

O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental: uma Revisão da Literatura

Susana Raquel Costa da Rocha

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

abril de 2021

Folha em branco

Dedicatória

Aos meus pais e à minha irmã.

Folha em branco

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Vitória, que, prontamente, aceitou acompanhar-me na realização da minha dissertação de mestrado. O meu sincero agradecimento por toda a sua disponibilidade e contributo.

Aos meus pais, à minha irmã e aos meus avós pelo apoio incondicional, pelo carinho e por estarem sempre presentes; sem eles dificilmente teria conseguido concluir esta jornada.

A todos aqueles que, de alguma forma, sempre me apoiaram neste percurso. Obrigada.

Folha em branco

Resumo

Introdução: A pandemia da COVID-19 pode ser considerada a maior emergência em Saúde Pública que a comunidade internacional enfrentou nas últimas décadas. Para além das implicações físicas da doença, tem trazido graves consequências sociais, económicas e para a saúde e bem-estar mental dos indivíduos.

Objetivos: Com a presente revisão da literatura pretende-se clarificar o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental global. Para tal, daremos a conhecer os principais resultados e conclusões dos estudos publicados sobre o impacto da pandemia na saúde mental e de algumas medidas adotadas para a controlar, bem como os fatores, protetores e de risco, que mais foram associados a esta relação.

Metodologia: Uma revisão sistemática da literatura foi realizada a partir das seguintes bases de dados: *PubMed*, *Medline*, *Embase*, *Scopus* e *Web of Science*. Os termos que se seguem foram usados em diferentes combinações e permutações: COVID-19; SARS-CoV-2; saúde mental; perturbação mental; psiquiatria; psicologia; público em geral e profissionais de saúde. Apenas artigos em inglês e português foram considerados. Um total de 22 estudos foram incluídos. Destes, 10 avaliaram o impacto psicológico da pandemia no público em geral e 12 nos profissionais de saúde. Todos os estudos seguiram um desenho transversal.

Resultados: Incidências relativamente altas de perturbações mentais foram obtidas pela maioria dos estudos sobre o impacto da pandemia na saúde mental. Sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, *stress* e *distress* psicológico, insónia, sintomas de *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) e *burnout* foram os achados psicológicos mais comuns. Estas incidências são significativamente superiores às encontradas em estudos realizados antes da pandemia. O sexo feminino, os grupos etários mais jovens (≤ 40 anos), aqueles em desvantagem socioeconómica ou indivíduos com comorbilidades, doenças crónicas e/ou aqueles com história prévia ou atual de doença mental são particularmente vulneráveis aos efeitos psicológicos da pandemia. Além disso, profissionais de saúde, em especial, médicos e enfermeiros de primeira linha no combate à COVID-19, também apresentam piores desfechos mentais. Contrariamente, indivíduos do sexo masculino, aqueles com mais de quarenta anos de idade ou, no caso dos prestadores de cuidados de saúde, com mais anos de experiência laboral foram consistentemente associados a melhores resultados psicológicos.

Discussão e Conclusões: A generalidade dos estudos indica que a pandemia da COVID-19 tem tido um forte impacto na saúde mental. As incidências de problemas psicológicas são elevadas e, substancialmente, mais altas do que as obtidas em estudos realizados antes da pandemia. As mulheres, os inquiridos com menos de quarenta anos de idade, os desempregados e aqueles com menos rendimentos são quem mais frequentemente apresenta sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, *stress* e *distress* psicológico, insónia, sintomas de PTSD. Em relação à população em geral, nos profissionais de saúde essas incidências são ainda mais elevadas, sendo os mais afetados aqueles que tratam pacientes com a COVID-19. É também neste grupo de profissionais de saúde que os níveis de *burnout* são mais elevados. Estudos que avaliem os resultados psicológicos da pandemia, a longo-prazo, são necessários. Autoridades de saúde e governos deverão formular estratégias com vista à promoção da saúde e bem-estar psicossocial. Tais estratégias deverão ser dirigidas a grupos mais vulneráveis, garantindo o apoio na gestão de respostas psicológicas e comportamentais adequadas a este desafio e o tratamento efetivo dos casos mais graves.

Palavras-chave

COVID-19; SARS-CoV-2; Saúde Mental; COVID-19 e Saúde Mental; Depressão; Ansiedade; Burnout; Público em Geral; Profissionais de Saúde

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic can be considered the most significant Public Health emergency that the international community has faced in recent decades. In addition to the physical implications of the disease, it has brought severe social, economic, and health consequences to individuals' mental health and well-being.

Objectives: The present literature review is intended to clarify the impact of the COVID-19 pandemic on global mental health. To this end, we will make known the main results and conclusions of published studies on the impact of the pandemic on mental health and some measures adopted to control it and the factors, protective and risk, which were most associated with this relationship.

Methodology: A systematic review of the literature was carried out from the following databases: PubMed, Medline, Embase, Scopus and Web of Science. The following terms were used in different combinations and permutations: COVID-19; SARS-CoV-2; mental health; mental disorder; psychiatry; psychology; general public and health professionals. Only articles in English and Portuguese were considered. A total of 22 studies were included. Of these, 10 assessed the psychological impact of the pandemic on the general public and 12 on health professionals. All studies followed a cross-sectional design.

Results: Relatively high incidences of mental disorders have been obtained by most studies on the impact of the pandemic on mental health. Anxiety symptoms, symptoms of depression, stress and psychological distress, insomnia, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms and burnout were the most common psychological findings. These incidences are significantly higher than those found in studies carried out before the pandemic. Females, younger age groups (≤ 40 years), those at a socio-economic disadvantage or individuals with comorbidities, chronic illnesses and/or those with a previous or current history of mental illness are particularly vulnerable to the psychological effects of the pandemic. In addition, health professionals, especially first-rate doctors and nurses in the fight against COVID-19, also have worse mental outcomes. Conversely, male individuals, those over forty years of age or, in the case of health care providers, with more years of work experience were consistently associated with better psychological results.

Discussion and Conclusions: Most studies indicate that the COVID-19 pandemic has had a strong impact on mental health. The incidences of psychological problems are high and substantially higher than those obtained in studies carried out before the pandemic. Women, respondents under the age of forty, the unemployed and those on the lowest income are those who most often experience symptoms of anxiety, symptoms of depression, stress and psychological distress, insomnia, symptoms of PTSD. In relation to the general population, in health professionals these incidences are even higher, with those who treat patients with COVID-19 being the most affected. It is also in this group of health professionals that the levels of burnout are highest. Studies that assess the long-term psychological results of the pandemic are needed. Health authorities and governments should formulate strategies to promote psychosocial health and well-being. Such strategies should be aimed at the most vulnerable groups, guaranteeing support in the management of psychological and behavioral responses appropriate to this challenge and the effective treatment of the most serious cases.

Keywords

COVID-19; SARS-CoV-2; Mental health; COVID-19 and Mental Health; Depression; Anxiety; Burnout; General public; Health professionals

Índice

Capítulo 1. Introdução	1
Capítulo 2. Metodologia Científica	5
2.1. Processo de Pesquisa	5
2.2. Seleção de Estudos e Critérios de Elegibilidade	5
2.3. Recolha de Dados	6
2.4. Instrumentos de Avaliação	6
Capítulo 3. Resultados	7
3.1. Prevalência dos principais sintomas/perturbações mentais no público em geral durante a pandemia da COVID-19	8
3.2. Fatores protetores e de risco para o desenvolvimento de sintomas/perturbações mentais no público em geral	9
3.3. Prevalência dos principais sintomas/perturbações mentais nos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19	17
3.4. Fatores protetores e de risco para o desenvolvimento de sintomas/perturbações mentais nos profissionais de saúde	18
Capítulo 4. Discussão	27
4.1. O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental da população em geral	27
4.2. O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde	29
Capítulo 5. Conclusões e Considerações Finais	33
Referências Bibliográficas	35

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama do processo de seleção dos artigos. Adaptado de *PRISMA 2009 Flow Diagram*. 7

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estudos sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental do público em geral.	11
Tabela 2 – Estudos sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde.	20

Folha em branco

Lista de Acrónimos

BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 19</i>
DASS-21	<i>Depression, Anxiety, and Stress Scale</i>
FCV-19S	<i>Fear of COVID-19 Scale</i>
GAD-2	<i>Generalized Anxiety Disorder Scale-2</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
H1N1	<i>Hemagglutinin Type 1 and Neuraminidase Type 1</i>
IES-R	<i>Impact of Event Scale-Revised</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corporal</i>
ISI-7	<i>Insomnia Severity Index-7</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory-General Survey</i>
OCS	<i>Obsessive-Compulsive Scale</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
PCL-C-2	<i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Reduced version</i>
PDEQ	<i>Peritraumatic Dissociation Questionnaire</i>
PDI	<i>Psychological Distress Inventory</i>
PHQ-2	<i>Patient Health Questionnaire-2</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PHQ-15	<i>Patient Health Questionnaire-15</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses</i>
PROMIS	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i>
PSS-14	<i>Perceived Stress Scale-14</i>
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
SM-COVID19	<i>Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19</i>
STAI-Y	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>

