



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



**ELLEN THALLITA HILL ARAÚJO**

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM  
DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um estudo de enfermagem**

Rio de Janeiro

2024

Bolsista da CAPES PROEX - Ação Emergencial COVID-19, no período de julho de 2020 a julho de 2024.

ELLEN THALLITA HILL ARAÚJO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM  
DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um estudo de enfermagem**

Tese apresentada na etapa de defesa no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte integrante dos requisitos necessários para a realização do Curso de Doutorado em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Mental

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angélica de Almeida Peres.

Rio de Janeiro

2024

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder forças e sabedoria ao longo dessa jornada.

Agradeço à minha orientadora, Maria Angélica de Almeida Peres, por sua orientação, apoio e dedicação. Sua sabedoria e paciência foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À minha mãe, Maria Ferreira de Moura Araújo, e ao meu pai, Antonio Carlos Hill Araújo, pelo amor incondicional e por acreditarem em mim em todos os momentos. À minha irmã, Elanny Taisa Hill Araújo, por seu apoio constante e encorajamento.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à banca que aceitou participar e receber minha tese em um prazo mais curto devido à necessidade de antecipar a defesa. Agradeço de coração à Dra. Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso, que, mesmo de férias e em outro país, me acolheu e entendeu a situação. Sou grata por seu apoio e compreensão. Também gostaria de agradecer à Prof<sup>a</sup> Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune, que sempre foi solícita e compreensiva, ambos presentes também na minha qualificação da tese.

Meus sinceros agradecimentos vão também para o Prof<sup>o</sup> Dr. Elias Barbosa de Oliveira, a Dra. Rosa Gomes dos Santos Ferreira, à Prof<sup>a</sup> Dra. Andreza Pereira Rodrigues e à Prof<sup>a</sup> Dra. Adriana Dias Silva. Cada um de vocês desempenhou um papel fundamental neste momento tão importante da minha vida.

À secretaria e coordenação da pós-graduação, pela assistência e suporte que foram cruciais para defesa do doutorado.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN e do Laboratório de pesquisa em História da Enfermagem e de Saúde Mental (LaPHiSM), pela parceria, trocas de conhecimento e por compartilharem essa jornada comigo.

Por fim, agradeço à CAPES pela bolsa financeira, que foi essencial para a realização deste estudo.

A todos, meu sincero agradecimento.

## CIP - Catalogação na Publicação

A45v Araujo, Ellen Thallita Hill  
VALIDAÇÃO DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM  
ADULTOS COM DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um  
estudo de enfermagem / Ellen Thallita Hill Araujo.  
-- Rio de Janeiro, 2024.  
118 f.

Orientador: Maria Angélica de Almeida Peres.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio  
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Saúde Mental. 2. Avaliação Psicométrica . 3.  
Depressão Resistente ao tratamento. 4. COVID-19. 5.  
Enfermagem. I. Peres, Maria Angélica de Almeida ,  
orient. II. Título.

ELLEN THALLITA HILL ARAÚJO

**VALIDAÇÃO DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM  
DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um estudo de enfermagem**

Tese apresentada para etapa de defesa no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte integrante dos requisitos necessários para a realização do Curso de Doutorado em Enfermagem.

Data de Aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Angelica de Almeida Peres  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso  
1<sup>o</sup> Examinador(a)

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Elias Barbosa de Oliveira;  
2<sup>a</sup> Examinador(a)

---

Dra. Rosa Gomes dos Santos Ferreira  
3<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune  
4<sup>a</sup> Examinadora

## RESUMO

ARAÚJO, Ellen Thallita Hill. Validação da escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento: um estudo de enfermagem. Rio de Janeiro, 2024. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Cerca de um terço das pessoas com transtornos depressivos não modifica seu estado psíquico após o uso de dois ou mais medicamentos, sendo classificadas com depressão resistente ao tratamento. Nessas pessoas, medos intensos podem agravar a depressão, especialmente em cenários ameaçadores como uma pandemia. Portanto, é crucial validar instrumentos psicométricos que facilitem a detecção de reações às pandemias, como a COVID-19, nessa população. O objetivo principal deste estudo é validar a Escala de Medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento. Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado em uma instituição psiquiátrica pública no Rio de Janeiro, envolvendo usuários diagnosticados com depressão resistente ao tratamento que atenderam aos critérios de elegibilidade para participar da pesquisa. Foi realizado um cálculo amostral com parâmetros de precisão de 5% e um nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra ideal de, no mínimo, 103 indivíduos. O estudo teve uma taxa de adesão de 79,5%, resultando em 140 participantes. A coleta de dados ocorreu de agosto de 2021 a janeiro de 2023, de forma remota, utilizando a Escala de Medo da COVID-19, o Inventário de Depressão de Beck e um questionário sociodemográfico, via formulário *on-line*. A análise descritiva dos dados foi feita no SPSS®, enquanto a Análise Fatorial Confirmatória foi realizada no software Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP), utilizando o método robusto DWLS, com a colaboração de um psicometrista. Os resultados da validação indicaram que a Escala de Medo da COVID-19 é uma ferramenta confiável e válida para medir o medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento, ampliando seu escopo de utilização. A análise estatística revelou que os itens da escala apresentaram boas cargas fatoriais, demonstrando excelente aderência à variável latente. A unidimensionalidade do instrumento foi confirmada, eliminando a possibilidade de dupla saturação. Os resultados mostraram associações significativas entre a depressão severa e o medo intenso da COVID-19 em algumas variáveis sociodemográficas, indicando que certos grupos de usuários com depressão resistente foram mais vulneráveis ao medo da COVID-19 e ao agravamento da depressão durante a pandemia. Além disso, os participantes com medo intenso da COVID-19 apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos, sugerindo uma interação entre o medo da COVID-19 e a gravidade da depressão. O medo intenso refletiu mentalmente e fisicamente em sintomas de ansiedade e ataques de pânico. Os cuidados de enfermagem pós-pandemia, à luz da Teoria da Maré, podem criar um sistema de suporte que identifica e lida com esses riscos, e pode apoiar e empoderar a pessoa no enfrentamento da depressão de forma proativa. Assim, os resultados desta tese permitem aos enfermeiros fazer a prospecção de ações em saúde mental para estabelecer relações mais significativas e colaborativas com os usuários, facilitando a construção de uma rede de apoio que trabalhe ativamente para reduzir o agravamento da depressão no período pós-pandemia.

**Palavras-chave:** Transtorno Depressivo Resistente a Tratamento; Medo; COVID-19; Enfermagem.

## ABSTRACT

ARAÚJO, Ellen Thallita Hill. Validação da escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento: um estudo de enfermagem. Rio de Janeiro, 2024. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

About one-third of people with depressive disorders do not change their psychological state after using two or more medications, being classified as having treatment-resistant depression. In these individuals, intense fears can exacerbate depression, especially in threatening scenarios such as a pandemic. Therefore, it is crucial to validate psychometric instruments that facilitate the detection of reactions to pandemics, such as COVID-19, in this population. The main objective of this study is to validate the COVID-19 Fear Scale in adults with treatment-resistant depression. This is a cross-sectional and analytical study conducted in a public psychiatric institution in Rio de Janeiro, involving users diagnosed with treatment-resistant depression who met the eligibility criteria to participate in the research. A sample calculation was performed with 5% precision parameters and a 95% confidence level, resulting in an ideal sample of at least 103 individuals. The study had an adherence rate of 79.5%, resulting in 140 participants. Data collection took place from August 2021 to January 2023, remotely, using the COVID-19 Fear Scale, the Beck Depression Inventory, and a sociodemographic questionnaire via an online form. Descriptive data analysis was done in SPSS®, while Confirmatory Factor Analysis was performed in Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP) software, using the robust DWLS method, with the collaboration of a psychometrician. The validation results indicated that the COVID-19 Fear Scale is a reliable and valid tool for measuring fear of COVID-19 in adults with treatment-resistant depression, expanding its scope of use. The statistical analysis revealed that the scale items presented good factor loadings, demonstrating excellent adherence to the latent variable. The unidimensionality of the instrument was confirmed, eliminating the possibility of double saturation. The results showed significant associations between severe depression and intense fear of COVID-19 in some sociodemographic variables, indicating that certain groups of patients with treatment-resistant depression were more vulnerable to fear of COVID-19 and worsening depression during the pandemic. Additionally, participants with intense fear of COVID-19 showed higher levels of depressive symptoms, suggesting an interaction between fear of COVID-19 and the severity of depression. Intense fear manifested mentally and physically in symptoms of anxiety and panic attacks. Post-pandemic nursing care, in light of the Tidal Model, can create a support system that identifies and addresses these risks, and can support and empower individuals to proactively cope with depression. Thus, the results of this thesis allow nurses to prospect mental health actions to establish more meaningful and collaborative relationships with patients, facilitating the construction of a support network that actively works to reduce the worsening of depression in the post-pandemic period.

**Keywords:** Treatment-Resistant Depression; Fear; COVID-19; Nursing.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.1</b>	<b>Inquietação</b>	<b>10</b>
<b>1.2</b>	<b>Contextualização do problema</b>	<b>11</b>
<b>1.3</b>	<b>Hipótese do Estudo</b>	<b>13</b>
<b>1.4</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>13</b>
1.4.1	Objetivos Específicos	14
<b>1.5</b>	<b>Justificativa e relevância</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>24</b>
<b>2.1</b>	<b>Teoria da Maré: relacionada à pandemia</b>	<b>24</b>
<b>2.2</b>	<b>A pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>Depressão Resistente ao Tratamento no contexto da pandemia</b>	<b>29</b>
<b>2.4</b>	<b>O medo e suas repercussões para saúde mental</b>	<b>31</b>
<b>2.5</b>	<b><i>Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)</i> e sua adaptação cultural para o português do Brasil</b>	<b>32</b>
<b>2.6</b>	<b>Inventário Beck de Depressão-II: avaliação da severidade da sintomatologia depressiva</b>	<b>37</b>
<b>2.7</b>	<b>Medo da COVID-19 e saúde mental: os impactos psicológicos da pandemia e repercussões para o cuidado de enfermagem</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>Autorização Formal dos Autores</b>	<b>41</b>
<b>3.2</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>41</b>
<b>3.3</b>	<b>Local de Estudo</b>	<b>41</b>
<b>3.4</b>	<b>Participantes do Estudo</b>	<b>42</b>
<b>3.5</b>	<b>Instrumentos e técnica de coleta de dados</b>	<b>42</b>
<b>3.6</b>	<b>Tratamento e análise dos dados</b>	<b>44</b>
<b>3.7</b>	<b>Análise psicométrica dos dados</b>	<b>44</b>
3.7.1	Evidências de Validade de Estrutura Interna	44
3.7.1.1	Análise Fatorial Exploratória (AFE)	44
3.7.1.2	Análise Fatorial Confirmatória (AFC)	45
3.7.1.3	Teoria de Reposta ao Item (TRI)	46
3.7.1.3	Confiabilidade e qualidade dos escores	46

<b>3.8</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>48</b>
	<b>Capítulo I: Validação a Escala de medo da COVID-19: confiabilidade, qualidade e replicabilidade em adultos com DRT</b>	<b>49</b>
	<b>Capítulo II: Medo da COVID-19 e níveis de depressão das pessoas com DRT</b>	<b>57</b>
	<b>Capítulo III: Desdobramentos do medo da COVID-19 para os cuidados de enfermagem pós-pandemia à luz da Teoria da Maré</b>	<b>73</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>85</b>
	<b>APÊDICES</b>	
	<b>ANEXOS</b>	

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Inquietação**

A depressão é um grave problema de saúde pública, afetando cerca de 350 milhões de pessoas, número que a coloca como a patologia com maior incidência mundial. Por sua cronicidade e índice de resistência ao tratamento é um transtorno de alto custo, com gastos estimados em 1 trilhão de dólares à economia mundial a cada ano (Who, 2017).

Como enfermeira integrante de um projeto na área da saúde mental, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), me intrigou a complexidade do cuidado a pessoas com Depressão Resistente ao Tratamento (DRT). Prestar assistência a um indivíduo que não responde favoravelmente às terapêuticas psicológicas e farmacológicas pode ser extremamente desafiador para a equipe de saúde, o que pude vivenciar atuando em um ambulatório especializado em DRT.

O desafio ficou maior a partir da pandemia de COVID-19, doença infecciosa que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020, reduzindo os atendimentos presenciais e espaçando as consultas de acompanhamento dos usuários do ambulatório. As mudanças ocorridas no serviço e o distanciamento social fizeram surgir preocupações com cada usuário, uma vez que o sofrimento psíquico vivido por eles pode ter se agravado durante a pandemia.

Durante esse período de emergência na saúde pública e de adaptação dos atendimentos ambulatoriais era possível que os usuários tivessem silenciado sua dor pela interrupção das terapias presenciais e necessidade de distanciamento social, o que tende a sobrecarregá-los ao terem que gerir, de uma hora para a outra, suas próprias emoções e pensamentos sem o suporte profissional que estavam recebendo.

A realidade aqui narrada é de uma instituição psiquiátrica universitária do Rio de Janeiro que realiza o tratamento e acompanhamento multidisciplinar de usuários com quadro clínico de DRT, que tiveram o cuidado de Enfermagem, de Psicologia e Médico suspenso temporariamente devido à pandemia da COVID-19, exigindo uma reconsideração sobre a forma de atendimento, de modo a minimizar os efeitos desta suspensão inesperada da atenção em saúde mental.

Em reuniões realizadas pela equipe, que conta com enfermeiros, médicos e psicólogos, coordenados pelos professores responsáveis, os quais lideram os atendimentos e as pesquisas desenvolvidas no referido ambulatório, tomou-se a decisão, em conjunto com a direção geral da instituição, da implantação dos atendimentos remotos via plataforma online.

Nas discussões da equipe sobre os referidos atendimentos houve relatos de que a maioria dos usuários acompanhados remotamente encontravam-se restritos ao seu domicílio durante a

pandemia e alguns necessitaram de atendimento de emergência devido ao risco de suicídio, o que alertou a equipe para a importância de realizar pesquisas no campo da saúde mental com o propósito de oferecer atendimento adequado ainda no período pandêmico e no pós-pandêmico, de modo que as questões relacionadas à COVID-19 e suas consequências fossem debatidas e conhecidas.

A enfermagem como integrante da equipe multiprofissional do ambulatório de DRT se interessa em pesquisar sobre o tema, uma vez que é uma das profissões que faz o acompanhamento destes usuários para a integração com outros serviços na comunidade, buscando sempre adaptar o cuidado ao contexto em que cada um se insere. Diante disso, este projeto de pesquisa foi elaborado para ser desenvolvido no curso de doutorado acadêmico em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

## **1.2 Contextualização do problema**

Há tempos que a comunidade científica do campo das doenças infecciosas alertava que o advento de novas pandemias não era uma questão de “se”, mas de “quando” iria ocorrer. A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) surge como um dos maiores desafios para a saúde em escala global. Em meados de setembro de 2023, três anos após o surgimento do primeiro caso da doença na China, o país berço da pandemia, há mais de 770.778.396 milhões de casos confirmados e cerca de 6.958.499 milhões de mortes em todo o mundo por COVID-19 (Souza et al., 2023).

As pandemias costumam provocar um medo generalizado na população, principalmente quando não se tem total conhecimento sobre a doença, como foi o caso da infecção pelo coronavírus que mobilizou o mundo e foi reconhecida como um desastre biológico e social (Asmundson; Taylor, 2020; Silva, 2020; Rodrigues; Carpes; Raffagnato, 2020).

O medo relacionado a COVID-19 permeou todos os aspectos da vida das pessoas, desde a perspectiva individual até a coletiva, impactando no funcionamento diário da sociedade e causando modificações nas relações interpessoais (Rubin; Wessely, 2020). Além disso, essas condições adversas decorrentes da pandemia foram identificadas como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de patologias mentais prolongadas, como a Depressão, considerada o "mal do século XXI" devido à sua alta incidência, natureza debilitante, cronicidade e seu potencial de levar a quadros graves, como o suicídio (Faro et al., 2020; Pancani; Marinucci; Aureli; Riva, 2020; Rubin; Wessely, 2020).

Apesar de existirem várias terapias medicamentosas para depressão, em uma parcela de cerca de 10% a 40% dos portadores, os medicamentos fazem pouco ou nenhum efeito. Essas pessoas têm a chamada Depressão Resistente ao Tratamento (DRT) (Santos; Hara; Stumpf; Rocha, 2020; Zakhour; Nardi; Levitan; Appolinario, 2020).

O medo, em certa medida, pode ajudar a mudar a atitude e o comportamento das pessoas. Uma ameaça percebida pode atuar como um fator motivacional para realizar um comportamento que facilite a prevenção da COVID-19. Entretanto, em pessoas com DRT, medos muito intensos e limitantes podem afetar o senso de esperança e o sentido de viver, contribuindo para o agravamento do quadro clínico depressivo (Ornell et al., 2020).

Na administração pública, os países concentraram esforços na redução da taxa de transmissão, o que exigiu a avaliação dos medos individuais a fim de alcançar o objetivo holístico de uma sociedade livre da patologia. Com o conhecimento do grau de medo que um indivíduo tem em relação à COVID-19, os profissionais de saúde poderiam desenvolver programas adequados para cuidar do medo e promover métodos de prevenção e de cuidado à saúde mental (Bitan et al., 2020).

Por essa razão, foi desenvolvida por uma equipe internacional de pesquisadores, na Universidade Qazvin, no Irã, uma escala para avaliar o medo da COVID-19, denominada originalmente em inglês de *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) (Winter et al., 2020).

Com base no FCV-19S, o medo da COVID-19 foi investigado na Europa, Ásia e América (incluindo América Latina), permitindo compreender estressores relacionados a uma situação de pandemia, como quarentena, isolamento social, falta de mecanismos terapêuticos, sentimento de frustração, tédio, informações inadequadas ou insuficientes, perda financeira, problemas de saúde anteriores e estigma (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Na validação da escala original foi comprovada e se correlaciona significativamente com instrumentos utilizados para avaliar a saúde mental. Aliado a isso, dada a crescente prevalência de problemas psicológicos durante e após a pandemia, torna-se importante o uso de instrumentos psicométricos que detectem agravamentos no quadro e monitorem o nível de depressão, como o Inventário Beck de Depressão (BDI-II), um dos melhores instrumentos de autorrelato para medir a depressão (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020; Gandini; Martins; Ribeiro; Santos, 2007).

Nesse contexto, a atuação da enfermagem no atendimento a usuários com transtornos mentais ganha destaque, uma vez que esses profissionais acompanham os casos de agravamento

psicológico, tentativas de suicídio e medo da morte. E talvez sejam os profissionais que passam mais tempo ao lado dos usuários em serviços de saúde mental (Duarte; Silva; Bagatinic, 2021).

De acordo com a perspectiva de Phil Barker (2021), autor da Teoria das Marés (*Tidel Model*), a condução do cuidado de enfermagem em saúde mental durante os momentos críticos da jornada de vida das pessoas se assemelha a enfrentar variados desafios representados por diferentes fases das marés (vai e vem de sentimentos). Em determinados cenários, os indivíduos podem se deparar com tempestades, analogamente refletindo crises agudas. Em outros momentos, podem vivenciar uma circunstância em que seu "navio" psíquico comece a afundar, trazendo à tona a ameaça de afogamento ou o risco iminente de naufrágio, o que pode ser equiparado à desagregação de sua estabilidade psicológica (Teixeira et al., 2018).

Os indivíduos com DRT, em um sentido figurado, encontram-se mergulhados em águas profundas, uma metáfora que sugere o agravamento dos sintomas psicológicos. Nessa analogia, a situação pode ser percebida como se estivessem sendo arremessados violentamente contra as rochas, uma imagem que evoca a experiência angustiante e desafiadora que podem ter enfrentado na pandemia e que precisam ser trabalhadas nos serviços de saúde mental.

Nessa perspectiva, se torna conveniente utilizar a FCV-19S e o BDI-II, para investigação da relação entre o medo e a severidade dos episódios depressivos em uma amostra real e vulnerável, a fim de auxiliar o planejamento dos cuidados de saúde mental e melhor condução da prática assistencial.

Ressalta-se que ainda não há publicações brasileiras que tenham validado essa escala nessa população e que o projeto de pesquisa que deu origem a esta tese de doutorado foi selecionado no edital COVID-19, em processo seletivo conduzido pela Comissão de Gestão do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX), na modalidade de financiamento da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

### **1.3 Hipótese do Estudo**

A Escala de Medo da COVID-19 se correlaciona significativa e fortemente com os resultados do Inventário de Depressão de Beck.

### **1.4 Objetivo Geral**

- Validar a Escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento.

#### 1.4.1 Objetivos Específicos

- Avaliar a confiabilidade, a qualidade e a replicabilidade da Escala de medo da COVID-19 com uma amostra de adultos com depressão resistente ao tratamento;
- Investigar o medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento;
- Investigar os níveis da depressão em adultos com depressão resistente ao tratamento na pandemia de COVID-19;
- Correlacionar estatisticamente a Escala de medo da COVID-19, o Inventário de Depressão de Beck e as características sociodemográficas;
- Propor ações de enfermagem para o cuidado de pessoas com depressão resistente ao tratamento no período pós pandemia à luz da Teoria da Maré.

### 1.5 Justificativa e relevância

Os transtornos depressivos constituem um grave problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), essa patologia afeta mais de 350 milhões de indivíduos em todo o mundo e cerca de um terço destes não apresentando melhorias significativas após a administração de dois ou mais medicamentos antidepressivos, sendo categorizados como portadores de DRT (Who, 2017).

Um estudo epidemiológico conduzido na América Latina proporcionou reflexões relevantes sobre essa problemática, revelando que aproximadamente 30% dos latino-americanos diagnosticados com transtorno depressivo não apresentaram respostas favoráveis à terapia após a tentativa de tratamento com dois ou mais antidepressivos orais. No contexto brasileiro, o quadro se agrava ainda mais, uma vez que aproximadamente 40% dos usuários diagnosticados com depressão manifestaram resistência ao tratamento antidepressivo (Abel.; Hayes; Henley; Kuyken, 2016).

Existem estudos que destacam a emergência de uma "crescente onda" de agravamento dos problemas de saúde mental durante e após a pandemia de COVID-19. Nessa perspectiva, uma preocupação foi o fato das pessoas diagnosticadas com DRT não terem recebido todo o apoio de que precisavam devido ao fechamento das clínicas, ambulatórios e ao isolamento social (Danese; Spinelli, 2020; Wind; Rijkeboer; Andersson; Riper, 2020).

Além disso, a presença de fatores de risco, como o temor relacionado à COVID-19 e o medo de ir a hospitais ou ambulatórios intensificaram a deterioração dos quadros de doenças mentais preexistentes e, simultaneamente, contribuiu para o surgimento de novas problemáticas relacionadas à saúde mental (Riper, 2020).

O medo é uma emoção central a se considerar quando se busca entender os efeitos psicológicos vivenciados em um cenário ameaçador a exemplo da pandemia da COVID-19. Níveis intensos de medo podem prejudicar a percepção lógica dos indivíduos, afetando o modo como reagem à doença. Por exemplo, o medo excessivo da COVID-19 foi associado a casos de suicídio na Índia e em Bangladesh. Por outro lado, há evidências de que o medo também pode ser relacionado à adoção de comportamentos de higiene e adesão ao distanciamento social (Harper; Satchell; Fido; Latzman, 2020; Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Fisiologicamente o medo se torna um fator propício para diminuição do nível de cortisol, hormônio que ajuda o organismo a controlar o estresse, o que pode agravar o comprometimento na saúde mental, podendo desenvolver ou intensificar os sintomas da depressão (Ornell et al., 2020).

Assim, o medo está diretamente associado a comportamentos de exposição ao risco, estigmatização e de alta demanda por assistência em saúde (Griffiths; Mamun, 2020; Goyal; Chauhan; Chhikara; Gupta; Singh, 2020).

A *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) surgiu com o intuito de desenvolver uma medida breve para investigação do medo da COVID-19. A escala foi adaptada em vários países, a exemplo da Israel, Turquia, Grécia, Itália, Arabia Saudita, Argentina, Brasil entre outros, e está sendo usada em pesquisas em todo o mundo para identificar a necessidade de educação preventiva sobre o coronavírus (Tsiropoulou et al., 2020; Bitan et al., 2020; Soraci et al., 2020; Sakib et al., 2020; Satici; Gocet-Tekin; Deniz; Satici, 2020; Alyami; Henning; Krägeloh; Alyami, 2020).

Nos resultados dos primeiros estudos foi descoberto que os escores da escala se correlacionam significativamente com os instrumentos que avaliam a depressão, como o Inventário de Depressão de Beck (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Desse modo, entende-se que contar com um instrumento de medida para acompanhamento de como os usuários com DRT percebem e lidam com o medo da COVID-19 e se esse medo repercute diretamente na severidade dos sintomas depressivos e no tratamento da depressão resistente é uma ferramenta que poderá auxiliar os profissionais de saúde na compreensão dos efeitos da pandemia e gerar estratégias de saúde mental nos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (Faro et al., 2020).

Além disso, existe uma escassez na produção de conhecimento que pôde ser constatada através da revisão integrativa, sequencialmente apresentada através das perguntas norteadoras: “Quais as produções científicas sobre as intervenções de enfermagem em saúde mental a pessoa com DRT?”. “Quais as produções científicas existentes sobre a Escala de Medo da COVID-

19?”. Evidencia-se a realização de duas buscas, uma vez que apenas uma questão norteadora não alcançou os resultados esperados à problemática.

As bases de dados eletrônicas utilizadas para buscas foram: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), *Scientif Eletronic Library Online (SciELO)*, Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *PubMed*, *SCOPUS*, *Web of Science* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*. Posteriormente, foram revisadas as listas de referências dos estudos selecionados, com o objetivo de incluir pesquisas relevantes relacionadas à questão de pesquisa deste estudo.

A princípio fez-se a primeira busca nos vocabulários eletrônicos tais como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Heading (MeSH)* para identificar termos possíveis de serem usados na busca da produção científica. Os termos selecionados no DeCS foram: enfermagem e depressão. O termo “depressão resistente ao tratamento” não é descritor, mas foi utilizado como palavras-chave, uma vez que aparece constantemente nos artigos sobre a problemática e amplia o potencial de análise. Realizada a busca no *MeSH* com os termos selecionados: *interventions, mental health care, Depressive Disorder, Treatment-Resistant, Nursing e Depression*, utilizando os operadores booleanos AND e OR para delimitação da busca.

Para a segunda busca, utilizou como descritores: Escala, Medo e Infecções por Coronavirus. E como *MeSH Terms: Scale, Fear, Psychiatric Status Rating Scales, COVID-19* e SARS-CoV-2.

Para a construção da revisão estabeleceu-se como critérios de inclusão: trabalhos publicados em qualquer idioma e em formato de artigo científico. Para a primeira busca foi estabelecido um recorte temporal dos últimos dez anos; para a segunda busca foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2020 a 2024, recorte temporal baseado na data de publicação da *Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)*. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados em duas ou mais bases de dados.

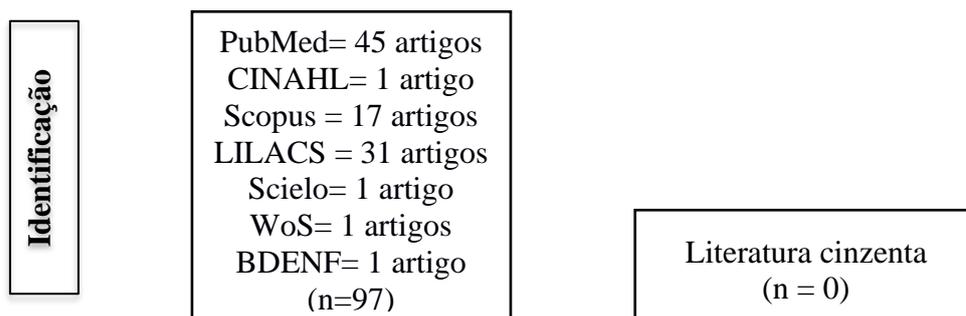
A primeira busca foi realizada utilizando as frases booleanas em cada base de dados conforme o Quadro 1. Identificou-se um total de 97 artigos, sendo 31 na LiLACS, 1 na BDENF, 1 na *SciELO* através da BVS, 45 no *PubMed*, 17 no *SCOPUS*, 1 na *Web of Science* e 1 na *CINAHL*.

Quadro 1 - Quantitativo de artigos localizados nas bases de dados correspondentes. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024.

Descritor/Palavra-chave	Bases de dados							
	LiLA CS	BDEnf	SciELO	PubMed	SCOPUS	Web of Science	CINAHL	Total
Depressive Disorder AND Treatment Resistant AND Nursing AND Depression	-	-	-	4	10	-	-	14
Enfermagem AND Depressão OR Depressão resistente ao tratamento	31	-	1	36	3	-	1	72
Depressão resistente ao tratamento OR Depressão AND Interventions AND Mental health care	-	1	-	5	4	1	-	11
<b>Total</b>	31	1	1	45	17	1	1	<b>97</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 88 artigos foram excluídos e após a leitura dos títulos foram selecionados 9 artigos, dos quais 7 foram selecionados para a reflexão sobre a temática saúde mental e pessoas com depressão resistente ao tratamento pela leitura dos resumos. Após a leitura na íntegra dos artigos selecionados, apenas 3 abordavam o cuidado de enfermagem a pessoas com depressão resistente ao tratamento, apresentados na Figura 1.



