

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Paulo Nogueira Guilherme de Oliveira

**A CARGA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO BRASIL PELO
ESTUDO CARGA GLOBAL DE DOENÇAS, 2018-2021**

Belo Horizonte
2025

Paulo Nogueira Guilherme de Oliveira

**A CARGA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NO BRASIL PELO
ESTUDO CARGA GLOBAL DE DOENÇAS, 2018-2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^ª. Elisabeth Barboza França.

Coorientadora: Prof^ª. Ana Paula Souto Melo

Belo Horizonte

2025

OL48c Oliveira, Paulo Nogueira Guilherme de.
A carga dos Transtornos de Ansiedade no Brasil pelo Estudo Carga Global de Doenças, 2018-2021 [recurso eletrônico]. / Paulo Nogueira Guilherme de Oliveira. -- Belo Horizonte: 2025.
87f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elisabeth Barboza França.
Coorientador (a): Ana Paula Souto Melo.
Área de concentração: Epidemiologia.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Transtornos de Ansiedade. 2. COVID-19. 3. Anos de Vida Ajustados por Deficiência. 4. Prevalência. 5. Brasil. 6. Dissertação Acadêmica. I. França, Elisabeth Barboza. II. Melo, Ana Paula Souto. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 172



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

PAULO NOGUEIRA GUILHERME DE OLIVEIRA

Às 09:00 horas do dia onze de agosto de 2025, na sala 526 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **PAULO NOGUEIRA GUILHERME DE OLIVEIRA**, registro **2023700374**, graduado no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA. A presidência da sessão coube a Profa. Elisabeth Barboza França - Orientadora (UFMG). Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Profa. Ana Paula Souto Melo- coorientadora (Universidade Federal de São João Del Rei), Prof. Hugo André da Rocha (UFMG), Prof. Carlos Eduardo Menezes Amaral (UFMG), Profa. Mariangela Leal Cherchiglia (UFMG), Profa. Daisy Maria Xavier de Abreu (UFMG) e Profa. Cecília Silva Costa Bonadiman (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri -UFVJM). Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua Dissertação de Mestrado, intitulada: ***A carga dos transtornos de ansiedade no Brasil pelo estudo Carga Global de Doenças, 2018-2021***". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar APROVADA a Dissertação de Mestrado. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão, Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, e aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 11 de agosto de 2025

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo Menezes Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 13/08/2025, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hugo Andre da Rocha, Professor do Magistério Superior**, em 13/08/2025, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daisy Maria Xavier de Abreu, Servidora aposentada**, em 13/08/2025, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Souto Melo, Usuário Externo**, em 14/08/2025, às 05:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cecília Silva Costa Bonadiman, Usuária Externa**, em 20/08/2025, às 10:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariangela Leal Cherchiglia, Professora do Magistério Superior**, em 22/08/2025, às 13:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elisabeth Barboza Franca, Professor(a)**, em 09/09/2025, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4454907 e o código CRC 16B17566.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-reitor de Pós-graduação

Bruno Otávio Soares Teixeira

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora

Prof^a. Alamanda Kfoury Pereira

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Andrea Maria Silveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Lidiane do Valle Camelo

Subcoordenadora

Prof^a. Luciana de Souza Braga

Colegiado

Prof^a. Lidiane do Valle Camelo

Prof^a. Ilka Afonso Reis

Prof^a. Luana Giatti Gonçalves

Prof^a. Deborah Carvalho Malta

Prof^a. Amélia Augusta Friche

Prof^a. Luciana de Souza Braga

Prof^a. Alzira de Oliveira Jorge

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Jesus pelo amparo em todos os momentos da vida.

À minha esposa, Iolanda, e a meus pais, Graça e Paulo, pelo apoio e incentivo sempre.

Aos meus irmãos, sobrinhos e amigos pelo apoio e confiança.

À minha orientadora, Prof^a. Elisabeth França, pela confiança e atenção na realização deste trabalho.

À Prof^a. Ana Paula, coorientadora, pelas contribuições e orientações para a elaboração deste trabalho.