Folha em branco

Capítulo 1

Introdução

O surgimento do novo coronavírus, mais tarde conhecido como SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), foi um marco importante na história da humanidade.⁽¹⁾ Os primeiros casos da infecção foram reportados a 31 de dezembro de 2019, após um surto pneumônico de origem desconhecida em Hubei, na China.⁽²⁾ Em apenas um mês, a situação agravou-se, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerá-la uma emergência em saúde pública de preocupação internacional e, uma pandemia global, a 11 de março de 2020.^(3,4)

Com uma apresentação clínica extremamente inconstante, a doença, nomeada, depois, *Coronavirus Disease 19* ou COVID-19 pela OMS, pode oscilar entre um estado de completa assintomatologia até um quadro grave de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda com falência multiorgânica fatal.⁽⁵⁾ Mesmo não sendo a regra, a morbimortalidade associada é, substancialmente, maior em idades mais avançadas e/ou na presença de comorbidades.^(6,7) Adicionalmente, a elevada taxa de transmissão, na ausência de vacina ou tratamento médico dirigido, obrigou governos e autoridades de saúde, em todo o mundo, a adotarem medidas estritas de controle da infecção incluindo o distanciamento social (com a proibição de ajuntamentos/aglomerados), o uso de máscara de proteção individual, a lavagem e desinfecção frequente das mãos e o encerramento de grande parte dos estabelecimentos de ensino (tais como, creches, escolas e universidades) e a suspensão de todas as atividades industriais e comerciais consideradas “não essenciais”.^(8, 9) Mais ainda, os cidadãos foram submetidos a longos períodos de confinamento domiciliário, impedidos de viajar ou circular para fora da sua zona de residência e, os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, sujeitos à quarentena ou isolamento profilático, respetivamente.^(8, 9)

Assim, apesar das implicações clínicas da doença serem primariamente orgânicas, estudos mostram que esta emergência em saúde pública tem trazido consequências nefastas para a saúde e bem-estar mental da maioria dos indivíduos.⁽³⁾ Hossain e colaboradores referem que a perceção de uma nova ameaça à saúde física, a diminuição ou perda do rendimento laboral, a interrupção das atividades quotidianas e o distanciamento ou isolamento social são fatores que têm contribuído para a evolução ou agravamento de problemas do foro mental nomeadamente depressão, ansiedade, perturbações do sono e alterações patológicas do estado do humor.⁽¹⁰⁾

Não obstante, para além dos efeitos no público em geral, a pandemia tem conduzido a desfechos importantes na saúde mental dos profissionais de saúde, particularmente daqueles que constituem a primeira linha no combate à COVID-19.⁽¹¹⁾ De facto, quer a afluência em massa aos cuidados de saúde quanto a escassez ou mesmo a falta de equipamentos de proteção individual adequados têm sido apontados como potenciais stressores de respostas psicológicas mal adaptativas; ademais, a necessidade de tomarem decisões eticamente difíceis quanto à alocação de recursos, a noção de risco de transmissão nosocomial e a impossibilidade de contacto com familiares e amigos tem aumentado a incidência de sintomatologia psiquiátrica entre profissionais de saúde.^(12, 13)

De modo a avaliar a saúde mental da população portuguesa em contexto de pandemia, Costa e colaboradores deram início ao projeto SM-COVID19 (Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19).⁽¹⁴⁾ Este estudo teve como principais objetivos caracterizar a saúde mental da população portuguesa, com mais de 18 anos de idade, bem como de subgrupos específicos, tais como profissionais de saúde e indivíduos com suspeita ou infeção por SARS-CoV-2.⁽¹⁴⁾ Além disso, pretendeu-se identificar determinantes de resiliência e vulnerabilidade psicológica no contexto da pandemia.⁽¹⁴⁾ A recolha de dados decorreu entre os meses de maio e agosto de 2020.⁽¹⁴⁾ No total, 6 079 residentes em Portugal participaram no estudo.⁽¹⁴⁾ Destes, 2 097 eram profissionais de saúde.⁽¹⁴⁾ Em termos de incidência dos principais achados psicológicos, os seguintes resultados foram obtidos:⁽¹⁴⁾

- 34% dos indivíduos da população em geral e 45% dos profissionais de saúde apresentavam sinais de *distress* psicológico.⁽¹⁴⁾
- Dos indivíduos do público geral, 27% indicavam ter sintomas moderados a graves de ansiedade, 26% sintomas de depressão e 26% sintomas de PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*).⁽¹⁴⁾
- Nos profissionais de saúde, foram obtidas percentagens mais elevadas de *distress* psicológico em relação à população em geral, nomeadamente no que se refere a ansiedade moderada a grave. Neste estudo, os mais afetados foram aqueles que tratavam doentes com COVID-19. É, também, neste grupo de profissionais de saúde que os níveis de *burnout* foram mais elevados (43%).⁽¹⁴⁾
- Nos indivíduos que indicaram estar ou ter estado em quarentena, em isolamento ou já recuperados da COVID-19, 72% reportaram *distress* psicológico e mais de metade referiu sintomas de depressão moderada a grave. Dos indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos, 92% referia sintomas de ansiedade moderada a grave.⁽¹⁴⁾

Com este trabalho pretende-se realizar uma revisão sistemática da literatura que sumarie os principais efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde mental não só do público em geral como, também, dos profissionais de saúde. Neste sentido, focaremos a nossa atenção em três questões: (1) quais os principais problemas de saúde mental associados à pandemia da COVID-19 (2) qual a sua prevalência e (3) quais os fatores protetores e de risco para o seu desenvolvimento (4). Por fim, iremos falar, ainda que brevemente, de estratégias que possam mitigar o impacto psicossocial da corrente pandemia.

Folha em branco

Capítulo 2

Metodologia Científica

Na presente revisão definiram-se, inicialmente, critérios de inclusão e perguntas de pesquisa. Os critérios de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e o diagrama de fluxo foram essenciais à orientação do processo. O diagrama da **Figura 1** descreve o fluxo de informações através das diferentes fases da revisão sistemática, apresenta o número de artigos identificados, incluídos e excluídos e os motivos das suas exclusões.

2.1. Processo de Pesquisa

A pesquisa sistemática da informação, ocorrida entre os meses de janeiro e abril de 2021, foi realizada nas seguintes bases de dados: *PubMed, Medline, Embase, Scopus* e *Web of Science*. Apenas artigos em inglês e português foram incluídos.

No processo de pesquisa, as seguintes palavras foram usadas em diversas combinações e permutações:

- COVID-19; SARS-CoV-2; saúde mental; perturbação mental; psiquiatria; psicologia; público em geral; profissionais de saúde.

- COVID-19; SARS-CoV-2; *mental health; mental illnesses; psychiatry; psychology; public; health professional.*

2.2. Seleção de Estudos e Critérios de Elegibilidade

Conforme apresentado na **Figura 1**, após a triagem inicial de títulos e *abstracts*, procedeu-se à seleção de artigos de texto completo. Para tal, foram usados os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados entre janeiro e agosto de 2020, estudos que avaliassem a saúde mental do público em geral e/ou dos profissionais de saúde, estudos que explorassem os fatores protetores e de risco para o desenvolvimento dessas respostas psicológicas e, por último, estudos que utilizassem escalas avaliação psicológica padronizadas e validadas para esse fim.

Foram excluídos estudos escritos em outras línguas que não o inglês e o português e/ou cujo acesso ao texto completo não estava disponível.

2.3. Recolha de Dados

No processo de análise da informação, os seguintes dados foram recolhidos: (1) primeiro autor e ano da publicação, (2) país de origem, (3) tamanho da amostra em estudo, (4) instrumentos de avaliação psicológica, (5) características da amostra, (6) prevalência de sintomas/perturbações mentais e (7) fatores protetores e de risco associados (**Tabelas 1 e 2**).

2.4. Instrumentos de Avaliação

A seguir, listam-se os instrumentos de avaliação usados nos diferentes estudos:

- *Beck Anxiety Inventory (BAI)*;
- *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*;
- *Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)*;
- *Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)*;
- *Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2)*;
- *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)*;
- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*;
- *Impact of Event Scale-Revised (IES-R)*;
- *Insomnia Severity Index-7 (ISI-7)*;
- *Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)*;
- *Obsessive-Compulsive Scale (OCS)*;
- *Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)*;
- *Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*;
- *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*;
- *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)*;
- *Perceived Stress Scale-14 (PSS-14)*;
- *Peritraumatic Dissociation Questionnaire (PDEQ)*;
- *Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Reduced version (PCL-C-2)*;
- *Psychological Distress Inventory (PDI)*;
- *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)*;
- *Symptom Checklist-90 (SCL-90)*.