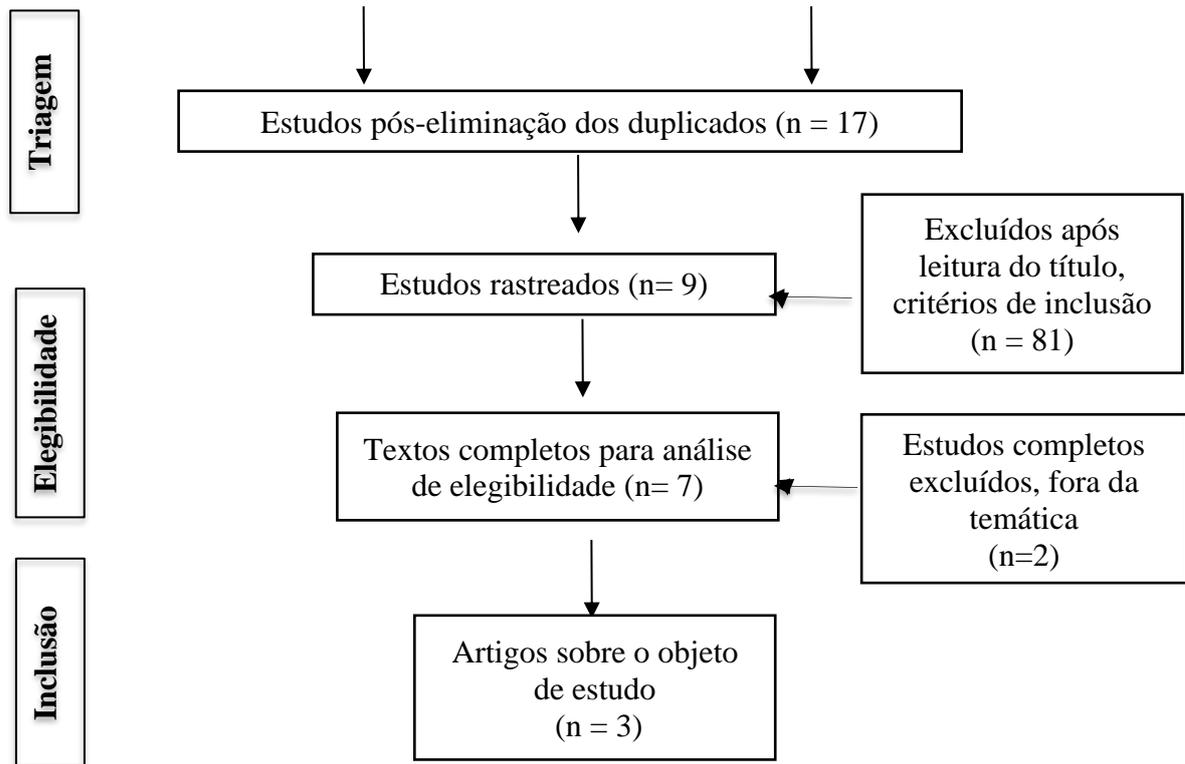


Figura 1 - Fluxograma da busca de artigos nas bases de dados. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024.

Identificou-se 3 artigos que abordavam o cuidado de enfermagem a pessoas com depressão resistente ao tratamento, conforme o Quadro 2. Observou-se também que a maioria dos artigos encontrados abordaram as intervenções utilizadas pelos profissionais de saúde mental à pessoa com DRT, porém, não incluíam o cuidado do enfermeiro. Diante disso, comprova-se a importância deste estudo, uma vez que havia um número limitado de pesquisas ao iniciarmos seu desenvolvimento no curso de doutorado.

Quadro 2 - Artigos provenientes da revisão segundo título, ano de publicação, autor(es) e periódico. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024.

<b>N</b> <b>o</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Periódico</b>

1	Effectiveness and cost-effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders: design of a multicenter randomized controlled trial	2016	ZOUN, M.H.H; et al	BMC Psychiatry
2	Treatment-resistant depression: An overview for psychiatric advanced practice nurses	2020	KAMEG, B. N; KAMEG, K.M. K	Perspectives in Psychiatric Care
3	Management of treatment-resistant depression in primary care: a mixed-methods study	2018	WILES, N; et al	Br J Gen Pract.

Fonte: Elaborado pela autora.

A segunda busca foi realizada utilizando os operadores booleanos em cada base de dados conforme o Quadro 3. Identificou-se um total de 66, sendo 16 na LiLACS, 1 na BDEFN, 8 na *SciELO* através da BVS, 12 no *PubMed*, 26 no *SCOPUS*, 1 na *Web of Science* e 2 na *CINAHL*.

Quadro 3 - Quantitativo de artigos localizados nas bases de dados correspondentes. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024.

Descritor/Palavra-chave	Bases de dados							
	LiLACS	BDEFN	SciELO	PubMed	SCOPUS	Web of Science	CINAHL	Total
Escala and Medo and Infecções por Coronavirus	4	1	-	1	13	1	2	22
Scale and Fear and COVID-19	12	-	7	9	10	-	-	38

<i>Psychiatric Status Rating Scales and Fear COVID -19 or SARS-CoV-2</i>	-	-	1	2	3	-	-	6
<b>Total</b>	16	1	8	12	26	1	2	<b>66</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, 17 artigos foram excluídos e após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 12 deles. Depois da leitura na íntegra dos mesmos, 18 artigos foram selecionados para a reflexão sobre a Escala de Medo da COVID-19 (Figura 2).

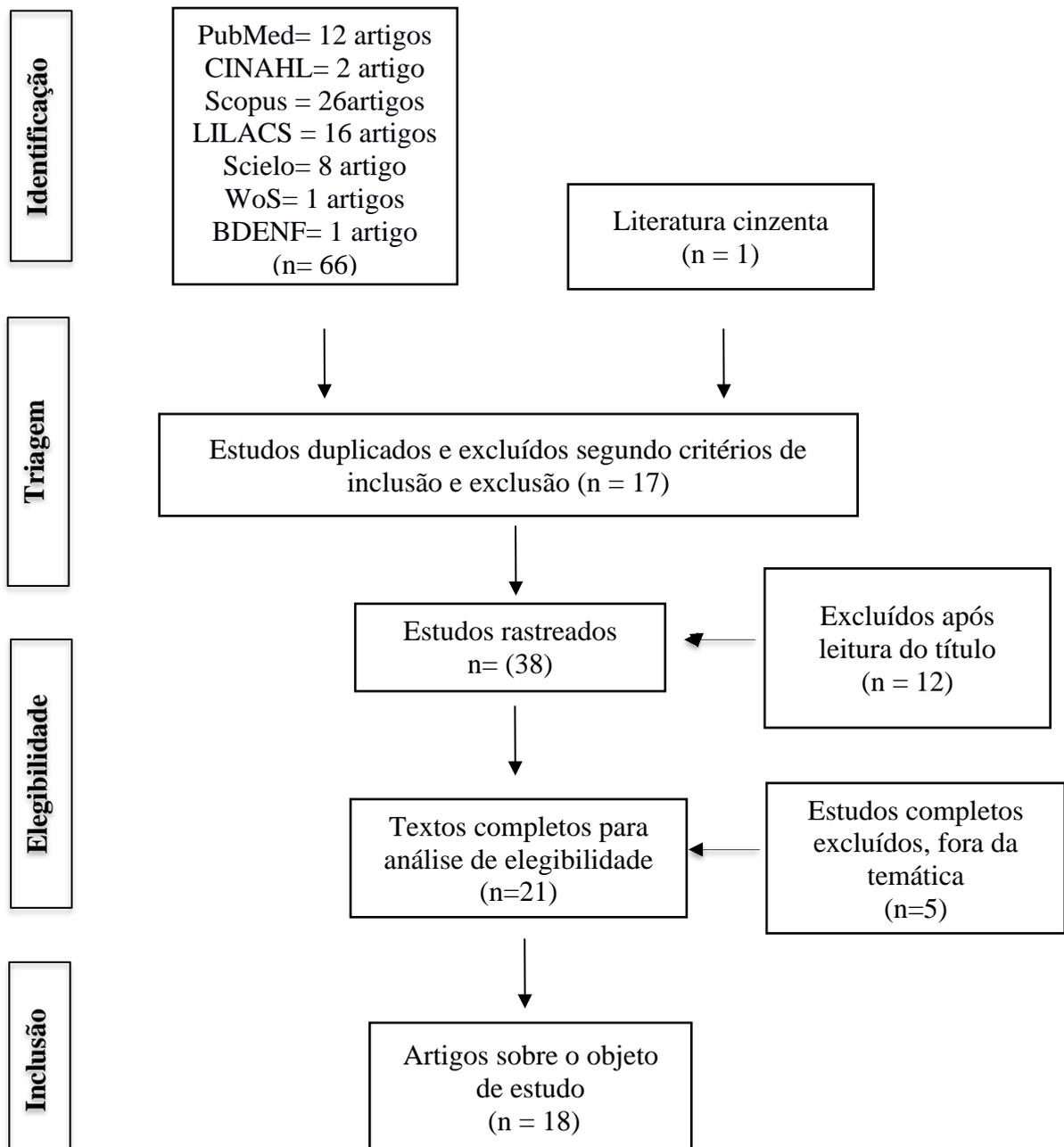


Figura 2 - Fluxograma da busca de artigos nas bases de dados. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024.

Identificou-se que estes 18 artigos abordavam sobre a Escala de Medo da COVID-19, conforme indica o Quadro 4. Observou-se que os 13 artigos selecionados realizaram uma pesquisa psicométrica para tradução, adaptação e validação da *Fear of COVID-19 Scale*. Diante disso, comprova-se a importância do estudo, uma vez que a literatura não oferece pesquisas que realizaram a validação da Escala de medo da COVID-19 em adultos com DRT.

Quadro 4 - Artigos provenientes da revisão segundo título, ano de publicação, país, autor(es) e participantes. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2024

<b>Nº</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Nº/ Participantes</b>
1	Adaptation and initial psychometric study of the anxiety and fear of COVID-19 scale in the United Kingdom population	2023	Reino Unido	Giordani, R.C.F; Silva, M.Z; Muhl, C; Giolo, S.R	nº= 658 população adulta
2	Confirming validity of The Fear of COVID-19 Scale in Japanese with a nationwide large-scale sample	2021	Japão	Midorikawa, H; et al	nº= 6.750 residentes japoneses
3	Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population	2020	Israel	Bitan, D.T.; GrossMan-Giron, A.; Bloch, Y.; Mayer, Y.; Shiffman, N.; Mendlovic, S.	nº= 639 israelitas
4	Validation of the FCV-19 Scale and Assessment of Fear of COVID-19 in the Population of Mozambique, East Africa	2020	África	Giordani, R.C.F; GIOlo, S.R; Muhl, C; Estavela, A.J; Gove, J.I.M	nº= 387 moçambicanos

5	Fear of COVID-19 scale: Validity, reliability and factorial invariance in Argentina's general population	2020	Argentina	Caycho-Rodríguez, T; et al	n°= 1.291 argentinos
6	The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students.	2020	Espanha	Martínez-Lorca, M; Martínez-Lorca, A; Criado-Álvarez, J. J; Armesilla, M. D.C; Latorre, J. M.	n°=606 universitários espanhóis
7	Development of the Indian scale of the fear of COVID-19	2020	Índia	Sayeed, N; Patel, S; Das, S	n°= 118 participantes indianos
8	COVID-19 Fear Scale - Validation and adaptation for the perinatal period	2021	Portugal	Barrosa, M. N; Aguiar, M. M; Carvalho, F; Macedo, A; Pereira, A.T	n°= 204 gestantes
9	Is Fear of COVID-19 Higher among Food-Insecure Households? A Model-Based Study, Mediated by Perceived Stress among Iranian Populations	2020	Irã	Ezzeddin, N; Zinab, H.E; Ahmad, N.K.M; Beheshti, Z.	n°= 2.871 iranianos
10	Correlation Fear of COVID-19 & Dental Treatment Anxiety	2020	Arábia Saudita	Bugude, S.S	n°= 385 pessoas em tratamento odontológico
11	Indonesian Version of the Fear of COVID-19 Scale: Validity and Reliability	2020	Indonésia	Kassim, M.A.M; et al	n°= 434 participantes indonésios.

1 2	Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study	2020	China	Hu, D; et al	n°= 2.014 enfermeiras da linha de frente
1 3	The Korean Version of Fear of COVID-19 Scale: Psychometric Validation in the Korean Population	2021	Coreia	Hwang, K.S; et al	n°= 186 adultos coreanos
1 4	Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Fear of COVID-19 Scale	2021	Noruega	Iversen, M.M; et al	n°= 1089 adultos noroegueses
1 5	Validity and Reliability Study of the Fear of COVID-19 Scale in Nursing Students	2020	Turquia	Gürkan Özdeni, G; Çevik Aktura, S.	n°= 1400 estudantes de enfermagem
1 6	Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S	2020	Grécia	Tsipropoulou, V; et al	n°= 3029 indivíduos de língua grega
1 7	Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale	2024	Itália	Soraci, P; et al	n°= 250 adultos italianosa
1 8	Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey	2020	Turquia	Satici, B; Gocet-Tekin, E; Deniz, M. E; Satici, S. A	n°= 1.304 participantes, com idades entre 18 e 64 anos, em 75 cidades da Turquia

Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados da revisão integrativa confirmam que estudos nacionais e internacionais utilizaram as versões adaptadas do instrumento *Fear of COVID-19 Scale* e que não há validação desta escala em adultos com DRT no Brasil. Também não foi encontrado outro instrumento que objetivamente mensurasse o medo da COVID-19.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico foi construído pelo conhecimento sobre a pandemia da COVID-19 associado à Teoria da Maré (*Tidel Model*) e ao referencial teórico sobre a DRT. A definição desse quadro teórico aponta um caminho para que a análise dos dados seja subsidiada por ideias diretamente relacionadas ao objeto de estudo.

### **2.1 Teoria da Maré relacionada à pandemia**

Uma pandemia é um evento emergente e complexo tal como furacões, guerras e outros fenômenos que ocorrem no mundo. Alguns autores contemporâneos nomeiam esses fenômenos como eventos críticos, outros preferem a designação de objetos complexos (Das, 1996; Elliot, 2006).

Esse fenômeno não se reduz a um novo patógeno, nem aos sinais e sintomas, curvas epidêmicas e indicadores epidemiológicos, processo dinâmico de disseminação e contágio, medo e complicações psicológicas que tudo isso provoca ou às crises econômicas e políticas. Trata-se da soma de todos esses fatores em suas complexidades, articulada a outros elementos de compreensão e análise (Fecher, 2020).

Para uma compreensão mais completa da pandemia de COVID-19 e de seus impactos psicológicos na população é fundamental buscar referências conceituais e epistemológicas.

A episteme é o conhecimento real e verdadeiro, de caráter científico, que se opõe a opiniões insensatas e sem fundamento e o doxa é a reunião dos pontos de vista que a sociedade elabora numa dada circunstância histórica, julgando ser uma ação evidente, contudo, para a filosofia isso seria uma crença sem comprovação (Schulz, 2017).

Com esses conceitos pode-se identificar um aspecto relacionado à COVID-19: as sequelas psicológicas de uma pandemia. Nesse caso, o conhecimento científico (episteme) enfrenta uma dura batalha “contra as opiniões” no seu papel de informar e conscientizar que a pandemia da COVID-19 pode ter efeitos na saúde mental e sobre a importância de seguir as estratégias de prevenção visando o bem-estar da população (Lythgoe; Middleton, 2020).

O referencial teórico adotado nesta pesquisa considera a dimensão da DRT e o medo da COVID-19, fundamentando-se na Teoria da Maré, proposta por Phil Barker, enfermeiro e filósofo, reconhecido como o primeiro professor de Enfermagem Psiquiátrica do Reino Unido, tendo contribuído significativamente para o campo da saúde mental (Teixeira et al., 2018).

A Teoria da Maré, desenvolvida em 2021, oferece uma abordagem holística e centrada na pessoa, enfatizando a importância do cuidado contínuo e da recuperação no contexto da saúde mental, utilizando uma metáfora poderosa para o processo de mudança e recuperação, refletindo as marés naturais que fluem e refluem, simbolizando os altos e baixos da vida dos usuários (Teixeira et al., 2018).

Phil Barker foi pioneiro na valorização do papel da enfermagem psiquiátrica, promovendo a integração de práticas baseadas em evidências no cuidado à saúde mental. Seu trabalho ressalta a necessidade de profissionais de enfermagem bem preparados, capazes de utilizar modelos teóricos para melhorar a prática clínica e os desfechos dos pacientes (Silva et al, 2023; Freitas et al., 2020). Além disso, Barker foi um defensor fervoroso da prática baseada em evidências na enfermagem psiquiátrica. Ele acreditava que o uso de modelos teóricos sólidos, como a Teoria da Maré, poderia ajudar os profissionais de enfermagem a melhor compreender e atender as necessidades de seus pacientes. A influência de Barker é evidente na maneira como ele integrou filosofia e prática clínica, promovendo uma enfermagem que vai além do tratamento de sintomas para focar na totalidade do ser humano. Seu legado continua a inspirar a prática de enfermagem em todo o mundo, oferecendo uma perspectiva única e valiosa para o cuidado em saúde mental, particularmente em tempos de crise global como o da pandemia (Lythgoe; Middleton, 2020).

A Teoria da Maré compara o comportamento humano com a dinâmica das águas do mar, um vai e vem por vezes calmo, por vezes tempestuoso, que tem por objetivo trazer respostas para o usuário e contribuições para o cuidado em enfermagem. Seus benefícios se estendem para a prática possibilitando um cuidado centrado na pessoa e nas experiências que ela possui, dando voz aos sujeitos e reorientando o paradigma do cuidado em Saúde Mental (Silva et al., 2023).

Nessa perspectiva, utilizar a Teoria da Maré como base conceitual em saúde mental é estabelecer uma analogia entre o comportamento humano e a oscilação das águas oceânicas. As pessoas vivem suas próprias experiências, caracterizadas por momentos que oscilam ao longo da vida, por vezes de tranquilidade, por vezes de turbulência. Quando essas experiências são modificadas por fatores externos, como uma pandemia, a pessoa irá mostrar sinais naturais de que “algo precisa ser feito”. Essa abordagem transcende o âmbito teórico, estendendo-se

para o domínio da aplicação prática que confere voz aos sujeitos e permite um cuidado centrado na pessoa e em suas experiências individuais (Teixeira et al., 2018; Silva et al., 2023).

De acordo com a presente teoria, no âmbito do objeto de estudo em questão, o enfoque recai sobre a identificação dos níveis de medo ao COVID-19 e da avaliação do agravamento de sintomas psicológicos, com o intuito de direcionar o indivíduo a enfrentar e adaptar-se às circunstâncias da pandemia. Os recursos necessários para auxiliar os indivíduos a compreender como o temor à COVID-19 pode influenciar no seu processo de recuperação servem de guia para o cuidado diante desse novo fator que afeta o plano físico, emocional e social (Freitas et al., 2020).

Dentro do quadro de uma ontologia formal da saúde mental, a Teoria da Maré estabelece a principal caracterização das pessoas com base em suas experiências. Um exemplo dessa abordagem é o distanciamento social decorrente da pandemia, o qual traz possibilidades de agravamento do sofrimento psíquico associado à DRT. Como resultado, manifestações de distúrbios de comportamento ou relatos de experiências privadas, conhecidas apenas pelo indivíduo que sofre, podem emergir. Esses eventos críticos têm o poder de reconfigurar o caminho do indivíduo em meio ao oceano de incertezas, aqui entendido como o contexto que cerca a vida de quem tem DRT (Teixeira et al., 2020; Silva et al., 2023).

Quando aplicada, essa teoria oferece a capacidade de guiar o indivíduo a um sentimento de segurança (porto seguro), a partir do qual pode realizar reparos e se recuperar de traumas vivenciados durante a pandemia. O conceito trazido por Backer (2009) de que um navio é novo apenas uma vez, significa que quando se aprende a consertá-lo, fica mais fácil recupera e as peças necessárias para zarpar novamente com o objetivo de retomar o rumo de sua vida (recuperação) (Barker, 2019).

Nesse contexto de emergência na saúde pública, os usuários com DRT viveram o seu oceano de novas experiências, muitas vezes silenciado pelo medo da COVID-19. Assim, a metáfora da maré permite relaciona os transtornos psicológicos de indivíduos que sofrem de DRT com as fases vivenciadas durante a pandemia de COVID-19, facilitando a compreensão, por meio de uma linguagem acessível e dos princípios, premissas, conceitos e relacionamentos, como tem sido para eles navegar pelo oceano metafórico das experiências (Teixeira et al., 2018; Backer, 2019).

No cuidado prestado a esses usuários o profissional de enfermagem frequentemente assume o papel de um salva-vidas que, ao perceber que o indivíduo está se afogando, organiza um resgate. Contudo, a demanda das longas horas de trabalho durante a pandemia pode sobrecarregar esses profissionais. Nesse cenário, o próprio salva-vidas, enquanto lida com as

complexidades da nova realidade, pode se encontrar em uma situação de exaustão (Texeira et al., 2020; Barker, 2019).

Esse plano de salvamento pode ser expresso por novas escalas ou protocolos que auxiliem a enfermagem nas práticas de apoio psicossocial em tempos de pandemia (Silva et al, 2023; Freitas et al., 2020). Por meio da Escala de Medo da COVID-19 será possível ao enfermeiro identificar os sinais de alerta diante do medo da COVID-19 e realizar a verificação “do que é preciso ser feito” para que os cuidados sejam concentrados nos usuários com níveis mais graves de comprometimento da saúde mental.

A influência de Barker na enfermagem psiquiátrica continua a ser um ponto de referência, especialmente em estudos como este, que exploram o impacto de condições psicológicas desafiadoras em tempos de crise. Nessa perspectiva, Barker, através de sua teoria, sublinha a importância de compreender o contexto e a narrativa de vida dos indivíduos, especialmente em situações de crise, como a vivenciada durante a pandemia de COVID-19. A aplicação dessa teoria no estudo da DRT e do medo da COVID-19 permite uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por esses pacientes, proporcionando uma base teórica sólida para intervenções de enfermagem mais eficazes e humanizadas.

## **2.2 A pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**

No cenário mundial, o início de 2020 foi marcado por um surto de uma pneumonia causada por uma variação do coronavírus que trouxe impacto nas vidas dos indivíduos em nível global. Esse evento se destacou tanto pela sua abrangência quanto pela rapidez com que se disseminou (Kim et al., 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a notificação dos primeiros casos de uma pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, na China, levantando a suspeita de que esses casos poderiam ser atribuídos a uma nova cepa do coronavírus (Who,2020).

Uma semana depois, as autoridades chinesas confirmaram se tratar de um novo tipo do vírus, recebendo o nome de SARS-CoV-2. Ainda no mesmo mês, a OMS emitiu um alerta de emergência de Saúde Pública de importância internacional devido à velocidade com a qual se espalhava entre os continentes e, em 11 de março de 2020, a situação foi classificada, oficialmente, como uma pandemia (Who,2020a).

Imediatamente os noticiários começaram a divulgar o aumento de pessoas infectadas, mortes, alta taxa de contaminação e a propagação dos casos para outras áreas geográficas de

forma acelerada devido à globalização e à falta de conhecimento para adoção de medidas restritivas para os viajantes (Kim et al., 2020).

No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no mês de fevereiro, sendo declarada, por meio da Portaria nº 188 do Ministério da Saúde, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, correspondendo a uma classificação de risco em nível 3. No entanto, o avanço da doença foi rápido, evoluindo em período inferior a trinta dias de casos importados para transmissão comunitária (Vetter; Guitart; Lotfinejad; Pittet, 2020).

Nessa perspectiva, a OMS instituiu medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas, incluindo a higienização das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível, a utilização obrigatória de máscaras, proibição de aglomerações, a quarentena e a adoção da etiqueta respiratória, ou seja, evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir (Huang; Wang; Li; Ren; Zhao; Hu, 2020).

A rápida disseminação do vírus ocorreu por meio de partículas respiratórias infectadas provenientes de ações como fala, tosse, escarro, espirros e contato com superfícies contaminadas, também por procedimentos médicos que têm o potencial de gerar aerossóis, como a aspiração das vias aéreas, intubação orotraqueal e manobras de ressuscitação cardiopulmonar (Who, 2020).

A progressão dos casos leves, inicialmente semelhantes a sintomas gripais como febre, mialgia, dor de garganta e tosse, para quadros graves com dispneia, insuficiência respiratória e falência de múltiplos órgãos contribuiu para instilar medo na população (Long-Quan et al., 2020). A ausência inicial de imunização contra o vírus, aliada à possibilidade de confusão entre os sintomas, resultou em uma grande demanda por atendimento médico, levando à sobrecarga dos sistemas de saúde. Em tempos de comunicação de alta velocidade pela ampliação do acesso da população mundial às notícias pela internet, a disseminação do medo em relação à doença e à gravidade de seus sintomas ocorreu rapidamente (Brooks et al., 2020).

Além das implicações imediatas para a saúde que podem levar ao óbito, a COVID-19 também apresenta consequências físicas de longo prazo. Pessoas que necessitam de ventilação mecânica podem enfrentar sérios efeitos colaterais, que resultam na chamada "síndrome pós-cuidados intensivos", afetando sobreviventes de todas as faixas etárias (Falvey; Krafft; Kornetti, 2020). Essa síndrome se caracteriza principalmente por uma incapacidade prolongada e manifesta-se por meio de disfunção muscular, fadiga, dor, dispneia, polineuropatia, miopatia, descondicionamento cardiorrespiratório, instabilidade postural, tromboembolismo venoso, encurtamento muscular e contraturas (Simpson; Robinson; 2020).

Ao longo da história a humanidade enfrentou diversas pandemias, algumas das quais apresentaram ciclos recorrentes ao longo de séculos, como a varíola e o sarampo, enquanto outras se estenderam por décadas, como a cólera. No século XXI, surgiram epidemias como o Ebola na África e a gripe aviária (H5N1), que, quando analisadas em conjunto, resultaram em menos mortes do que a COVID-19 (Werneck; Carvalho, 2020).

Nesse contexto pandêmico foi evidente que o curso da doença e seus impactos foram intrinsecamente ligados a um esforço colaborativo. O combate à COVID-19 se tornou uma responsabilidade global que demandou a plena participação da sociedade na adoção imediata e rigorosa das medidas de precaução (Remuzzi; Remuzzi, 2020).

Para a população brasileira a COVID-19 foi perpassada por uma política orientada pelo governo federal, na gestão do Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, que investiu na descrença quanto a gravidade da doença e em fake news sobre sua prevenção por medicamentos que não tinham comprovação científica, retardando medidas reais de prevenção e de preparo dos serviços de saúde para o atendimento. Tudo isso deixou a população fragilizada, o que foi potencializado como a ascensão rápida do número de mortes no primeiro pico de contaminação.

### **2.3 Depressão Resistente ao Tratamento no contexto da pandemia**

O termo depressão tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo, quanto uma síndrome ou uma doença. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos e ocorre como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (Delporto, 1999).

Quando abordada como uma síndrome, a depressão engloba não apenas modificações no estado de ânimo, como tristeza, irritabilidade, anedonia (incapacidade de sentir prazer) ou apatia, mas também abrange uma série de outras dimensões, como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, incluindo o sono e o apetite (Quintela, 2017).

No contexto de seu status como uma doença pode ser classificada como Transtorno Depressivo Maior (TDM) quando apresenta pelo menos cinco dos seguintes sintomas: humor deprimido anormal, perda de interesse e prazer, distúrbios no apetite ou peso, problemas de sono, perturbação na atividade (agitação ou desaceleração), fadiga, perda de energia, autocrítica, culpa, dificuldade de concentração e pensamentos mórbidos relacionados à morte ou ao suicídio. Esses sintomas devem estar presentes por um período mínimo de duas semanas e afetar significativamente a função e a vida cotidiana. Quando menos de cinco sintomas estão presentes, a condição é classificada como depressão menor (Razzouk, 2016).

Existem diversas modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento da depressão, sendo os antidepressivos a abordagem mais amplamente empregada. No entanto, aproximadamente 50% das pessoas que iniciam um tratamento para depressão não respondem à primeira medicação antidepressiva, e entre 30% a 40% não obtêm benefícios mesmo após tentativas sucessivas de diferentes intervenções terapêuticas (Fava; Davidson, 1996; Fava, 2001).

A depressão resistente ao tratamento é diagnosticada quando usuários com transtorno depressivo maior não conseguem alcançar uma resposta terapêutica satisfatória, mesmo após a utilização de uma ou mais classes distintas de antidepressivos, administrados por um período superior a seis semanas e em doses terapêuticas (Santos; Hara; Stumpf; Rocha, 2020; Zakhour; Nardi; Levitan; Appolinario, 2020).

Na abordagem clínica, a adição de outros tratamentos, como psicoterapia, lítio ou aripiprazol, muitas vezes revela-se insuficiente, levando à consideração das terapias somáticas, incluindo a Estimulação Magnética Transcraniana (EMTr) e a eletroconvulsoterapia (ECT), quando indicadas pelo médico, respeitando-se a legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM) que regulam sua utilização. Ambos os tratamentos exigem a presença física do usuário em uma clínica especializada, onde o indivíduo é anestesiado e monitorado com oxigenação, bem como com dispositivos que acompanham sua atividade cardíaca, cerebral e pressão arterial durante o procedimento (Machado et al., 2018).

Considerando que indivíduos com DRT frequentemente enfrentam dificuldades na obtenção de remissão dos sintomas com abordagens medicamentosas, as intervenções psicoterapêuticas presenciais desempenham um papel crucial no cuidado dessa população. No entanto, em consonância com as diretrizes das autoridades de saúde para conter a disseminação do novo coronavírus, muitos ambulatorios de saúde mental reduziram ou suspenderam os atendimentos presenciais, o que resultou em um retrocesso nos avanços obtidos por meio dos tratamentos.

Ademais, ao longo da pandemia, a medida mais eficaz de controle da COVID-19, o distanciamento social, pode ter desencadeado desestabilização nos quadros clínicos de indivíduos com DRT, devido à limitação social imposta e à incapacidade de acessar suas atividades terapêuticas (Zhang; Ma, 2020).

É evidente que a DRT é um complexo problema de saúde pública, e que a pandemia pode ter agravado essa situação. O medo de contrair um vírus potencialmente fatal, altamente contagioso e a incerteza em relação ao controle da doença, sua gravidade e a imprevisibilidade da sua duração aumentaram o risco de agravamento dos quadros clínicos psicológicos. Isso, por

sua vez, pode resultar em hospitalizações psiquiátricas mais prolongadas e acarreta um aumento dos custos médicos para os sistemas de saúde (Crown et al., 2002; Wang et al., 2020; Asmundson; Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020).

#### **2.4 O medo e suas repercussões para saúde mental**

Ao longo da história o medo tem desempenhado um papel fundamental na sobrevivência da população, sendo um mecanismo de resposta a eventos potencialmente perigosos e um fator importante para a preparação diante de possíveis ameaças (Tavares; Barbosa, 2014)

O medo é um sentimento que se caracteriza por uma profunda inquietação diante da noção de perigo e ameaça, frequentemente associados a pavor e temor (Hollanda, 2007; Prado; Bressan, 2016). Por outro lado, o medo também pode ser considerado um aliado na promoção do bem-estar, uma vez que prepara o corpo para enfrentar pressões extremas e reagir diante de situações de risco. Quando ativado em cenários de perigo, o medo ativa nosso sistema de alerta, mobilizando-nos para a ação e, por meio de respostas psicofísicas, elabora reações que não seriam viáveis em circunstâncias normais (Snyder; Lopez, 2019).

