressão (PHQ-9) e comportamentos durante o período da pandemia, relatados por estudantes e profissionais, Brasil, 2020 (N=550)

Variáveis		Depressão (PHQ-9) [n (%)]			Odds Ratio não ajustado (IC 95%)	Odds Ratio Ajustado (IC 95%)
		Total	Positiva	Negativa		
Teve COVID-19	Sim	21 (3,8)	10 (47,6)	11 (52,4)	1,82 (0,76;4,37)	1,80 (0,62;5,21)
	Não	529 (96,2)	176 (33,3)	353 (66,7)	Ref.	Ref.
Algum familiar/pessoa próxima teve COVID-19	Sim	274 (49,8)	100 (36,5)	174 (63,5)	1,27 (0,89;1,80)	1,15 (0,77;1,72)
	Não	276 (50,2)	86 (31,2)	190 (68,8)	Ref.	Ref.
Perdeu o emprego	Sim	54 (9,8)	32 (59,3)*	22 (40,7)	2,03 (1,07;3,87)*	1,99 (0,99;4,00)
	Não	364 (66,2)	99 (27,2)	265 (72,8)	0,52 (0,34;0,79)*	0,53 (0,33;0,84)*
	Não trabalhava	132 (24,0)	55 (41,7)	77 (58,3)	Ref.	Ref.
Preocupação com a pandemia	Sim	514 (93,5)	178 (34,6)	336 (65,4)	1,85 (0,82;4,15)	1,0 (0,40;2,84)
	Não	36 (6,5)	8 (22,2)	28 (77,8)	Ref.	Ref.
Sintomas de ansiedade em virtude da pandemia	Sim	343 (62,4)	155 (45,2)**	188 (54,8)	4,68 (3,02;7,24)*	3,91 (2,44;6,27)*
	Não	207 (37,6)	31 (15,0)	176 (85,0)	Ref.	Ref.
Vítima de violência	Sim	48 (8,7)	28 (58,3)**	20 (41,7)	3,04 (1,66;5,57)*	2,33 (1,18;4,55)*
	Não	502 (91,3)	158 (31,5)	344 (68,5)	Ref.	Ref.
Participou de atividade festiva	Sim	132 (24,0)	39 (29,5)	93 (70,5)	1,29 (0,84;1,97)	1,29 (0,78;2,13)
	Não	418 (76,0)	147 (35,2)	271 (64,8)	Ref.	Ref.
Uso de medicamentos (psicotrópicos) sem indicação médica	Sim	139 (25,3)	75 (54,0)**	64 (46,0)	3,16 (2,12;4,71)*	2,94 (1,88;4,51)*
	Não	411 (74,7)	111 (27,0)	300 (73,0)	Ref.	Ref.
Uso de bebidas alcoólicas para aliviar a tensão, estresse ou ansiedade	Sim	335 (60,9)	121 (36,1)	214 (63,9)	1,30 (0,90;1,88)	0,99 (0,64;1,52)
	Não	215 (39,1)	65 (30,2)	150 (69,8)	Ref.	Ref.
Aumento do uso de drogas ilícitas	Sim	27 (4,9)	16 (59,3)*	11 (40,7)	2,99 (1,35;6,63)*	2,69 (1,08;6,68)*
	Não	116 (21,1)	37 (31,9)	79 (68,1)	0,96 (0,62-1,50)	0,71 (0,43;1,18)
	Não uso	407 (74,0)	133 (32,7)	274 (67,3)	Ref.	Ref.

Odds Ratio ajustado. IC = Intervalo de confiança. [†]Teste Qui-quadrado de Pearson. *Valor de $p \leq 0,05$. SM = Salário Mínimo (R\$ 1.045,00 ou \$ 183,91 dólares).