Capítulo 3

Resultados

Tal como mostra a **Figura 1**, 22 estudos foram incluídos nesta revisão. Note-se que os dados obtidos são relativos ao período de 28 janeiro a 14 de julho de 2020.

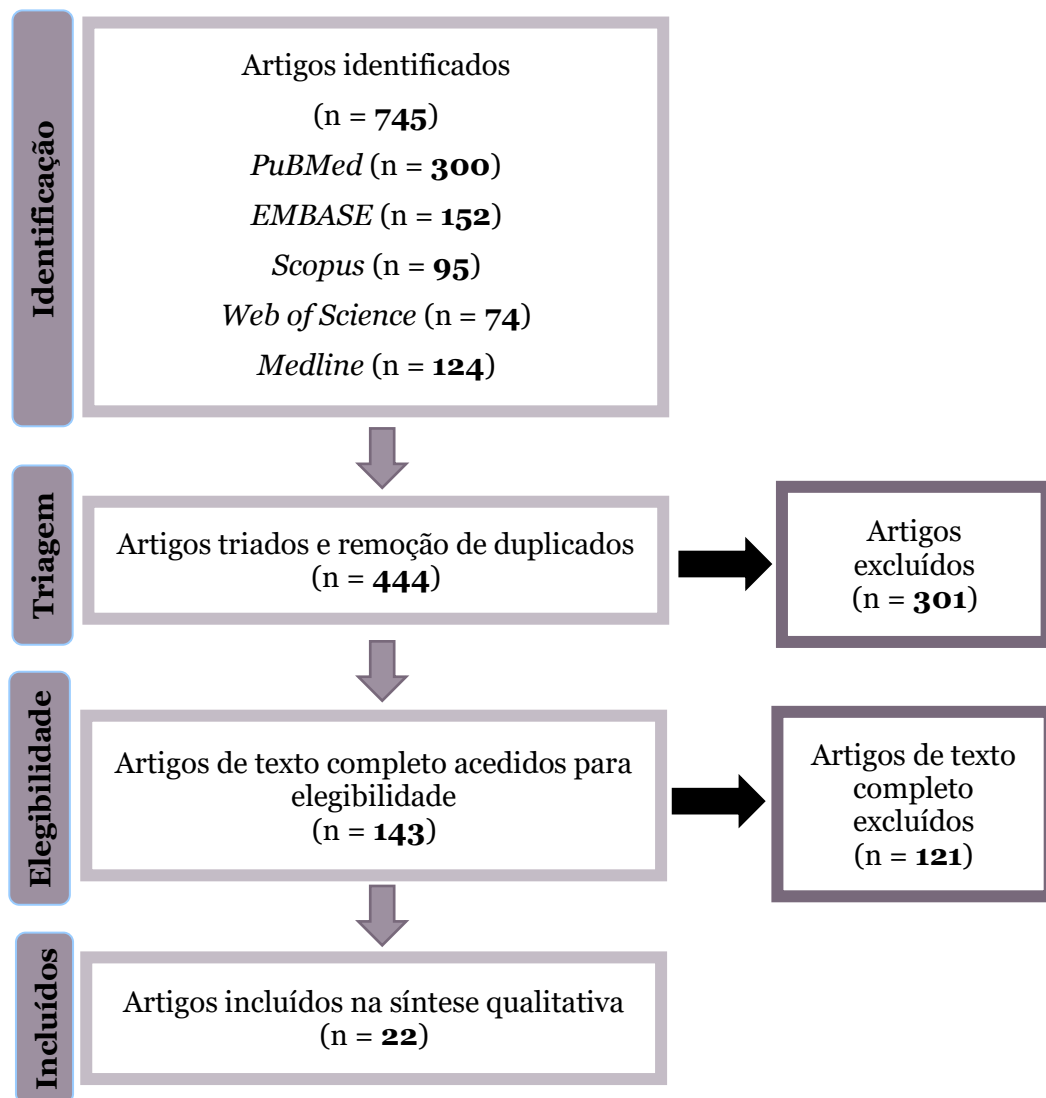


Figura 1 – Diagrama do processo de seleção dos artigos. Adaptado de *PRISMA 2009 Flow Diagram*.⁽¹⁵⁾

3.1. Prevalência dos principais sintomas/perturbações mentais no público em geral durante a pandemia da COVID-19

De modo a facilitar sua leitura e interpretação, os resultados obtidos em cada estudo foram sumariados na **Tabela 1**.

De um modo geral, neste grupo:

- Nove estudos avaliaram a presença de sintomas de ansiedade, cuja incidência variou desde 21,6%,⁽¹⁶⁾ a 81,9%,⁽¹⁷⁾ entre as populações estudadas [21,6%,⁽¹⁶⁾ 23,2%,⁽¹⁸⁾ 33,7%,⁽¹⁹⁾ 33,8%,⁽²⁰⁾ 37,2%,⁽²¹⁾ 44,2%,⁽²²⁾ 49,5%,⁽²³⁾ 64,1%,⁽²⁴⁾ e 81,9%,⁽¹⁷⁾].
- Além disso, a incidência de sintomatologia depressiva foi avaliada em seis estudos. Relativamente a este parâmetro, os resultados oscilaram entre 18,7%,⁽¹⁶⁾ e 61,3%,⁽²²⁾ [18,7%,⁽¹⁶⁾ 24,7%,⁽¹⁸⁾ 33,3%,⁽²⁵⁾ 45,5%,⁽²³⁾ 57,3%,⁽²⁴⁾ 57,9%,⁽¹⁹⁾ e 61,3%,⁽²²⁾].
- Dois estudos avaliaram a presença de *stress* e *distress* psicológico. No estudo de Banna e colaboradores, a primeira entidade esteve presente em 59,7% da amostra.⁽¹⁹⁾ Chaix e colaboradores concluíram que o *distress* afetara 38,1% dos indivíduos incluídos no estudo.⁽²⁶⁾
- A presença de problemas do sono foi estudada em dois estudos cujos resultados foram 42,2% e 55,3%.^(17, 18) Li e colaboradores, concluíram, ainda, que a insônia, como entidade individual, esteve presente em 30,9% da amostra em estudo.⁽²³⁾
- Por último, três estudos avaliaram a presença de sintomas de PTSD. As prevalências obtidas foram 15,8%,⁽¹⁶⁾ 27,7%,⁽²¹⁾ e 34,2%.⁽¹⁷⁾

3.2. Fatores protetores e de risco para o desenvolvimento de sintomas/perturbações mentais na população em geral

Ansiedade

Os seguintes fatores foram associados ao desenvolvimento de ansiedade: ser do sexo feminino,^(17-19, 21, 22, 24) ter quarenta anos ou menos,^(17, 19, 21, 22, 24) ser estudante universitário,⁽²⁴⁾ ou apresentar uma baixa escolaridade,^(17, 19) pertencer a um grupo socioeconómico mais baixo,^(17, 22) ter sofrido perdas económicas significativas,⁽²³⁾ e/ou perdido o emprego,⁽²⁴⁾ devido à pandemia. Além disso, seguir excessivamente as notícias,⁽²²⁾ ou passar muito tempo nas redes sociais,⁽¹⁸⁾ estiveram associados a uma maior incidência de ansiedade. A presença desta entidade, como sintoma, também foi, consistentemente, mais elevada em indivíduos com doenças mentais previamente diagnosticadas.^(17, 22, 24) Fatores emergentes foram, ainda, ter diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19, sentir-se incerto sobre a possibilidade de contrair a infeção ou conhecer pessoas infetadas pelo novo coronavírus.^(16, 21) Também, aqueles submetidos a um longo período de confinamento/distanciamento social obtiveram piores resultados.⁽¹⁷⁾ Ser do sexo masculino,^(16, 18) ter mais de quarenta anos de idade,^(16, 18) habitar numa zona rural,⁽¹⁹⁾ ser casado ou coabitante,⁽¹⁸⁾ ou ter uma boa rede de suporte emocional,⁽¹⁶⁾ foram associados a melhores desfechos psicológicos.