Do ponto de vista filosófico, o medo é considerado uma emoção básica e fundamental, uma resposta discreta que está presente em todas as idades, culturas, raças e espécies. O medo pode ser definido como um conjunto de medidas que abrangem os três sistemas de resposta: o que se faz em termos de comportamento, o que se pensa ou diz em relação à linguagem e o que se sente diante de uma ameaça, real ou imaginada (Baptista; Carvalho; Lory, 2005).

Como um fenômeno social, o medo é datado e contextualizado historicamente, sendo que seu foco primordial reside na busca da verdade psicológica. Sob a perspectiva biológica, o medo é caracterizado pelo conjunto funcional do sistema neurológico, cujo aprimoramento evolutivo se deu em resposta às necessidades de sobrevivência humana. No âmbito do discurso médico, o medo compartilha, como qualquer outro distúrbio, a condição de um diagnóstico a ser tratado e superado (Prado; Bressan, 2016).

Na psicanálise, o conceito de medo é abordado como uma resposta emocional a uma ameaça percebida, seja real ou imaginária. O medo, em seu sentido primário, é uma reação adaptativa e natural que visa proteger o indivíduo de perigos iminentes, facilitando comportamentos de fuga ou enfrentamento (Snyder; Lopez, 2019).

Freud, por exemplo, explorou como o medo pode ser um sintoma de um conflito interno, refletindo ansiedades reprimidas ou desejos inconscientes. Assim, a psicanálise considera o medo não apenas como uma reação emocional, mas também como um fenômeno que pode

revelar aspectos subjacentes da psique do indivíduo, oferecendo pistas sobre os processos inconscientes que moldam suas experiências emocionais (Tavares; Barbosa, 2014).

Quando o medo é desproporcional à ameaça ou se manifesta de forma persistente e intensa, pode se transformar em medo patológico, e se tornar prejudicial e um componente do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Snyder, Lopez, 2019; Garcia, 2017).

No surto de Ebola na África, os comportamentos relacionados ao medo tiveram um impacto significativo tanto em nível individual como coletivo em todas as fases desse evento. Isso resultou no aumento das taxas de sofrimento psicológico e na manifestação de sintomas psiquiátricos na população afetada, contribuindo, por conseguinte, para o aumento da mortalidade indireta por outras causas (Shultz et al., 2016).

No cenário da ameaça representada pelo coronavírus, a sociedade viu-se imersa em um sentimento de medo. Esse sentimento abrangeu a apreensão de sair de casa, de contrair a doença ou de não conseguir cumprir com as obrigações financeiras e familiares. Além disso, o temor concreto da morte e da gravidade dos sintomas da COVID-19 resultaram em uma demanda expressiva por atendimento, sobrecarregando e gerando uma série de dificuldades ao sistema de saúde (Brooks et al., 2020).

Portanto, ao analisar as implicações psicológicas e psiquiátricas decorrentes de uma pandemia é fundamental considerar as emoções envolvidas, com destaque para o medo, que tem o potencial de elevar os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos que estão saudáveis, além de intensificar os sintomas daqueles que sofrem com transtornos psiquiátricos preexistentes (Shigemura; Ursano; Morganstein; Kurosawa; Benedek, 2020).

No contexto da pandemia, a carga emocional foi intensa, sobretudo para aqueles que enfrentavam fragilidades emocionais. A falta de cuidados adequados resultou em recaídas no tratamento ou na intensificação de transtornos mentais preexistentes. Especificamente na DRT, na qual o medo foi associado ao aumento dos episódios depressivos e evolução para tentativas de suicídio.

## **2.5 *Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)* e sua adaptação cultural para o português do Brasil**

No contexto global da pandemia de COVID-19, a ênfase para a prevenção de casos graves foram predominantemente o controle da infecção por meio de vacinas e medicamentos. Contudo, à medida que os países se esforçaram para reduzir a taxa de transmissão, tornou-se essencial considerar os medos individuais como parte integrante do objetivo holístico de alcançar uma sociedade livre da doença. Ao compreender o nível de temor que cada indivíduo

possuía em relação à patologia, os profissionais de saúde puderam desenvolver programas adequados para abordar e cuidar do medo e ao mesmo tempo promover métodos eficazes de prevenção (Bitan et al., 2020).

Por esta razão foi desenvolvida e validada por uma equipe internacional de pesquisadores liderada por Amir Pakpour, professor de Psicologia da Saúde na Universidade Qazvin no Irã, uma escala que avalia o medo do coronavírus, denominada originalmente em inglês de *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) (Winter et al., 2020).

No início de fevereiro de 2020, Amir Pakpour liderou um grupo internacional de pesquisadores em um esforço colaborativo para desenvolver uma escala capaz de mensurar o nível de medo que os indivíduos experimentavam em relação ao vírus da COVID-19 (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Esse desenvolvimento ocorreu em várias etapas, começando com uma extensa revisão da literatura para avaliar todas as escalas gerais relacionadas ao medo. Foram identificadas trinta medidas distintas que avaliavam o medo em diferentes contextos populacionais. Os itens pertinentes foram minuciosamente agrupados, com a eliminação daqueles que continham conteúdo ou expressões semelhantes (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Em uma etapa subsequente, um painel de especialistas composto por profissionais das áreas de psicologia, infectologia, psiquiatria, clínica geral e enfermagem avaliou os vinte e oito itens iniciais da escala, resultando na exclusão de onze deles. Os dezessete itens remanescentes foram submetidos a uma segunda revisão por outro comitê de especialistas, composto por um educador em saúde, pneumologista e sociólogo. Nesta fase, mais sete itens foram excluídos (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

A escala foi concluída com sete itens e testada durante a quarentena. Os resultados mostraram que todos os respondentes compreenderam totalmente as descrições dos itens. Além disso, uma entrevista cognitiva individual por telefone foi implementada nos mesmos participantes do piloto para explorar seus pensamentos sobre cada item da escala (Winter et al., 2020).

A população-alvo abrangeu 717 participantes iranianos e os critérios de inclusão exigiam que os participantes fossem cidadãos iranianos, maiores de 18 anos e capazes de compreender a língua persa ou farsi. A seleção dos participantes foi realizada por meio de anúncios online, campanhas de e-mail, blogs, mídias sociais e campanhas de mensagens de texto. Todos os procedimentos do estudo foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade de Ciências Médicas de Qazvin, e o consentimento informado foi obtido

eletronicamente antes da coleta de dados dos participantes (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

As respostas incluíram "discordo totalmente", "discordo", "nem concordo nem discordo", "concordo" e "concordo totalmente". Nesse contexto, a pontuação atribuída a cada resposta variava de 1 (indicando discordância total) a 5 (indicando concordância total). Portanto, quanto maior a pontuação, maior era o nível de medo associado ao coronavírus (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Ao somar a pontuação de todos os itens do questionário (FCV-19S), foi possível avaliar a gravidade do medo relacionado à COVID-19. A análise demonstrou que o sexo e a idade dos participantes não pareciam afetar significativamente o padrão de respostas ao questionário. Portanto, o FCV-19S mostrou-se uma ferramenta útil para avaliar questões psicológicas associadas ao medo da COVID-19 em indivíduos de diferentes sexos e faixas etárias (Pakpour, Griffiths, & Lin, 2020).

Os resultados da pesquisa também revelaram que a FCV-19S possui uma estrutura unidimensional estável com robustas propriedades psicométricas e que os índices iniciais eram confiáveis. Outro achado importante foi a correlação significativa entre o medo da COVID-19, depressão e ansiedade, indicando que indivíduos com elevados níveis de medo podem estar em maior risco de desenvolver ou agravar esses transtornos. A escala foi amplamente utilizada em pesquisas em mais de 30 países, auxiliando esforços clínicos e fornecendo insights sobre a necessidade de educação sobre o vírus e suporte às pessoas afetadas pela pandemia (Bitan et al., 2020; Pang et al., 2020).

Como limitações têm-se que os participantes estudados eram da população iraniana em geral e não tinham nenhum diagnóstico formal sobre transtornos mentais. Também não ficou claro como as pontuações da escala mostraram até que ponto o medo dos indivíduos os levaria a realizar comportamentos preventivos (Pang et al., 2020).

A adaptação cultural da escala para o português do Brasil envolveu uma amostra representativa de 1.000 adultos, com uma idade média de 30,9 anos, sendo a maioria do sexo feminino (79,9%) e com nível superior de escolaridade (78,5%). A pesquisa abrangeu diferentes regiões do país, com a predominância da região Nordeste (58,1%), seguida pelas regiões Sudeste (26,5%), Sul (8,5%), Centro-Oeste (4,2%) e Norte (2,7%). O estudo utilizou um delineamento de pesquisa não probabilístico e por conveniência, coletando dados por meio de questionários online durante os dias 3 e 4 de junho de 2020 (Pang et al., 2020).

Foi realizada por meio de convites em mídias digitais, utilizando o método da bola de neve, e foram incluídos apenas os indivíduos com 18 anos ou mais. O Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado na primeira página do formulário e somente após a confirmação do consentimento é que os participantes tiveram acesso aos questionários de pesquisa (Pang et al., 2020).

A adaptação da escala para o português incluiu uma avaliação realizada por três juízes bilíngues que atestaram a compatibilidade teórica e estrutural entre as versões em inglês e português. A concordância entre eles foi superior a 95%, e não houve alterações significativas no conteúdo e redação dos itens. A Análise Fatorial Confirmatória foi conduzida para evidenciar a unidimensionalidade da escala, utilizando o método de estimação *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS). Os índices de ajuste de adequação do modelo, como CFI, GFI, TLI, RMSEA e SRMR, foram utilizados para avaliar a qualidade do modelo. Além disso, foram realizadas análises de correlações de Pearson e ANOVA para avaliar as categorias de medo. O alfa de Cronbach foi calculado para verificar a consistência interna da escala, e a normatização dos itens da EMC-19 foi feita com base na classificação geral em percentis (intervalos de 5%) e cálculo do Escore T. Esses procedimentos garantiram a validação da escala para uso em pesquisas em português (Ahorsu et al., 2020; Faro et al., 2020).

A média do escore total na amostra foi de 22,2 (DP = 5,78), com escores variando entre 7 e 35 pontos. Os escores foram estratificados em três categorias, representando aproximadamente um terço dos participantes em cada uma: "pouco medo" (pontuação de 7 a 19), "medo moderado" (pontuação de 20 a 26) e "muito medo" (pontuação a partir de 27). A categoria predominante entre os participantes foi "medo moderado" (38,8%), seguida por "pouco medo" (31,8%) e "muito medo" (29,4%) em relação à COVID-19 (Faro et al., 2020).

Todas as análises da adaptação da escala apresentaram valores satisfatórios, incluindo os índices de ajuste do modelo [CFI (0,986), GFI (0,992), TLI (0,980), RMSEA (0,066) e SRMR (0,060)]. As cargas fatoriais dos itens variaram de 0,570 (item 2) a 0,814 (item 7), com uma média de 0,686 (DP = 0,08), mantendo a mesma estrutura da EMC-19 original. Além disso, o alfa de Cronbach da escala adaptada foi de 0,864 (Faro et al., 2020).

Tabela 1- Propriedades psicométricas da adaptação para o português do Brasil da *Fear of COVID-19 Scale*, Brasil, 2020

Itens	Geral	Pouco	Moderado	Muito	Λ
		(31,8%)	(38,8%)	(29,4%)	
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	

1. Eu tenho muito medo da COVID-19.	3,9(0,98)	3,0(0,10)	4,0(0,64)	4,6(0,54)	0,655
2. Pensar sobre a COVID-19 me deixa incomodado.	3,8(0,97)	3,1(1,05)	4,0 (0,70)	4,5 (0,56)	0,570
3. Minhas mãos ficam geladas quando penso na COVID-19.	2,2(1,08)	1,3(0,56)	2,0 (0,68)	3,3 (0,10)	0,714
4. Eu tenho medo de morrer por causa da COVID-19.	3,4(1,23)	2,3(1,10)	3,5 (0,84)	4,5 (0,67)	0,680
5. Eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos jornais e nas redes sociais sobre a COVID19.	3,8(1,11)	3,0(1,18)	4,0 (0,71)	4,6 (0,58)	0,624
6. Não consigo dormir porque estou preocupado em ser infectado pela COVID-19.	2,2(1,10)	1,3(0,50)	2,0 (0,74)	3,3 (0,93)	0,746
7. Meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela COVID-19.	2,8(1,27)	1,6(0,77)	2,7(0,87)	4,1(0,73)	0,814

Notas. 1. M = Média; DP = Desvio Padrão;  $\lambda$  = carga fatorial. Mínimo = 1; Máximo = 5. 2. CFI = 0,986; GFI = 0,992; TLI = 0,980; RMSEA = 0,066 (IC95% = 0,052 – 0,080); SRMR (0,060). Alfa de Cronbach = 0,864

Como limitação da adaptação para o português do Brasil, a amostra, apesar de ampla, não foi randomizada, não sendo possível afirmar que ela representa a totalidade da população brasileira, especialmente nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste, cuja participação foi bastante reduzida (Faro et al., 2020).

Apesar dessa limitação, a Escala de Medo da COVID-19 foi selecionada devido às suas propriedades psicométricas confiáveis, à sua natureza de autoaplicação e à sua fácil compreensão. Vale ressaltar que os dados da adaptação cultural foram coletados durante a fase de intracrise, quando a gravidade da doença estava sendo reconhecida no país. Portanto, é essencial considerar a interpretação dessas proporções em diferentes populações e em períodos diferentes da pandemia (Faro et al., 2020).

Também se considera que as pessoas com quadros depressivos podem ter reações mais duradouras em relação às questões que interferem na vida cotidiana, a exemplo da pandemia de COVID-19, não sendo possível prever em qual momento as preocupações que geram o medo serão amenizadas.

## **2.6 Inventário Beck de Depressão-II: avaliação da severidade da sintomatologia depressiva**

Os instrumentos psicométricos padronizados desempenham um papel crucial na avaliação dos sintomas da depressão, tornando-se ferramentas úteis para detectar o agravamento do quadro depressivo e monitorar o seu nível de gravidade. Embora não haja um instrumento universalmente aceito como "padrão-ouro" para avaliar a depressão, as medidas ideais são aquelas que conseguem unir tanto a brevidade em sua aplicação quanto a validade e a utilidade dos resultados (Anunciação; Squires; Cifford; Landeira- Fernandez, 2019).

Nesse contexto, é relevante mencionar o trabalho pioneiro de Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, que resultou no desenvolvimento do Inventário Beck de Depressão (BDI) em 1961. Essa escala desempenha um papel fundamental na avaliação da gravidade dos sintomas depressivos e é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) como uma ferramenta apropriada para essa finalidade (Beck; Steer, 1993).

Ao longo da sua evolução, o Inventário Beck de Depressão (BDI) passou por revisões importantes para aprimorar sua relevância clínica e sua aplicabilidade em pesquisas. Em 1996, como resposta à necessidade de alinhamento com os critérios de Depressão Maior do DSM-IV, foi desenvolvida a versão BDI-II. Posteriormente, em 2001, ocorreu a adaptação do BDI-II à realidade brasileira. Nessa nova versão, foram introduzidos itens que avaliam critérios específicos, como agitação, autoestima, dificuldade de concentração e perda de energia, ao mesmo tempo em que outros itens foram removidos, como aqueles relacionados à perda de peso, mudanças na imagem corporal, dificuldade para trabalhar e preocupações somáticas. Esse processo de atualização visou proporcionar uma avaliação mais precisa e abrangente dos sintomas depressivos, fortalecendo a utilidade clínica do instrumento (American Psychiatric Association, 2014).

Desse modo, o Inventário Beck de Depressão - Segunda Edição (BDI-II) passou por uma revisão substancial, a fim de se alinhar mais estreitamente com os critérios diagnósticos para episódios de depressão, tanto em contextos clínicos como na população em geral. Com essa adaptação, o BDI-II busca oferecer uma das medidas de autorrelato mais robustas para a avaliação da depressão, abordando as questões relacionadas à validade de conteúdo, de acordo

com os critérios diagnósticos presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição (DSM-IV) (Beck; Steer; Brown, 1996).

O BDI-II é composto de 21 itens que avaliam a severidade da sintomatologia depressiva em uma escala tipo Likert de 0 a 3. Em seus pontos de corte são considerados valores entre 0 e 13 como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”, valores entre 14 e 19 como “depressão leve”, valores entre 20 e 28 como “depressão moderada” e valores acima de 28 como “depressão severa”. O instrumento demonstrou alta confiabilidade, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 (Paranhos; Argimon; Werlang, 2010).

Dadas as suas propriedades psicométricas satisfatórias, esse instrumento se tornou amplamente reconhecido e um dos mais comumente utilizados nas pesquisas em todo mundo. No Brasil, estudos de validade desse instrumento foram conduzidos em diversas populações, abrangendo adolescentes com depressão, estudantes universitários, adolescentes do ensino fundamental e médio, idosos saudáveis, a comunidade chinesa que reside no Brasil, pessoas com transtorno de pânico, usuários psiquiátricos, indivíduos com depressão unipolar, pessoas que lidam com dor crônica, dependentes de álcool, sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e indivíduos que tentaram suicídio. Todos esses estudos validaram a utilidade do BDI-II em diversas populações no Brasil. No entanto, não foi encontrado na literatura nacional nenhum estudo específico sobre a eficácia do BDI-II em amostras de pessoas com DRT (Bennet; Cols, 1997; Gorenstein; Andrade, 1996; Richter et al., 1997).

## **2.7 Medo da COVID-19 e saúde mental: os impactos psicológicos da pandemia e repercussões para o cuidado de enfermagem**

O coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, possui um aspecto clínico muito amplo, podendo variar dos sintomas iniciais, caracterizados por febre, tosse, diarreia e fadiga, até condições clínicas mais graves como pneumonia, dificuldade respiratória, insuficiência renal ou morte (Lai; Shih; Ko; Tang; Hsueh, 2020).

Fatores identificados como preditores de maior sofrimento psíquico durante a pandemia foram o medo de infectar ou ser infectado por um vírus potencialmente fatal, com disseminação rápida e nenhum tratamento específico, além de preocupações com a escassez de suprimentos e dificuldades econômico-financeiras (Danese; Spinelli, 2020).

Por medo da maior dispersão desse vírus, muitos países foram obrigados a adotar a quarentena como medida de contenção. Essa medida de distanciamento social imposta durante a pandemia da COVID-19 resultou em significativas alterações na rotina da população e em uma percepção de perda de liberdade, fatores que desempenharam um papel determinante no

surgimento de problemas de saúde mental, como ansiedade, raiva, transtorno de estresse pós-traumático e confusão. Além disso, alguns estudos documentaram um aumento nos casos de suicídio, muitas vezes relacionados ao medo da COVID-19 e ao impacto psicológico das restrições impostas pela pandemia. Essas constatações destacam a importância de abordar não apenas a saúde física, mas também as preocupações com a saúde mental durante crises sanitárias (Liu et al., 2020, Brooks et al., 2020, Zandifar; Badrfam, 2020).

Para além do receio de contrair a COVID-19, a pandemia provocou um profundo sentimento de insegurança em diversos aspectos da vida, abrangendo tanto a perspectiva coletiva como a individual, impactando desde o funcionamento cotidiano da sociedade até as alterações nas relações interpessoais. É relevante destacar que as consequências psicológicas decorrentes de uma pandemia podem ser de magnitude igual ou até maior do que o próprio número de óbitos (Lima et al., 2020). Isso ressalta a importância de considerar os impactos significativos na saúde mental das populações afetadas por eventos dessa natureza (Lima et al., 2020).

Outras condições adversas decorrentes da pandemia, como perdas financeiras e estigmatização, foram identificadas como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais duradouros. Antecedentes de transtornos psiquiátricos e o exercício de profissões na área da saúde também foram apontados como preditores de transtornos emocionais negativos e persistentes (Brooks et al., 2020). Nesse contexto é fundamental abordar não apenas os impactos diretos do vírus, mas também as ramificações psicológicas e sociais que acompanham a pandemia.

Uma pesquisa conduzida na Coreia do Sul revelou que o nível de estresse diário e a presença de sintomas de estresse pós-traumático estavam associados ao surgimento da depressão em indivíduos que experimentaram alto nível de medo em relação à COVID-19 (Rubin; Wessely, 2020). Em outro estudo realizado no Reino Unido, se constatou que uma em cada dezesseis pessoas diagnosticadas com COVID-19, que nunca havia sido diagnosticada com doenças mentais, desenvolveram algum transtorno mental nos três meses subsequentes à infecção (Wind; Rijkeboer; Andersson; Riper, 2020). Estes resultados também enfatizam a importância de abordar os impactos psicológicos da pandemia.

Desse modo, as implicações psicológicas decorrentes do medo da COVID-19 exigem atenção, pois a postergação desse cuidado pode resultar em lacunas nas estratégias de saúde mental, principalmente devido à persistência dos impactos psicológicos, que podem se prolongar além do próprio curso da enfermidade (Madani; Boutebal; Bryant, 2020).

No Brasil, estratégias de enfrentamento à COVID-19 para usuários com transtornos mentais prévios foram adotadas em ambulatórios psiquiátricos. Durante o curso da pandemia, houve uma reorientação das ações dos profissionais de saúde, com foco na promoção da reabilitação social das pessoas em sofrimento psíquico, visando oferecer um suporte adequado às necessidades decorrentes desse contexto desafiador.

De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, os estados e municípios são orientados a implementar políticas de saúde mental que sejam equânimes, inclusivas, centradas na comunidade e que priorizem o cuidado extra-hospitalar. Essa diretriz permaneceu válida mesmo diante da pandemia de COVID-19 (Delgado, 2019). Para tanto, nesse novo cenário a atuação do enfermeiro fez-se necessária para organização de uma rede de atenção integral à saúde mental, com o propósito de atender às necessidades de cuidado, promover a integração social em meio às medidas de distanciamento social e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Essa atuação do enfermeiro é desafiadora nos locais em que os ambulatórios de saúde mental permanecem reproduzindo, de certo modo, o modelo asilar, por centrarem suas atividades na especialidade e adotarem o modelo assistencial baseado no saber psiquiátrico.

Nessa perspectiva, a enfermagem, com vistas a obter resultados positivos, em ambulatórios, os quais ainda possuem pouca resolutividade e baixa articulação com a rede de saúde mental, deve transcorrer mediante a efetivação de um plano terapêutico, respaldado cientificamente em teorias de enfermagem, para cessar o ciclo crise-internação-alta-crise-reinternação e o possível agravamento da cronificação dos casos atendidos durante a pandemia (Delgado, 2019).

As teorias de enfermagem apresentam descrições de como ajudar a obter conforto e como concluir o tratamento com o mínimo de dano possível (Silva et al., 2023). De modo geral, os usuários com DRT possuem necessidades, que podem ter sido mudadas ou agravadas nesse período, e a enfermagem deve percebê-las, a tempo de intervir em conjunto com eles.

Nessa perspectiva, aponta-se a Teoria da Maré como importante na fundamentação e qualificação desse cuidado, por colocar o medo dos usuários no centro do processo de cuidar. A correlação do medo da COVID-19 e o agravamento dos sintomas psicológicos durante a pandemia, poderá apontar quais usuários estão com o maior risco de “se afogar”, sendo uma estratégia importante para direcionar o cuidado de enfermagem em saúde mental (Teixeira et al., 2018).

A vida nos ensina a importância de como encaramos as mudanças. Em cada jornada humana, incluindo as experiências de saúde e doença, descobrimos valiosas lições durante

nossa travessia pelo vasto oceano de experiências. Nos momentos críticos, quando os usuários se deparam com tempestades, seus barcos podem começar a inundar e eles podem encarar a perspectiva de afogamento ou naufrágio. É papel do enfermeiro identificar esse medo e o agravamento dos sintomas psicológicos, proporcionando apoio na busca por um porto seguro e na recuperação dos traumas (Silva et al., 2023).

O quadro teórico desta tese se desenvolve em torno da relação entre o medo da COVID-19 e a DRT em adultos que recebem tratamento em um ambulatório psiquiátrico, onde a equipe de saúde desempenha um papel fundamental no cuidado, com ênfase nas intervenções de enfermagem. Nesse contexto, a Teoria da Maré se apresenta como uma base sólida para analisar e fundamentar o cuidado de enfermagem oferecido aos usuários (Delgado, 2019).

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Autorização Formal dos Autores**

Para utilização da escala de Medo da COVID-19 obteve-se a autorização formal do Prof. Dr. Amir Pakpour, autor principal da escala FCV-19S (Anexo A), e do Prof. Dr. Jose Aparecido Da Silva, autor principal da versão adaptada da escala para o português do Brasil (Anexo B).

#### **3.2 Tipo de Estudo**

Estudo de avaliação da Escala de Medo da COVID-19 em adultos com DRT que será realizada por meio de um estudo observacional, do tipo transversal analítico. Este tipo de pesquisa se fundamenta no paradigma quantitativo, destacando-se por sua capacidade intrínseca de representar o conhecimento da natureza de forma precisa e minuciosa (Pasquali, 2009).

#### **3.3. Local de Estudo**

O local de estudo desta pesquisa foi uma instituição psiquiátrica, de caráter público, situada no Rio de Janeiro, Brasil. A escolha do local para o desenvolvimento deste estudo aconteceu de forma intencional, por ser onde funciona o Laboratório de Depressão Resistente ao Tratamento (DeReTrat), onde são realizados o acompanhamento e tratamento de usuários com DRT.

Essa instituição psiquiátrica é um centro gerador de estudos multidisciplinares, sendo referência em assistência, pesquisa e ensino em diversos campos do conhecimento da psiquiatria e saúde mental. Localizado na Área Programática (AP) 2.1, zona sul do Rio de Janeiro, possui serviços ambulatoriais e procedimentos de alta complexidade (Ipub, 2020).

Ressalte-se que não possui emergência aberta, quando necessário, os atendimentos são encaminhados aos hospitais municipais.

### **3.4 Participantes do Estudo**

Participaram do estudo todos os usuários diagnosticados com DRT em acompanhamento no ambulatório integrante da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de elegibilidade e aceitassem participar da pesquisa.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: usuários com idade igual ou acima de 18 anos, ativos no serviço, com nome, e-mail ou contato telefônico disponíveis no prontuário, de ambos os sexos, com possibilidade de ir ao ambulatório ou com acesso e domínio do manuseio à tecnologia de comunicação (telefone fixo, celular ou e-mail). Os critérios de exclusão foram: dados de contato desatualizados nos prontuários e problemas de saúde que impossibilitassem a participação na pesquisa, tais como incapacidade física severa, transtornos mentais e/ou cognitivos graves, e condições médicas agudas que requerem atenção médica imediata.

Para o cálculo da dimensão da amostra, foram adotados parâmetros de precisão amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Mediante a análise dos atendimentos mensais efetuados junto aos usuários ativos do serviço, constatou-se um total de 176 usuários atendidos no intervalo entre agosto de 2021 e janeiro de 2023. O cálculo amostral resultou em uma amostra ideal de, no mínimo, 103 indivíduos com DRT. O presente estudo contabilizou uma taxa de adesão de 79,5%, o que resultou em um contingente de 140 participantes.

### **3.5 Instrumentos e técnica de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de instrumentos de autoaplicação, sendo eles a Escala de Medo da COVID-19 (Anexo D) e o Inventário de Depressão de Beck (Anexo E).

Para o rastreamento do medo da COVID-19, foi utilizada a versão adaptada para o português da FCV-19 com respostas tipo *likert*, composto por 7 itens, com pontos entre 0 e 19 classificados como “pouco medo”; 20 a 26 pontos como “medo moderado” e a partir de 27 pontos como “muito medo”. Quanto maior a pontuação, maior o medo da COVID-19 (Winter et al., 2020).

Para avaliação da gravidade da depressão foi utilizado o BD-II. Composto de 21 itens em uma escala *Likert* de 0 a 3, com pontos de corte entre 0 e 19 considerado como “depressão leve”, entre 20 e 28 como “depressão moderada” e acima de 28 como “depressão severa”, e

quanto maior a pontuação, maior a severidade da sintomatologia depressiva (Paranhos; Argimon; Werlang, 2010).

Adicionalmente, foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice D), elaborado pela pesquisadora, abrangendo os seguintes aspectos: sexo, idade, local de residência, nível de escolaridade, estado civil, ocupação, etnia, renda familiar mensal, número de residentes que compartilham a residência com o participante, comorbidades associadas, presença de diagnóstico confirmado ou suspeito de COVID-19 no participante ou em seus cônjuges, parentes ou amigos, bem como ocorrência de óbitos por COVID-19 entre cônjuges, parentes ou amigos e práticas de prevenção relacionadas à COVID-19.

Inicialmente a pesquisadora organizou uma listagem dos usuários ativos, com nome, e-mail e números para contato telefônico, conforme informações disponíveis nos prontuários. Posteriormente foi realizado o contato telefônico ou por e-mail com os prováveis participantes. O propósito do primeiro contato da pesquisadora com os participantes foi o de informar sobre o projeto, e permitir que os usuários pudessem decidir sobre aderir ou não à pesquisa. Aqueles que aceitaram e atenderam aos critérios de inclusão, foram orientados acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A cada nome de participante foi adicionada uma sigla correspondente para que fosse possível armazenar os dados de forma anônima.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2021 à janeiro de 2023, em ambiente virtual devido a pandemia da COVID-19. De forma remota, os participantes responderam um formulário no Google Forms, com instruções de preenchimento dos instrumentos de pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Assim, o TCLE ficou disposto na primeira página do formulário e apenas após a confirmação do desejo em participar da pesquisa pelo seu consentimento, o usuário teve acesso ao questionário e escalas da pesquisa.

Destaca-se que, caso algum participante relatasse dificuldades no manuseio de tecnologias, foi solicitado que verificassem se havia alguém disponível para auxiliá-los. Na ausência de tal apoio, os usuários foram orientados a continuar com o atendimento presencial conforme as normas do ambulatório, e a coleta de dados seria realizada quando as consultas fossem agendadas. No entanto, nenhum participante optou por realizar a coleta de dados presencialmente, resultando na realização de toda a coleta de dados de forma remota.

### 3.6 Tratamento e análise dos dados

Após a conclusão da fase de coleta de dados, as respostas às escalas e os dados sociodemográficos fornecidos pelos participantes foram submetidos a uma minuciosa verificação de erros e, subsequentemente, digitalizados e inseridos em uma base de dados, utilizando planilhas do Microsoft Excel.