DISCUSSÃO

Em nossa amostra, mais de três a cada 10 participantes apresentaram sintomas de depressão positiva. Além disso, quase metade reportaram sintomas de ansiedade em virtude da pandemia. Destacamos que o maior número de casos e óbitos nos primeiros meses da pandemia ocorreram no final do mês de julho de 2020⁽¹⁴⁾, período no qual foram investigados os sintomas de depressão nos participantes desta pesquisa. Estudo realizado no Oriente Médio, que objetivou verificar o efeito da pandemia no sofrimento mental de estudantes e profissionais da saúde, identificou o dobro de casos de depressão moderadamente grave ou grave (66,6%), quando comparado ao nosso estudo (verificada também pelo PHQ-9) e 36,7% apresentaram sintomas de ansiedade grave⁽⁵⁾. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que a maioria dos participantes do mencionado estudo⁽⁵⁾ era constituída por profissionais da saúde que atuavam na linha de frente nos cuidados de pacientes com COVID-19, sendo que o medo de contrair o vírus e disseminá-lo entre os familiares potencializou os sintomas depressivos.

Por ser uma doença complexa e com características ainda pouco conhecidas, a COVID-19 tem gerado incertezas, ansiedade e medo na população, sentimentos potencializados pela inexistência de tratamento eficaz. É preciso lembrar que, evidentemente, não havia qualquer vacina disponível nos primeiros meses da pandemia e que o Brasil só começaria a vacinar a população cerca de um ano depois da identificação do primeiro caso no país.

O isolamento, em um cenário de imprevisibilidade e incertezas, expõe a população a situações estressantes, rompimento de vínculos sociais, perda de emprego e de renda, afastamento das atividades

educacionais e laborais em formato presencial⁽¹⁵⁾ frente ao elevado risco de transmissão do vírus e de adoecimento. Outros estudos evidenciaram sintomas positivos de depressão entre estudantes^(9,16) e profissionais⁽¹⁷⁾, de modo que os índices de acometimento por depressão triplicaram (de 8,5% para 27,8%) no período pandêmico na população estadunidense⁽⁶⁾. Constatamos que o aumento da vulnerabilidade aos transtornos mentais, potencializada direta ou indiretamente pela pandemia, tem afetado um contingente significativo de pessoas de diferentes estratos sociais e regiões do país, evidenciando a necessidade de intervenções emergentes no âmbito da saúde mental.

As consequências resultantes da pandemia de COVID-19 são diversas e têm exposto milhares de pessoas a situações de vulnerabilidade biopsicossocial. O sentimento de insegurança em relação ao futuro é potencializado pelas mudanças abruptas nos hábitos e estilos de vida, precariedade de autocuidados em saúde, riscos potenciais de morbimortalidade e experiências de perda de entes familiares e amigos. Também contribui para o aumento de tensão social o excesso de informações difundidas, mas sobretudo a disseminação indiscriminada de desinformações (*fake news*) pelas mídias digitais, aumentando as incertezas sobre a vida pós-pandemia⁽¹⁸⁾.

Um dado interessante encontrado foi a evidência de depressão positiva entre os indivíduos mais jovens, uma faixa etária considerada de risco psicossocial para o desenvolvimento de potenciais acometimentos mentais⁽¹⁵⁾ devido às mudanças inerentes à transição para a vida adulta⁽¹⁹⁾, mas também um grupo considerado de baixo risco para contrair as formas mais graves da COVID-19. Na população estadunidense, essa faixa etária foi a mais acometida por sintomas psicológicos, com elevados índices de sofrimento mental

durante a pandemia (24,0% [IC 95%, 16,3% -33,8%]) e incremento de sentimentos disfóricos aflorados, em especial a solidão. Esse aumento pode estar relacionado ao isolamento forçado, receio de contrair o SARS-CoV-2, déficit financeiro, insegurança relacionada ao desfecho pandêmico⁽²⁰⁾, interrupção dos estudos ou da carreira profissional. Além disso, como a maioria dos participantes do nosso estudo eram pós-graduandos, podem ser considerados também os temores e incertezas em relação ao futuro que haviam sido exacerbados com o prolongamento e agravamento da crise sanitária, destacando-se as preocupações com o andamento da pesquisa, necessidade de reformulação dos projetos, readequação de orçamentos e alterações nos prazos.

Outro achado obtido em nossa amostra foi a associação de sintomas de depressão e categoria racial em indivíduos que se autodeclararam brancos. Esse dado se contrapõe a outro estudo⁽²¹⁾ que revisou resultados de pesquisas sobre a relação entre cor/raça e transtornos mentais, apontando maior índice de adoecimento mental em pessoas não brancas. No entanto, outro estudo destacou a associação entre eventos de vida estressantes e sintomas de depressão em homens brancos, quando comparados aos não brancos⁽²²⁾. Uma hipótese explicativa é o fato de que essa população supostamente é mais resiliente, em termos de saúde mental, frente aos estigmas e desigualdades sociais⁽²³⁾. Outros fatores devem ser investigados, tais como a vulnerabilidade social, gênero, questões sociodemográficas e econômicas.