Depressão

Tal como a ansiedade, os seguintes fatores foram considerados de risco para o desenvolvimento de depressão: ser do sexo feminino,^(17-19, 22, 24, 25) ter quarenta anos ou menos,^(17, 19, 21, 22, 24, 25) ser estudante universitário,⁽²⁴⁾ ou apresentar uma baixa escolaridade,^(17, 22) pertencer a um nível socioeconómico mais baixo,^(17, 22) ter sofrido perdas económicas significativas,⁽²³⁾ e/ou perdido o emprego devido à pandemia.^(19, 24) Novamente, seguir as notícias de forma excessiva,⁽²²⁾ ou passar muito tempo nas redes sociais,⁽¹⁸⁾ foram considerados fatores predisponentes ao desenvolvimento destes sintomas. A incidência de depressão também foi, consistentemente, mais elevada em indivíduos com doenças mentais prévias,^(17, 22, 24) e naqueles com comorbilidades (tais como, hipertensão, diabetes, doença coronária, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, dislipidemia, asma e doenças autoimunes).⁽²⁵⁾ Além disso, viver em zonas de elevada incidência de COVID-19,⁽²⁵⁾ ou ter um familiar idoso no agregado familiar,⁽¹⁹⁾ também foram associados ao desenvolvimento desta perturbação mental. Tal como a ansiedade, a depressão foi também mais incidente em indivíduos com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19, naqueles que sentiam incerteza sobre a possibilidade de contrair a infeção e, ainda, em inquiridos que conheciam indivíduos

infetados pelo novo coronavírus.^(16, 21, 25) Sofrer um longo período de distanciamento social,⁽¹⁷⁾ ou estar pessimista em relação ao futuro,⁽¹⁹⁾ também foram associados a piores resultados. Pelo contrário, indivíduos do sexo masculino, com mais de 40 anos de idade,^(16, 18) casados ou coabitantes⁽¹⁸⁾, que não tinham um idoso no lar,⁽¹⁹⁾ ou com uma boa rede de suporte emocional,⁽¹⁶⁾ apresentaram melhores respostas psicológicas.

Stress e Distress Psicológico

Níveis mais elevados destes parâmetros foram observados em indivíduos do sexo feminino,^(19, 27) em idades mais jovens (≤ 40 anos),^(19, 27) em desempregados,⁽¹⁹⁾ ou em indivíduos cujos rendimentos foram profundamente afetados pela pandemia,⁽²³⁾ em regiões de maior incidência da COVID-19 e em participantes com depressão.⁽¹⁹⁾ Além disso, indivíduos que usavam os seus *smartphones* ou computadores durante mais de uma hora por dia também apresentaram maior *distress*.⁽²⁶⁾

Problemas do Sono

Problemas do sono, incluindo insónia, foram mais incidentes no sexo feminino,^(17, 18) em participantes com quarenta anos ou menos,⁽¹⁷⁾ naqueles com pouca escolaridade ou em desvantagem socioeconómica,⁽¹⁷⁾ em indivíduos com história médica de doenças mentais,⁽¹⁷⁾ naqueles com doenças crónicas,⁽¹⁸⁾ em pessoas cujos rendimentos foram profundamente afetados pela COVID-19,⁽²³⁾ naqueles submetidos a longos períodos de distanciamento social,⁽¹⁷⁾ e em participantes que passavam muito tempo na internet e/ou em redes sociais.⁽¹⁸⁾ Indivíduos que, por outro lado, tinham mais de quarenta anos, eram casados ou coabitantes relataram menos problemas do sono.⁽¹⁸⁾

PTSD

À semelhança dos outros parâmetros, a presença de sintomas de PTSD foi maioritariamente observada no sexo feminino e em idades mais jovens (≤ 40 anos).⁽²¹⁾ Este achado foi, também, mais prevalente em indivíduos com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19, naqueles que sentiam incerteza sobre a possibilidade de contraírem a infeção e, ainda, nos que conheciam indivíduos positivos para a doença.^(16, 21) Pelo contrário, aqueles com mais de 40 anos de idade e uma boa rede de suporte emocional apresentaram menos sintomas de PTSD.⁽¹⁶⁾

Tabela 1 – Estudos sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental do público em geral (H - homem; M – mulher).

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Bannaa⁽¹⁹⁾	Bangladesh	n = 1 427 H = 71,5% (n = 1020) Média de idades = 25,75±6,75 anos	DASS-21	43,7 % (n = 624) eram estudantes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 33,7% (n = 481) apresentavam sintomas de ansiedade (moderados: 11.6% (n = 166); graves: 11.6%). ▪ 57.9% (n = 826) apresentavam sintomas de depressão (leves: 14.5% (n = 207); moderados: 21.2% (n = 303); graves: 3.2% (n = 188)). ▪ 59.7% (n = 852) apresentavam níveis leves a muito graves de <i>stress</i> (leves: 28.0% (n = 400); moderados: 22.0% (n = 314)).
Chaix⁽²⁶⁾	França	n = 1 771 M = 91,3% (n = 1 616) Média de idades = 32,8±13,7 anos	PDI	25,9% (n = 459) tinham o diagnóstico de depressão. 23,6% (n = 417) estavam desempregados devido à pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 38,1% (n = 674) apresentavam <i>distress</i> psicológico.

Tabela 1 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Campos⁽²²⁾	Brasil	n = 12 196 M = 69,8% (n = 8 513) Média de idades = 35,2 anos	DASS-21 IES-R	Sem informação relevante.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 44,2% (n = 5 391) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 61,3% (n = 7 476) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 50,8% (n = 6 196) apresentavam <i>stress</i> psicológico. ▪ O impacto psicológico do confinamento esteve presente em 54,9% (n = 6 696) da amostra. ▪ Entre os indivíduos sem e com doenças mentais prévias, 8,5% (n = 10 428) e 96,2% (n = 11 733) relatavam sintomas psicológicos de novo desde o início da pandemia, respetivamente.
Forte⁽²¹⁾	Itália	n = 2 291 M = 74,6% (n = 1 708) Média de idades = 30,0±11,5 anos	SCL-90 STAI-Y IES-R	0,4% (n = 9) tinham COVID-19. 1,7% (n = 40) tinham tido contacto direto com indivíduos infetados. 2,7% eram profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 37,2% (n = 852) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 27,7% (n = 635) apresentavam sintomas de PTSD. ▪ 31,4% (n = 719) apresentavam sintomas psicopatológicos em geral.

Tabela 1 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
González-San- guino⁽¹⁶⁾	Espanha	n = 3 480 Média de idades = 37,92 anos	PHQ-2 GAD-2 PCL-C-2	28,3% (n = 985) tinham um familiar diagnosticado com a COVID-19. 3% (n = 104) viviam com uma pessoa infetada.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 21,6% (n = 752) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 18,7% (n = 3028) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 15,8% (n = 550) apresentavam sintomas de PTSD.
Goularte⁽¹⁷⁾	Brasil	n = 1 996 M = 84,5% (n = 1676) Média de idades = 34,22±1,57 anos	PROMIS depression PROMIS anxiety IES-R	1,8% dos participantes (n = 36) tinham o diagnóstico de COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 81,9% (n = 1 634) apresentavam sintomas de ansiedade (moderados a graves: 84,7%). ▪ 68,0% (n = 1 358) apresentavam sintomas de depressão (moderados a graves: 67,7%). ▪ 34,2% (n = 683) apresentavam sintomas de PTSD. ▪ 62,6% (n = 1 250) apresentavam sintomas somáticos. ▪ 55,3% (n = 1 104) apresentavam problemas do sono.

Tabela 1 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Gualano⁽¹⁸⁾	Itália	n = 1 515 M = 65,6% (n = 994) Média de idades = 42 anos	PHQ-2 GAD-2 ISI	Sem informação relevante.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 23,2% (n = 352) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 24,7% (n = 374) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 42,2% (n = 639) apresentavam problemas do sono; destes, 80,1% (n = 1 213) insónia (moderada a grave: 17,4%).
Li⁽²⁸⁾	China	n = 398 H = 50,5% (n = 201) Idades entre os 26 e os 40 anos.	PHQ-9 GAD-7 ISI-7 IES-7	33,9% (n = 135), 17,6% (n = 70), 48,5% (n = 193) sofreram uma perda leve, moderada e grave do rendimento, respetivamente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49,5% (n = 197) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 45,5% (n = 181) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 30,9% (n = 155) apresentavam insónia. ▪ 68,1% (n = 271) apresentavam <i>distress</i> psicológico.

Tabela 1 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Mamun⁽²⁵⁾	Bangladesh	n = 10 067 H = 56.1% (n = 5 650) Média de idades = 29.9±9.6 anos	FCV-19S ISI PHQ-9	58.4% (n = 5 878) eram estudantes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 33,3% (n = 3 349) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 5,0% (n = 506) apresentavam ideação suicida.
Solomou⁽²⁴⁾	Chipre	n = 1 642 M = 71.6% (n = 1176) 42.3% tinham idades entre os 18 e 29 anos.	QOL GAD-7 PHQ-9	48% (n = 788) relataram preocupações financeiras significativas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 66,7% (n = 1 095) relatavam mudanças importantes na sua qualidade de vida. ▪ 64,1% (n = 1 052) apresentavam sintomas de ansiedade (leves: 41%; moderados a graves: 23,1%). ▪ 57,3% (n = 939) sintomas de depressão (leves: 48%; moderados a graves: 9,2%).