Para a análise descritiva dos dados, recorreu-se ao *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)®, enquanto a Análise Fatorial Confirmatória foi conduzida com o auxílio do *software JASP* (versão 0.14.0), empregando o método robusto com estimador *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS), com a colaboração de um psicometrista.

A seleção deste especialista ocorreu por meio de contato via e-mail, tendo em consideração sua experiência na abordagem metodológica. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências percentuais relativas e absolutas, e o software utilizado para essa análise foi o SPSS®, versão 22.0. Foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar associações entre variáveis categóricas, com um nível de significância estabelecido em 5%.

### 3.7 Análise psicométrica dos dados

#### 3.7.1 Evidências de Validade de Estrutura Interna

Neste estudo, foram realizadas as análises fatoriais exploratória (AFE) e confirmatória (AFC) para verificar a dimensionalidade da versão adaptada para o português da FCV-19. A testagem da dimensionalidade foi realizada pela Análise Paralela Robusta (APR), por meio da *Optimal Implementation of Parallel Analysis* (PA), com *minimum rank factor analysis* (MRFA), que minimiza a variância comum dos resíduos. A robustez do teste foi determinada a partir da associação de um bootstrap. A extração dos fatores foi feita inicialmente com RULS (*Robust Unweighted Least Squares*), que reduz os resíduos das matrizes. Foram utilizados os softwares SPSS 23, AMOS 23 e Factor 10.8.

##### 3.7.1.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) é uma técnica estatística utilizada para identificar a estrutura subjacente de um conjunto de variáveis observadas. A AFE ajuda a revelar a menor quantidade de fatores (ou dimensões) que podem explicar a correlação entre as variáveis. É amplamente utilizada em psicometria, ciências sociais e comportamentais para desenvolver e validar questionários e escalas de medição (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2023).

Essa análise foi composta pelos 7 itens da escala, que foram aplicados em 140 usuários com depressão resistente ao tratamento para encontrar evidências sobre a validade da estrutura interna por meio da AFE. A matriz de dispersão foi realizada por correlações policóricas, devido a escala ser composta por dados ordinais. A estimativa da matriz policórica foi realizada por meio da Estimativa Modal de Bayes (Choi et al., 2011).

O teste de dimensionalidade foi realizado com a Análise Paralela Robusta (RPA) para acelerações de correção de viés usando a implementação ótima da Análise Paralela (PA) para determinar o número de dimensões com a análise fatorial de classificação mínima, com uma dimensão e permutação com 100 correlações aleatórias, e 1000 iterações máximas (Timmerman; Lorenzo-Seva, 2011). A robustez do teste foi determinada a partir da associação de um bootstrap com uma extrapolação amostral para 5.000 casos, com 95% de intervalos de confiança de bootstrap.

Os fatores foram extraídos pela técnica Robust Unweighted Least Squares (RULS), que reduz os resíduos da matriz. A rotação Robust Promin foi considerada para alcançar a simplicidade do fator em caso de identificação de fatores múltiplos, indicando multidimensionalidade (Lorenzo-Seva; Ferrando, 2023).

A variância explicada dos fatores no instrumento deve ser em torno de 60% (Hair et al., 2018). Uma carga fatorial inicial de pelo menos 0,30 é recomendada para amostras de 350 participantes. Como o estudo teve 140 participantes optou-se pelo uso de uma carga fatorial mínima de 0,45 (Hair et al., 2019); as comunalidades devem ter valores acima de 0,40 (Costello; Osborne, 2005). As decisões sobre a retenção ou remoção de um item do modelo dependem da magnitude da comunalidade, cargas de fator e amostra.

### 3.7.1.2 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é uma técnica estatística utilizada para testar hipóteses sobre a estrutura fatorial subjacente a um conjunto de variáveis observadas. A AFC é aplicada quando há uma expectativa ou modelo teórico específico a ser confirmado (Hair et al., 2018).

Os modelos na análise confirmatória levaram em consideração parâmetros que consideraram o número de participantes e requisitos para empregar parâmetros de ajuste. Foram reportados os valores das cargas fatoriais e valor preditivo do item no diagrama de caminhos. Os parâmetros adotados para o corte de qualidade de ajuste foram baseados no estudo de Sivo et al. (2006). Os índices de ajustamento do modelo e os respectivos valores esperados foram: LOSEFER empirically corrected Chi-square. NNFI (Non-Normed Fit Index > 0,93), CFI

(Comparative Fit Index  $> 0,94$ ), GFI (Goodness Fit Index  $> 0,95$ ), AGFI (Adjusted Goodness Fit Index  $> 0,93$ ), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation  $< 0,07$ ) e RMSR (Root Mean Square of Residuals  $< 0,08$ ) (Hair et al., 2018; Lorenzo-Seva; Ferrando, 2023).

### 3.7.1. 3 Teoria de Resposta ao Item (TRI)

A Teoria de Resposta ao Item (TRI), é um conjunto de modelos estatísticos utilizados para analisar dados de respostas a testes, questionários e outros instrumentos de medição psicológica e educacional. A TRI se concentra em entender a relação entre a habilidade ou traço latente de um indivíduo e a probabilidade de esse indivíduo responder corretamente a um item específico do teste (Baker, 2021).

Para a confirmação do ajustamento das cargas fatoriais foi adotada a técnica de Normal-Ogive Graded Response Model (Samejima, 1969), por meio da Teoria de Resposta ao Item. Adotou-se o índice de discriminação do item ( $a$ ), que mede a força de associação entre o item e a variável latente e tem interpretação similar às cargas fatoriais da análise fatorial exploratória (Jordan; Spiess, 2019) para complementá-la. Adotou-se a recomendação de Baker de que “ $a$ ”  $< 0,65$  é considerada baixo poder de discriminação; entre 0,65 e 1,34 discriminação moderada, entre 1,35 e 1,69 alta discriminação e acima de 1,70 discriminação muito alta (Baker, 2021).

O fato de o instrumento ser unidimensional dispensou a realização de técnicas rotacionais da matriz fatorial e indicou a aplicação da técnica de Normal-ogive graded response model na TRI, adequada para o modelo unidimensional politômico.

### 3.7.1.4 Confiabilidade e qualidade dos escores

A confiabilidade de um instrumento de medição refere-se à sua consistência interna, ou seja, à capacidade do instrumento de produzir resultados estáveis e reproduzíveis. Para avaliar essa consistência interna, foram utilizados o Alfa de Cronbach e o Ômega de McDonald's. O Alfa de Cronbach é um coeficiente que avalia a consistência interna de um conjunto de itens, refletindo a correlação média entre os itens. Em contrapartida, o Ômega de McDonald's, é uma métrica mais recente que considera a estrutura fatorial dos dados, tornando-se particularmente útil para instrumentos que medem múltiplas dimensões (Hair et al., 2018).

Nesse sentido, a confiabilidade foi avaliada pelos indicadores Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald's para determinar a confiabilidade da escala com um limite de aceitação  $> 0,70$  (Hair et al., 2018). Na qual, ômega ordinal do McDonald's foi de 0,92 e o Alfa de Cronbach padronizado de 0,92.

O melhor limite inferior e o  $\hat{\Omega}$  só podem ser confiáveis em amostras grandes, de preferência 1.000 caixas ou mais, devido a um viés de amostragem positivo (Ten Berge; Socan, 2004).

A replicabilidade do construto, ou seja, sua habilidade ser reproduzido com resultados semelhantes em diferentes amostras, foi avaliada pelo *Generalized GH Index*, exigindo um índice maior que 0,80. Para a qualidade das estimativas dos escores fatoriais, o índice de determinação fatorial (FDI) foi usado para identificar a adequação com valores estimados superiores a 0,90, confiabilidade marginal EAP ( $> 0,80$ ), razão de sensibilidade ( $SR > 2$ ) e porcentagem esperada de diferenças verdadeiras ( $EPTD > 90\%$ ) (Rodriguez et al., 2016).

### **3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O presente projeto está em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e obtido aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições proponente e coparticipante. No âmbito do CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o projeto recebeu aprovação mediante o parecer de número 4.543.699/2021 (Anexo F). De maneira similar, o projeto também foi avaliado e aprovado pelo CEP do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), com parecer de número 4.613.529/2021 (Anexo G).

Por tratar-se de estudo que envolve usuários com DRT acompanhados em um ambulatório especializado, foi assumido o compromisso de não alterar a rotina de consultas e de não os colocar em qualquer situação de desrespeito às condições do tratamento, jamais vinculando sua adesão a participar do estudo com quaisquer responsabilidades ou obrigações envolvidas em seu vínculo com a instituição em questão.

Nesse contexto, os procedimentos foram executados de modo a preservar rigorosamente o anonimato dos participantes, assegurando que seus dados permanecessem em confidencialidade. Além disso, os participantes receberam o TCLE e foram devidamente informados sobre o direito de revogar seu consentimento a qualquer momento, sem incorrer em quaisquer custos ou encargos adicionais. No que se refere a despesas e remuneração, o estudo não ofereceu quaisquer destes itens.

Os riscos inerentes à pesquisa foram mínimos, como a possível sensação de fadiga ou impaciência durante o processo de resposta às perguntas. Para mitigar tais riscos, os participantes receberam orientações que enfatizavam sua prerrogativa de interromper o preenchimento dos questionários a qualquer momento, com a opção de retomar em outra data

de sua escolha ou, se assim preferissem, de optar por encerrar sua participação no estudo. É importante ressaltar que os procedimentos empregados foram de natureza simples, consistindo na resposta a questionários de autoaplicação após orientação inicial. Não houve manifestação de risco durante a coleta de dados.

Os participantes foram devidamente informados acerca dos benefícios do estudo, que consistiam na contribuição para o avanço do entendimento na área de estudo. Os resultados preliminares dessa pesquisa foram apresentados em eventos científicos nas diferentes áreas, abordando a relevância da mesma para a pesquisa. Além disso, estão planejadas publicações em periódicos especializados na área da enfermagem e em campos relacionados, visando a promoção de discussões e a contextualização do uso da escala tanto no âmbito da enfermagem e saúde mental, quanto em sua aplicação para o aprimoramento profissional.

Os dados obtidos neste estudo compõem um banco de dados contendo variáveis de significativo interesse, que podem ser empregadas tanto nas análises atuais quanto em investigações futuras. A guarda e preservação desse banco de dados recaem sob a responsabilidade da pesquisadora principal, que se compromete a mantê-lo arquivado por um período de cinco anos após a conclusão do estudo. Todos os participantes da pesquisa concluíram satisfatoriamente a coleta de dados.

#### **4. RESULTADOS**

A tese está distribuída em três capítulos de resultados, apresentados a seguir.

## Capítulo I

### Validação a Escala de medo da COVID-19: confiabilidade, qualidade e replicabilidade em adultos com DRT

A tabela 2 apresenta as cargas fatoriais, que variaram de 0,72 a 0,87, representando níveis excelentes de aderência dos itens à variável latente, acima do critério mínimo de 0,45, sem indícios de multicolinearidade. Os valores preditivos dos itens ficaram entre 0,51 a 0,75, e a unidimensionalidade eliminou a possibilidade de dupla saturação (cross-loading).

As comunalidades variaram de 0,84 a 1,00, com todos os itens acima do limite de 0,40. Para a discriminação do item (a), os valores variaram de 1,05 a 1,77, também demonstrando boa aderência à variável latente e confirmando os dados obtidos através das cargas fatoriais.

Os resultados dos dados da AFE forneceram evidências de que os itens analisados são eficazes na medida da variável latente. A alta unidimensionalidade, comunalidades acima do limite mínimo e valores sólidos de discriminação do item indicaram um modelo de medida robusto e confiável, respaldando a validade e a utilidade desses itens.

Tabela 2. Cargas fatoriais, comunalidades e discriminação dos itens da Escala de Medo da COVID-19, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2023

Item	Modelo		
	Cargas fatoriais ( $\lambda$ )	Comunalidades ( $h^2$ )	Discriminação do item (a)
1 Eu tenho mais medo do coronavírus-19	0,74	0,94	1,10
2 Me sinto desconfortável ao pensar no coronavírus-19	0,87	1,00	1,77
3 Minhas mãos ficam úmidas quando penso no coronavírus-19	0,84	0,96	1,57
4 Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19	0,72	0,89	1,05
5 Ao assistir notícias e histórias sobre o coronavírus-19 nas mídias sociais, fico nervoso ou ansioso	0,83	0,84	1,50
6 Não consigo dormir porque estou	0,78	0,83	1,25

preocupado em receber o coronavírus-19			
7	Meu coração dispara ou palpita quando penso em pegar o coronavírus-19	0,83	0,90
1,53			

Sobre a AFC, o diagrama de caminho (Figura 1) apresenta os resultados das cargas fatoriais, e o poder de predição do item ( $R^2$ ). A AFC da A1 apresentou os itens com cargas fatoriais variando entre 0,52 e 0,84, ou seja, acima do mínimo recomendado de 0,50. Os valores preditivos dos itens  $R^2$  estabeleceram-se entre 0,31 e 0,71. Tal fato indicou resultados estáveis, satisfatórios e consistentes para a amostra testada (Figura 3).

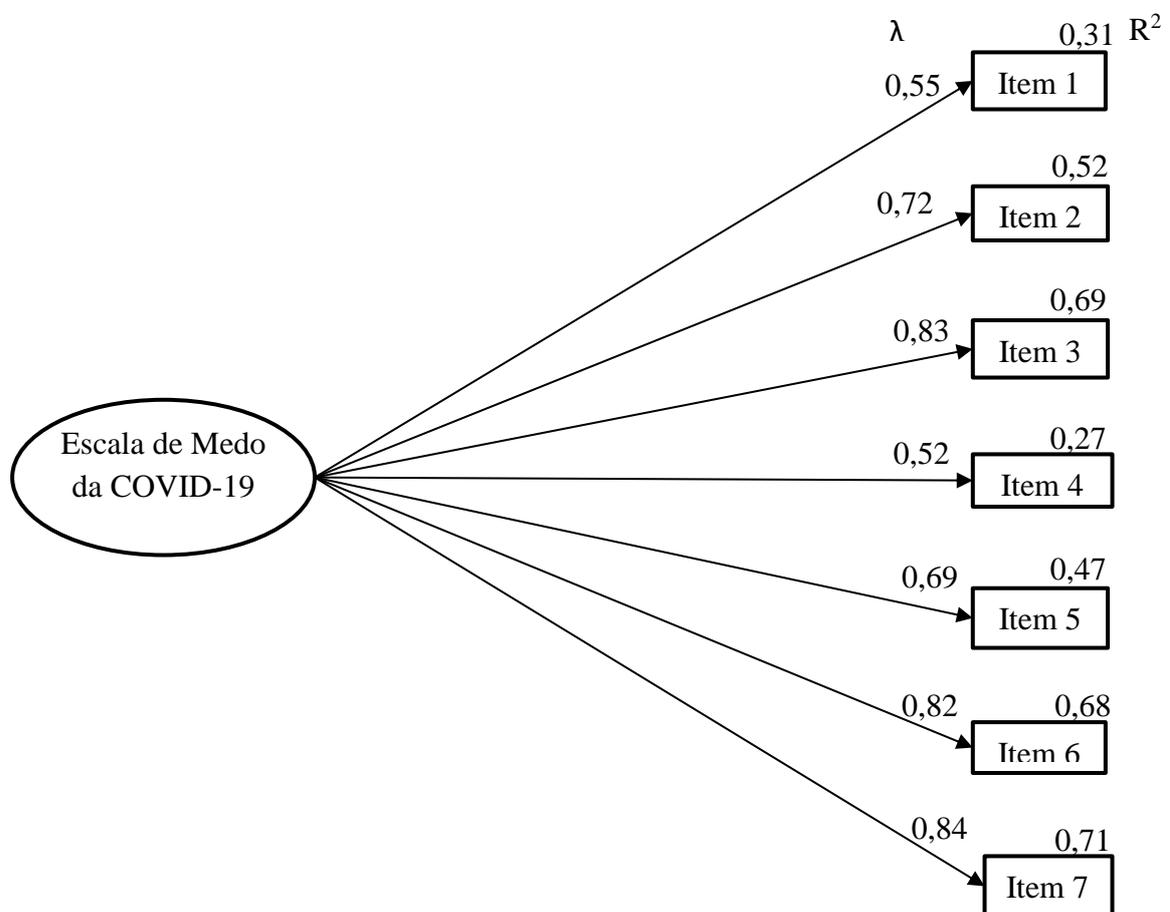


Figura 3. Diagrama de caminho da amostra (AFC)

A avaliação da adequação dos dados para análise fatorial foi conduzida por meio de três medidas essenciais: o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o Teste de Esfericidade de Bartlett e o Determinante da Matriz. O Teste de Esfericidade de Bartlett ( $X^2 = 1563,8$ ,  $df = 21$ ,  $p < 0,001$ ) e o índice KMO (0,73) revelaram resultados estatisticamente significativos, indicando a adequação dos dados para a análise fatorial. Além disso, o Determinante da Matriz (0,000001) não indicou a presença de multicolinearidade entre as variáveis (Tabela 3).

Além disso, três medidas relevantes foram calculadas para avaliar a qualidade do modelo: Unidimensional Congruence (UNICO)= 0,92, Explained Common Variance (ECV) = 6,38 e Mean of item residual absolute loading (MIREAL) = 0,12. Esses resultados reforçaram a robustez do modelo unidimensional e forneceram uma base sólida para a aplicação da TRI, indicando que a estrutura unidimensional do instrumento foi bem sustentada pelos dados coletados (Tabela 3).

A AFC revelou um bom ajuste ao modelo unidimensional, com valores semelhantes aos recomendados pela literatura: LOSEFER empirically corrected Chi-square ( $\chi^2/df$ )<sub>(21)</sub> = 2,64;  $p < 0,0001$ ; NNFI= 0,97; CFI= 0,98; GFI= 0,97; AGFI= 0,96. Observou-se RMSEA =0,07 e RMSR= 0,08, o que sugere que os modelos estatísticos aplicados se ajustaram aos dados, uma vez que os valores estavam no limite de corte. Foram encontrados também evidências satisfatórias de confiabilidade da escala FSAS-Br, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, Ômega de McDonald de 0,92 (Tabela 3).

Tabela 3. Síntese dos indicadores da EFE do Instrumento para Avaliar o Medo da COVID-19, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2024

Indicador	Índice	Técnica	Amostra
		Determinant of the matrix	0,000001
	Adequacy of correlation matrix	Bartlett	1563,8 (df = 21; P= 0,000000)*
Fatorabilidade		KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,73
	Explained Variance (Kaiser Criterion)		69,90%
	Explained Variance (AP)		92,60%
	Polychoric Correlation ( $r_p =$ )		0.27 to 0.83
	Robust Mean-Scaled Chi Square ( $X^2/df$ )		1.08 (df = 140)*
	Non-Normed Fit Index (NNFI)		0,97
	Comparative fit index (CFI)		0,98
Confirmatório	Goodness of Fit Index (GFI)		0,97
	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)		0,96
	Root Mean Square Error of Approximation		0,07

	Root Mean Square of Residuals (RMSR)	0,08
	Standardized Cronbach's Alpha	0,92
Confiabilidade	McDonald's Omega	0,92
	Construct Reliability - Index G H	0,93
Avaliação Unidimensional	Unidimensional Congruence (UNICO)	0,92
	Explained Common Variance (ECV)	6,38
	Mean of item residual absolute loading	0,12
	Factor Determinacy Index (FDI)	0,96
Qualidade e Eficácia	EAP Marginal Reliability	0,92
	Sensitivity Ratio (SR)	3.53
	Expected percentage of true differences (EPTD)	96,3%

\*  $p = 0.000001$

Os resultados desta análise indicaram uma fundamentação estatística para a utilização da Teoria de Resposta ao Item (TRI) no contexto deste estudo. As medidas de adequação dos dados apontaram uma adequação moderada, com destaque para o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e para o Teste de Esfericidade de Bartlett, que confirmaram a relevância das correlações entre as variáveis.

A unidimensionalidade do instrumento foi confirmada, eliminando a necessidade de rotação da matriz fatorial. Além disso, as medidas de qualidade do modelo, como Unidimensional Congruence (UNICO), Explained Common Variance (ECV) e Mean of item residual absolute loading (MIREAL), fortaleceram a robustez do modelo unidimensional.

As cargas fatoriais, comunalidades e valores preditivos dos itens também indicaram uma excelente aderência à variável latente. Por fim, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) demonstrou um bom ajuste ao modelo unidimensional. A confiabilidade da escala foi evidenciada por coeficientes alfa de Cronbach e Ômega de McDonald.

Diante do exposto, avaliar o temor relacionado à COVID-19 é um desafio devido à sua natureza abstrata e subjetiva. O medo é uma experiência pessoal e emocional que pode variar entre os indivíduos, o que torna sua medição um aspecto complexo. Cada pessoa pode ter diferentes gatilhos e intensidades de medo, influenciados por fatores como experiências pessoais, informações recebidas, e condições de saúde pré-existentes (Shigemura; Ursano; Morganstein; Kurosawa; Benedek, 2020).

Nesse contexto é crucial utilizar instrumentos de mensuração que sejam válidos e confiáveis e cada vez mais testar esses instrumentos, no sentido de se montar um arcabouço instrumental para o cuidado em situações repentinas que afetam a população. Um instrumento válido é aquele que mede o que se propõe a medir, ou seja, consegue capturar a essência do medo em relação à COVID-19. Já um instrumento confiável é consistente em suas medições ao longo do tempo e entre diferentes grupos de pessoas, garantindo que os resultados não sejam influenciados por variáveis externas (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Para assegurar a validade e a confiabilidade, é importante que os instrumentos de medição sejam desenvolvidos com base em rigorosos critérios científicos, incluindo revisões da literatura, testes piloto, e análises estatísticas. A aplicação de escalas validadas, por exemplo, permite uma avaliação mais precisa e comparável do medo, possibilitando a identificação de padrões e tendências relevantes para intervenções de saúde pública (Pang et al, 2020).

Além disso, a utilização de métodos padronizados facilita a comparação entre diferentes estudos e populações, contribuindo para um entendimento mais abrangente do impacto psicológico da pandemia (Soraci et al., 2020; Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Desse modo, a comunidade científica enfatiza a importância de validar instrumentos de medição. Essa validação do instrumento envolve a verificação de duas questões principais. Primeiro, assegurar que o instrumento realmente mede a variável latente de interesse com precisão. Variáveis latentes são conceitos teóricos que não podem ser diretamente observados, como atitudes ou habilidades. Portanto, o instrumento deve ser capaz de capturar com exatidão essas variáveis intangíveis (Pang et al, 2020).

Em segundo lugar, é necessário confirmar que a estrutura fatorial do instrumento está adequadamente representada pela sua dimensionalidade. A estrutura fatorial refere-se à forma como que as variáveis observadas se agrupam em fatores subjacentes ou dimensões teóricas. A dimensionalidade diz respeito ao número e à natureza desses fatores. A validação garante que o número de fatores e a forma como eles estão organizados reflitam corretamente na estrutura teórica que o instrumento pretende medir (Soraci et al., 2020; Wakashima et al., 2020; Matt; Howard, 2016).

Nesse sentido, o desenvolvimento da Escala de Medo da COVID-19 (Fear of COVID-19 Scale - FCV-19S) começou com a criação de itens baseados em evidências por meio de uma revisão da literatura e consultas com especialistas em saúde mental e epidemiologia (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020). Este processo inicial envolveu a identificação de temas e preocupações comuns relacionadas ao medo da COVID-19, como o medo de contrair

o vírus, a ansiedade em relação às consequências de uma possível infecção, e o impacto emocional da pandemia.

Após a construção inicial, a escala passou por um processo de revisão e ajustes que incluiu a coleta de feedback de um grupo piloto. Esse feedback foi crucial para refinar os itens da escala, garantindo que fossem claros, precisos e relevantes para a medição eficaz do medo da COVID-19 (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Sob uma perspectiva global, a Escala de Medo da COVID-19 (FCoV-19S) foi amplamente utilizada. Esse esforço multicêntrico demonstrou que é uma ferramenta testada e refinada (Wakashima et al., 2020). Embora o processo de validação tenha sido rigoroso, é importante destacar que a validação inicial dessa escala não incluiu todos os grupos populacionais (Ahorsu; Lin; Imani; Saffari; Griffiths; Pakpour, 2020).

Para garantir a eficácia da FCoV-19S em grupos variados e vulneráveis, é necessário realizar a validação na população específica (Chen et al., 2022). Neste estudo, a validação bem-sucedida da FCoV-19S permitiu que a escala fosse utilizada com confiança em adultos com DRT, uma população que muitas vezes está entre as demais pessoas diagnosticadas com depressão, mas que é significativamente mais grave e sujeita a riscos como o de suicídio.

Na publicação original da escala, os autores afirmaram que o instrumento é unidimensional, o que significa que ele mede um único construto ou fator: o medo da COVID-19 (Alyami et al., 2020). Essa unidimensionalidade indica que a escala foi projetada para avaliar exclusivamente o medo relacionado à COVID-19, sem a sobreposição com outros fatores ou construtos, o que facilita a interpretação dos resultados e a análise da intensidade desse sentimento (Alyami et al., 2020).

A análise fatorial realizada neste estudo confirmou essa característica unidimensional. Os resultados obtidos foram significativos, com um índice KMO de 0,73 e um Teste de Esfericidade de Bartlett com  $p < 0,001$ , que são indicadores de que a estrutura fatorial é adequada e reflete uma única dimensão. Todos os itens estão alinhados para medir o mesmo construto subjacente. Isso implica que os itens são coerentes entre si na avaliação de uma única característica ou conceito. Devido a essa unidimensionalidade, não foi necessário aplicar técnicas de rotação da matriz fatorial, que são comumente usadas para identificar múltiplas dimensões em um conjunto de dados (Alyami et al., 2020).

A unidimensionalidade do instrumento indicou que a técnica mais adequada para aplicar a Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi o modelo Normal-ogive graded response. Este modelo é especialmente adequado para instrumentos unidimensionais politômicos, que medem respostas em múltiplas categorias ordenadas. Essa escolha permitiu uma análise mais precisa e

consistente dos dados, respeitando a estrutura unidimensional do instrumento e proporcionando uma melhor interpretação das respostas dos participantes (Pasquali, 2016).

Em termos de confiabilidade, os itens do instrumento demonstraram altos valores para os dois critérios ( $\alpha$  e  $\omega = 0,92$ ), o que indica uma consistência interna excelente. As cargas fatoriais, que variaram entre 0,52 e 0,84, são adequadas e refletem que os itens são bons indicadores do constructo medido.

Além disso, as boas correlações entre os itens, todas superiores a 0,73, reforçam a coerência interna do instrumento. Esses resultados confirmam os achados de outras investigações que buscaram apresentar evidências de validade da escala (Ahorsu et al., 2020; Pang et al., 2020).

O índice G-H demonstrou que o modelo é replicável em outras populações. Isso significa que o modelo desenvolvido pode ser aplicado com sucesso em diferentes grupos de pessoas e em variados contextos, sem que as características específicas de uma amostra particular influenciem de maneira significativa nos resultados (Pang et al., 2020).

A replicabilidade do modelo ajuda a minimizar os efeitos potenciais de variações na amostra ou mudanças no instrumento que poderiam ocorrer quando aplicado a diferentes populações. Isso significa que o modelo é suficientemente robusto para manter sua eficácia e validade, mesmo quando utilizado em contextos variados ou com grupos distintos de pessoas. A capacidade do modelo de preservar suas propriedades em diferentes cenários aumenta a confiança na generalização dos resultados obtidos (Pasquali, 2016).

Os valores de  $\alpha$  encontrados foram superiores aos observados em pesquisas anteriores com diferentes populações. Por exemplo, o estudo original com participantes iranianos registrou um valor de  $\alpha = 0,82$ , enquanto em estudos com outras amostras jovens, como estudantes universitários espanhóis, italianos e japoneses, os valores de  $\alpha$  foram de 0,88, 0,87 e 0,87, respectivamente. Além disso, em uma amostra de universitários da Malásia, o valor de  $\alpha$  foi de 0,89. Os valores de  $\alpha$  encontrados no presente estudo são comparáveis ou superiores aos encontrados em pesquisas com populações mais velhas, como mostrado em outros estudos (Ahorsu et al., 2020; Martínez-Lorca et al., 2020; Soraci et al., 2020; Wakashima et al., 2020; Pang et al., 2020). Isso indica que o instrumento possui uma consistência interna confiável.

Os indicadores de consistência interna estavam acima do valor recomendado na literatura ( $> 0,70$ ). O ômega de McDonald, com um valor de 0,92, confirma que o instrumento possui uma alta consistência interna, assegurando que os itens são coerentes e que o instrumento mede de forma confiável o constructo pretendido (Pasquali, 2016). Esses resultados

demonstram que o instrumento mantém um elevado nível de confiabilidade e precisão na avaliação dos constructos propostos (Dunn et al., 2013).

A validação da escala confirmou sua eficácia em capturar o construto de interesse, garantindo que seus resultados são consistentes e aplicáveis. Essa confirmação proporciona uma base sólida para futuras pesquisas e intervenções direcionadas a esse grupo. A confiabilidade e a validade demonstradas pelo instrumento asseguram que ele pode ser utilizado com confiança para investigar o medo da COVID-19 em diferentes contextos e populações.

A principal limitação deste estudo foi a coleta de dados realizada de forma remota, o que impediu a possibilidade de esclarecer eventuais dúvidas sobre as respostas fornecidas pelos participantes. Além disso, o estudo não avaliou a estabilidade temporal do instrumento, ou seja, não foi realizado um teste de teste-reteste para verificar a consistência dos resultados ao longo do tempo.

Outro desafio foi a impossibilidade de comparar o desempenho dos itens da Escala de Medo da COVID-19 (FCV-19S) com um instrumento padrão-ouro, uma vez que não existe uma ferramenta de referência amplamente reconhecida para essa comparação (validade critério). Apesar dessas limitações, a pesquisa demonstrou que a escala possui propriedades psicométricas adequadas e pode ser aplicada com confiança.

Este estudo é pioneiro na avaliação do instrumento em usuários com DRT, empregando métodos estatísticos robustos. Ao ser o primeiro a aplicar essas técnicas para analisar o instrumento dentro desse grupo específico.