Foi identificado em nosso estudo que, entre os participantes que apresentaram desfechos negativos em consequência da pandemia, o índice de depressão positiva foi maior. Isso pode estar relacionado à própria conjuntura da pandemia, que acarreta impactos sociais e econômicos importantes, uma vez que as pessoas de baixa renda se sentem mais desprotegidas em um ambiente de instabilidade econômica, pois muitas perderam o emprego ou foram impedidas de trabalhar durante a vigência das medidas de distanciamento social, além da dificuldade de prever o futuro desfecho econômico no período pós-pandêmico. Esse cenário de instabilidade gera preocupações e incertezas que contribuem para acentuar o sofrimento mental, deixando esse público em situação de desamparo social e ainda mais vulnerável ao desenvolvimento da depressão⁽²⁴⁾.

As mulheres do nosso estudo apresentaram as maiores taxas e razões de chances para depressão durante a pandemia, quando comparadas aos homens. De modo geral, independentemente do período da pandemia, o índice de depressão era de 1,5 a 3 vezes maior no sexo feminino, apesar de não diferirem os sintomas, curso da doença e tratamento quando comparados os sexos⁽²⁵⁾. Nesse sentido, nossos resultados corroboram o de outro estudo brasileiro⁽¹⁵⁾, que também verificou o adoecimento mental da população adulta durante a pandemia, com índices de depressão mais elevados entre as mulheres. Essa correlação pode ser explicada devido a maior sobrecarga de tarefas por parte das mulheres frente à dupla responsabilidade que elas assumem com os estudos e a dedicação à família, bem como as preocupações em prover recursos e sustentação financeira e bem-estar aos entes⁽²⁶⁾. A sobrecarga pode ser um dos fatores mediadores da relação entre adoecimento mental e gênero identificada em nosso estudo.

Além disso, nossos resultados apontaram para uma relação entre sintomas depressivos e problemas familiares e dificuldades no

relacionamento conjugal. Outros estudos⁽²⁷⁻²⁸⁾ também destacaram o impacto da pandemia na saúde mental no meio familiar, em virtude das necessidades de novas adaptações e ajustamentos, tanto na dinâmica do casal como dos filhos. Essa correlação pode ser explicada pelas mudanças bruscas ocorridas na rotina de trabalho e estudo que foi transferida para o espaço doméstico, pela ausência de opções de lazer fora da residência e pelo cuidado integral com as crianças; além disso, o maior tempo de contato entre os membros da família que residem no mesmo lar e as pressões do confinamento doméstico sobre pais, filhos e cônjuges agravaram o cenário de desavenças e instabilidade entre os membros da família, aumentando, inclusive, o índice de exposição à violência verbal, física e/ou psicológica⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Nesse sentido, entre os participantes de nosso estudo que sofreram violência durante a quarentena, mais da metade apresentaram depressão positiva. O aumento da violência doméstica foi expresso em diversas amostras de estudos realizados em países como China, França, Espanha, Itália e Reino Unido, uma vez que, com a restrição de circulação e extensão do isolamento social, aumentou a dificuldade da população de acesso aos mecanismos de apoio social e de saúde ou, ainda, de escapar da violência de famílias abusivas⁽²⁹⁾. Isso está relacionado ao fato de que o isolamento promove um contato mais prolongado entre os cônjuges, gerando situações de tensão e estresse, ausência de contato social e temor de, ao se ausentar do lar para procurar ajuda, ser infectado pelo SARS-CoV-2⁽³⁰⁾. Esses fatores resultam em maior vulnerabilidade feminina ao sofrimento e adoecimento mental⁽³¹⁾ e reforçam a importância da manutenção de um canal aberto de comunicação, desafiando formuladores de políticas públicas e profissionais da saúde a organizarem outras estratégias de garantia de acesso e de cuidado, para minimizar a ocorrência de situações de violência doméstica decorrente de crises de saúde relacionadas à pandemia⁽²⁹⁾.