Tabela 1 (Fim)

Folha em branco

3.3. Prevalência dos principais sintomas/perturbações mentais nos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19

À semelhança do grupo anterior, na **Tabela 2** encontram-se sumariados os principais achados obtidos em cada estudo.

Sucintamente, neste grupo, foram avaliadas as seguintes entidades:

- Oito estudos avaliaram a presença de ansiedade entre profissionais de saúde, cuja incidência variou desde 31,6%,⁽²⁹⁾ a 64,4%,⁽³⁰⁾ [31,6%,⁽²⁸⁾ 34,1%,⁽³¹⁾ 44,0%,⁽³⁴⁾ 44,6%,⁽³²⁾ 45,4%,⁽³³⁾ 50,4%,⁽³⁵⁾ 54,2%,⁽³⁶⁾ e 64,4%,⁽³⁰⁾].
- A presença de depressão, como sintoma, foi, também, avaliada em oito estudos. Os resultados obtidos oscilaram entre 29,6%,⁽²⁸⁾ e 70,7%,⁽³⁰⁾ [29,6%,⁽²⁸⁾ 30,4%,⁽³⁵⁾ 32,3%,⁽³¹⁾ 44,4%,⁽³⁴⁾ 50,4%,⁽³²⁾ 57,6%,⁽³³⁾ 58,0%,⁽³⁶⁾ e 70,7%,⁽³⁰⁾].
- Um estudo avaliou a presença de *stress* psicológico que esteve presente em 23,8% dos profissionais de saúde.⁽³¹⁾ A presença de *distress* foi avaliada em dois estudos. Xiao e colaboradores obtiveram uma incidência de 55,1%.⁽³⁶⁾ No estudo de Lai e colaboradores a incidência obtida foi de 71,5%.⁽³²⁾
- A incidência de insónia entre profissionais de saúde foi avaliada em sete estudos, obtendo-se valores entre 18,5%,⁽³¹⁾ e 58,0%,⁽³⁰⁾ [18,5%,⁽³¹⁾ 28,8%,⁽³⁴⁾ 32,0%,⁽³³⁾ 34,0%,⁽³²⁾ 37,8%,⁽³⁵⁾ 50,4%,⁽³⁷⁾ e 58,0%,⁽³⁰⁾].
- A incidência de sintomas de PTSD, determinada por Cai e colaboradores, foi de 32% na amostra em estudo.⁽³⁸⁾
- O *burnout* foi um parâmetro exclusivamente analisado neste grupo. A sua incidência foi avaliada em dois estudos cujos resultados foram 31,4%,⁽³⁹⁾ e 44,6%.⁽⁴⁰⁾

3.4. Fatores protetores e de risco para o desenvolvimento de sintomas/perturbações mentais nos profissionais de saúde

Ansiedade

A incidência de ansiedade foi maior entre indivíduos do sexo feminino,⁽³⁷⁾ naqueles com comorbidades,⁽³⁰⁾ e em profissionais com menos anos de experiência laboral.⁽³⁶⁾ Além disso, ser enfermeiro,^(32, 34, 35) pertencer à primeira linha de diagnóstico e tratamento da COVID-19,^(30-32, 34, 36, 41) e trabalhar numa unidade de isolamento de contacto,^(29, 30) foram fatores fortemente associados ao desenvolvimento de ansiedade. A escassez ou ausência de equipamento de proteção individual,⁽³⁶⁾ e, ainda, o confronto com decisões eticamente complexas quanto à alocação de recursos,⁽³⁵⁾ também contribuíram para o aumento de ansiedade neste grupo. Além disso, indivíduos com receio de contrair a infeção,⁽³⁵⁾ e/ou de a transmitir aos seu agregado familiar,⁽²⁹⁾ e aqueles impossibilitados de descansar ou atender às necessidades do lar⁽³⁵⁾ também apresentaram mais sintomas de ansiedade. Pelo contrário, o sexo masculino foi considerado protetor para o desenvolvimento de ansiedade.⁽³⁵⁾

Depressão

A depressão foi, particularmente, observada em indivíduos do sexo feminino,^(29, 36, 37) grupos etários mais jovens (≤ 40 anos),⁽³⁷⁾ profissionais com múltiplas comorbidades,⁽³⁰⁾ e história de doença mental prévia ou atual.⁽³⁷⁾ Além disso, e à semelhança do parâmetro anterior, ser enfermeiro,^(32, 34, 35) constituir a primeira linha no combate à COVID-19,^(30-32, 34, 36, 37, 41) e trabalhar numa enfermaria ou unidade de isolamento,^(29, 30) estiveram fortemente associados ao desenvolvimento de depressão. A falta de equipamento de proteção individual,⁽³⁶⁾ e o medo de contrair a infeção,⁽³⁵⁾ foram, novamente, associados a piores resultados. Também, ser confrontado com decisões complexas de fim de vida (em contexto de escassez de recursos, como ventiladores), a impossibilidade de descanso e/ou de cuidar da família foram considerados fatores de risco importantes.⁽³⁵⁾ Uma vez mais, indivíduos do sexo masculino apresentaram melhores respostas psicológicas.⁽³⁵⁾

Stress e Distress Psicológico

Níveis mais elevados de ambos os parâmetros foram encontrados em participantes do sexo feminino,⁽³⁷⁾ indivíduos com história de doença mental prévia ou atual,⁽³⁷⁾ profissionais de saúde de primeira linha,⁽³²⁾ enfermeiros,^(32, 37) e naqueles cujo teste foi positivo para a SARS-CoV-2.⁽³⁷⁾

Insónia

Os seguintes fatores foram associados a uma maior incidência de insónia: ser do sexo feminino,⁽³⁷⁾ ter comorbilidades,⁽³⁰⁾ ou história médica prévia ou atual de doença mental,⁽³⁷⁾ constituir a primeira linha no combate à COVID-19,^(30-32, 34, 41) ser enfermeiro,^(32, 34, 37) trabalhar numa unidade de isolamento,⁽³⁰⁾ e, por último, ter testado positivo para a SARS-CoV-2.⁽³⁷⁾

PTSD

Vários fatores foram associados a este desfecho psicológico. Entre eles incluem-se: constituir a primeira linha de combate à pandemia,⁽³¹⁾ ser enfermeiro, ser confrontado com situações altamente complexas do ponto de vista ético (nomeadamente, as relativas ao fim de vida) e a impossibilidade de descanso ou de estar presente para a família.⁽³⁵⁾ O sexo masculino foi associado a uma menor prevalência desta entidade.⁽³⁵⁾

Burnout

A incidência de *burnout* foi mais elevada nos profissionais do sexo feminino,^(39, 40) em indivíduos mais jovens (≤ 40 anos),^(39, 40) e em médicos,⁽⁴⁰⁾ e enfermeiros.⁽³⁹⁾ Além disso, trabalhar num ambiente hospitalar com um elevado risco de infeção,⁽⁴⁰⁾ sentir-se inseguro sobre o modo de utilização do equipamento de proteção individual,⁽³⁹⁾ e ter menos anos de experiência laboral (5 vs 8 anos),⁽³⁹⁾ também foram importantes fatores de risco. Finalmente, ter menos dias de folga por mês (<8 vs >9 dias) e ter uma qualidade de sono pobre também contribuíram para o desenvolvimento de *burnout*.⁽³⁹⁾

Tabela 2 – Estudos sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde (H – homem; M – mulher).

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Alshekaili⁽³⁴⁾	Omã	n = 1 139 M= 80,0% (n = 911) Média de idades = 36,3±6,5 anos	DASS-21 ISI	33,7% (n = 384) eram médicos, 39,5% (n = 449) enfermeiros e 26,8% (n = 305) outros profissionais de saúde. 50,4% (n = 574) constituíam a primeira linha de combate à COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 34,1% (n = 388) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 32,3% (n = 368) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 23,8% (n = 271) apresentavam <i>stress</i>. ▪ 18,5% (n = 211) apresentavam insónia.
Azoulay⁽³⁵⁾	França	n = 1 058 M= 71,0% (n = 753) Média de idades = 33 anos	HADS PDEQ	29,1% (n = 308) eram médicos, 68,3% (n = 721) enfermeiros e 2,6% (n = 27) outros profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50,4% (n = 533) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 30,4% (n = 322) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 32,0% (n = 340) apresentavam sintomas de dissociação peritraumática. ▪ 37,8% (n = 400) apresentavam insónia. ▪ 23,7% (n = 245) relatou ter iniciado ou aumentado o consumo de tabaco, álcool, canábis, cocaína ou outras drogas, durante a pandemia.