## Capítulo II

Os resultados deste capítulo são apresentados nos seguintes itens: Correlação entre o nível de medo em relação à COVID-19, medido pela Escala de Medo da COVID-19 (FCV-19S), e o grau de sintomatologia depressiva, avaliado pelo Inventário Beck de Depressão-II (BDI-II); Análise de cada item da FCV-19S e sua relação com as variáveis sociodemográficas; Os resultados do BDI-II e sua relação com as variáveis sociodemográficas das pessoas com DRT.

Através dessas análises, podemos levantar o nível de depressão dos participantes diante do grau de medo da COVID-19, e a correlação entre esses fatores, bem como em quais grupos da população estudada os níveis mais graves de depressão foram mais prevalentes.

Importante destacar que a motivação para esta análise decorre do fato de que a tese foi selecionada em um edital específico da COVID-19 no ano de 2020, período em que a pandemia estava em seu auge, assim, melhor compreender os efeitos da pandemia é uma forma de se levantar elementos para discussão sobre o cuidado a essas pessoas.

### **Medo da COVID-19 e níveis de depressão das pessoas com DRT**

O estudo revelou uma relação estatisticamente significativa entre o nível de medo em relação à COVID-19, medido pela escala FCV-19S, e o grau de sintomatologia depressiva, avaliado pelo Inventário Beck de Depressão-II (BDI-II). Os participantes que relataram um medo intenso da COVID-19 apresentaram níveis severos de sintomatologia depressiva, com 43,0% (n=37). Aqueles com um nível moderado de medo apresentaram sintomas moderados de depressão, com 45,8% (n=22). Da mesma forma, os usuários que experienciaram níveis leves de medo da COVID-19 apresentaram sintomas leves de depressão, com 50,0% (n=3). Além disso, a análise dos escores totais na escala FCV-19S e no BDI-II revelou uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,014$ ), conforme detalhado na Tabela 4. Esses resultados sugerem que o aumento no medo da COVID-19 está associado a um agravamento dos sintomas depressivos, destacando a importância de monitorar e abordar o impacto psicológico da pandemia na saúde mental dos indivíduos.

Tabela 4. Associação entre Inventário Beck de Depressão (BDI-II) e a *Fear of COVID-19 Scale* em adultos com DRT, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024 (n=140)

FCV-19S	BDI-II				Valor – p
	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severa n (%)	Total n (%)	
<b>Pouco Medo</b>	3 (50,0)	2(33,3)	1 (16,7)	6 (100)	0,014
<b>Medo Moderado</b>	19 (39,6)	22 (45,8)	7 (14,6)	48 (100)	
<b>Muito Medo</b>	27 (31,4)	22 (25,6)	37 (43,0)	86 (100)	
<b>Total</b>	59 (42,2)	46 (32,9)	35(25,0)	140 (100)	

No contexto da análise das variáveis sociodemográficas dos usuários com DRT em relação a probabilidade de experimentar efeitos acentuados do medo intenso associado à pandemia, foram identificadas associações significantes para as seguintes variáveis: mulheres 65,4% (n=68, p= 0,037), com mais de 50 anos 64,3% (n= 45, p= 0,024), que se autodeclararam pretos(as) 68,4% (n= 13, p=0,089), com parceiro(a) 62,0% (n= 31, p= 0,016), sem ensino superior 63,1% (n=53, p= 0,021), procedentes de outras regiões 72,2% (n=13, p= 0,046), com trabalho formal 62,2% (n= 28, p= 0,025) e com renda familiar com mais de um salário mínimo 62,5% (n= 55, p= 0,040) (Tabela 5).

Tabela 5. Associação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de medo da COVID-19 em adultos com DRT, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2024 (n=140)

Variáveis	Escala de Medo da COVID-19				Valor - p
	Pouco Medo n (%)	Medo Moderado n (%)	Muito Medo n (%)	Total (%)	
<b>Sexo</b>					
Masculino	4 (11,1)	14 (38,9)	18 (50,0)	36 (100,0)	0,037
Feminino	2 (1,9)	34 (32,7)	<b>68 (65,4)</b>	104(100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Idade</b>					
<50 anos	5 (7,1)	24 (34,3)	41 (58,6)	70 (100,0)	0,024
>50 anos	1 (1,4)	24 (34,3)	<b>45 (64,3)</b>	70(100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140 (100)	
<b>Etnia</b>					
Branco(a)	2 (3,0)	24 (35,8)	41 (61,2)	67 (100,0)	0,089
Pardo(a)	3 (5,6)	19 (35,2)	32 (59,3)	54 (100,0)	

Preto(a)	1 (5,3)	5 (26,3)	<b>13 (68,4)</b>	19 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Estado Civil</b>					
Com parceiro(a)	1 (2,0)	18 (36,0)	<b>31 (62,0)</b>	50 (100,0)	
Sem parceiro (a)	5 (5,6)	30 (33,3)	55 (61,1)	90 (100,0)	0,016
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140 (100)	
<b>Escolaridade</b>					
Sem Ensino Superior	3 (3,6)	28 (33,3)	<b>53 (63,1)</b>	84 (100,0)	
Com Ensino Superior	3 (5,4)	20 (35,7)	33 (58,9)	56 (100,0)	0,021
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Naturalidade</b>					
Rio de Janeiro	6 (4,9)	43 (35,2)	73 (59,8)	122(100,0)	
Outras regiões	0 (0,0)	5 (27,8)	<b>13 (72,2)</b>	18 (100,0)	0,46
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Ocupação</b>					
Trabalho Formal	3 (6,7)	14 (31,1)	<b>28 (62,2)</b>	45 (100,0)	
Desempregado	3 (3,2)	34 (35,8)	58 (61,1)	95 (100,0)	0,025
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Renda</b>					
Mais de um salário mínimo	4 (4,5)	29 (33,0)	<b>55 (62,5)</b>	88(100,0)	
Menos de um salário mínimo	2 (3,8)	19 (36,5)	31(59,6)	52(100,0)	0,040
Total	6 (4,3)	48(34,3)	86 (61,4)	140 (100)	

Fonte: SPSS

Em relação a COVID-19, identificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a intensidade do medo em relação à COVID-19 e os participantes que não foram diagnosticados com a COVID-19 16 (66,7%) ( $p= 0,039$ ), que tiveram algum conhecido próximo diagnosticado da doença 85 (63,0%) ( $p= 0,023$ ) e que perderam amigos, familiares ou cônjuges pela doença 79 (66,9%) ( $p= 0,006$ ) (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre o diagnóstico e óbito por COVID-19 e o nível de Medo da COVID-19 em adultos com DRT, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2024 (n=140)

Variáveis	Escala de Medo da COVID- 19				Valor - p
	Pouco Medo n (%)	Medo Moderado n (%)	Muito Medo n (%)	Total n (%)	

<b>Diagnóstico da COVID-19</b>					
Sim	5 (4,3)	41 (35,3)	70 (60,3)	116(100,0)	0,039
Não	1 (4,2)	7 (29,2)	<b>16 (66,7)</b>	24 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Diagnóstico da COVID-19 em amigos, familiares ou cônjuges</b>					
Sim	6 (4,4)	44 (32,6)	<b>85 (63,0)</b>	135(100,0)	0,023
Não	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86(61,4)	140(100,0)	
<b>Óbito por COVID-19 de amigos, familiares ou cônjuges</b>					
Sim	5 (4,2)	34 (28,8)	<b>79 (66,9)</b>	118(100,0)	0,006
Não	1 (4,5)	14 (63,6)	7 (31,8)	22 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140 (100)	

Destaca-se que ao avaliar as medidas preventivas e o medo da COVID-19 observou-se uma associação significativa entre o muito medo e a adesão ao isolamento completo 21 (95,5%) ( $p=0,004$ ), utilização da máscara sempre (dentro e fora de casa) 22 (91,7%) ( $p= 0,010$ ), lavagem das mãos de 6 a 15 vezes ao dia 51 (77,3%) ( $p= 0,006$ ), e esquema vacinal completo 82 (62,6%) ( $p= 0,040$ ) (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre as medidas preventivas da COVID-19 e o nível de Medo da COVID-19 em adultos com DRT, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2024 (n=140)

Variáveis	Escala de Medo da COVID-19			Total (%)	Valor – p
	Pouco Medo n (%)	Medo Moderado n (%)	Muito Medo n (%)		
<b>Isolamento</b>					
Completo	0 (0,0)	1 (4,5)	<b>21 (95,5)</b>	22 (100,0)	0,004
Parcial	4 (8,9)	16 (35,6)	25 (55,6)	45 (100,0)	
Não realizou	2 (2,7)	31 (42,5)	40 (54,8)	73 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140 (100,0)	
<b>Uso de máscara</b>					
Utilizo sempre	1 (4,2)	1 (4,2)	<b>22 (91,7)</b>	24 (100,0)	0,010
Utilizo às vezes	3 (4,6)	29 (44,6)	33 (50,8)	65 (100,0)	
Não utilizo	2 (3,9)	18 (35,3)	31 (60,8)	51 (100,0)	

Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	
<b>Lavagem das mãos</b>					
1- 5 vezes/dia	2 (2,7)	37(50,0)	35 (47,3)	74 (100,0)	0,006
6-15 vezes/dia	4 (6,1)	11 (16,7)	<b>51 (77,3)</b>	66 (100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140 (100,0)	
<b>Vacinação</b>					
Esquema Incompleto	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)	9 (100,0)	0,040
Esquema Completo	5 (3,8)	44 (33,6)	<b>82 (62,6)</b>	131(100,0)	
Total	6 (4,3)	48 (34,3)	86 (61,4)	140(100,0)	

A Tabela 8 mostra a análise detalhada de cada item da Escala de Medo da COVID-19 para usuários com DRT. A análise revela que o medo intenso foi particularmente evidente entre os participantes que selecionaram a opção "concordo fortemente" relacionado especialmente a perder a vida por causa da doença. Este achado destaca que temor experimentado por esses indivíduos, especialmente no contexto da possibilidade de consequências fatais da doença.

Tabela 8. Distribuição das respostas de acordo com os itens da Escala de Medo da COVI-19 e grau de concordância em adultos com DRT, Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2024 (n=140)

Itens	<b>Discordo Forte- mente (%)</b>	<b>Dis- cordo (%)</b>	<b>Nem concordo e nem discordo (%)</b>	<b>Con- cordo (%)</b>	<b>Concor- do Forte- mente (%)</b>
Eu tenho medo do coronavírus-19.	0,0	1,7	7,8	55,7	34,8
Me sinto desconfortável ao pensar no coronavírus-19.	0,0	4,3	20,9	56,4	18,4
Minhas mãos ficam úmidas quando penso no coronavírus- 19.	3,5	15,7	26,1	41,7	13,0
Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19.	0,0	0,9	6,1	48,7	44,3

Ao assistir notícias e histórias sobre o coronavírus-19 fico nervoso ou ansioso.	0,0	5,2	13	61,8	20,0
Não consigo dormir porque estou preocupado com o coronavírus-19.	5,2	20	23,5	40,0	11,3
Meu coração dispara ou palpita quando penso no coronavírus-19.	7,0	15,7	17,4	46,1	13,8

Os resultados do Inventário Beck de Depressão-II (BDI-II) revelaram uma variação nos níveis de severidade dos sintomas depressivos entre os participantes. A análise mostrou que a maioria dos participantes apresentou sintomas leves e moderados de depressão, ambos com uma prevalência de 32,9%. Esses foram os níveis mais comuns observados. Além disso, 25% dos participantes apresentaram sintomas severos de depressão, enquanto 9,3% exibiram sintomas mínimos. Esses dados indicam que, embora muitos participantes experimentem níveis leves a moderados de sintomas depressivos, uma proporção considerável também enfrenta níveis mais graves de depressão.

No que se refere à análise da associação entre as variáveis sociodemográficas dos usuários com DRT e o nível severo dos sintomas depressivos, destacaram-se como associações significativas as mulheres 28 (26,9%) ( $p = 0,032$ ), idade abaixo de 50 anos 21 (30,0%) ( $p = 0,050$ ), que se autodeclararam pretas 8 (42,1%) ( $p = 0,014$ ), sem parceiro(a) 23 (25,6%) ( $p = 0,027$ ), com ensino superior 23 (27,4%) ( $p = 0,040$ ), procedentes do Rio de Janeiro 30 (24,6%) ( $p = 0,049$ ), em trabalho formal 28 (29,5%) ( $p = 0,021$ ) e renda familiar superior a um salário mínimo 18 (34,6%) ( $p = 0,016$ ) (Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis da severidade da sintomatologia depressiva em adultos com DRT, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024 (n=140)

Variáveis	Inventário Beck de Depressão-II					Valor – p
	Mínimo n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severa n (%)	Total n (%)	
<b>Sexo</b>						
Masculino	4 (11,1)	8 (22,2)	17 (47,2)	7 (19,4)	36 (100,0)	0,032
Feminino	9 (8,7)	38 (36,5)	29 (27,9)	<b>28 (26,9)</b>	104 (100,0)	

Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Idade</b>						
<50 anos	6 (8,6)	22 (31,4)	21 (30,0)	<b>21(30,0)</b>	70 (100,0)	
>50 anos	7 (10,0)	24 (34,3)	25 (35,7)	14 (20,0)	70 (100,0)	0,050
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Etnia</b>						
Branco(a)	5 (7,5)	18 (26,9)	25 (37,3)	19 (28,4)	67 (100,0)	
Pardo(a)	7 (13,0)	20 (37,0)	19 (35,2)	8 (14,8)	54 (100,0)	0,014
Preto(a)	1 (5,3)	8 (42,1)	2 (10,5)	<b>8 (42,1)</b>	19 (100,0)	
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Estado Civil</b>						
Com parceiro(a)	5 (10,0)	12 (24,0)	21 (42,0)	12 (24,0)	50 (100,0)	
Sem parceiro (a)	8 (8,9)	34 (37,8)	25 (27,8)	<b>23 (25,6)</b>	90 (100,0)	0,027
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Escolaridade</b>						
Sem Ensino Superior	6 (10,7)	16 (28,6)	22 (39,3)	12 (21,4)	56 (100,0)	
Com Ensino Superior	7 (8,3)	30 (35,7)	24 (28,6)	<b>23 (27,4)</b>	84 (100,0)	0,040
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Naturalidade</b>						
Rio de Janeiro	12 (9,8)	42 (33,6)	39 (32,0)	<b>30 (27,8)</b>	122 (100,0)	
Outras regiões	1 (5,6)	5 (27,8)	7 (38,9)	5 (24,6)	18 (100,0)	0,049
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Ocupação</b>						
Trabalho Formal	8 (8,4)	32 (33,7)	27 (28,4)	<b>28 (29,5)</b>	95 (100,0)	
Desempregado	5 (11,1)	14 (31,1)	19 (42,2)	7 (15,6)	45 (100,0)	0,021
Total	13(9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Renda</b>						
Mais de um salário mínimo	5 (9,6)	18 (34,6)	11 (21,2)	<b>18 (34,6)</b>	52 (100,0)	
Menos de um salário mínimo	8 (9,1)	28 (31,8)	35 (39,8)	17 (19,3)	88 (100,0)	0,016

Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)
-------	----------	-----------	-----------	-----------	-------------

\*p= Nível de Significância

Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre a depressão severa e terem recebido um diagnóstico de COVID-19 33 (28,4%) ( $p = 0,024$ ), terem conhecidos próximos diagnosticados com a doença 35 (25,9%) ( $p = 0,038$ ) e a perda de amigos, familiares ou cônjuges em decorrência da COVID-19 33 (28,0%) ( $p = 0,023$ ) (Tabela 10).

Tabela 10. Associação entre o diagnóstico e óbito por COVID-19 e os níveis da severidade da sintomatologia depressiva em adultos com DRT, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024 (n=140)

<b>Inventário Beck de Depressão-II</b>						
<b>Variáveis</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severa</b>	<b>Total</b>	<b>Valor -</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Diagnóstico da COVID-19</b>						
Sim	8 (6,9)	40 (34,5)	35 (30,2)	<b>33 (28,4)</b>	116 (100,0)	0,024
Não	5 (20,8)	6 (25,0)	11 (45,8)	2 (8,3)	24 (100,0)	
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Diagnóstico da COVID-19 em amigos, familiares ou cônjuges</b>						
Sim	13 (9,6)	44 (32,6)	43 (31,9)	<b>35 (25,9)</b>	135 (100,0)	0,038
Não	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	
<b>Óbito por COVID-19 de amigos, familiares ou cônjuges</b>						
Sim	8 (6,8)	39 (33,1)	38 (32,2)	<b>33 (28,0)</b>	118 (100,0)	0,023
Não	5 (22,7)	7 (31,8)	8 (36,4)	2 (9,1)	22 (100,0)	
Total	13 (9,3)	46 (32,9)	46 (32,9)	35 (25,0)	140 (100,0)	

\*p= Nível de Significância.

Ao avaliar a relação entre a adesão às medidas preventivas e a severidade dos sintomas depressivos, foi possível identificar associações estatisticamente significativas. Em particular, notou-se o isolamento parcial 16 (35,6%) ( $p = 0,046$ ), a utilização “as vezes” da máscara 15 (23,1%) ( $p = 0,010$ ), a lavagem das mãos em uma frequência de 1- 5 vezes/dia 24(36,4%) ( $p = 0,013$ ) e o esquema vacinal completo 34(26,0%) ( $p = 0,033$ ) tiveram significativamente correlacionadas com níveis mais elevados de severidade na sintomatologia depressiva (Tabela 11).

Tabela 11. Associação entre as medidas preventivas da COVID-19 e os níveis da severidade da sintomatologia depressiva em adultos com DRT, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024 (n=140)

Variáveis	Inventário Beck de Depressão-II					Valor - p
	Mínimo n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severa n (%)	Total n (%)	
<b>Isolamento social</b>						
Totalmente	2 (9,1)	7 (31,8)	4 (18,2)	9 (40,9)	22 (100,0)	0,046
Parcialmente	3 (6,7)	14(31,1)	12(26,7)	<b>16 (35,6)</b>	45 (100,0)	
Não realizou	8 (11,0)	25(34,2)	30 (41,1)	10 (13,7)	73 (100,0)	
Total	13 (9,3)	46(32,9)	46(32,9)	35 (25,0)	140(100,0)	
<b>Uso de máscara</b>						
Utilizo sempre	1 (4,2)	6(25,0)	4(16,7)	13 (54,2)	24(100,0)	0,010
Às vezes	10 (15,4)	23(35,4)	17(26,2)	<b>15(23,1)</b>	65(100,0)	
Não utilizo	2(3,9)	17(33,3)	25(49,0)	7(13,7)	51(100,0)	
Total	13(9,3)	46(32,9)	46(32,9)	35(25,0)	140(100,0)	
<b>Lavagem das mãos</b>						
1- 5 vezes/dia	7 (10,6)	20(30,3)	15(22,7)	<b>24(36,4)</b>	66(100,0)	0,13
6-15 vezes/dia	6(8,1)	26(35,1)	31(41,9)	11 (14,9)	74(100,0)	
Total	13(9,3)	46(32,9)	46(32,9)	35(25,0)	140(100,0)	
<b>Vacinação</b>						
Esquema Incompleto	0(0,0)	4(44,4)	4(44,4)	1(11,1)	9(100,0)	0,033
Esquema Completo	13 (9,9)	42(32,1)	42(26,0)	<b>34(26,0)</b>	131(100,0)	
Total	13(9,3)	46(32,9)	46(32,9)	35(25,0)	(100,0)	

\*p= Nível de Significância.

No que concerne aos dados em discussão neste capítulo, observou-se que os participantes que relataram níveis elevados de medo em relação à COVID-19 também apresentaram níveis mais intensos de sintomatologia depressiva, incluindo casos de depressão severa. Tais descobertas indicam um aumento do risco à saúde dos participantes, bem como um maior risco de suicídio, considerando a gravidade dos sintomas depressivos decorrentes da pandemia.

O medo da COVID-19 foi identificado como um estímulo ameaçador que desencadeou um estado emocional mais severo entre os usuários com DRT. Essa constatação se alinha com

os resultados de uma pesquisa conduzida com a população brasileira com depressão, a qual ressalta que problemas relacionados à pandemia podem comprometer significativamente a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Essa deterioração na qualidade de vida, por sua vez, pode agravar as condições psicológicas existentes e, potencialmente, desencadear outras questões relacionadas à saúde mental (Marques; Franco; Brito-Marques; Martinez; Prado, 2021).

Evidências teóricas sustentam que o medo se manifesta por meio de pensamentos, crenças e comportamentos, sendo desencadeado tanto pela presença física do estímulo fóbico quanto pela antecipação do possível contato com o vírus (Danese; Spinelli, 2020; Brooks et al., 2020; Zandifar; Badrfam, 2020).

Dessa forma, o medo emergiu como o gatilho para uma variedade de problemas de saúde mental. Consequentemente, em situações como a pandemia, o medo contribuiu para o aumento da depressão, mesmo em indivíduos considerados saudáveis, e intensificou os sintomas em pessoas com transtornos mentais preexistentes, resultando em repercussões psicológicas de curto a longo prazo (Araujo-Leal et al., 2023).

O medo pode agravar os sintomas da depressão por várias razões, incluindo a sensação de desamparo, o estresse relacionado à adaptação a novas rotinas, como o teletrabalho ou a condição de desemprego, o isolamento associado ao temor de ser inútil, o medo de adoecer e a preocupação com o adoecimento de familiares e entes queridos, além das notícias veiculadas na mídia (Faro et al., 2020; Pancani; Marinucci; Aureli; Riva, 2020; Rubin; Wessely, 2020).

É relevante salientar que a estratégia primordial do governo brasileiro no combate à COVID-19 consistiu em implementar o afastamento social, posteriormente adotando confinamentos direcionados a grupos específicos. Embora essa medida rigorosa tenha desacelerado a propagação do vírus, ela acarretou impactos emocionais e psicológicos adversos nos usuários, que vão se estender pelo pós-pandemia. Para muitos, o ambiente familiar e social atua como uma estratégia fundamental no enfrentamento da depressão, e o isolamento social pode ter resultado em uma regressão no tratamento e na dificuldade de readaptação à rotina após o término da pandemia (Lima, 2020; Ho; Chee; Ho; 2020).

Além disso, as pessoas com DRT enfrentaram uma desvantagem significativa durante a pandemia devido à suspensão prolongada de seus tratamentos presenciais, especialmente no início da crise sanitária (Paveltchk; Borsa, 2020). A interrupção desses tratamentos essenciais pode ter exacerbado os sintomas depressivos, tornando o manejo da doença ainda mais desafiador. O medo da COVID-19, combinado com a falta de acesso contínuo ao tratamento, pode ter intensificado os problemas de saúde mental nesses indivíduos.

Os resultados deste estudo corroboram com outras pesquisas, mostrando uma associação entre o medo e um agravamento dos sintomas depressivos em pessoas com transtornos mentais graves (Barbosa; Melo; Cunha; Albuquerque; Costa, 2021).

No contexto da análise das variáveis sociodemográficas dos usuários com DRT em relação a probabilidade de experimentar efeitos acentuados do medo intenso associado à pandemia, os resultados obtidos revelaram uma associação estatisticamente significativa do medo intenso da COVID-19 principalmente entre as mulheres com mais de 50 anos, pretas e com parceiros.

Esse achado corrobora com uma pesquisa que explora a origem desses sentimentos de medo e angústia, sugerindo que tais emoções podem estar interligadas ao temor de uma possível infecção de seus filhos ou cônjuges, à pressão social imposta pelos múltiplos papéis desempenhados e ao receio de uma perda ainda mais acentuada na produtividade das atividades cotidianas (Souza; Souza; Praciano, 2020).

Na continuação da análise das variáveis sociodemográficas dos usuários com DRT, observou-se que a condição de desemprego afetou parte dos participantes, apresentando uma associação estatisticamente significativa com o medo intenso da COVID-19. Este achado é consistente com um estudo realizado no nordeste do Brasil, que mostrou que o desemprego influenciou a percepção do medo, particularmente em contextos onde não havia uma previsão dos impactos financeiros da pandemia (Ximenes & Barreto, 2021).

O desemprego pode intensificar o medo da COVID-19 devido ao aumento das incertezas econômicas e da insegurança financeira, o que amplifica na preocupação com a saúde e o bem-estar geral. Esse resultado ressalta a importância de considerar o contexto econômico ao avaliar o impacto psicológico da pandemia e reforça a necessidade de políticas de suporte para aqueles afetados pelo desemprego (Texeira et al., 2020).

É importante destacar que, apesar de os usuários que relataram medo intenso da COVID-19 não terem sido pessoalmente infectados pelo vírus, muitos deles enfrentaram diagnósticos positivos entre amigos, familiares ou cônjuges, e a maioria sofreu a perda de uma pessoa querida devido à doença. Conviver com o medo de perder um ente querido e passar pelo processo de luto não é uma experiência simples, especialmente para os usuários com DRT, que podem ter uma capacidade reduzida para lidar com situações de alta carga emocional, tornando a experiência de enfrentar o medo e o luto ainda mais desafiadora (Estrela et al., 2021).

Além dos sentimentos naturais associados ao processo de luto, indivíduos que enfrentam perdas significativas frequentemente lidam com emoções adicionais, como culpa, vergonha, estigmatização e raiva. Esses sentimentos podem intensificar a tristeza e o sofrimento psíquico,

elevando o risco de comportamentos autodestrutivos, incluindo pensamentos suicidas (Estrela et al., 2021; Texeira et al., 2020).

Outro fator que contribui para a manifestação intensa do medo da COVID-19 é a adesão rigorosa às práticas de isolamento total e ao uso constante de máscaras, tanto dentro quanto fora de casa. Esses comportamentos refletem uma forte experiência de medo e apreensão em relação à contaminação e à mortalidade associadas ao vírus.

Estudos confirmam que, diante de medos intensos, as pessoas tendem a adotar medidas de autocuidado mais frequentes e rigorosas para se proteger do contágio (Lindemann et al., 2021; Couto, Barbieri, & Mato, 2021). O aumento da adesão a essas práticas de prevenção é um reflexo direto da preocupação com a saúde, mostrando como o medo pode motivar comportamentos proativos de proteção.

A coleta de dados deste estudo ocorreu durante o início da flexibilização das restrições impostas pela pandemia. Apesar da taxa de novos casos de COVID-19 continuar elevada nesse período, não foi registrado um aumento correspondente no número de óbitos. Esse fenômeno pode ser atribuído ao início das campanhas de vacinação e à formação emergente de uma imunidade de grupo. A adesão crescente à vacinação, como evidenciado pela alta taxa de vacinados entre os participantes do estudo, desempenhou um papel crucial em fortalecer a imunidade coletiva. Esse fortalecimento controlou a disseminação do vírus e minimizou os impactos da pandemia (Ximenes & Barreto, 2021; Couto, Barbieri, & Mato, 2021).

Os dados deste estudo, juntamente com outras evidências da literatura, destacam que o aumento dos níveis de medo e estresse relacionados à COVID-19 se manifestou como um dos principais fatores que contribuem para a má qualidade do sono. Distúrbios do sono podem ter um impacto direto no equilíbrio emocional dos indivíduos, especialmente aqueles com DRT. A má qualidade do sono pode aumentar a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, exacerbando os sintomas do transtorno e elevando a probabilidade de agravamento das condições mentais existentes (Marques et al., 2021).

Os resultados obtidos revelaram que usuários com DRT que experimentaram um medo intenso relacionado à COVID-19, tiveram sinais e sintomas associados à ansiedade e ataques de pânico. Essa situação representa um desafio adicional no tratamento desses indivíduos, uma vez que eles frequentemente enfrentam a frustração de não observar melhorias em seus quadros depressivos, mesmo com o uso de doses elevadas de antidepressivos. A introdução de um novo transtorno pode intensificar a tristeza e a descrença na possibilidade de recuperação (Sasaki; Aguiar; Martins, 2023).

Estudos indicam que a vivência de um trauma em massa, como a pandemia, pode aumentar significativamente a probabilidade de desenvolvimento de sintomas de ansiedade, especialmente entre aqueles que já enfrentam dificuldades no manejo do sofrimento psíquico (Lindemann et al., 2021; Sasaki; Aguiar; Martins, 2023).

Portanto, é crucial que os profissionais de saúde mental ofereçam uma atenção especializada aos sintomas manifestados por indivíduos com DRT quando estes enfrentam a ameaça de uma pandemia, como a COVID-19.

Sintomas como mãos úmidas, aceleração do ritmo cardíaco, palpitações e deterioração da qualidade do sono foram observados. No entanto, muitos usuários podem não ter comunicado a relação entre esses sintomas e o medo da pandemia durante suas consultas, o que pode levar a uma interpretação incorreta desses sinais como sendo comorbidades psiquiátricas. Esse mal-entendido pode resultar em ajustes inadequados na medicação e até mesmo em diagnósticos adicionais sem uma identificação clara das causas subjacentes, prejudicando a eficácia do tratamento (Marques; Franco; Brito-Marques; Martinez; Prado, 2021).

Os resultados do estudo também revelaram uma associação estatisticamente significativa entre níveis severos de sintomatologia depressiva, conforme medido pelo Inventário Beck de Depressão-II, e características sociodemográficas específicas dos participantes.

As mulheres apresentaram níveis mais severos de sintomatologia depressiva durante a pandemia. Esse achado pode estar vinculado a uma série de desafios específicos enfrentados por esse grupo, como a desigualdade de gênero e a sobrecarga desproporcional de responsabilidades domésticas. Essas condições exacerbam o sofrimento emocional e psicológico, como também amplificam os efeitos negativos da pandemia. A pressão adicional causada por essas responsabilidades pode intensificar o estresse e a ansiedade, tornando o período pandêmico ainda mais difícil para essas mulheres (Couto; Barbieri; Mato, 2021).

A autodeclaração de pertencimento ao grupo racial preto e a ausência de um parceiro foram associadas a níveis mais severos de sintomatologia depressiva durante a pandemia. A experiência de discriminação racial pode ter contribuído para uma sobrecarga adicional de estresse e sofrimento emocional, exacerbando a depressão. Além disso, a falta de um parceiro pode ter reduzido o suporte social, que é fundamental para a manutenção da saúde mental. A ausência desse apoio pode ter agravado a sensação de isolamento e dificultado o enfrentamento das adversidades emocionais durante o período pandêmico (Huong et al., 2022; Ximenes & Barreto, 2021).

Os resultados do estudo também indicaram que a origem geográfica dos participantes, especialmente aqueles do Rio de Janeiro, está associada a níveis mais severos de sintomatologia depressiva durante a pandemia. Este fenômeno pode estar ligado a desafios socioeconômicos específicos da região, como o elevado custo de vida e questões relacionadas à violência urbana (Marques; Franco; Brito-Marques; Martinez; Prado, 2021).