Aos professores e colegas do Mestrado do PPGSP/UFMG, pelas experiências compartilhadas.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram com a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Transtornos de ansiedade apresentam início precoce, alta prevalência e importante contribuição para aumento da morbidade na população mundial. Em 2019 afetaram 301 milhões de pessoas, sendo que 58 milhões eram crianças e adolescentes. Para o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), em 2020, 15% mais pessoas apresentaram transtornos de ansiedade como consequência da pandemia de COVID-19 em comparação com 2019. A metodologia utilizada pelo estudo Carga Global de Doenças (GBD) visa medir o estado de saúde de uma população ao considerar tanto a incapacidade quanto a mortalidade associada à determinada doença. O presente estudo teve como objetivo descrever e analisar as estimativas da carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e em suas Unidades Federativas, bem como comparar as estimativas do Brasil com as de outros países da América do Sul e México nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021). **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo com dados do estudo GBD 2021 utilizando a métrica: Anos de Vida Saudáveis Perdidos (DALY) cujo cálculo é a soma dos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e anos vividos com incapacidade (YLD). Como os transtornos de ansiedade não são causa de morte, o YLL não é considerado para transtornos de ansiedade, o DALY é igual ao YLD. Para cálculo do YLD foi realizada multiplicação da prevalência dos transtornos de ansiedade ao seu peso da incapacidade (*disability weight*). Modelos estatísticos foram utilizados no estudo GBD 2021 para produção das estimativas. **Resultados:** O período da pandemia da COVID-19 (2020 - 2021) representou um período de aumentos tanto na prevalência em valores absolutos, quanto na taxa de prevalência padronizada por idade e da taxa DALY padronizada por idade. Em 2021, o Brasil apresentou 21.248.815 (II95%: 18.160.824 - 24.695.181) casos prevalentes dos transtornos de ansiedade, comparado a 2018 quando o número de casos foi de 16.883.600 (II95%: 14.552.196 - 19.427.966) casos, houve aumento na prevalência do número de casos de 25,8%. Durante a pandemia, o número de casos prevalentes apresentou aumentos de 18,2%, no primeiro ano (2020), e de 5,2%, no segundo ano (2021). A prevalência padronizada por idade apresentou entre 2018 e 2021 aumento de 22,9%, sendo que no primeiro ano da pandemia (2020) o aumento foi de 17,6%, e de 4,4% no segundo ano (2021). O aumento na taxa DALY padronizada por idade entre 2018 e 2021 foi de 22,7%. A taxa DALY no primeiro ano da pandemia (2020) apresentou aumento de 17,6% e, no segundo ano (2021), de 4,3%. No primeiro ano da pandemia (2020), todas as unidades subnacionais apresentaram aumentos. No segundo ano (2021), os estados que apresentaram maiores aumentos foram: Minas Gerais (8,0%), Goiás (8,4%), Rondônia (9,8%) e Paraná (10,1%). Em relação à idade e sexo, em 2021, a taxa de DALY dos transtornos de ansiedade apresentou início na infância com valores ascendentes até a faixa etária de 35 a 39 anos nas mulheres e de 40 a 44 anos nos homens. As mulheres apresentaram taxas maiores que as dos homens, no entanto foi possível observar que os aumentos foram proporcionais em ambos os sexos. Os transtornos de ansiedade ocuparam, no Brasil em 2021, o 1º e o 7º lugar como principais causas de YLD e DALY, respectivamente. Globalmente ocupam a 23ª posição de DALY e a 5ª posição de YLD. Na América do Sul e México, o DALY varia da 6ª posição no Peru até a 18ª posição na Guiana, e o YLD varia da 1ª posição na Bolívia, Equador, Paraguai e Peru até a 6ª posição no México e Venezuela. **Considerações finais:** A pandemia de COVID-19 foi responsável por aumentos dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo. As mulheres, crianças e os adolescentes foram os grupos mais vulneráveis aos transtornos de ansiedade.