Outro achado importante em nosso estudo foi a associação entre religião e depressão. Um número crescente de estudos⁽³²⁻³³⁾ tem apontado o papel das crenças religiosas e sua influência benéfica, com bons resultados na saúde mental⁽³⁴⁾. Na situação particular da pandemia, continuou sendo fator protetor. Na avaliação da saúde mental de profissionais de saúde da cidade de Nova York, EUA, 23% dos respondentes referiram adotar as atividades religiosas como recurso de enfrentamento diante do estresse vivenciado durante o período de isolamento social⁽³⁵⁾. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de que muitas pessoas buscam e se apoiam na religião como forma de aliviar ou amenizar o sofrimento, principalmente quando o desconforto envolve problemas de saúde. Além disso, sentimentos positivos e bem-estar espiritual proporcionados pela fé fazem com que o indivíduo se sinta mais fortalecido no enfrentamento de seus problemas, fortalecendo sua esperança⁽³⁶⁻³⁷⁾. Por isso, é necessário examinar as redes de apoio espiritual e social com que os indivíduos podem contar, identificando suas possíveis motivações, crenças e convicções, e a importância dessa relação para a proteção da saúde mental e também em relação ao uso de substâncias.

Nessa vertente, um dado preocupante encontrado foi que os estudantes/profissionais que assinalaram aumento do uso de drogas ilícitas e consumo de medicamentos psicotrópicos sem prescrição médica apresentaram quase três vezes mais chances de estarem entre aqueles que apresentaram depressão positiva. Apesar de alarmante, o aumento no uso de substâncias psicoativas durante a pandemia tem sido relatado com frequência, podendo

estar relacionado à tentativa de lidar com as turbulências psicológicas suscitadas pelo isolamento social, exacerbando reações de ansiedade, medo e incertezas⁽³⁸⁾. Nesse sentido, os indivíduos podem usar as substâncias como uma alternativa de enfrentamento e fuga de problemas, buscando se refugiar no prazer, mesmo que momentaneamente e colocando-se em situação de risco⁽³⁸⁾.

Além disso, devido à exposição crônica ao estresse, muitas pessoas acabam enfrentando problemas que interferem na qualidade e no padrão de sono e repouso. Ainda há de se considerar que a depressão tem, dentre seus sintomas, alteração no sono (insônia ou hipersonia). Muitos utilizam medicamentos indutores do sono ou calmantes, como benzodiazepínicos, para esse fim. Nesse sentido, quatro pontos importantes merecem ser destacados: (i) indivíduos que utilizam benzodiazepínicos, quando acometidos pelas formas mais graves da COVID-19, podem sofrer maior impacto na privação do aporte de oxigênio, o que agrava o quadro clínico; (ii) o uso concomitante de benzodiazepínicos e bebidas alcoólicas aumenta as chances de depressão respiratória; (iii) o uso de álcool interfere no funcionamento do sistema imunológico⁽³⁹⁾, o que deixa o indivíduo mais suscetível a complicações caso seja acometido pelos quadros graves de COVID-19; (iv) o consumo de substâncias altera o comportamento individual, podendo levar facilmente a não adesão aos comportamentos preventivos e às regras de isolamento social, uso de máscara e cuidados com a higiene das mãos⁽⁴⁰⁾. Soma-se a isso que o adoecimento mental está frequentemente relacionado à adoção de comportamentos não saudáveis, os quais, por sua vez, também reduzem o desempenho da função imunológica⁽³⁹⁾. Dessa forma, avaliar os fatores envolvidos e a relação entre isolamento social, pandemia e depressão é imprescindível para planejar e promover intervenções que possam minimizar os danos diretos e indiretos causados pela crise sanitária.

Para o enfrentamento desses problemas tem sido recomendada a abertura de espaços, mesmo que em ambientes virtuais, para acolhimento e promoção de atividades sociais de forma planejada e positiva⁽³⁸⁾, tentando minimizar os impactos do estresse⁽⁴¹⁻⁴²⁾, para que as pessoas sejam encorajadas a adotar comportamentos saudáveis e minimizem o uso de substâncias como recurso de enfrentamento. Os profissionais de saúde devem auxiliar os indivíduos em seu processo de transição e mudança para hábitos saudáveis, em busca de atividades prazerosas, incentivando a prática regular de exercícios físicos, intervenções comportamentais e acompanhamento, incluindo a oferta de estratégias que podem ser realizadas por telefone ou por meio de qualquer outro recurso de comunicação remota.