Tabela 2 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Cai⁽⁴¹⁾	China	<p>n = 2 346</p> <p>Média de idades dos profissionais de primeira linha = 30,6±8,8 anos</p> <p>Média de idades dos profissionais de segunda linha = 30,5±8,7 anos</p>	<p>BAI</p> <p>ISI</p> <p>PHQ-9</p>	<p>50% (n = 1 173) constituíam a primeira linha de combate à COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos profissionais de saúde de primeira e segunda linha, 52,6% (n = 1234) vs. 34,0% (n = 798) apresentavam perturbações mentais. ▪ 15,7% (n = 368) vs. 7,4% (n = 174) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 14,3% (n = 335) vs. 10,1% (n = 237) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 47,8% (n = 1121) vs. 29,1% (n = 683) apresentavam insónia. ▪ 12,0% (n = 282) vs. 9,0% (n = 211) apresentavam ideação suicida.
Juan⁽²⁹⁾	China	<p>n = 456</p> <p>M = 70,6% (n = 322)</p> <p>Média de idades = 30,67±7,48 anos</p>	<p>IES-R</p> <p>GAD-7</p> <p>PHQ-9</p> <p>OCS</p> <p>PHQ-15</p>	<p>42,8% (n = 195) eram médicos e 57,2% (n = 261) enfermeiros.</p> <p>Destes profissionais de saúde, 21,1% (n = 96) relataram ter tido contato direto com pacientes COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 31,6% (n = 144) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 29,6% (n = 135) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 37,5% (n = 171) apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos. ▪ 33,3% apresentavam sintomas somáticos (n = 152).

Tabela 2 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Khasne⁽⁴⁰⁾	Índia	n = 2 026 H= 55,0% (n = 1117) 81,0% (n = 1642) tinham idades entre os 21 e os 50 anos	CBI	82,3% (n = 1 667) eram médicos.	<ul style="list-style-type: none"> 44,6% apresentavam burnout (n = 903).
Lai⁽³²⁾	China	n = 1 257 M = 76,7% (n = 964) 64,7% (n = 813) tinham idades entre os 26 e os 40 anos	PHQ-9 GAD-7 ISI IES-R	39,2% (n = 493) eram médicos e 60,8% (n = 764) enfermeiros. 41,5% (n = 522) constituíam a primeira linha de combate à COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> 44,6% (n = 560) apresentavam sintomas de ansiedade. 50,4% (n = 634) apresentavam sintomas de depressão. 34,0% (n = 427) apresentavam insónia. 71,5% (n = 899) apresentavam <i>distress</i> psicológico.
Matsuo⁽³⁹⁾	Japão	n = 312 M = 71,5% (n = 223) Média de idades = 30,5 anos	MBI-GS	26,3% dos participantes (n = 82) eram médicos, 40,4% (n = 126) enfermeiros e 36,5% (n = 114) outros profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> 31,4% (n = 98) apresentavam burnout.

Tabela 2 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Que ⁽³⁴⁾	China	n = 2 285 M = 69,1% (n = 1 578) Média de idades = 31,06±6,99 anos	GAD-7 PHQ-9 ISI	37,6% (n = 860) eram médicos, 9,1% (n = 208) enfermeiros e 13,3% (n = 304) outros profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 46,0% (n = 1 051) apresentavam sintomas de ansiedade (leve: 34,4%; moderada/grave: 11,6%). ▪ 44,4% (n = 1015) apresentavam sintomas de depressão (leve: 31,5% ; moderada/grave: 12,8%). ▪ 28,75% (n = 657) insónia (leve: 22,0%; moderada/grave: 6,8%). ▪ 56,6% (n = 1293) da amostra apresentava problemas psicológicos em geral.
Şahin ⁽³⁷⁾	Turquia	n = 939 M= 66,0% (n = 620) 36,1% (n = 339) tinham idades entre os 26 e os 30 anos	PHQ-9 GAD-7 ISI IES-R	61,8% (n = 580) eram médicos, 13,1% (n = 123) tinham história de doença psiquiátrica e 10,2% (n = 96) referiram ter recebido apoio psiquiátrico durante a pandemia. 60,6% constituíam a primeira linha de combate à COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60,2% (n = 565) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 77,6% (n = 729) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 50,4% (n = 473) apresentavam insónia. ▪ 76,4% (n = 717) <i>distress</i> psicológico.

Tabela 2 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Wańkiewicz ⁽³⁰⁾	Polónia	<p>n = 441</p> <p>M= 52,2% (n = 230)</p> <p>Média de idades dos profissionais de primeira linha = 40,47±4,93 anos</p> <p>Média de idades dos profissionais de segunda linha = 40,05 ± 5,51 anos</p>	<p>GAD-7</p> <p>PHQ</p> <p>ISI</p>	<p>46,7% (n = 206) constituíam a primeira linha de combate à COVID.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64,4% (n = 284) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 70,7% (n = 312).apresentavam sintomas de depressão ▪ 58,0% (n = 256) apresentavam insónia.
Xiao ⁽³⁶⁾	China	<p>n = 958</p> <p>M = 67.2% (n = 644)</p>	<p>PSS-14</p> <p>HAD</p>	<p>39.5% (n = 378) eram médicos, 37.5% (n = 359) enfermeiros e 23% (n = 220) outros profissionais de saúde.</p> <p>30.5% (n = 292) estavam em risco de exposição ocupacional a infeções.</p> <p>A maioria tinha estado em contacto com indivíduos suspeitos (30.6%) ou diagnosticados (35.3%) com a COVID-19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 54.2% (n = 519) apresentavam sintomas de ansiedade. ▪ 58.0% (n = 556) apresentavam sintomas de depressão. ▪ 55.1% (n = 528) apresentaram <i>distress</i> psicológico.

Tabela 2 (Continua)

Autor	País	Tamanho da Amostra, sexo e idade dos participantes	Instrumentos de Avaliação	Características da Amostra	Resultados
Zhou⁽³³⁾	China	<p>n = 1 705</p> <p>Profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M= 81.2% (n = 492) ▪ Média de idades = 35.77±8.13 anos <p>População em geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M = 69.4% (n = 763) ▪ Média de idades = 29.23±10.33 anos 	<p>PHQ-9</p> <p>GAD-7</p> <p>SCL-90</p> <p>ISI</p>	<p>Profissionais de saúde de primeira linha no combate à COVID-19: 35.5% (n = 606).</p> <p>População em geral: 64.5% (n = 1 099).</p>	<p>Profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45.4% (n = 275) apresentavam sintomas de ansiedade; ▪ 57.6% (n = 349) apresentavam sintomas de depressão; ▪ 32.0% (n = 194) apresentavam insónia; ▪ 12.0% (n = 73) apresentavam sintomas de somatização; ▪ 13.0% (n = 79) apresentavam risco de suicídio. <p>População em geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 33.8% (n = 372) apresentavam sintomas de ansiedade; ▪ 47.6% (n = 523) sintomas de depressão; ▪ 25.1% (n = 276) apresentavam insónia; ▪ 7.7% (n = 85) apresentavam sintomas de somatização; ▪ 11.6% (n = 127) apresentavam risco de suicídio

Tabela 2 (Fim)

Folha em branco

Capítulo 4

Discussão

4.1. O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental do público em geral

Estudos realizados durante a epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003, e aquando do surto de gripe A (H1N1), em 2009, demonstraram o impacto considerável destas ocorrências, a curto e longo prazo, na saúde e bem-estar mental da população.^(42, 43) Em relação à pandemia da COVID-19, para além da ansiedade,^(16-19, 21, 22, 24, 28) e depressão,^(16-19, 22, 24, 25, 28) que foram as respostas psicológicas mais estudadas, insónia,^(18, 28) *stress*,^(19, 22) e *distress* psicológico,⁽²⁶⁻²⁸⁾ e PTSD,^(16, 17, 21) também foram encontrados.

Tal como referido na secção anterior, vários fatores têm contribuído para o aparecimento de sintomas psicopatológicos *de novo* e/ou agravamento de perturbações mentais previamente estabelecidas.

Grupos etários mais jovens, níveis educacionais inferiores e ser do sexo feminino foram, sistematicamente, associados a piores desfechos de saúde mental.^(16, 17, 19, 21, 22, 26, 28) Fatores como a disrupção das atividades letivas, a implementação de um novo modo de ensino à distância, a separação física do grupo de pares, a proibição de ajuntamentos sociais e, ainda, o encerramento de espaços lúdicos e de lazer poderão explicar a elevada prevalência de sintomas mentais entre os mais jovens.^(16, 17, 19, 21, 22, 26, 28) Além disso, o abandono da atividade física em virtude do aumento do tempo gasto na internet e, em particular, nas redes sociais, também pode contribuir para essa mesma tendência.^(16, 17, 19, 21, 22, 26, 28) Curiosamente, a maioria dos estudos considerou a idade avançada um fator protetor; isto pode ser explicado, provavelmente, pela presença de mecanismos adaptativos, desenvolvidos para lidar com crises anteriores ou pelo maior poder económico inerente a este grupo. O papel social e familiar que a mulher tende a desempenhar também pode torná-la particularmente vulnerável aos efeitos psicológicos da pandemia.^(16, 17, 19, 21, 22, 26, 28) Também, indivíduos com coabitantes idosos no seu agregado familiar apresentaram percentagens mais elevadas de sintomas mentais.⁽¹⁹⁾ A

consciencialização do risco para a saúde dos seus entes queridos, cuja mortalidade é por si só mais elevada, pode ser um dos motivos.