Além disso, ter um emprego formal e uma renda familiar superior a um salário mínimo foi associado a uma sintomatologia depressiva mais intensa. Embora esses fatores possam oferecer alguma estabilidade econômica, eles também podem acarretar ambientes de trabalho estressantes e pressões relacionadas ao desempenho, contribuindo para um aumento no estresse e na depressão. Esses desafios adicionais tornam o enfrentamento da pandemia mais complexo e difícil, exacerbando a sintomatologia depressiva e impactando negativamente a saúde mental das mulheres nessa situação (Huong et al., 2022).

Os resultados do estudo indicam que os usuários com sintomas depressivos mais severos frequentemente enfrentaram uma série de eventos relacionados à COVID-19, incluindo diagnóstico próprio, diagnóstico de amigos, familiares ou cônjuges, e a perda de pessoas próximas devido à doença. Esses fatores podem ter contribuído significativamente para o aumento da severidade dos sintomas depressivos.

Estudos sugerem que o estresse associado ao diagnóstico de COVID-19 pode ser um preditor importante para o desenvolvimento de depressão. Além disso, os desafios enfrentados não se limitam apenas ao período de infecção; mesmo após a recuperação, os indivíduos podem continuar a sofrer os efeitos físicos e psicológicos da doença, refletindo um impacto duradouro na saúde mental (Parikh; Lebowitz, 2024; Couto; Barbieri; Mato, 2021).

Outras pesquisas destacam que o processo de luto após uma perda traumática, como aquela provocada pela COVID-19, pode desencadear uma série de respostas emocionais e cognitivas complexas. O luto complicado, que se caracteriza por uma tristeza profunda e prolongada, é frequentemente observado em casos de perda significativa. Além disso, a exposição a eventos traumáticos, como a perda de um ente querido subitamente devido à pandemia, pode levar ao desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático, que muitas vezes estão associados ao agravamento da depressão. A falta de rituais de despedida apropriados, que na nossa cultura ocorre no velório que precede o sepultamento, devido às restrições impostas pela pandemia, e a dificuldade de compartilhar o luto com outros de maneira presencial, podem intensificar o sofrimento e dificultar o processo de luto (Ximenes & Barreto, 2021; Estrela et al., 2021).

A associação entre a depressão severa e a adesão parcial a comportamentos preventivos na pandemia de COVID-19 é respaldada por evidências científicas. Indivíduos com depressão severa frequentemente enfrentam desafios emocionais e cognitivos que podem afetar a tomada de decisões e o cumprimento de medidas preventivas. A depressão pode levar a sentimentos de apatia, desesperança e isolamento social, o que reduz a motivação para aderir ao distanciamento social e ao uso de máscaras. Além disso, a falta de energia e ânimo, bem como a dificuldade em lidar com atividades diárias, pode contribuir para a não adesão a essas medidas (Voineskos et al., 2020; Couto, Barbieri, & Mato, 2021; Sasaki, Aguiar, & Martins, 2023).

A despeito do processo de vacinação, este estudo aponta para uma associação significativa entre um esquema vacinal completo e a depressão, embora exista uma lacuna na literatura científica em relação a essa associação específica. Indivíduos com depressão severa frequentemente enfrentam desafios relacionados ao autocuidado. Todavia, isso não impactou na capacidade de aderir aos compromissos de vacinação. Isso pode ser devido às campanhas de conscientização, ao suporte social ou à percepção de que a vacinação é uma medida essencial de proteção, que motivou aqueles que enfrentam dificuldades emocionais a se vacinarem (Ximenes & Barreto, 2021; Couto, Barbieri, & Mato, 2021).

Dada a escassez de pesquisas específicas sobre a relação entre o medo da COVID-19 e a DRT, as descobertas deste estudo são particularmente significativas. Em um período desafiador como a pandemia, os indivíduos com DRT enfrentaram não apenas a complexidade de gerenciar o medo e a incerteza associados à crise sanitária, mas também a exacerbação de seus sintomas.

Nesse cenário, é crucial que esses indivíduos recebam apoio adicional e especializado dos sistemas de saúde. A assistência extra pode incluir adaptações nos cuidados, acompanhamento contínuo e recursos para enfrentar as adversidades impostas por uma pandemia. O suporte reforçado é essencial para ajudar essas pessoas a lidar com os impactos emocionais e psicológicos de uma pandemia e para assegurar que não sejam deixadas para trás no tratamento de suas condições de saúde mental (Delgado, 2019).

Embora a pandemia de COVID-19 tenha sido amenizada com a implementação de medidas de saúde pública e o desenvolvimento de vacinas eficazes, a literatura científica sugere que o vírus SARS-CoV-2 pode retornar de forma sazonal, similar ao vírus da gripe. Estudos indicam que o comportamento epidemiológico do vírus pode variar ao longo do tempo, com possíveis surtos em determinadas estações do ano, particularmente no inverno, quando a imunidade da população pode estar diminuída e as condições climáticas favorecem a transmissão viral (Bitan et al., 2020; Faro et al., 2020). Assim como a gripe, a COVID-19 pode

sofrer mutações que exigem atualizações regulares nas formulações de estratégias de saúde pública para garantir a proteção contínua da população (Faro et al., 2020).

Nesse contexto, a Escala de Medo da COVID-19 fornecer informações sobre o impacto psicológico da pandemia. Essa escala permite medir os níveis de medo relacionados à COVID-19, ajudando profissionais de saúde a identificar indivíduos que podem necessitar de apoio psicológico adicional. Além disso, ao evidenciar a importância de práticas de higiene, como a lavagem das mãos, e a adesão à vacinação, a escala pode reforçar comportamentos preventivos na população. A memória coletiva dos desafios enfrentados durante a pandemia pode ser um incentivo poderoso para a adoção contínua dessas medidas preventivas (Ahorsu et al., 2020; Faro et al., 2020).

Finalmente, a utilização da Escala de Medo da COVID-19 pode auxiliar na promoção de campanhas de saúde pública mais eficazes e direcionadas. Ao compreender melhor os medos e preocupações da população, as autoridades de saúde podem desenvolver mensagens e estratégias de comunicação que abordem diretamente essas questões (Couto; Barbieri; Mato, 2021; Sasaki; Aguiar; Martins, 2023).

### Capítulo III

#### **Desdobramentos do medo da COVID-19 para os Cuidados de enfermagem pós-pandemia à luz da Teoria da Maré (*Tidel Model*)**

No desenvolvimento desta tese se abriram várias discussões nacionais e internacionais que vislumbravam os efeitos que a pandemia de COVID-19 poderia acarretar e seus impactos nos serviços de saúde. Ainda há uma preocupação quando se pensa nos profissionais de saúde que participaram da linha de frente durante a pandemia, com destaque para a enfermagem, que perdeu mais de 4.500 profissionais em todo o Brasil (Coren-RJ, 2022). Estabelecer relações entre este estudo e ações de saúde mental para o pós-pandemia pode auxiliar como estratégia para fazer valer cuidados de enfermagem qualificados.

Durante e após a pandemia, muitos indivíduos experimentaram um agravamento dos sintomas depressivos devido a uma combinação de fatores como o medo constante de adoecer, o isolamento social prolongado e a interrupção dos tratamentos presenciais. O medo de contrair a COVID-19 gerou um estado de alerta contínuo, exacerbando os sentimentos de vulnerabilidade e incerteza (Jackson et al., 2020).

O isolamento social imposto pelas medidas de distanciamento físico desempenhou um papel significativo no aumento dos sintomas depressivos. A falta de interação social e apoio presencial levou a um sentimento de solidão e desconexão, elementos que são frequentemente correlacionados com a depressão (Freitas et al., 2020).

Além disso, muitos tratamentos presenciais foram interrompidos ou adaptados para formatos online, o que nem sempre é adequado para todos os usuários, especialmente aqueles com transtornos mentais prévios, como a DRT. Esses fatores combinados contribuíram para um aumento nos níveis de sintomas depressivos entre pessoas que já lutavam com transtornos mentais antes da pandemia (Barbosa et al., 2021).

Desse modo, a pandemia da COVID-19 trouxe à tona a necessidade de um enfoque mais abrangente na saúde, indo além da saúde física para incluir o bem-estar mental e emocional. O medo e a incerteza associados à pandemia tiveram um impacto profundo e duradouro na saúde mental de muitas pessoas, exacerbando problemas existentes e introduzindo novos desafios emocionais (Jackson et al., 2020).

A Teoria da Maré, desenvolvida por Phil Barker, emerge como uma abordagem inovadora que oferece uma compreensão profunda e multifacetada das experiências humanas

durante eventos críticos, como a pandemia de COVID-19. Essa teoria utiliza a metáfora de uma jornada no mar para ilustrar a complexidade das situações vivenciadas pelos indivíduos, comparando-os a embarcações que navegam por um oceano de incertezas e desafios.

Na visão de Barker, essas "marés" representam os altos e baixos da vida, com cada indivíduo enfrentando suas próprias tempestades e momentos de calmaria ao longo de sua trajetória. As tempestades intensas ou os ataques de pirataria na metáfora simbolizam os momentos de crise, em que a vida do indivíduo pode se tornar particularmente tumultuada, representando um barco que enfrenta o risco de naufrágio (Freitas et al., 2020; Martínez-Esquivel; Muñoz-Rojas; García-Hernández, 2023).

Phil Barker, além de ser um renomado enfermeiro e filósofo, foi o primeiro professor de Enfermagem Psiquiátrica no Reino Unido, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento da enfermagem de saúde mental. Sua Teoria da Maré destaca a importância de uma abordagem centrada na pessoa, onde o cuidado é visto como um processo colaborativo entre o enfermeiro e o paciente. Na qual, Barker enfatiza que a recuperação é um processo contínuo, que deve ser entendido no contexto único de cada indivíduo, reconhecendo suas experiências, crenças e valores (Freitas et al., 2020; Martínez-Esquivel; Muñoz-Rojas; García-Hernández, 2023).

Nesse contexto, o oceano representa o vasto campo das experiências pessoais e emocionais, onde as ondas e tempestades são os desafios e adversidades que as pessoas encontram, e problemas de vida podem se tornar tão avassaladores que ameaçam "afogar" os indivíduos (Teixeira et al., 2018).

As ondas de COVID-19 podem ser correlacionadas com essa metáfora para entender melhor como a pandemia afetou a vida das pessoas ao longo do tempo. A primeira onda de COVID-19, marcada pelo pico inicial de infecções e o impacto profundo nas rotinas e no sistema de saúde, pode ser vista como uma maré alta, trazendo uma onda de desafios inesperados e intensos que alteraram drasticamente o cenário global (Almeida, 2019).

A segunda onda, caracterizada pelo retorno dos casos em um ritmo mais controlado, mas ainda significativo, pode ser comparada a uma maré que recua, mas não totalmente. Esse período trouxe uma combinação de alívio e novas tensões, com o enfrentamento de novas variantes e o impacto prolongado nas capacidades de recuperação. A terceira onda, associada a um aumento mais prolongado e menos previsível de casos, pode ser vista como uma nova maré alta que desafia a capacidade de recuperação dos indivíduos e sistemas de saúde, exigindo um ajuste contínuo às novas condições e incertezas (Kusdemir, Oudshoorn, & Ndayisenga, 2022).

Assim, a Teoria da Maré oferece uma perspectiva útil para compreender como as diferentes fases da pandemia interagiram com a experiência de recuperação e adaptação das pessoas.

A pandemia criou um ambiente turbulento que exacerbou os problemas emocionais e psicológicos existentes, criando uma metáfora de um mar revolto no qual as pessoas podem se sentir como se estivessem à deriva, lutando para não se afogar em seus desafios. Assim, a teoria ilustra como as experiências de estresse e adversidade associadas à pandemia podem afetar profundamente o bem-estar e a estabilidade das pessoas, enfatizando a necessidade de apoio e resiliência para enfrentar e superar essas dificuldades (Aburto et al., 2022).

A abordagem da Teoria da Maré visa ajudar os indivíduos a navegar por essas tempestades, fornecendo um quadro que utiliza uma linguagem cotidiana para tornar as experiências mais compreensíveis e gerenciáveis (Nance, 2019). Essa metáfora para o processo de acompanhamento e recuperação após eventos negativos à saúde mental, favorece o conceito central, que mesmo que o navio (ou a pessoa) enfrente sérios danos, se as peças necessárias forem recuperadas e o navio for consertado, ele pode zarpar novamente e retomar seu curso na vida. Neste contexto, a teoria sugere que, após a pandemia, os indivíduos podem precisar de um espaço seguro e suporte adequado para reparar os danos emocionais e traumas vivenciados (Almeida, 2019; Kusdemir, Oudshoorn, & Ndayisenga, 2022).

A Teoria da Maré propõe uma estrutura que pode ajudar na recuperação e na adaptação contínua, reconhecendo que a saúde mental é influenciada por uma série de fatores emocionais (Savaşan; Çam, 2017). Reconhece a interconexão entre emoções, estado mental e qualidade de vida, e sugere que eventos críticos, como a pandemia, podem redefinir a bússola no mar de incertezas da vida das pessoas (Teixeira et al., 2018; Huong et al., 2022).

Utilizar essa teoria como base conceitual para a enfermagem em saúde mental, especialmente no contexto da pós pandemia, implica que cada indivíduo viveu suas próprias experiências de maneira única e que a forma como essas experiências são enfrentadas depende dos recursos disponíveis a cada pessoa. Uma perspectiva que vincula os transtornos psicológicos ao estágio específico da vida que o indivíduo atravessou, facilitando uma compreensão mais profunda das ideias, premissas, conceitos e relacionamentos que moldaram suas experiências (Freitas; Araujo; Moura, 2020).

A Teoria da Maré desafia o modelo psiquiátrico tradicional, frequentemente limitado às abordagens médica e medicamentosa. Em contraste, a teoria adota uma abordagem mais ampla e integrada, enfocando não apenas os aspectos biomédicos e farmacológicos, mas também as dimensões emocionais. Seu diferencial está em considerar a totalidade da experiência do

usuário, promovendo um cuidado que vai além da intervenção médica convencional (Martínez-Esquivel; Muñoz-Rojas; García-Hernández, 2023).

Esse modelo promove uma abordagem que dá voz aos indivíduos, permitindo que suas histórias e sentimentos sejam considerados no planejamento e na execução dos cuidados, o que pode ser aproveitado pela enfermagem ao planejar ações voltadas as pessoas com DRT que passaram pela pandemia e vivenciaram o medo da COVID-19. Assim, contribui para a reorientação do paradigma do cuidado em saúde mental, incentivando uma prática que vai além dos métodos convencionais centrados na abordagem medicamentosa, sublinhando a importância de reconhecer e compreender as singularidades individuais e o contexto pessoal e social dos usuários para proporcionar um cuidado mais efetivo e adaptado às suas necessidades específicas (Aburto et al., 2022).

Desse modo, é importante que as experiências individuais dos usuários, incluindo aquilo que intensificou o sofrimento psíquico durante a pandemia sejam considerados, uma vez que seus efeitos podem ainda estar ocorrendo, a depender das circunstâncias pessoais e emocionais de cada um. Cabe ao profissional favorecer a identificação do sofrimento, suas relações com situações vivenciadas durante a pandemia e clarificar o propósito dessa consideração (Cullen; Gulati; Kelly, 2020).

Ao reconhecer que cada experiência é única, o enfermeiro enfatiza a importância de adaptar o cuidado às necessidades específicas de cada pessoa, promovendo uma abordagem de recuperação que vai além da simples gestão dos sintomas, focando na construção de um suporte contínuo e no fortalecimento da narrativa pessoal (Savaşan; Çam, 2017; Teixeira et al., 2018). Isso permite que os enfermeiros ofereçam um cuidado que respeita e valoriza as histórias individuais, ajudando os usuários a encontrarem sentido e resiliência em sua vida pós pandemia. Quadro 5. Tipologia das bases para cuidados de enfermagem a pessoas com DRT no pós-pandemia à luz da Teoria da Maré (a partir dos resultados desta pesquisa).

<b>Medo da COVID-19 à luz da Teoria da Maré</b>	<b>Tipologia das bases para cuidados de enfermagem a pessoas com DRT no pós-pandemia</b>
Maré de emoções negativas	O enfermeiro compreende as narrativas subjacentes às experiências de adversidade e as vivências individuais e aprimora o cuidado em saúde mental no período pós-pandêmico.
Perspectiva de afundar: sentimento de desamparo e angústia mental.	O enfermeiro reconhece as adversidades da pandemia, oferece um modelo de reabilitação que integra processos para a recuperação emocional e explora as dimensões espirituais da

	experiência, ajudando os usuários a encontrarem sentido e propósito após a pandemia.
Tempestade no mar que causa confusão e desorientação.	O enfermeiro compreende que a pandemia pode ter intensificado os sintomas psicológicos, e age para ajudar os usuários em suas dificuldades emocionais, utilizando práticas como escuta ativa, apoio emocional e fortalecimento do vínculo terapêutico.
Guia para navegar: experiências espirituais e emocionais.	O enfermeiro facilita a integração das experiências espirituais dos usuários, utilizando empatia e sensibilidade para criar um ambiente acolhedor. Em vez de focar apenas no "risco", cria "pontes" e estabelece relações interprofissionais.
Peças recuperadas, para que o navio seja consertado e possa zarpar novamente.	O enfermeiro oferece um ambiente seguro e suporte adequado para ajudar os usuários a curarem seus danos emocionais e traumas vivenciados durante a pandemia, distanciando seus sentimentos do medo surgido.
Risco de "afundamento" emocional.	O enfermeiro ajuda o usuário a resolver, superar e adaptar as suas condições psíquicas e emocionais, considerando suas capacidades futuras, alinhando a experiência individual, autodescoberta e reconstrução pessoal.
Navegação instável: depressão e a adesão a comportamentos preventivos.	O enfermeiro foca na pessoa em sofrimento psíquico causado pelo medo da COVID-19 e suas circunstâncias, em vez de apenas nos sintomas. Planeja cuidados centrados nas necessidades e contextos individuais, ao invés de tratar a piora na DRT pós-pandemia como um fator isolado.
Ataques de pirataria vivenciados na pandemia.	O enfermeiro identifica estratégias para o usuário lidar com as perdas ocorridas durante a pandemia, como o luto ou perdas financeiras, a fim de promover a resiliência e apoiar a adaptação contínua a novas situações, oferecendo suporte emocional adaptativo de longo prazo.
O "salva-vidas" na tempestade.	O enfermeiro atua como um "bote salva-vidas". Oferece o suporte necessário para resgatar e auxiliar na recuperação de indivíduos em risco emocional relacionado ao agravamento de seu quadro depressivo no período pandêmico.

O “salva-vidas” no processo de salvamento.	O enfermeiro revisa e ajusta regularmente os planos de intervenção adequando às necessidades dos usuários, enquanto também monitora sua própria saúde.
Reparos no navio após tempestades.	O enfermeiro proporciona um espaço seguro a reparação dos danos emocionais, ajudando os usuários a reescreverem suas histórias pessoais e adaptarem-se às novas circunstâncias, prevenindo futuros problemas.

Fonte: Elaborado pela autora – Inspirado em TEIXEIRA et al., 2018

O medo da COVID-19 é descrito como algo invisível, porém, ameaçador. Embora se manifeste por meio de comportamentos e sintomas observáveis, ele não pode ser diretamente visto ou medido de maneira objetiva. Este aspecto invisível do sofrimento demanda uma abordagem sensível e profunda, onde o papel do enfermeiro é fundamental (Aburto et al., 2022; Cullen; Gulati; Kelly, 2020).

Medir o medo da COVID-19 por escala aplicada a pessoas com DRT trouxe à luz elementos para o cuidado do enfermeiro a fim de facilitar o acesso dos usuários às suas próprias experiências emocionais, em busca de recursos que os ajudem a explorar e entender, como compreensão, as suas vivências, na tentativa de lhes devolver a autoria da própria história, reescrevendo seu papel e sua trajetória de vida com base em uma nova compreensão de si mesmo e de seus desafios (Baker et al., 2022).

Desse modo, a luz da Teoria da Maré, este estudo propõe uma mudança significativa no gerenciamento de riscos pós-pandemia em usuários com DRT, substituindo a abordagem tradicional de observação e controle por uma estratégia mais relacional e colaborativa.

Em vez de simplesmente o enfermeiro monitorar e controlar os comportamentos de risco, partindo de determinado ponto inicial estabelecido, por exemplo, pelo retorno as consultas e atividades presenciais, há que se considerar o *continuum* da vida pós-pandemia. A Teoria da Maré sugere a criação de “pontes” que facilitem a conexão entre os indivíduos e os recursos de apoio disponíveis (Silva et al., 2023).

Essas “pontes” representam a construção de relações interprofissionais e a colaboração entre diferentes áreas de cuidado, o que pode ajudar a enfrentar os desafios atuais de maneira mais plena, onde a colaboração entre a enfermagem, familiares e a própria pessoa se torna mais integrada e compreensiva (Freitas; Araujo; Moura, 2020).

Oferecer um atendimento eficaz a pessoas com DRT, que possuem muitos anos de sofrimento psíquico, caracterizado por recaídas e desesperança requer que se vá além da

observação superficial dos sintomas. O enfermeiro precisa se envolver com o cuidado, analisando os fatores externos que podem estar contribuindo para o sofrimento, como questões familiares, sociais e econômicas, de modo a oferecer os botes salva-vidas necessários ao enfrentamento das turbulências decorrentes da tempestade (COVID-19).

Desse modo, navegando na Teoria da Maré, este estudo orienta os enfermeiros a adotarem uma abordagem mais abrangente, que visa promover o bem-estar geral do usuário ao reconhecer e intervir nas condições e influências externas que impactam sua saúde mental. Essa perspectiva enriquece a prática clínica ao proporcionar um entendimento mais profundo das necessidades dos usuários e ao fomentar um cuidado centrado na pessoa, aliviando inseguranças causadas por medos sentidos (Parikh & Lebowitz, 2024; Gustavsson & Beckman, 2020).

Nessa perspectiva, o enfermeiro compreende as experiências vividas pelos usuários com DRT, considerando suas especificidades que afetam a adesão ao tratamento e a melhora de seu quadro, ajudando-os a enfrentar e superar suas adversidades de maneira mais eficaz.

Portanto, a aplicação da Teoria da Maré na prática de enfermagem em cuidados a pessoas com DRT oferece mais um caminho para transformar o cuidado em saúde mental em um atendimento mais empático, ajudando a alinhar as práticas de cuidado com as necessidades e experiências reais dos indivíduos durante e após a pandemia (Benzon; Jorgensen, 2024; Martínez-Esquivel; Muñoz-Rojas; García-Hernández, 2023).

Os cuidados de enfermagem pós-pandemia a luz da Teoria da Maré criam um sistema de suporte que identifica e lida com o risco de agravamento do sofrimento psíquico, apoia e empodera afetivamente a pessoa no enfrentamento da DRT. O uso da teoria em análise, vem demonstrar que os enfermeiros podem estabelecer relações mais significativas e colaborativas com os usuários. Isso facilita a construção de uma rede de apoio que não apenas observa o risco, mas trabalha ativamente para reduzir o impacto da depressão (Freitas et al., 2019).

Isso implica em ajustar a forma como os enfermeiros de saúde mental apoiam os usuários, ajudando-os a superar os desafios e a adaptar-se às mudanças provocadas pela pandemia. Em essência, a teoria sugere que, ao compreender e abordar os impactos da pandemia, é possível que o enfermeiro forneça um suporte mais direcionado e eficaz, facilitando a recuperação e a adaptação dos usuários à nova realidade que se desenha após uma crise sanitária.

Durante a pandemia, muitos indivíduos experimentaram um profundo senso de perda e desorientação, o que pode tornar a recuperação um desafio mais complexo do que linear. Aplicar essa teoria permite que os enfermeiros ofereçam um quadro de referência que valida

essas experiências e sentimentos, ajudando os usuários a normalizar suas emoções e a desenvolver resiliência (Teixeira et al., 2018).

Diante dessa realidade, a equipe de enfermagem precisa adaptar suas abordagens para reduzir o afastamento entre a equipe de saúde e os usuários, especialmente em situações pandêmicas. É fundamental que os enfermeiros não apenas mantenham uma presença constante e acessível, mas também implementem estratégias que garantam um suporte contínuo. Isso implica a necessidade de aprimoramento técnico, utilização de recursos tecnológicos e de planejamento para evitar a sensação de abandono por parte dos usuários (Martínez-Esquivel; Muñoz-Rojas; García-Hernández, 2023).

Essas atividades são essenciais para criar um ambiente seguro e de suporte, onde os indivíduos possam expressar suas angústias e receber o auxílio necessário para enfrentar seus desafios. Assim, os enfermeiros atuam de forma a mitigar o impacto emocional e psicológico da crise, oferecendo suporte contínuo e adequado para ajudar os indivíduos a superar suas adversidades e encontrar um caminho de menos sofrimento (Freitas; Araujo; Moura, 2020).

A Teoria da Maré propõe também um modelo prático para a exploração das dimensões espirituais, enfatizando a importância de uma abordagem holística, promovendo a ideia de que a recuperação é um processo contínuo, com avanços e retrocessos, e enfatiza a importância de uma abordagem psicossocial de apoio mútuo. O enfermeiro, atuando como facilitador da relação do usuário com a equipe de saúde, incluindo e respeitando suas crenças espirituais, pode ajudá-los a reconstruir suas histórias de vida e encontrar novos significados após a pandemia (Freitas et al., 2019; Kusdemir et al., 2022).

Isso é particularmente relevante no contexto pós-pandêmico, no qual o enfermeiro enfrenta um novo tempo na sociedade, que ainda sofre com os efeitos da pandemia da COVID-19, e precisa ajudar os usuários a adaptarem-se as suas novas realidades e a superarem os desafios do viver (Barker, 2001; Almeida, 2019; Ritchie et al., 2021; Cummings et al., 2022).

Em essência, a Teoria da Maré promove uma prática clínica que considera a complexidade da vida e as particularidades de cada pessoa, facilitando uma assistência que é ao mesmo tempo sensível, como prática no auxílio aos indivíduos em sua jornada para superar as dificuldades emocionais e psicológicas (Kusdemir; Oudshoorn; Ndayisenga, 2022; Teixeira et al., 2018).

Outro aspecto importante é que, durante a pandemia, os profissionais de saúde enfrentaram um aumento significativo na carga de trabalho e no nível de estresse, resultando em esgotamento físico e emocional. O conceito de "salva-vidas" na Teoria da Maré ilustra

como, mesmo aqueles que estão na linha de frente para ajudar, podem também estar sujeitos a desgaste e fadiga (Kusdemir; Oudshoorn; Ndayisenga, 2022).

Na metáfora da Teoria da Maré os profissionais de saúde são comparados a salva-vidas que enfrentam tempestades e desafios enquanto tentam apoiar a outros. Esse desgaste acumulado pode comprometer a capacidade desses profissionais de fornecer um suporte eficaz e contínuo aos usuários. O impacto do estresse e da sobrecarga pode levar à diminuição da qualidade do atendimento, dificultando a manutenção de um suporte constante e empático, essencial para a recuperação e bem-estar dos usuários (Benzon; Jorgensen, 2024).

A analogia da Teoria da Maré sugere que, assim como um salva-vidas ajusta suas estratégias para lidar com novas situações e desafios, os profissionais de saúde devem adaptar suas abordagens tanto para o cuidado de si mesmos quanto para o dos usuários. Em um cenário pós-pandêmico é fundamental que o foco nos cuidados essenciais inclua uma avaliação contínua das necessidades de todos os envolvidos. Isso garante que o atendimento seja eficaz e responsivo, ajustando as intervenções às condições em evolução e às experiências individuais (Nance, 2019).

Portanto, a Teoria da Maré orienta o cuidado em crises e destaca a necessidade de flexibilidade e revisão contínua dos planos de ação para garantir a qualidade do suporte aos usuários e ao próprio profissional (Teixeira et al., 2018; Nance, 2019).

Ao valorizar a perspectiva pessoal de cada usuário, os enfermeiros podem atuar como facilitadores na reconstrução das suas histórias de vida, ajudando-os a encontrar novos significados e propósitos após as experiências traumáticas da pandemia. A recuperação em saúde mental é um dinâmico ciclo de reconstrução e adaptação (Silva et al., 2023; Barker, 2001).

A Teoria da Maré também pode ser integrada em programas de formação de enfermeiros, focando no desenvolvimento de habilidades cruciais como comunicação, empatia e suporte emocional. Esses programas são fundamentais para preparar os profissionais de saúde para lidar com as complexas necessidades emocionais e psicológicas dos usuários no cenário pós-pandêmico. Além disso, a teoria oferece uma base sólida para a formulação de políticas de saúde mental que promovam a recuperação e o bem-estar a longo prazo (Almeida, 2019; (Benzon; Jorgensen, 2024).

Aplicar essa teoria na prática de enfermagem significa que os enfermeiros podem ajudar a criar um ambiente onde os usuários não apenas sobrevivam, mas realmente prosperem apesar dos desafios impostos pela pandemia. Ao adotar uma abordagem focada na recuperação contínua, os enfermeiros instituem o processo terapêutico mais profundo e duradouro,

contribuindo para um futuro no qual os usuários se sintam apoiados e capacitados a enfrentar os desafios da nova realidade pós pandemia.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese do estudo foi confirmada, assim como os resultados obtidos neste estudo indicaram que a Escala de Medo da COVID-19 é uma ferramenta confiável e válida para medir o medo da COVID-19 em adultos com DRT. A análise estatística revelou que os itens da escala apresentaram boas cargas fatoriais, com valores acima do critério mínimo recomendado, demonstrando uma excelente aderência dos itens à variável latente do medo da COVID-19. Além disso, a unidimensionalidade do instrumento foi confirmada, eliminando a possibilidade de dupla saturação.

A AFC também demonstrou um bom ajuste ao modelo unidimensional da escala, com indicadores de ajuste consistentes com a literatura. Além disso, os resultados apontaram associações significativas entre o medo intenso da COVID-19 e algumas variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, nível de educação, região de origem, situação de trabalho e renda familiar. Essas associações indicam que certos grupos de usuários com DRT foram mais vulneráveis ao medo da COVID-19 e ao agravamento da depressão na pandemia.