Isso não significa que apenas os indivíduos acometidos pela COVID-19 necessitam de atenção e cuidado, uma vez que toda a população está enfrentando um momento bastante delicado e crítico. Assim, devem ser mantidas as recomendações preventivas e de assistência para toda a população⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, que devem contemplar de forma ampla a preservação da saúde mental: estimular a participação de equipes multiprofissionais de saúde mental; disponibilizar canais oficiais para disseminação de informações qualificadas e atualizadas ao público; oferecer treinamento em protocolos de gerenciamento de estresse, trauma, ansiedade, depressão e comportamentos de risco; investir no desenvolvimento de ações inovadoras e canais alternativos de atendimento (aplicativos, sites, telefone)⁽⁴⁵⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o fato de terem sido aplicados questionários exclusivamente *on-line*, o que pode ter ocasionado a omissão ou distorção de informações. Essa omissão pode estar relacionada ao viés de memória, uma vez que a maioria das perguntas eram relativas a situações que já haviam ocorrido há algum tempo. Segundo, avaliamos apenas o índice de prevalência da depressão durante a pandemia (depressão atual), dessa forma, não há como comparar os dois momentos (antes da pandemia e durante) para estabelecimento de relações de causalidade.

Contribuições para a área da Enfermagem e da Saúde

Dada a importância da temática e à escassez de literatura sobre as questões relacionadas à depressão no período da pandemia por estudantes e profissionais de nível superior, consideramos que os resultados do nosso estudo contribuem para repensar estratégias de intervenções voltadas para a proteção dos grupos vulneráveis, considerando as desigualdades no acesso à saúde. É importante implementar políticas institucionais voltadas à saúde mental da população nos diversos *settings* de saúde, e que os profissionais possam continuar a fornecer cuidados e monitoramento necessários por telefone ou utilizando plataformas digitais. Prioritariamente, esse acompanhamento deve ser direcionado aos indivíduos em maior risco de vulnerabilidade, implementando um trabalho multiprofissional, integrado e organizado.

CONCLUSÃO

Nosso estudo evidenciou que o isolamento social de estudantes e profissionais durante a pandemia mostrou-se associado à depressão. Os potenciais fatores associados foram relacionados ao sexo feminino, jovens, brancos e que sofreram violência durante a quarentena. Também se constatou aumento do uso das drogas ilícitas, preocupação excessiva com a disseminação da doença, consumo de medicamentos (sedativos/hipnóticos) sem prescrição médica, aumento do uso de substâncias ilícitas e de relacionamento conflituoso.

A pandemia de COVID-19 incrementou sintomas relacionados à saúde mental da população que devem ser manejados no sistema de saúde. É provável que teremos que buscar soluções práticas e medidas coletivas de prevenção e promoção de saúde para enfrentarmos os desafios do adoecimento mental da população após o período pandêmico, de modo a aliviar a sobrecarga no sistema de saúde. Para tanto, é importante identificarmos os fatores implicados na relação entre isolamento social e depressão, no intuito de implementar estratégias que visem a amenizar os prejuízos na saúde mental da população durante a pandemia da COVID-19.