Além disso, a imposição de estritas medidas de confinamento, embora essenciais ao controlo da cadeia de transmissão, têm levado à perda de milhares de postos de trabalho, ao congelamento de salários e agravado a situação económica de muitas famílias, particularmente daqueles cuja situação socioeconómica era já precária.^(17, 19, 22) Mais ainda, quer a quarentena quanto o isolamento social podem constituir experiências desagradáveis com consequências nefastas para a saúde física e bem-estar mental dos indivíduos. Assim, a separação da família, a limitação da livre circulação e a privação, parcial, da liberdade juntamente com a fadiga e incerteza em relação ao futuro têm, frequentemente, excedido a capacidade de *coping* individual e conduzido a respostas psicológicas e comportamentais mal adaptativas.⁽⁴⁴⁾

Estima-se, ainda, que a pandemia COVID-19 poderá afetar, de forma desproporcional, subgrupos específicos da população, nomeadamente indivíduos com múltiplas comorbilidades, aqueles com doenças crónicas ou indivíduos com história médica prévia ou atual de patologia mental.^(16, 26) O cancelamento das consultas de seguimento foi uma realidade bastante presente durante a pandemia, não raramente, impossibilitando o adequado controlo de problemas de saúde em doentes crónicos e/ou psiquiátricos.^(16, 26) Além disso, o receio de serem contagiados pelo novo coronavírus fez com que muitos deles evitassem recorrer aos serviços de saúde ou farmácias para comprar a sua medicação habitual, circunstâncias que podem agravar, ainda mais, a sua saúde física e mental.^(16, 26)

Por último, o contacto direto com pessoas infetadas pelo novo coronavírus e/ou conhecer indivíduos hospitalizados numa unidade de cuidados intensivos ou cuja morte foi consequência direta/indireta da mesma tem emergido como outro fator de risco importante para o desenvolvimento de perturbações mentais neste grupo.⁽²¹⁾

A pandemia da COVID-19 tem agravado o estado psicológico global e contribuído para o aumento do risco de suicídio.^(25, 28) A deteção precoce de problemas mentais é, assim, benéfica, justificando a necessidade de serem realizadas ações e intervenções psicológicas, facilmente acessíveis, durante e após o período de pandemia.

4.2. O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde

Em relação aos profissionais de saúde, vários estudos referem que este grupo tem sido particularmente exposto a situações de elevado *stress* ou traumáticas, manifestando, por isso, resultados psicológicos marcadamente negativos. Entre eles incluem-se sintomas de ansiedade,^(19, 29-31, 33, 34, 38, 40, 55) e de depressão,^(29-31, 33, 34, 38, 40, 56) insónia,^(29-31, 33, 40, 57) *stress*,⁽³⁰⁾ e *distress* psicológico,^(29, 31) *burnout*,^(36, 37) e sintomas de PTSD.⁽³⁴⁾

À semelhança da população em geral, a prevalência de problemas mentais nos profissionais de saúde foi maior entre indivíduos do sexo feminino, em grupos etários mais jovens e/ou naqueles com menos anos de experiência laboral e em indivíduos com pluripatologias, doenças crónicas ou história de doença mental.^(29, 30, 32, 33, 37, 40, 45) Além disso, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi, também, associado a piores resultados psicológicos.⁽⁴⁶⁾

O receio de contrair e/ou transmitir o vírus à sua rede social e familiar,⁽³⁵⁾ a ausência de *guidelines*, baseadas na evidência, sobre a prevenção e tratamento da COVID-19, a insuficiência ou mesmo ausência de equipamentos de proteção individual adequados e a procura desmedida por cuidados de saúde foram apenas alguns dos muitos fatores com os quais profissionais de saúde foram confrontados.^(29-31, 33, 40, 41, 45) Além disso, devido à natureza infetocontagiosa da doença, muitos profissionais foram preventivamente separados das suas famílias.⁽⁴⁶⁾ A impossibilidade de cuidar ou de estar fisicamente presente para a própria família tem sido um fator de risco fortemente associado a piores desfechos psicológicos.^(29, 40, 46)

Curiosamente, Zhou e colaboradores estabeleceram uma relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o desenvolvimento de ansiedade e insónia. Vários estudos têm confirmado essa associação, apontando o excesso de peso/obesidade como um fator de risco para a ansiedade e para uma pobre qualidade de sono em adultos.⁽³³⁾ Pelo contrário, a prática de exercício físico foi apresentada como protetor da saúde física e mental.⁽³⁷⁾

Outros fatores de risco modificáveis e independentemente associados à presença de perturbações mentais foram a falta de descanso, o alargamento do horário de trabalho diário e, ainda, a necessidade de tomarem decisões eticamente difíceis quanto à alocação

de recursos.^(33, 35) De realçar, ainda, que a privação do sono é uma das causas *major* para o comprometimento do desempenho neurocomportamental;⁽³⁵⁾ por esse motivo, a elevada prevalência de insónia entre trabalhadores de saúde levanta uma série de preocupações, não só para o indivíduo, como, também, para a segurança do doente.⁽³⁵⁾

Além disso, ser médico e, sobretudo, enfermeiro, trabalhar numa unidade de cuidados intensivos ou ser estagiário de medicina, foram associados a *scores* mais altos de sintomas mentais.^(32, 35, 40, 46) Também, comparando profissionais de saúde de primeira linha com outros profissionais não diretamente ligados ao diagnóstico e tratamento de pacientes com a COVID-19, concluiu-se que, os primeiros, são mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações mentais.^(30-33, 37, 40, 41, 45, 46) Por exemplo, no estudo de Xiao e colaboradores, profissionais de saúde de primeira linha apresentaram um risco duas vezes superior de vir a desenvolver ansiedade e depressão em comparação com os restantes.⁽⁴⁵⁾ Mais ainda, aqueles que trabalhavam em zonas mais atingidas pela pandemia também mostraram uma maior vulnerabilidade aos efeitos psicológicos da mesma.^(32, 35)

Não raramente, profissionais de saúde têm testemunhado pacientes a passar os seus últimos dias de vida sozinhos, longe dos seus entes queridos; ter que notificar tal situação à respetiva família tem levado a consequências psicológicas importantes, nomeadamente o *stress* patológico e o *burnout*. Khasne e colaboradores obtiveram uma prevalência particularmente elevada de *burnout* em relação à era pré-COVID-19.⁽⁴⁰⁾ Isto é algo, no entanto, difícil de estabelecer já que a maioria dos estudos utiliza escalas de avaliação diferentes. O *burnout* nos profissionais de saúde, em particular nos médicos, tem sido responsável por muitos dos erros cometidos em saúde, comprometendo, assim, a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.^(30, 33, 40) Além disso, do ponto de vista pessoal, tem levado a processos judiciais, predispondo à depressão e possivelmente ao consumo de substâncias.⁽⁴⁰⁾

Assim, em relação ao público em geral, a prevalência de sintomas mentais foi mais elevada nos profissionais de saúde, em particular, naqueles que constituíam a primeira linha de combate à COVID-19.^(33, 45, 46) Isto pode estar relacionado com o risco mais elevado de infeção (pelas características inerentes à profissão) e com a elevada pressão e carga laboral envolvida na gestão da nova doença.