Os resultados mostram que os participantes com medo intenso da COVID-19 apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos, sugerindo uma interação entre o medo da pandemia e a gravidade da depressão, levando a necessidade de se pensar em bases para o cuidado em saúde mental, destacadamente, para o cuidado de enfermagem em saúde mental, linha de pesquisa na qual se inclui esta tese de doutorado.

Tendo em vista que pouco ainda se sabe sobre o comportamento das pessoas com DRT em relação à pandemia. Este estudo contribui para o serviço de saúde mental, assim como para a enfermagem, com uma ferramenta confiável e válida para medir o medo em adultos com DRT, proporcionando um instrumento para avaliar o impacto do medo da pandemia tal como visto na população analisada.

A confirmação da correlação significativa e forte entre a Escala de Medo da COVID-19 e os resultados do Inventário de Depressão de Beck destaca a interação entre o medo da pandemia e a gravidade da depressão. Isso pode orientar abordagens terapêuticas menos medicamentosas e mais inclusivas, focando nas questões subjetivas que intensificam o quadro psíquico da depressão.

A enfermagem desempenha um papel central no atendimento à saúde, porém a produção científica na área de validação de instrumentos psicométricos ainda é limitada, sobretudo em cuidados de saúde mental a usuários com DRT. Considerando que essa condição afeta uma parcela significativa da população, o uso de ferramentas validadas possibilita uma abordagem

baseada em evidências, proporcionando cuidados mais direcionados. Conseqüentemente, a validação dessa escala aprimora a qualidade do cuidado, reforçando a importância dessa prática na enfermagem.

A utilização da Teoria da Maré como referência no cuidado de enfermagem em saúde mental oferece um caminho para transformar este cuidado em um atendimento mais empático. Isso ajuda a alinhar as práticas de cuidado com as necessidades e experiências reais dos indivíduos durante a pandemia e além dela. Assim, os cuidados de enfermagem a pessoas com DRT, pós-pandemia, à luz da Teoria da Maré, permite criar bases de suporte que não apenas identifica e lida com o risco, mas que também apoia e empodera a pessoa a enfrentar a depressão de um lugar mais seguro. Dessa forma, os enfermeiros podem estabelecer pontes com usuários, família e equipe multiprofissional, facilitando a construção de uma rede de apoio que trabalhe ativamente para reduzir o impacto da depressão pós pandemia de COVID-19.

As limitações deste estudo decorrem do uso de desenhos transversais, que são capazes de estabelecer evidências de associação, mas não de causalidade. Além disso, vale ressaltar que este estudo se deparou com à escassez de evidências científicas relacionando a gravidade dos sintomas depressivos em indivíduos com DRT durante a pandemia da COVID-19.

Portanto, pesquisas futuras que empreguem desenhos longitudinais são necessárias para uma exploração mais aprofundada das relações de causa e efeito entre o medo e o agravamento da depressão. Essas investigações podem contribuir para uma compreensão mais completa dos fatores que afetam a saúde mental de pessoas com DRT em situações de adversidade, como a pandemia da COVID-19.

Importante ressaltar que além dos objetivos estabelecidos na tese, a primeira fase da pesquisa envolveu a organização de uma lista de usuários ativos, permitindo à pesquisadora identificar aqueles que estavam inativos e haviam abandonado o tratamento no serviço. Em resposta a essa situação, foi desenvolvido um projeto adicional voltado para a busca ativa desses usuários inativos durante a pandemia. Esse projeto incluiu o contato direto com os usuários, a análise das razões para a interrupção do tratamento e a implementação de intervenções personalizadas. O objetivo principal foi fornecer suporte adicional e incentivar a retomada do tratamento, com o intuito de melhorar a adesão e os desfechos clínicos. A iniciativa ressaltou a importância da continuidade do cuidado e a necessidade de uma abordagem proativa na enfermagem, contribuindo para a melhoria global dos resultados do tratamento e para a eficácia do serviço.

## REFERÊNCIAS

ABEL, A.; HAYES, A.M.; HENLEY, W.; KUYKEN, W. Sudden gains in cognitive behavior therapy for treatment-resistant depression: processes of change. **J Consult Clin Psychol.** v.84, n. 10, p.726- 730, 2016.

ABURTO, J. M. et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. **Int. J. Epidemiol.** v. 51, n.1, p. 63–74, 2022.

AHORSU, D.K.; LIN, C.Y.; IMANI, V.; SAFFARI, M.; GRIFFITHS, M.D.; PAKPOUR, A. H. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. **Int J Ment Health Addict.** v .27, n.2, p. 1–9, 2020.

ALEXANDRE, N. M; C; GALLASCH, C.H.; LIMA, M.H.M.; RODRIGUES, R.C.M. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf.** v. 15, n. 3, p. 802-9, 2013.

ALMEIDA, N.F. Para uma teoria unificada sobre saúde-doença: I. Saúde como objeto-modelo complexo. **Rev. Saúde Pública.** v.47, n.3, p.433-450, 2013.

ALYAMI, M.; HENNING, M.; KRÄGELOH, C. U.; ALYAMI, H. Psychometric Evaluation of the Arabic Version of the Fear of COVID-19 Scale. **Int J Ment Health Addict.**, v. 16, p. 1-14, 2020

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000.

ANUNCIAÇÃO, L.; SQUIRES, J.; CLIFFORD, J.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Confirmatory analysis and normative tables for the Brazilian Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional. **Child Care Health Dev.**, v. 45, n. 3, p. 387-393, 2019.

ASMUNDSON, G. J. G.; TAYLOR, S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of Anxiety Disorders**, v.70, n.10, p.102196, 2020.

ARPACI, I.; KARATAS, K.; BALOĞLU, M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 phobia scale (C-19P-S). **Personality and Individual Differences**, v.164, p. 10108, 2020.

AUERSWALD, M.; MOSHAGEN, M. How to determine the number of factors to retain in exploratory factor analysis: A comparison of extraction methods under realistic conditions. **Psychol Methods.** v. 24, n. 4, p.468- 91, 2019.

BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.

BAKER, F. B. **The basics of item response theory**. 2 ed. ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation; 2021.

BARKER, P. **The Tidal Model: a guide for mental health professionals**. New York: Routledge; 2019.

BARKER, P. J. The Tidal Model: the lived-experience in person-centered in mental health nursing care. **Nurs Philos**. v.2, n.3, p.213-23, 2021.

BAKER, R. E. et al. Infectious disease in an era of global change. **Nat. Rev. Microbiol**. v.20, n.1, p. 193–205, 2022.

BARROS, M.N; AGUIAR, M.M; CARVALHO, F; MACEDO, A; PEREIRA, A.T. COVID-19 Fear Scale - Validation and adaptation for the perinatal period. **J Hum Growth Dev**. v. 31, n.1, p. 09-17.2021.

BAVEL, J. V.; BAICKER, K.; WILLER, R. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**. v. 4, n. 1, p. 460-471, 2020.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory Manual**. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.

BENNET, D. S.; AMBROSINI, P. J.; BIANCHI, M.; BARNETT, D.; METZ, C.; BABINOVICH, H. Relationship of Beck Depression Inventory factors to depression among adolescents. **Journal of Affective Disorders**, v.45, n.3, p.127-134, 1997.

BENZON, A.; JORGENSEN, R. ‘To loosen up and talk’: Patients’ and facilitators’ experiences of discovery group sessions from the Tidal Model as an introduction before engaging in a person-centred group intervention. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 00, p. 1-11, 2024.

BITAN, D.T.; GROSSMAN-GIRON, A.; BLOCH, Y.; MAYER, Y.; SHIFFMAN, N.; MENDLOVIC, S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. **Psychiatry Res**.v. 10, n. 10, p. 1-16, 2020.

BOZDOGAN, H. Model Selection and Akaike's Information Criterion (AIC): The General Theory and Its Analytical Extensions. **Psychometrika**, v. 52, n. 3, p.:345-370, 1987.

BROOKES, N. **The Tidal Model in the mental health recuperation**. 8th ed. In: Tomey AM, Alligood MR. **Nursing theorists and their works**. New York: Elsevier; 2014.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p.912–920, 2020.

BROWN, T. **Conformatory fator analysis for applied research**. Londres. Guilford press.editor: 2016.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique, and Utilization**. 4ed. Saunders Company: Philadelphia, 2001.

CARVALHO, P. M. M.; MOREIRA, M. M.; OLIVEIRA, M. N. A.; LANDIM, J. M. M.; ROLIM NETO, M. L. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. **Psychiatry Research**, v. 286, n.112902, p. 1-2, 2020.

CAYCHO-RODRÍGUEZ, T; VILCA, L.Y. W; CERVIGNI, M; GALLEGOS, M; MARTINO, P; PORTILLO, N; BARÉS, I; CALANDRA, M; BURGOS, V.C. Fear of COVID-19 scale: Validity, reliability and factorial invariance in Argentina's general population. **Death Stud**, v.29, p. 1-10, 2020.

CHEN, C.; JIANYING, H.; ZHENSHUN, C.; JIANYUAN, W.; SONG, C.; YONGXI, Z.; BO, C.; et al. "Favipiravir versus Arbidol for COVID-19: A Randomized Clinical Trial." **MedRxiv**. v. 3, n. 17, p. 20037432, 2020.

CHEN, I. H.; CHEN, C. Y.; ZHAO, K. Y.; GAMBLE, J. H.; LIN, C. Y.; GRIFFITHS, M. D.; PAKPOUR, A. H. Psychometric evaluation of fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) among Chinese primary and middle schoolteachers, and their students. **Current Psychology**. n.5, v. 10, p. 1-17, 2022.

CHOI, J.; KIM, S.; CHEN, J.; DANNELS, S. A comparison of maximum likelihood and bayesian estimation for polychoric correlation using monte carlo simulation. **J. Educ. Behav. Stat.** v.36, p. 523–549, 2011.

COSTA, M. J. C. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 321-339, 1978.

COSTELLO, A. B.; OSBORNE, J. W. Practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. **Pract. Assess. Res. Eval.** v.10, p.10-7, 2005.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. D. S. A. Considerações sobre o impacto da COVID-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade**, v.30, n.1, p. e200450, 2021.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. v. 16, n.1, p. 297-334, 1951.

CROWN, W. H. et al. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 63, n. 11, p. 963-971, 2002.

CUMMINGS, C.; HUMISTON, T.; COHEN, L. B.; LANSING, A. H. The role of COVID-19 fears and related behaviors in understanding daily adolescent health behaviors during the pandemic. **Journal of Health Psychology**, v.27, n.6, p.1354-1364, 2022.

CULLEN, W.; GULATI, G.; KELLY, B. D. Mental health in the COVID-19 pandemic. **QJM**. v.113, n.1, p. 311–312, 2020.

DANESE, S.; SPINELLI, A. Management of IBD during the COVID-19 outbreak: resetting clinical priorities. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**. v.25, n.1, p. 1-10, 2020.

DAS, V. **Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India.** New Delhi: Oxford University Press, 1996.

DELGADO, P.G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, v.17, n.2 p. e0020241, 2019.

DELRIO, C.; MALANI, P. N. COVID-19 New Insights on a Rapidly Changing Epidemic. **JAMA The Journal of the American Medical Association.** v. 323, n. 14, p. 1339-40, 2020.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 06-11, 1999.

DIVITROV, D. M. **Statistical methods for validation of assessment scale data in counseling and related fields.** VA: American Counseling Association; 2012. 270 p.

DUARTE, M. L. C.; SILVA, D. G.; BAGATINI, M. M. C. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.42, n.esp., p. e20200140, 2021.

DUNN, T. J.; BAGULEY, T.; BRUNSDEN, V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. **British journal of psychology**, v.105, n.3, p. 399-412, 2013.

ELLIOT, A. J.; GABLE, S. L.; MAPES, R. R. Approach and Avoidance Motivation in the Social Domain. First Published March. v. 1, n. 1, p. 1- 17, 2006.

ESTRELA, F.M.; SILVA, F.A.; OLIVEIRA, A. C. B.; MAGALHÃES, J. R. F.; SOARES, C. F. S.; PEIXOTO, T. M.; OLIVERA, M. A. S. Enfrentamento do luto por perda familiar pela covid-19: estratégias de curto e longo prazo. **Pers Bioet.**, v. 1, n. 25, p. e2513, 2021.

EZZEDDIN, N; EINI-ZINAB, H; KALANTARI, N; AHMADI, M; BEHESHTI, Z. Is Fear of COVID-19 Higher among Food-Insecure Households? A Model-Based Study, Mediated by Perceived Stress among Iranian Populations **medRxiv - Nutrition**, v. 12, n, 22, p. 202- 24, 2020.

FALVEY, J.R.; KRAFFT, C.; KORNETTI, D. The Essential Role of Home- and Community-Based Physical Therapists During the COVID-19 Pandemic. **Phys Ther.** v. 100, n. 7, p.1058-1061, 2020.

FAVA, M. Augmentation and combination strategies in treatment-resistant depression. **J Clin Psychiatry**, v. 62, n.18, p. 4-11, 2001

FAVA, M.; DAVIDSON, K. G. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. **Psychiatric Clinics of North America.**, v. 19, n.2, p. 179-200, 1996.

FARO, A.; BAHIANO, M. A.; NAKANO, T. C.; REIS, C. S.; BRENDA, F.P.; VITTI, L.S. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia.** v. 37, n.10, p. e200074, 2020.

FAWAZ, M.; SAMAHA, A. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers. **First Published.** v.66, n. 6, p. 560-565, 2020.

FECHER, B. Embracing complexity: Covid-19 is a case for academic collaboration and co-creation. **Elephant in the lab**. v. 10, n. 5, p. e371289, 2020.

FERRANDO, P.J.; HERNANDEZ-DORADO, A.; LORENZO-SEVA, U. **Detecting correlated residuals in exploratory factor analysis: new proposals and a comparison of procedures**. Technical report. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2021.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v.78, n.5, p. 762-780, 2018.

FREITAS, R. J. M.; ARAUJO, J. L.; MOURA, N. A.; OLIVEIRA, G. Y. M.; FEITOSA, R. M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 2, e20180177, 2020.

GANDINI, R. C.; MARTINS, M. C. F.; RIBEIRO, M. P.; SANTOS, D. T. G. Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **Psico-USF**, v. 12, n. 1. p. 23-31. 2007.

GARCIA, R. Neurobiology of fear and specific phobias. **Learn Mem.**, v. 24, n. 1, p.462-71, 2017.

GIORDANI, R.C.F; SILVA, M.Z; MUHL, C; GIOLO, S.R. Fear of COVID-19 scale: Assessing fear of the coronavirus pandemic in Brazil. **J Health Psychol**, v. 16. n.13, p. e591, 2020.

GIORDANI, R.C; GIOLO, S.R; MUHL, C. ESTAVELA, A.J; GOVE, J.I.M. Validation of the FCV-19 Scale and Assessment of Fear of COVID-19 in the Population of Mozambique, East Africa. **Psychology Research and Behavior Management**. v.19, n.14, p. 345-354, 2021.

GRIFFITHS, M. D.; MAMUN, M. A. COVID-19 suicidal behavior among couples and suicide pacts: Case study evidence from press reports. **Psychiatry Res**. v. 289, n.10, p. 113105, 2020.

GOYAL, K.; CHAUHAN, P.; CHHIKARA, K.; GUPTA, P.; SINGH, M. P. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India. **Asian Journal of Psychiatry**, v.49, n.1, p. e101989, 2020.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.29, n.4, p. 453-457, 1996.

GORETZKO, D.; PHAM, T.T.H.; BÜHNER, M. Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. **Curr Psychol**. v. 1, n. 12, p. 1- 12, 2019.

GREENBERG, L.; LANTZ, M.S.; LIKOUREZOS, A. Screening for depression in nursing home palliative care patients. **J Geriatr Psychiatry Neurol**, v.17, p. 212-8, 2004.

GUTLEIN, M.; HELMA, C.; KARWATH, A.; KRAMER, S. A LargeScale Empirical Evaluation of Cross-Validation and External Test Set Validation in (Q)SAR. **Mol Inform.** v.32, n.1, p.516-28, 2013.

HAIR, J. R.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R.; TATHAM R. L. **Multivariate Data Analysis**. 4. ed. Prentice. Hall: Ellglewood Cliffs, 2014.

HAIR, J. F.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; WILLIAM, C. B. **Multivariate Data Analysis**, 8 ed. Edn. Faridabad: International Thomson Business Press, 2018.

HAIR JR, J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARPER, C. A.; SATCHELL, L. P.; FIDO, D.; LATZMAN, R. D. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. **Int J Ment Health Addict.** v. 27, n. 1, p.1–14, 2020.

HO, C.S.; CHEE, C.Y.; HO, R.C. Mental Health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. **Ann. Acad. Med.**, v. 10, n.49, p. 1-3, 2020.

HOLLANDA, A. B. de. **Mini Dicionário**. Curitiba: Editora Positivo, 7ª Edição, 2009.

HOLMES, E. A.; O'CONNOR, R. C.; PERRY, V. H.; TRACEY, I.; WESSELY, S.; ARSENEAULT, L.; et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health Science. **Position Paper**. v. 16, n. 6, p. 547-560, 2020.

HSU, C.C.; CHEN, T.; CHANG, M.; CHANG, YK. Confidence in controlling a SARS outbreak: Experiences of public health nurses in managing home quarantine measures in Taiwan. **Am J Infect Control**. v.34, n.4, p. 176–181. 2020.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI X, R. L.; ZHAO, J.; HU, Y.; et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet.**, n. 395, n. 10223, p. 497–506, 2020.

HU, D; KONG, Y, LI, W.; HAN, O; ZHANG, X.; ZHUN, K.X.; et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. **Research Paper**, v. 24, n. 01, p. 100424, 2020.

HU, L.T.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v.6, n.1, p. 1-55, 1999.

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. **Psicometria**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HWANG, K. S; CHOI, H.J; YANG, C.M; HONG, J; LEE, H.J; PARK, M.C; et al. The Korean Version of Fear of COVID-19 Scale: Psychometric Validation in the Korean Population. **Psychiatry Investig**, v. 14, n. 1, 2021.

IPUB. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Conheça um pouco do IPUB**, 2020. Disponível em: <https://www.ipub.ufrj.br/conheca-o-ipub/>. Acesso em 10 de setembro de 2020

IVERSEN, M.M.; NOREKVÅL, T.M.; OTERHALS, K.; FADNES, L.T.; MÆLAND, S.; PAKPOUR, A.H.; BREIVIK, K. Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Fear of COVID-19 Scale. **International Journal of Mental Health and Addiction**. v.20, p. 1-19, 2021.

JACKSON, D.; BRADBURY-JONES, C.; BAPTISTE, D.; GELLING, L.; MORIN, K.; NEVILLE, S.; SMITH GD. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. **J Clin Nurs**. v. 29, n. 13-14, p. 2041-2043, 2020.

JORDAN, P.; SPIESS, M. Rethinking the Interpretation of item discrimination and factor loadings. **Educ. Psychol. Meas**. v. 79, p. 1103–1132, 2019.

KAMEG, B. N.; KAMEG, K.M.K. Treatment-resistant depression: An overview for psychiatric advanced practice nurses. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 10, n.1, p. 12596, 2020.

KASSIM, M. A. M; AYU, F; KAMU, A; PANG, N. T.P; HO, C. M; ALGRISTIAN, H; SAHRI, M; HAMBALI, N. L; OMAR, A. Indonesian Version of the Fear of COVID-19 Scale: Validity and Reliability. **Borneo Epidemiology Journal**. v. 1, n. 2, 2020.

KIM, J.M.; CHUNG, Y.S.; JO, H.J.; LEE, N.J.; KIM, M.S.; WOO, S.H.; et al. Identification of Coronavirus Isolated from a Patient in Korea with COVID-19. **Osong Public Health Res. Perspect**. v.11, n. 3, p. 1–7, 2020.

KIRBY, E.E.F.; SIQUEIRA, A.S.A; CUNHA, D.A.O.; SANTIAGO, F.B.; NEVES, L.M.L.; e BESERRA, V.S. Covid-19 E Suas Influências Psíquicas Na Percepção Da Equipe De Enfermagem Da Atenção Paliativa Oncológica. **Reme: Rev. Min. Enferm**. v. 25, n, e1355, p.1-9, 2021.

LAI, C.C.; SHIH, T. P.; KO, W. C.; TANG, H.J.; HSUEH, P.R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. **Int. J.Antimicrob. Agents.**, v.1, n.5, p.105924, 2020.

LIMA, C. K. T.; CARVALHO, P. M. M.; LIMA, I. A. S.; NUNES, J. A. V. O.; SARAIVA, J. S.; SOUZA, R. I.; et al. The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). **Psychiatry Research**, v.287, n.1, p. e112915, 2020.

LINDEMANN, I. L.; SIMONETTI, A.B.; AMARAL, C.P.; RIFFEL, R.T.; SIMON, T.T.; STOBBE, J.C.; ACRANI, G, O. Perception of fear of being infected by the new coronavirus. **J. bras. psiquiatr.**, v.70, n. 1, p.4-11, 2021.

LIU, Y.; NING, Z.; CHEN, Y.; GUO, M.; LIU, Y.; GALI, N.; et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. **Nature**. v. 582, n.7813, p.557-560, 2020.

LONG-QUAN, L.; HUANG, T.; WANG, Y.; WANG, Z. P.; LIANG, Y.; HUANG, T.B.; et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. **J Med Virol**. v. 92, n. 3, p. 577-583, 2020.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educ. Psychol. Meas.** v. 78, p. 762–780, 2018.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P.J. **A simulation-based scaled test statistic for assessing model-data fit in least-squares unrestricted factor-analysis solutions**. Technical report. Universitat Rovira i Virgili, 2022.

LYTHGOE, M. P.; MIDDLETON, P. Ongoing Clinical Trials for the Management of the COVID-19 Pandemic. **Science & Society**, v. 41, n. 6, p. 363-382, 2020.

MACHADO, F. A.; FERREIRA, B. A.; COSTA, M. M.; MOURA, O. I. C.; MORAES, C. R. J.; et al. Depressão entre estudantes de enfermagem e sua associação com a vida acadêmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180173, 2020.

MCDONALD, R. P. **Test theory: A unified treatment**. 3 ed. Lawrence Erlbaum: Associates Publishers, 1999.

MADANI, A.; BOUTEBAL, S.E.; BRYANT, C. ROBIN. The Psychological Impact of Confinement Linked to the Coronavirus Epidemic COVID-19 in Algeria. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n.10, p. 5-21, 2020.

MARQUES, J.M.A.M.; FRANCO, C. M.R.; BRITO-MARQUES, P. R.; MARTINEZ, S. C. G.; PRADO, G.F. Impacto da pandemia COVID-19 na qualidade do sono dos médicos no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.79, n.2, p. 149- 155, 2021

MARTÍNEZ-ESQUIVEL, D.; MUÑOZ-ROJAS, D.; GARCÍA-HERNÁNDEZ, A. M. Continuidad de vínculos con el ser querido fallecido y los cuidados de Enfermería de Salud Mental según el Modelo Tidal. **Index de Enfermería**, v. 32, n. 2, e14307, 2023.

MARTÍNEZ-LORCA, M.; MARTÍNEZ-LORCA, A.; CRIADO-ÁLVAREZ, J. J.; ARMESILLA, M. D.C.; LATORRE, J. M. The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. **Psychiatry Res**, v.293, n.11, p. 113350, 2020.

MATT, C.; HOWARD, A. A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? **Int J Hum Comput Interact**. v.32, n.1, p. 51-62, 2016.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

MIDORIKAWA, H.; AIBA, M.; LEBOWITZ, A.; TAGUCHI, T.; SHIRATORI, Y.; OGAWA, T.; TAKAHASHI, A.; NEMOTO, K.; ARAI, T.; TACHIKAWA, T. Confirming validity of The Fear of COVID-19 Scale in Japanese with a nationwide large-scale sample. **Plos One**, v.10, n.13, p.e71, 2021.

MONTGOMERY, D.C. **Introduction to Statistical Quality Control**, 4th edition, John Wiley and Sons, 2001.

MOYA-SALAZAR, J.; CAÑARI, B.; CONTRERAS-PULACHE, H. How much Fear of COVID-19 is there in Latin America? A prospective exploratory study in six countries. **Electronic Journal of General Medicine**, v.19, n.1, p.339-440, 2022.

NANCE, D. C. O modelo Tidal: uma alternativa para a enfermagem psiquiátrica. **Cultura do Cuidado**, v. 23, n. 55, 2019.

NERIA, Y.; SULLIVAN, G.M. Understanding the Mental Health Effects of Indirect Exposure to Mass Trauma Through the Media. **JAMA**. v.28, n. 306, v.12, p. 1374–1375, 2011.

NORRIS, M.; LECAVALIER, L. Evaluating the use of exploratory factor analysis in developmental disability psychological research. **J Autism Dev Disord**. v.40, n.1, p.8-20, 2010.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**. v. 42, n.3, p. 232-235, 2020.

ÖZDEN, G.; ÇEVİK AKTURA, S. Validity and Reliability Study of the Fear of COVID-19 Scale in Nursing Students. **Pakistan Journal of Medical and Health Sciences**, v.14, n.3, p.1078-1081, 2020.

OZILI, P. K.; ARUN, T. Spillover of COVID-19: Impact on the Global Economy. **SSRN Electronic Journal**. v. 10, n. 21, p.e3562570, 2020.

PANCANI, L.; MARINUCCI, M.; AURELI, N.; RIVA, P. Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 lockdown. **PsyArXiv**. v. 5, n. 1, p. 1-22, 2020.

PANG, N. T. P.; KAMU, A.; HAMBALI, N, L, B.; et al. Malay Version og the Fear og COVID-19 Scale: Validity and Reliability. **Int J Ment Health Addiction**. v.3, p. 1–10, 2020.

PAKPOUR, A. H.; GRIFFITHS, M. D.; LIN, C. T. Assessing the fear of COVID-19 among different populations: A response to Ransing et al. **Brain Behav Immun.**, v. 89, n. 2, p. 524–525, 2020.

PARANHOS, M.E.; ARGIMON, I.I.L.; WERLANG, B.S.G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. **Aval. psicol.**, v.9, n.3, p. 383-392, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

PASQUALI, L. **TEP - Técnicas de Exame Psicológico: os Fundamentos**. 2ª ed. Vetor editora, 2016.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS**. 2<sup>a</sup> ed. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, 2008.

PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. **Rev. Psicopedagogia**, v. 33, n. 100, p. 103-9, 2016.

QIU, J.; SHEN, B.; ZHAO, M.; WANG, Z.; XIE, B.; XU, Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. **General Psychiatry**, v. 33, n. 2, p.e100213, 2020.

QUINTELA, R. Psicol. Issues about the depression diagnosis and its relation to the medical and scientific field. **Argum.**,v. 28, n. 60, 2017.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016 .

RECKASE, M. D. The Difficulty of Test Items That Measure More Than One Ability. **Appl. Psychol. Meas.** 9, 401–412, 1985.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? **Lancet**, v.395, n.1, p. 1215-1220, 2020.

RITCHIE, K.; CHAN, D.; WATERMEYER, T. The cognitive consequences of the COVID-19 epidemic: collateral damage? **Brain Communications**. v.2, n. 2. p. fcaa069, 2020.

RICHTER, P.; WERNER, J.; BASTINE, R.; HEERLEIN, A.; KICK, H.; SAUER, H.; et al. Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. **Psychopathology**, v. 30, n. 4, p. 234-240, 1997.

RODRIGUEZ, A.; REISE, S. P.; HAVILAND, M. G. Applying Bifactor Statistical Indices in the Evaluation of Psychological Measures. **J. Pers. Assess.** v. 98, p. 223–237, 2016.

RODRIGUES, K. F.; CARPES, M. M.; RAFFAGNATO, C. G. Disaster preparedness and response in Brazil in the face of the COVID-19 pandemic. **Brazilian journal of public administration**. v.54, n.4, p.614-634, 2020.

RUBIN, G.J.; WESSEL, S. Y. The psychological effects of quarantining a city. **BMJ**. v.28, n. 368, p 300-13, 2020.

SAKIB, N.; BHUIYAN, A.K.M.I.; HOSSAIN, S.; MAMUN, F. A.; HOSEN, I.; ABDULLAH, A. H.; et al. Psychometric Validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory Factor Analysis and Rasch Analysis. **Int J Ment Health Addict**. v. 11, n. 1, p. -12, 2020.

SAMEJIMA, F. **Estimation of Latent Ability Using a Response Pattern of Graded Scores**. Richmond: Psychometric Society; 1969.

SANTOS, M.A.; HARA, C.; STUMPF, B.L.P.; ROCHA, F. L. Depressão resistente a tratamento. **J. bras. psiquiatr.** v.55, n.3, p.232-242, 2020.

SAYEED, N.; PATEL, S.; DAS, S. Development of the Indian scale of the fear of COVID-19. **Ind Psychiatry J**, v.29, n.1, p.47-50,2020.

SATICI, B.; GOCET-TEKIN, E.; DENIZ, M. E.; SATICI, S. A. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. **Int J Ment Health Addict** . v. 8, n.1, p. 1-9, 2020.

SCHULZ, P. A. A ciência é mais do que a soma de seus indicadores. **Comciência**, v. 191, p. 1, 2017.

SHIGEMURA, J.; URSANO, R.J.; MORGANSTEIN, J.C.; KUROSAWA, M.; BENEDEK, D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci.**, v. 12, n.9, p. 88- 98, 2020.

SHULTZ, J.M.; COOPER, J.L.; BAINGANA, F.; OQUENDO, M.A.; ESPINEL, Z.; ALTHOUSE, B.M.; et al. The role of fearrelated behaviors in the 2013–2016 West Africa ebola virus disease outbreak. **Curr Psychiatry Rep.**, v.18, n.1, p.104, 2016.

SILVA, A. A. M. On the possibility of interrupting the coronavirus (COVID-19) epidemic based on the best available scientific evidence. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.23, n.16, p. e200021, 2020.

SAVAŞAN, A.; ÇAM, O. O efeito da abordagem de enfermagem psiquiátrica baseada no Modelo Tidal no enfrentamento e na autoestima em pessoas com dependência de álcool: um ensaio randomizado. **Enfermeira Psiquiatra Arqui**, v. 31, n. 3, p. 274-281, 2017.

SILVA, A. C.; MOURA, R. A.; OLIVEIRA, D. R.; CAVALCANTE, E. G. R.; MARTINS, Á. K. L.; ALBUQUERQUE, G. A.; BORGES, J. W. P. Usefulness of the Tidal Model concepts to the care of adolescents deprived of liberty. **Rev Gaucha Enferm**, v. 44, e20210340, 2023.