Portanto, compreendemos que a utilização dos resultados do estudo GBD podem contribuir para efetivação dos cuidados às pessoas com transtornos de ansiedade e melhor direcionamento das políticas públicas.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade; COVID-19; DALY; Prevalência; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety disorders have an early onset, high prevalence, and a significant contribution to increased morbidity in the global population. In 2019, they affected 301 million people, 58 million of whom were children and adolescents. According to the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), in 2020, 15% more people developed anxiety disorders as a result of the COVID-19 pandemic compared to 2019. The methodology used by the Global Burden of Disease (GBD) study aims to measure the health status of a population by considering both disability and mortality associated with a given disease. This study aimed to describe and analyze estimates of the burden of anxiety disorders in Brazil and its Federative Units, as well as in other South American countries and Mexico, in the pre-pandemic years (2018-2019) and during the COVID-19 pandemic (2020-2021). **Methods:** A descriptive study was conducted with data from the GBD 2021 study using the metric Healthy Life Years Lost (DALY), calculated as the sum of years of life lost due to premature death (YLL) and years lived with disability (YLD). Since anxiety disorders are not a cause of death, YLL is not considered for anxiety disorders; DALY is equal to YLD. To calculate YLD, the prevalence of anxiety disorders was multiplied by their disability weight. Statistical models were used in the GBD 2021 study to produce the estimates. **Results:** The COVID-19 pandemic period (2020 - 2021) represented a period of increases in both absolute prevalence, age-standardized prevalence rate, and age-standardized DALY rate. In 2021, Brazil had 21,248,815 (95% UI: 18,160,824 - 24,695,181) prevalent cases of anxiety disorders, compared to 2018 when the number of cases was 16,883,600 (95% UI: 14,552,196 - 19,427,966) cases, there was an increase in the prevalence of cases of 25.8%. During the pandemic, the number of prevalent cases increased by 18.2% in the first year (2020) and by 5.2% in the second year (2021). The age-standardized prevalence increased by 22.9% between 2018 and 2021, with an increase of 17.6% in the first year of the pandemic (2020) and 4.4% in the second year (2021). The increase in the age-standardized DALY rate between 2018 and 2021 was 22.7%. The DALY rate in the first year of the pandemic (2020) increased by 17.6% and, in the second year (2021), by 4.3%. In the first year of the pandemic (2020), all subnational units showed increases. In the second year (2021), the states that showed the largest increases were: Minas Gerais (8.0%), Goiás (8.4%), Rondônia (9.8%), and Paraná (10.1%). Regarding age and sex, in 2021, the DALY rate for anxiety disorders began in childhood with increasing values up to the age group of 35 to 39 years in women and 40 to 44 years in men. Women had higher rates than men; however, it was possible to observe that the increases were proportional in both sexes. In Brazil in 2021, anxiety disorders ranked first and seventh as the leading causes of YLDs and DALYs, respectively. Globally, they rank 23rd in DALYs and fifth in YLDs. In South America and Mexico, DALYs range from sixth in Peru to eighteenth in Guyana, and YLDs range from first in Bolivia, Ecuador, Paraguay, and Peru to sixth in Mexico and Venezuela. **Final considerations:** The COVID-19 pandemic has led to an increase in anxiety disorders in Brazil and worldwide. Women, children, and adolescents were the groups most vulnerable to anxiety disorders. Therefore, we believe that using the results of the GBD study can contribute to effective care for people with anxiety disorders and better targeting of public policies.

Keywords: Anxiety disorders; COVID-19; DALY; Prevalence; Brazil.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1A e 1B: Número de DALY por idade dos transtornos de ansiedade no Brasil, mulheres e homens, 2018, 2019, 2020 e 2021.....	50
FIGURA 2A e 2B: Taxa de DALY por idade dos transtornos de ansiedade no Brasil, mulheres e homens, 2018, 2019, 2020 e 2021.....	51
FIGURA 3: Dez principais causas de YLD's no Brasil, outros países e global, ambos os sexos, GBD 2021.....	52
FIGURA 4: Taxa e classificação de DALY e YLD, Brasil, outros países e global, GBD-2021.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Número de casos prevalentes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.....	42
TABELA 2: Taxa de prevalência padronizada por idade / 100.000 habitantes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.....	43
TABELA 3: DALY padronizado por idade / 100.000 habitantes em 2021 e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil e UF's, ambos os sexos, em 2018, 2019, 2020 e 2021.....	44

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Características dos estudos utilizados para estimar a carga de transtornos de ansiedade no Brasil, GBD-2021.....	21
QUADRO 2: Descrições para leigos dos <i>Disability Weigh</i> (DW) e o valor para cada nível de gravidade	39

ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>American Psychiatric Association</i>	APA
Anos de vida perdidos por morte ou incapacidade	DALY
Anos de vida perdidos por morte prematura	YLL
Anos vividos com incapacidade	YLD
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV	CAPS ad IV
Carga Global de doenças	GBD
Classificação Internacional de Doenças 10ª edição	CID-10
<i>Disability Adjusted Life Years</i>	DALY
Doenças crônicas não transmissíveis	DCNT
<i>Global Burden of Disease</i>	GBD
<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>	IHME
Intervalo de 95 por cento de confiança	IC95%
Intervalo de 95 por cento de incerteza	II95%
Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição	DSM-IV-TR
Ministério da Saúde	MS
Organização Mundial da Saúde	OMS
Organização Pan-Americana da Saúde	OPAS
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais	PPGSP-UFMG
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB
Rede de Atenção Psicossocial	RAPS
Sistema Único de Saúde	SUS
Transtorno de ansiedade generalizada	TAG
Transtorno de ansiedade “sem outra especificação”	SOE