Estudos indicam que intervenções psicológicas e laborais podem melhorar o bem-estar destes profissionais e, em última análise, o bem-estar dos pacientes, familiares

e colegas.⁽³⁵⁾ Tais ações devem ser focadas na comunicação, no acesso a equipamentos de proteção individual apropriados, em garantir um tempo descanso adequado e no apoio psicológico.⁽³⁵⁾ Assim, é da responsabilidade dos hospitais e dos dirigentes das equipas de saúde, nomeadamente aquelas que trabalham em unidades de cuidados intensivos, desenvolver estratégias para prevenir ou mitigar o impacto psicológico neste grupo.⁽³⁵⁾

Folha em branco

Capítulo 5

Conclusões e Considerações Finais

A pandemia da COVID-19 tem conduzido a mudanças profundas na sociedade e nos sistemas de saúde. Além de ser a maior pandemia dos últimos cem anos, a erradicação da doença ainda é um desafio científico e social e a efetividade das medidas de controlo e prevenção ainda é pouco conhecida. Assim, para além dos riscos para a saúde física, a crise económica, política e social global que dela adveio tem contribuído para sentimentos de insegurança, criando um ambiente multifacetado de vulnerabilidade e imprevisibilidade que afeta a população em geral e, em especial, os prestadores de cuidados de saúde. Em Portugal, e à semelhança dos estudos incluídos nesta revisão, conclui-se que são sobretudo indivíduos do sexo feminino, jovens adultos, desempregados e indivíduos com mais baixo rendimento quem apresenta mais frequentemente sintomas de *distress* psicológico, ansiedade, depressão e PTSD.⁽¹⁴⁾ Nos profissionais de saúde, os resultados mostram percentagens mais elevadas desses sintomas.⁽¹⁴⁾ Os mais afetados são os que estão a tratar doentes com COVID-19, com um risco de *distress* psicológico, segundo os autores, 2,5 vezes superior aos que não estão a tratar esses doentes.⁽¹⁴⁾ É também neste grupo de profissionais de saúde que os níveis de *burnout* são mais elevados.⁽¹⁴⁾

Urge, assim, a necessidade de serem planeadas ações que fortaleçam o apoio psicossocial e os cuidados em saúde mental. Tais estratégias deverão ser estruturadas em vários níveis: individual, organizacional, comunitário, sistema de saúde e dirigidos aos serviços de psiquiatria e saúde mental. Em termos individuais, é necessário assegurar o acesso a fontes seguras de informação, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis e, ainda, encorajar a auto-monitorização de problemas de saúde e o cumprimento dos respetivos planos terapêuticos.^(33, 34)

Autoridades de saúde e governos deverão formular estratégias com vista à promoção da saúde e bem-estar psicossocial, garantindo o apoio na gestão de respostas psicológicas e comportamentais. A criação de linhas de apoio telefónico para o público em geral e subgrupos específicos da população poderá ser favorável.⁽³⁴⁾ Indivíduos em situações socioeconómicas precárias, grupos etários mais jovens e aqueles com comorbilidades, doenças crónicas ou problemas mentais prévios ou atuais devem

receber especial atenção. Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental continuarão a beneficiar do uso de novos métodos de trabalho. O recurso a tecnologias de comunicação à distância, como é o caso da telepsiquiatria e telepsicoterapia, tem sido uma realidade e poderá ser ainda mais benéfica no futuro.⁽³⁵⁾

Os profissionais de saúde são um grupo particularmente vulnerável aos efeitos psicológicos da pandemia. Assim, é fundamental disponibilizar serviços de apoio psicológico e/ou psiquiátrico em tempo útil, especialmente para profissionais com história psiquiátrica prévia ou atual positiva e/ou fatores de risco psicossociais específicos – portadores de doenças crónicas ou comorbilidades e, ainda, aqueles com familiares dependentes (crianças e idosos) e garantir o devido encaminhamento e *follow-up*.⁽³⁶⁾ A promoção de um ambiente de apoio e empatia entre os diversos profissionais de saúde, assim como por parte das chefias também permitirá promover o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores da saúde.⁽³⁶⁾

Segundo Maria João Heitor, presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), “a Saúde Mental tem um papel insubstituível, embora muitas vezes ignorado”. Perante o cenário atual, salienta que a Saúde Mental “tem uma função que deve ser dirigida a diferentes alvos, nomeadamente na educação do público e no fortalecimento da resiliência pessoal dos profissionais da área da saúde”.

Estudos que avaliem os resultados psicológicos a longo-prazo da pandemia e das medidas para a controlar são necessários. Ademais, perceber o impacto psicológico criado por uma crise de saúde pública, assim como os seus determinantes, pode ajudar hospitais, profissionais de saúde e comunidades a prepararem-se para tais catástrofes. Isto é, particularmente, importante já que mesmo em países onde a pandemia parece estar, de alguma forma, sob controlo, outros picos podem muito bem ocorrer num futuro próximo.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

1. Yi Y, Lagniton PNP, Ye S, Li E, Xu RH. COVID-19: What has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *International Journal of Biological Sciences*. 2020;16(10):1753-66.
2. Lu H, Stratton CW, Tang Y-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*. 2020;92(4):401-2.
3. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome*. 2020;14(5):779-88.
4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2020;91(1):157-60.
5. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics*. 2020;87(4):281-6.
6. Jiang H, Zhou Y, Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet HIV*. 2020;7(5):e308-e9.
7. Liu W, Tao Z-W, Wang L, Yuan M-L, Liu K, Zhou L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chinese Medical Journal*. 2020;133-39.
8. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-60.
9. Nicola M, Alsaifi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*. 2020;78:185-93.
10. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology Health*. 2020;42(0):e2020038-0.
11. Esterwood E, Saeed SA. Past epidemics, natural disasters, COVID19, and mental health: Learning from history as we deal with the present and prepare for the future. *the psychiatric quarterly*. 2020;91(4):1121-33.
12. Demartini K, Konzen VM, Siqueira MO, Garcia G, Jorge MSG, Batista JS, et al. Care for frontline health care workers in times of COVID-19. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2020;53:e20200358.

13. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2020;34(3):553-60.
14. Costa A, Rasga C, Martiniano H, Vicente A, Virgolino A, Santos O, et al. Saúde mental em tempos da pandemia da COVID-19: abordagem metodológica utilizada no projeto SM-COVID19. 2020.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*. 2010;8(5):336-41.
16. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;87:172-6.
17. Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA, Rosa AR. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;132:32-7.
18. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Effects of Covid-19 Lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Search and Public Health*. 2020;17(13).
19. Banna MHA, Sayeed A, Kundu S, Christopher E, Hasan MT, Begum MR, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the adult population in Bangladesh: a nationwide cross-sectional study. *International Journal of Environmental Health Research*. 2020:1-12.
20. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;29(6):749-58.
21. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(6):1802.
22. Campos JA, Martins BG, Campos LA, Marôco J, Saadiq RA, Ruano R. Early Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Brazil: A National Survey. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(9).
23. Li X, Yu H, Bian G, Hu Z, Liu X, Zhou Q, et al. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020;87:140-1.

24. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 Pandemic and compliance with precautionary measures: Age and sex matter. *International Journal of Environmental Research And Public Health*. 2020;17(14).
25. Mamun MA, Sakib N, Gozal D, Bhuiyan AI, Hossain S, Bodrud-Doza M, et al. The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: A population-based nationwide study. *Journal of Affective Disorders*. 2021;279:462-72.
26. Chaix B, Delamon G, Guillemassé A, Brouard B, Bibault J-E. Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. *General Psychiatry*. 2020;33(6):e100349.
27. Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Collado S. Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020;12(5):550-2.
28. Li X, Lu P, Hu L, Huang T, Lu L. Factors associated with mental health results among workers with income losses exposed to COVID-19 in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(15).
29. Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y, Cong L, Xiaofeng L, Yundong Z, et al. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*. 2020;103:152198.
30. Wańkiewicz P, Szylińska A, Rotter I. Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(16).
31. Alshekaili M, Hassan W, Al Said N, Al Sulaimani F, Jayapal SK, Al-Mawali A, et al. Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers. *BMJ Open*. 2020;10(10):e042030.
32. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976.
33. Zhou Y, Wang W, Sun Y, Qian W, Liu Z, Wang R, et al. The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: Workload should be concerned. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:510-4.
34. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*. 2020;33(3):e100259.

35. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of anxiety, depression, and peritraumatic dissociation in critical care clinicians managing patients with COVID-19. A cross-sectional study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2020;202(10):1388-98.
36. Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of affective disorders*. 2020;274:405-10.
37. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*. 2020;45(6):1168-77.
38. Stein MB (2020). EDITORIAL: COVID-19 and anxiety and depression in 2020. *Depression and Anxiety*, 37(4), 302.
39. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Network Open*. 2020;3(8):e2017271.
40. Khasne RW, Dhakulkar BS, Mahajan HC, Kulkarni AP. Burnout among healthcare workers during COVID-19 pandemic in India: Results of a questionnaire-based survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2020;24(8):664-71.
41. Cai Q, Feng H, Huang J, Wang M, Wang Q, Lu X, et al. The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*. 2020;275:210-5.
42. Ko CH, Yen CF, Yen JY, Yang MJ. Psychosocial impact among the public of the severe acute respiratory syndrome epidemic in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(4):397-403.
43. Peng EY, Lee MB, Tsai ST, Yang CC, Morisky DE, Tsai LT, et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010;109(7):524-32.
44. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e19.
45. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*. 2020;26:e923549.
46. Que J. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry*. 2020;33(3).

47. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(1):15-23.
48. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;71:102211.
49. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*. 2020;16(10):1732.
50. Faro A, Bahiano MdA, Nakano TdC, Reis C, Silva BFPd, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020;37.