SIMPSON, R.; ROBINSON, L. Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection. **Am J Phys Med Rehabil**. v. 99, n. 6, p. 470-474, 2020.

SIVO, S. A.; WITTA, E. L.; WILLSE, J. T. The Search for “Optimal” Cutoff Properties: Fit Index Criteria in Structural Equation Modeling. **J. Exp. Educ**. v.74, p.267–288, 2006.

SNYDER, C.R.; LOPEZ, S. J. **Fazendo o melhor de nossas experiências emocionais**. In: Snyder CR, Lopez SJ, eds. *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed; 2019. p.143-60.

SORACI, P.; FERRARI, A.; ABBIATI, F. A.; FANTE, E. D.; PACE, R.; URSO, A. et al. Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. **Int J Ment Health Addict**. v. 4, n. 1, p. 1-10, 2020.

SOUZA, C. C.; HELIOTERIO, M. C.; LOPES, F. Q. R. S.; SOUSA, C. C.; SOUZA, F. O.; PINHO, P. S. et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 18, n. 3, p. e00289121. 2020.

SOUZA, A. S. R.; SOUZA, G. F. A.; PRACIANO, G. A. F. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 20, n. 3, 2020.

STREINER, D.L.; NORMAN. G. R. Health measurement scales - a practical guide to their development and use. 5 ed. New York: Oxford University Press; 2015.

TAVARES, L.M.B.; BARBOSA, F.C. Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de Defesa Civil. **Ambient. soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 17-34, 2014.

TEIXEIRA, L. A.; MONTEIRO, A. R. M.; GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. The Tidal Model: Analysis based on Meleis's perspective. **Brazilian Journal of Nursing** , v. 71, n. 2, p. 457-462, 2018.

THASE, M. E. Therapeutic alternatives for difficult-to-treat depression: a narrative review of the state of the evidence. **CNS Spectrums**, v. 11, p. 808-21, 2004.

TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. **Psychological Methods**. v.16, n.1, p. 209-220, 2011. TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M. R. Modelos y teorías de enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.

TSIPROPOULOU,V.; NIKOPOULOU,V.A.; HOLEVA,V.; NASIKA,Z.; DIAKOIANNIS, I; SAKKA, S.; et al. Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. **Int J Ment Health Addict**. v.26, n. 1, p. 1-10, 2020.

TULL, M. T.; EDMONDS, K. A.; SCAMALDO, K. M.; RICHMOND, J. R.; ROSE, J. P.; GRATZ, K. L. Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. **Psychiatry Research**, v. 289; n. 11; p. 3098, 2020.

VETTER, P.; GUITART, C.; LOTFINEJAD, N.; PITTET, D. Understanding the emerging coronavirus: what it means for health security and infection prevention. **J Hosp Infect.**, v. 104, n.1, p. 440-448, 2020.

WAKASHIMA, K.; ASAI, K.; KOBAYASHI, D.; KOIWA, K.; KAMOSHIDA, S.; SAKURABA, M. The Japanese version of the Fear of COVID-19 Scale: reliability, validity, and relation to coping behavior. **PLoS One**. v.15, n.11, p.e0241958, 2020.

WANG, D.; BO, H.; CHANG, H.; FANGFANG, Z.; XING, L.; JING, Z.; BINBIN, W. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**. v.323, n. 11, p. 1061-1069, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

WILES, N.; TAYLOR, A.; TURNER, N.; BARNES, M.; CAMPBELL, J.; LEWIS, G.; et al. Management of treatment-resistant depression in primary care: a mixed-methods study. **Br J Gen Pract.**, v. 68, n. 675, p.e673–e681, 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Contact tracing in the context of COVID-19 Interim guidance**. 10 May 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context>. Acesso em 15 de julho de 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus Disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers including key considerations for occupational safety and health.** 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-(covid-19)). Acesso em 12 de julho de 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates.** 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em 22 de agosto de 2020.

WIND, T. R.; RIJKEBOER, M.; ANDERSSON, G.; RIPER, H. The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. **Internet Interv.** v. 20, p. 100317, 2020.

WINTER, T.; RIORDAN, B. C.; PAKPOUR, A.H.; GRIFFITHS, M.D.; MASON, A.; POULGRAIN, J.W.; et al. Evaluation of the English Version of the Fear of COVID-19 Scale and Its Relationship with Behavior Change and Political Beliefs. **Int J Ment Health Addict.**, v. 1, n. 11, p. 1-11, 2020.

XIMENES, R. A. A.; BARRETO, M. L. COVID-19 no nordeste do Brasil: entre o *lockdown* e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Ciênc. saúde coletiva.** v.26, n.4, p. 1441-1456, 2021.

ZANDIFAR, A.; BADRFAM, R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, n.10, p. 101990, 2020.

ZAKHOUR, S.; NARDI, A. E.; LEVITAN, M.; APPOLINARIO, J. C. B. Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 42, p. 92-101, 2020.

ZHANG, C.; YANG, L.; LIU, S.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; ZHANG, B.; et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, n.306, p.1-9, 2020.

ZHANG, Y.; MA, Z. F. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v.17, n. 1, p. 2381, 2020.

ZOUN, M.H.H.; KOEKKOEK, B.; SINNEMA, H.; MUNTINGH, A.D.T.; BALKOM, A. J.L.M.; SCHENE, F.S.; SPIJKER, J. Effectiveness and cost-effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders: design of a multicenter randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 7, n. 16, p. 200:216, 2016.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: Propriedades psicométricas da escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento, que tem como objetivo geral: Validar a Escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento. A coleta de dados da pesquisa terá duração de três meses, com o término previsto para março de 2021.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a um questionário sociodemográfico e duas escalas autoaplicáveis, após receber orientação do pesquisador. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de constrangimento na abordagem entre o pesquisador e os participantes, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais. O (A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar dos participantes e zelando pelo sigilo das informações. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Sua participação se dará em total anonimato, onde sua identidade ficará em total sigilo, somente com os pesquisadores envolvidos, e as informações coletadas serão armazenadas em local seguro.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa será compreensão da relação entre medo da COVID-19 e a severidade da sintomatologia depressiva em usuários com depressão resistente durante a pandemia, podendo indicar como medo a COVID-19 está impactando no tratamento da depressão resistente.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.



Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Ellen Thallita Hill Araújo

Ellen Thallita Hill Araújo  
 Pesquisadora responsável  
 E-mail: ellen\_hill@hotmail.com  
 Cel: (86)99957-6902

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 21-3938-0962

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Assinatura do(a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisadora: Ellen Thallita Hill Araújo

**APÊNDICE B**  
**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**



**CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo Sr. Prof. Dr. Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “**Propriedades psicométricas da escala de medo da covid-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento**” a ser realizada no Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelo aluna de pós-graduação Ellen Thallita Hill Araújo, sob orientação do Profa. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Validar a Escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento; avaliar a confiabilidade, a qualidade e a replicabilidade da Escala de medo da COVID-19 com uma amostra de adultos com depressão resistente ao tratamento e avaliar correlações estatísticas entre os resultados da Escala de medo da COVID-19, do Inventário de Depressão de Beck e características sociodemográficas, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no ambulatório de Depressão Resistente (DeReTrat) da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2020.

Ellen Thallita Hill Araújo

**Ellen Thallita Hill Araújo**  
**Pesquisadora Responsável pelo Projeto**

Informo que estou ciente da pesquisa acima descrita e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa na instituição que ora represento, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa conforme previsto pelo Conselho Nacional de Saúde e Sistema CEP/CONEP.



**Prof. Dr. Jorge Adelino Rodrigues da Silva**  
**Diretor do Instituto de Psiquiatria da UFRJ**

Prof. Jorge Adelino Rodrigues da Silva  
Diretor do IPUB/UFRJ  
SIAPC 037035-8 - CRM 52.14273.4

**APÊNDICE C**  
**CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP**

À Coordenação do CEP/EEAN/HESFA/UFRJ,

Solicito que seja encaminhado para análise o projeto de pesquisa intitulado “Validação da Escala de Medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento” do qual sou pesquisador responsável.

Trata-se de um trabalho de pesquisa a ser realizado no Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Informo que a pesquisa será desenvolvida pelos seguintes pesquisadores: Aluna de pós-graduação Ellen Thallita Hill Araújo, sob orientação do Profa. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres Declaro que foram anexados no Sistema Plataforma Brasil os seguintes documentos:

- (X)Projeto de Pesquisa na íntegra e seus anexos;
- (X)Folha de Rosto assinada pelo pesquisador e pelo responsável pela instituição proponente (sem rasuras) e com carimbo da direção;
- (X)Carta de anuência da Instituição coparticipante (com logo) assinada e carimbada pelo responsável pela mesma (diretor(a));
- (X)Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- (X)Termo de Assentimento informado;
- (X)Termo de Confidencialidade de Utilização de Dados;
- (X)Orçamento Financeiro Detalhado;
- (X)Cronograma detalhado (atualizado, considerando a data de submissão do projeto no CEP).
- (X)Currículo Lattes, (Plataforma CNPq), do pesquisador responsável e dos demais pesquisadores envolvidos (em RTF, WORD ou PDF);
- (X)Instrumento de coleta de dados da pesquisa.
- (X)Outros termos exigidos pelo CEP da instituição coparticipante.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Ellen Thallita Hill Araújo  
Pesquisador(a) Responsável

**APÊNDICE D**  
**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

**Data de preenchimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sexo:** ( )F ( ) M

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Etnia:**( )branco(a) ( ) pardo(a) ( ) negro(a) ( ) amarelo(a) ( ) indígena ( )  
outro: \_\_\_\_\_

**Cidade de procedência:** \_\_\_\_\_

**Grau de Escolaridade:** ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-graduação

**Estado civil:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) união estável ( ) separado(a) ( ) viúvo(a)

**Atualmente está empregado (a)?** ( ) sim ( ) não

**Perdeu o emprego durante a pandemia?** ( ) sim ( ) não

**Conseguiu um novo emprego durante a pandemia?** ( ) sim ( ) não

**Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar mensal:** ( ) Até 1 salário mínimo ( ) Entre 1 e 2 salários mínimos ( ) Entre 2 e 3 salários mínimos ( ) Entre 3 e 4 salários mínimos ( ) Acima de 4 salários mínimos ( ) Não sabe referir

**Qual o número de pessoas que moram com você (exceto você)** \_\_\_\_\_pessoas.

**Comorbidades associadas (assinalar as comorbidades presentes):**

( ) Nenhuma ( ) Hipertensão ( ) Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 (com ou sem complicação crônica) ( ) Doença hepática ( )Doença do trato gastrointestinal (úlceras, hérnia, refluxo) ( )Ansiedade ou síndrome do pânico ( )Déficits visuais (catarata, glaucoma, degeneração macular) ( )Déficits auditivos (dificuldade de ouvir, mesmo com aparelhos auditivos) ( )Doença osteomuscular ( )Dor crônica ( )Obesidade ( )Câncer ( ) Asma ( )Outras: \_\_\_\_\_

**Você teve diagnóstico confirmado ou suspeito de COVID-19?** ( ) Sim ( )Não

**Teve algum cônjuge, familiar ou amigo com diagnóstico confirmado ou suspeito de COVID-19?** ( ) Sim ( )Não

**Teve algum cônjuge, familiar ou amigo que faleceu devido a COVID-19?** ( ) Sim ( )Não

**Comportamento de isolamento:**

- Isolamento Total: não sai de sua residência;
- Isolamento Parcial: sair de casa apenas para comprar alimentos, medicamentos ou consultas médicas;
- Não estou realizando isolamento

**Utilização de máscara:**

- Utilizo muito, dentro e fora de casa
- Utilizo às vezes quando saiu de casa
- Não utilizo, não têm efeito nenhum
- Não utilizo de jeito nenhum pois ela aumenta a disseminação do vírus

**Higieniza as mãos com água e sabão ou álcool em gel quantas vezes ao dia:**

- Não higienizo as mãos
- 1- 5 vezes/dia
- 6-10 vezes/dia
- 10-15 vezes/dia
- >16 vezes/dia

**APÊNDICE E**  
**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**



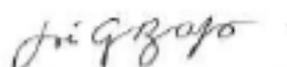
**Termo de Confidencialidade**  
**Comitê de ética em pesquisa da EEAN/HESFA e IPUB/UFRJ**

**Título do Projeto: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO**

Eu, Ellen Thallita Hill Araújo, pesquisadora do presente projeto de pesquisa, me comprometo a preservar a privacidade dos dados coletados nos PRONTUÁRIOS dos pacientes atendidos no ambulatório DeReTrat, sob a responsabilidade do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Os documentos disponibilizados para consulta serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisa e arquivados em documento digital sem que haja identificação pessoal das informações coletadas, podendo serem utilizadas siglas para o controle da pesquisa. Os dados coletados serão arquivados de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos e guardados por cinco anos. Igualmente, afirmo que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto de pesquisa, e divulgadas de forma anônima.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2021

  
Ellen Thallita Hill Araújo  
Pesquisadora Responsável.  
Doutoranda da EEAN/UFRJ



Jose Carlos Appolinario – SIAPE 654052  
Coordenador do Ambulatório de Depressão Resistente Instituto de Psiquiatria –  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**APÊNDICE F**  
**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE A PESQUISA**  
**SERÁ REALIZADA**



**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE A PESQUISA**  
**SERÁ REALIZADA**

Ilmo Sr. Jose Carlos Appolinario,

Informo que a pesquisa intitulada "Propriedades psicométricas da escala de medo da covid-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento" terá como cenário o ambulatório de Depressão Resistente do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A pesquisa será conduzida pela estudante de pós-graduação Ellen Thallita Hill Araújo, sob orientação da Profa. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Validar a Escala de medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento; avaliar a confiabilidade, a qualidade e a replicabilidade da Escala de medo da COVID-19 com uma amostra de adultos com depressão resistente ao tratamento e avaliar correlações estatísticas entre os resultados da Escala de medo da COVID-19, do Inventário de Depressão de Beck e características sociodemográficas. A coleta de dados ocorrerá no período de março a outubro do de 2021 por meio de instrumentos autoaplicáveis, sendo eles: Escala de Medo da COVID-19 (Anexo B), o Inventário de Depressão de Beck e um questionário sociodemográfico.

Ressaltamos que os dados serão coletados somente após aprovação do Projeto de Pesquisa nos Comitês de Ética envolvidos e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2021.

*Ellen Thallita Hill Araújo*

Ellen Thallita Hill Araújo  
 Pesquisadora Responsável.  
 Doutoranda da EEAN/UFRJ

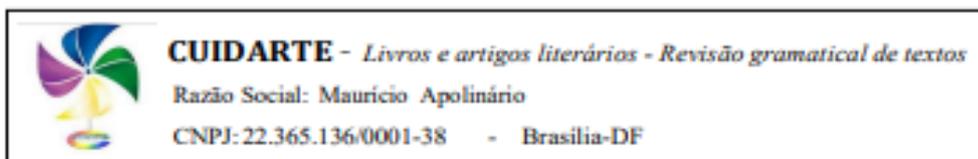
Informo que estou ciente que a pesquisa acima descrita será desenvolvida no setor, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Data: 27 de janeiro de 2021

*Jose Carlos Appolinario*  
 Jose Carlos Appolinario – SIAPE 654052

Coordenador do Ambulatório de Depressão Resistente Instituto de Psiquiatria –  
 Universidade Federal do Rio de Janeiro

**APÊNDICE G**  
**DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL**



**DECLARAÇÃO DE REVISÃO GRAMATICAL**

DECLARO, para os devidos fins, que realizei a revisão gramatical do artigo intitulado :  
**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um estudo de enfermagem.**

Por ser verdade, firmo a presente.

Brasília-DF, 24 de julho de 2024.



*Prof. Maurício Apolinário*  
Graduado em: Letras

Contatos:

E-mail: [revisorgramaticaltxtos@gmail.com](mailto:revisorgramaticaltxtos@gmail.com)  
Celular/WhatsApp: (61) 9 9649-8666

**APÊNDICE H**  
**DECLARAÇÃO DE TRADUÇÃO DO RESUMO PARA O INGLÊS**



**S K CRIPEZZI ME (AGÊNCIA LATINO-AMERICANA DE TRADUÇÕES)**  
Rua Benedito da Cunha Campos, 535, BL 4D Apto 401 - Jardim Nazareth  
CEP: 13806-610 - Mogi Mirim, São Paulo, Brasil  
CNPJ: 23.743.650/0001-22 | Tel. +55 19 99755-3857  
info@latintrad.com|www.latintrad.com

**CERTIFICAÇÃO**

24 de julho de 2024

Prezada Equipe Editorial,

Referente ao resumo da Tese:

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM  
DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO: um estudo de enfermagem.**

O resumo em inglês da Tese de doutorado mencionada, foi devidamente traduzido para o inglês por tradutores bilíngues, conforme o requisitado pelo(a) autor(a) **Ellen Thallita Hill Araújo**.

Atenciosamente,

  
Sharon Cripezzi  
Gerente Operacional

**ANEXO A**

**AUTORIZAÇÃO FORMAL DO AUTOR PRINCIPAL DA ESCALA ORIGINAL**

----- Forwarded message -----

De: **Amir Pakpour** <[pakpour\\_amir@yahoo.com](mailto:pakpour_amir@yahoo.com)>

Date: seg., 22 de jun. de 2020 às 06:31

Subject: Re: 回覆: Contact - Fear of Coronavirus-19 Scale (Brazil)

To: Ellen Thallita Hill Araujo <[ellen.araujo@unimedteresina.com.br](mailto:ellen.araujo@unimedteresina.com.br)>, LIN, CY [RS] <[cy.lin@polyu.edu.hk](mailto:cy.lin@polyu.edu.hk)>, Jose Aparecido Da Silva <[jadsilva@ffclrp.usp.br](mailto:jadsilva@ffclrp.usp.br)>

Dear Ellen,

Thank you for approaching me and I am glad to see that you will work on this scale.

And of course that you can work on the use of Brazil version of the FCV-19S.

However, I am not sure whether there are other teams working on the Brazil FCV-19S. Maybe Amir, the PI of the FCV-19S development, has better idea.

Best,

-----  
Amir H Pakpour, Ph.D.

Professor of Health Psychology

**ANEXO B**  
**AUTORIZAÇÃO FORMAL DO AUTOR PRINCIPAL DA VERSÃO ADAPTADA DA**  
**ESCALA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL**

Re: Contact - A escala de medo COVID-19

🕒 Você respondeu em Ter, 11/08/2020 10:39



Jose Aparecido Da Silva <jadsilva@ffclrp.usp.br>  
Seg, 10/08/2020 12:55  
Para: Você



ELLEN, CERTAMENTE QUE PODERÁ USÁ-LA . SINTA-SE LIVRE.

## ANEXO C

### ***FEAR OF CORONAVIRUS-19 SCALE***

#### ***Fear of COVID-19 Scale***

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

1. I am most afraid of Corona
2. It makes me uncomfortable to think about Corona
3. My hands become clammy when I think about Corona
4. I am afraid of losing my life because of Corona
5. When I watch news and stories about Corona on social media, I become nervous or anxious.
6. I cannot sleep because I'm worrying about getting Corona.
7. My heart races or palpitates when I think about getting Corona.

#### Scoring

The participants indicate their level of agreement with the statements using a five- item Likert-type scale. Answers included “strongly disagree,” “disagree,” “neutral” “agree” and “strongly agree”. The minimum score possible for each question is 1, and the maximum is 5. A total score could be calculated by adding up each item score (ranged from 7 to 35).

**ANEXO D**  
**ESCALA DE MEDO DA COVID-19: Adaptada para o português do Brasil**

<b>AFIRMAÇÕES</b>	<b>Fortemente discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem concordo e nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo fortemente</b>
1. Eu tenho mais medo do coronavírus-19.	1	2	3	4	5
2. Me sinto desconfortável pensar no coronavírus-19.	1	2	3	4	5
3. Minhas mãos ficam úmidas quando penso no coronavírus-19.	1	2	3	4	5
4. Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19.	1	2	3	4	5
5. Ao assistir notícias e histórias sobre o coronavírus-19 nas mídias sociais, fico nervoso ou ansioso.	1	2	3	4	5
6. Não consigo dormir porque estou preocupado em receber o coronavírus-19.	1	2	3	4	5
7. Meu coração dispara ou palpita quando penso em pegar o coronavírus-19.	1	2	3	4	5

## ANEXO E

### INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO – BDI II

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, inclusive no dia de hoje. Faça um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que tiver selecionado. Mesmo se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule apenas uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

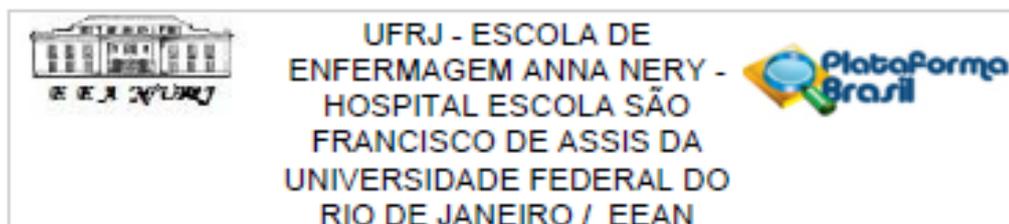
1. 0. Não me sinto triste.
  1. Sinto-me triste.
  2. Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
  3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo aguentar.
  
2. 0. Não estou particularmente desencorajado quanto ao futuro.
  1. Sinto-me desencorajado quanto ao futuro.
  2. Sinto que não tenho nada por que esperar.
  3. Sinto que o futuro é sem esperanças e que as coisas não podem melhorar.
  
3. 0. Não me sinto um fracasso.
  1. Sinto que falhei mais do que outros indivíduos.
  2. Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma porção de fracassos.
  3. Sinto que eu sou um fracasso completo como pessoa.
  
4. 0. Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.
  1. Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
  2. Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
  3. Estou insatisfeito (a) ou entediado (a) com tudo.
  
5. 0. Não me sinto culpado(a)
  1. Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
  2. Sinto-me culpado (a) a maior parte do tempo.
  1. Sinto-me culpado (a) o tempo todo.
  
6. 0. Não sinto que esteja sendo punido (a).
  1. Sinto que posso ser punido (a).
  2. Creio que vou ser punido (a).
  3. Sinto que estou sendo punido.
  
7. 0. Não me sinto desapontado (a) comigo mesmo (a).
  1. Sinto-me desapontado (a) comigo mesmo (a).
  2. Sinto-me aborrecido (a) comigo mesmo (a).
  3. Eu me odeio.

8. 0. Não sinto que eu seja pior do que qualquer outra pessoa.
  1. Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
  2. Responsabilizo-me o tempo por minhas falhas.
  3. Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. 0. Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
  1. Tenho pensamentos sobre me matar.
  2. Gostaria de me matar.
  3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0. Não costumo chorar mais que o habitual.
  1. Choro mais agora do que costumava fazer.
  2. Atualmente, choro o tempo todo.
  3. Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0. Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
  1. Fico irritado (a) mais facilmente do que costumava.
  2. Atualmente, sinto-me irritado (a) todo o tempo.
  3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0. Não perdi o interesse nas outras pessoas.
  1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
  2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
  3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0. Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
  1. Adio minhas decisões mais do que costumava.
  2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
  3. Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. 0. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
  1. Preocupo-me por estar parecendo velho (a) ou sem atrativos.
  2. Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
  3. Considero-me feio (a).
15. 0. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
  1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
  2. Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
  3. Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0. Durmo tão bem quanto de hábito.
  1. Não durmo tão bem quanto costumava.
  2. Acordo uma ou duas horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
  3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0. Não fico mais cansado (a) do que de hábito.
  1. Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
  2. Sinto-me cansado (a) ao fazer quase qualquer coisa.

3. Estou cansado demais para fazer quase qualquer coisa.
18. 0. O meu apetite não está pior que de hábito.
1. Meu apetite não é ao bom quanto costumava ser.
  2. Mau apetite está muito pior agora.
  3. Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0. Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1. Perdi mais de 2,5 kg.
  2. Perdi mais de 5 kg.
  3. Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso comendo menos ( ) sim ( ) não.
20. 0. Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1. Preocupo-me com problemas físicos, como dores e afecções, ou perturbações no estômago ou gases.
  2. Estou muito preocupado (a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
  3. Estou tão preocupado (a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0. Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1. Estou menos interessado (a) em sexo do que costumava.
  2. Estou bem menos interessado (a) atualmente.
  3. Perdi completamente o interesse em sexo.

**ANEXO F**

**AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO  
PROponente - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – HOSPITAL  
ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE  
JANEIRO/EEAN**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO

**Pesquisador:** Ellen Thalita Hill Araújo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42764221.2.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.543.699

**Apresentação do Projeto:**

Tipo de pesquisa: estudo observacional, do tipo transversal analítico para avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Medo da COVID-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento. Cenário: Laboratório de Depressão Resistente (DeReTraF) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Metodologia de coleta e análise de dados: A coleta de dados seguirá os seguintes passos: a pesquisadora irá entrar em contato com os usuários por telefone ou presencialmente, informará sobre a pesquisa, o usuário que aceitar participar irá informar através do aceite no TCLE, posteriormente o participante terá acesso às instruções de preenchimento das escalas autoaplicáveis e preencherá os instrumentos de coleta de dados, incluindo a Escala de Medo da COVID-19, o inventário de Depressão de Beck, o formulário dados sociodemográficos dos participantes e as informações acerca da COVID-19. Uma vez finalizada a fase de coleta de dados, as respostas das escalas e as informações sociodemográficas preenchidas pelos participantes passarão por uma verificação de erros e os dados serão digitados e inseridos em um banco de dados em planilhas do Microsoft

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3938-0962 E-mail: cepes@esfe@eean.ufrj.br



**UFRJ - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM ANNA NERY -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO  
FRANCISCO DE ASSIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO DE JANEIRO / EEAN**



Continuação do Parecer: 4.543.099

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1689304.pdf	10/02/2021 11:57:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	10/02/2021 11:56:05	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	FormularioderespostaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJ.pdf	10/02/2021 11:52:05	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	10/02/2021 11:07:08	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	10/02/2021 11:05:13	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_ok.pdf	02/02/2021 13:51:45	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Outros	Curriculo_Angelica.pdf	28/01/2021 16:53:01	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Outros	Check_List.pdf	28/01/2021 16:48:15	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ermo_de_ciencia_do_Setor.pdf	28/01/2021 16:12:19	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_de_dados.pdf	28/01/2021 15:51:01	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes.pdf	28/01/2021 15:38:07	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Outros	bolsa_estudos.pdf	28/01/2021 15:30:48	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia.pdf	28/01/2021 15:13:30	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Confidencialidade.pdf	28/01/2021 15:13:15	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_ENCAMINHAMENTO_CEP.pdf	28/01/2021 15:11:47	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito
Folha de Rosto	Elen_folhaDeRosto.pdf	28/01/2021 14:41:27	Elen Thalita Hill Araújo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

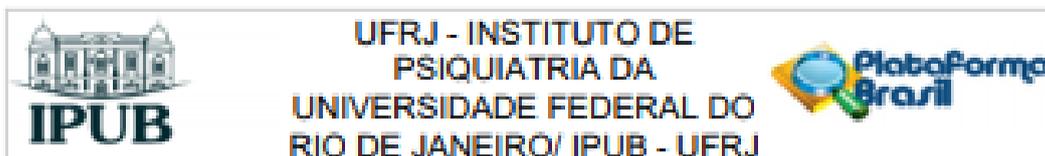
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: [cep@eeneef@eean.ufrj.br](mailto:cep@eeneef@eean.ufrj.br)

**ANEXO G**  
**PROPONENTE - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL**  
**DO RIO DE JANEIRO/ IPUB**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE MEDO DA COVID-19 EM ADULTOS COM DEPRESSÃO RESISTENTE AO TRATAMENTO

**Pesquisador:** Ellen Thailita Hill Araújo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42764221.2.3001.5283

**Instituição Proponente:** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.613.529

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de doutorado inscrito Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, já com o parecer da Comissão Ética em Pesquisa da instituição proponente aprovado. O presente estudo pretende validar uma escala de medo da Covid-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento. Tendo como hipótese do estudo como a escala se relaciona com os resultados do Inventário e Depressão de Beck.

**Objetivo da Pesquisa:**

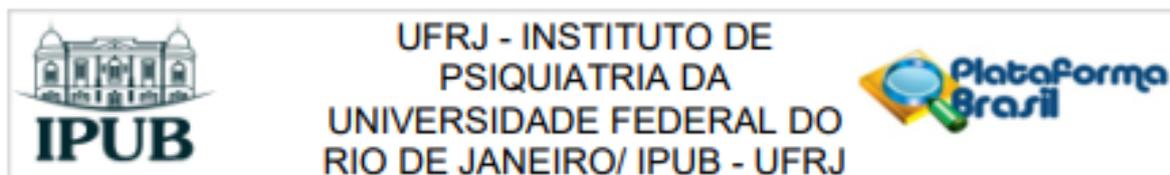
Trata-se de um projeto de doutorado inscrito Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, já com o parecer da Comissão Ética em Pesquisa da instituição proponente aprovado. O presente estudo pretende validar uma escala de medo da Covid-19 em adultos com depressão resistente ao tratamento. Tendo como hipótese do estudo como a escala se relaciona com os resultados do Inventário e Depressão de Beck.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de constrangimento na abordagem entre o pesquisador e os participantes, insegurança quanto ao sigilo das

<b>Endereço:</b> Av. Venezuela Brita, nº 71, 2º andar - FDS			
<b>Bairro:</b> Botafogo	<b>CEP:</b> 22.290-140		
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO		
<b>Telefone:</b> (21) 3938-5510	<b>Fax:</b> (21) 2543-3101	<b>E-mail:</b> comite.etica@ipub.ufrj.br	



Continuação do Parecer: 4.613.529

realizado caso ocorra, durante o questionário, caso algum participante agudize seus sintomas a partir disso.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante das recomendações, consideramos o projeto aprovado, porém torna-se necessária a reelaboração do TCLE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	10/02/2021 11:56:05	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE__modificado.pdf	10/02/2021 11:05:13	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
Outros	Curriculo_Angelica.pdf	28/01/2021 16:53:01	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
Outros	Check_List.pdf	28/01/2021 16:48:15	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
Outros	Instrumentos_coleta_de_dados.pdf	28/01/2021 15:51:01	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes.pdf	28/01/2021 15:38:07	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito
Outros	bolsa_estudos.pdf	28/01/2021 15:30:48	Elen Thallita Hill Araújo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não