FOMENTO

Auxílio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP/CAPES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Bolsista do Programa do Demanda Social (DS) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil - Nível Doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
3. Camacho-Zuñiga C, Pego L, Escamilla J, Hosseini S. The impact of the COVID-19 pandemic on students' feelings at high school, undergraduate, and postgraduate levels. *Heliyon*. 2021;7(3):e06465. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06465>
4. Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northstone K, Tilling K, Smith D, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *Br J Psychiatry*. 2020;218(6):334-43. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242>
5. Alsairafi Z, Naser AY, Alsaleh FM, Awad A, Jalal Z. Mental Health Status of Healthcare Professionals and Students of Health Sciences Faculties in Kuwait during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2203. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042203>
6. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
7. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(supl.2):e20200434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
8. Santos KMRD, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TAD, Medeiros ADA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. *Esc Anna Nery*. 2021;25(spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
9. Maia BR, Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estud Psicol*. 2020;37:e200067. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
10. Killgore WDS, Cloonen SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: a signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;290:113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12(12):1495-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>
12. Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34. <https://doi.org/10.2196/jmir.2042>
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
14. Ministério da Saúde (BR). Paineis de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil [Internet]. Secretarias Estaduais de Saúde. 2020 [cited 2020 Nov 09]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
15. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
16. Mulyadi M, Tonapa SI, Luneto S, Lin WT, Lee BO. Prevalence of mental health problems and sleep disturbances in nursing students during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2021;57:103228. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103228>
17. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TA, Medeiros AA, Barbosa IR. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da Covid-19. *Esc Anna Nery*. 2021;25(spe):e20200370. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
18. Hansel TC, Saltzman LY, Bordnick PS. Behavioral health and response for COVID-19. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;14(5):670-6. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.180>
19. Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LC, Jansen K, Souza LDM, Pinheiro RT, et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011;33(2):103-8. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000001>
20. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA*. 2020;324(1):93-94. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9740>
21. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(12):4021-30. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
22. Assari S, Lankarani MM. Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016;3(2):349-56. <https://doi.org/10.1007/s40615-015-0160-5>
23. Keyes CL. The Black-White paradox in health: flourishing in the face of social inequality and discrimination. *J Pers*. 2009;77(6):1677-706. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00597.x>
24. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. 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. *Med Sci Monit*. 2020;26:e924609. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>

25. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: quinta edição (DSM-V) [Internet]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014 [cited 2021 May 10]. Available from: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
26. Ferreira HG. Gender differences in mental health and beliefs about Covid-19 among elderly internet users. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2021;31:e3110. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3110>
27. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2020;14:20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
28. Heilborn MLA, Peixoto CE, Barros MML. Tensões familiares em tempos de pandemia e confinamento: cuidadoras familiares. *Physis*. 2020;30(2):e300206. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300206>
29. Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry?. *Int J Law Psychiatry*. 2020;71:101594. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>
30. Santos LL, Viegas LB, Teixeira ML, Oliveira RCM, Barbosa VVS, Reis LD. O isolamento social como gatilho para a violência contra mulheres na vivência de pandemia. *RSD*. 2020;9(8):e719986104-e719986104. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6104>
31. Oliveira W, Magrin J, Andrade A, Micheli D, Carlos D, Fernandez J, et al. Violência por parceiro íntimo em tempos da COVID-19: scoping review. *Psicol Saúde Doenças*. 2020;21(3):606-23. <https://doi.org/10.15309/20psd210306>
32. Tsaras K, Papatthasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1661-9. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>
33. Santero M, Daray FM, Prado C, Hernández-Vásquez A, Irazola V. Association between religiosity and depression varies with age and sex among adults in South America: evidence from the CESCAS I study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226622>
34. Kent BV, Stroope S, Kanaya AM, Zhang Y, Kandula NR, Shields AE. Private religion/spirituality, self-rated health, and mental health among US South Asians. *Qual Life Res*. 2020;29(2):495-504. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02321-7>
35. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>
36. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):361-367. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>
37. Strelhow MRW, Bedin LM, Sarriera JC. Children's Religious Coping Scale: adaptation and psychometric properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2017;27(66):107-16. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201713>
38. Rojas-Jara C. Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuad Neuropsicol [Internet]*. 2020 [cited 2020 Nov 09];14(1):24-8. Available from: <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/395>
39. World Health Organization (WHO). Food and nutrition tips during self-quarantine [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine>
40. Andrade G, Couto FS, Câmara-Pestana L. Recommendations about the use of psychotropic medications during the COVID-19 Pandemic. *Acta Med Port*. 2020;33(13). <https://doi.org/10.20344/amp.13976>
41. Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estud Psicol (Campinas)*. 2020;37:e200066. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>
42. Oliveira WA, Andrade ALM, Souza VLT, De Micheli D, Fonseca LMM, Andrade LS, et al. COVID-19 pandemic implications for education and reflections for school psychology. *Psicol Teor Prat*. 2021;23(1):1-26. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913926>
43. Santos MA, Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA. Inconfidências de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19. *Psicol Soc*. 2020;32:e020018. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240339>
44. Oliveira-Cardoso EA, Silva BCA, Santos JH, Lotério LS, Accoroni AG, Santos MA. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2020;28:e3361. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
45. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)