Transtorno de ansiedade de separação	TAS
Transtorno de estresse pós-traumático	TEPT
Transtornos Mentais	TM
Transtorno obsessivo-compulsivo	TOC
Unidade Federativa UF	UF
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG
<i>Years Lived with Disability</i>	YLD
<i>Years of Life Lost</i>	YLL

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Definições e critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade.....	17
2.2 Pandemia da COVID-19	18
2.3 Estimativas de prevalência dos transtornos de ansiedade no mundo	19
2.4 Estimativas de prevalência dos transtornos de ansiedade no Brasil.....	20
2.5 A rede de cuidados à saúde da pessoa com Transtornos de Ansiedade no Sistema Único de Saúde (SUS).....	23
2.6 Estudo da Carga Global de Doenças	26
2.7 Estudo de Carga Global de Doenças dos transtornos de ansiedade	28
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	31
4.1 Objetivo geral.....	31
4.2 Objetivos específicos.....	31
5 MÉTODOS	32
5.1 Definição dos casos de transtornos de ansiedade no estudo GBD	33
5.2 Revisão de dados epidemiológicos no GBD 2021 para transtornos de ansiedade.....	34
5.3 Impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental.....	35
5.4 <i>Disability-adjusted life years</i> (DALY).....	37
5.5 <i>Years of Life Lost</i> (YLL)	38
5.6 <i>Years lived with disability</i> (YLD)	38
5.6.1 Peso de incapacidade (<i>disability weigh - DW</i>)	38
5.7 Intervalos de Incerteza (II)	39
5.8 Considerações Éticas.....	40
6 RESULTADOS.....	41
7 DISCUSSÃO	54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	68
ANEXO A - Artigo	68
ANEXO B - Relação de referências bibliográficas utilizadas no estudo GBD Brasil 2021 relativas aos transtornos de ansiedade.....	84
ANEXO C - Modelo das estimativas do transtorno de Ansiedade	87

1 INTRODUÇÃO

Transtornos mentais (TM) são caracterizados por alterações significativas na cognição, pensamento, percepção, emoção e comportamento de um indivíduo. Podem afetar relacionamentos com outras pessoas, trazem impactos na saúde e perdas econômicas nas esferas nacional e mundial. Pessoas com TM vivem menos que a população geral, apresentam risco aumentado de suicídio e de sofrer violação dos direitos humanos (OPAS, 2024; OMS, 2024).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta que os serviços de saúde não apresentam respostas eficientes à carga dos transtornos mentais. Como resultado, a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta é significativa no mundo. Nos países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais estão sem tratamento, enquanto nos países de alta renda, o quantitativo está entre 35% e 50%. O gasto médio com serviços de saúde mental no mundo é de 2,8% do gasto total destinado à saúde. Os gastos dos países de baixa renda em serviços de saúde mental representam aproximadamente 0,5% de seu orçamento de saúde. Já os países de alta renda gastam cerca de 5,1% (OPAS, 2024).

Em 2019, 970 milhões de pessoas, ou uma em cada oito pessoas no mundo viviam com TM. Os casos mais comuns de TM são os transtornos depressivos e os transtornos de ansiedade que associados, principalmente, à redução de produtividade custam à economia mundial um trilhão de dólares por ano. É estimado para o ano de 2030, gastos de seis trilhões de dólares por ano, valor este superior a mais da metade dos gastos da economia global com doenças não transmissíveis (OMS, 2022; OPAS, 2023).

Transtornos de ansiedade apresentam início precoce, alta prevalência e importante contribuição para aumento da morbidade na população mundial (Mangolini et al., 2019; Craske; Stein, 2016). Em 2017, 18,6 milhões de brasileiros apresentavam transtornos de ansiedade, correspondendo, à época, a 9,3% da população brasileira (OMS, 2017). Em 2019 afetaram 301 milhões de pessoas, sendo que 58 milhões eram crianças e adolescentes (OMS, 2022).

Segundo a OPAS (2023), as Américas apresentam a maior prevalência dos transtornos de ansiedade no mundo. Em 2020, estima-se que os transtornos de ansiedade aumentaram 32% na América Latina e Caribe devido ao luto, afastamento social, insegurança financeira, sentimento de isolamento, traumas e abusos

provocados pela pandemia de COVID-19 (OPAS, 2023). Para o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, em 2020, 15% mais pessoas apresentaram transtornos de ansiedade como consequência da pandemia de COVID-19 em comparação com 2019 (IHME, 2024).

O IHME coordena, desde 2007, o estudo Carga Global de Doenças [*Global Burden of Diseases Study* (GBD)] (GBD Brasil, 2024). A metodologia utilizada pelo estudo GBD visa medir o estado de saúde de uma população ao considerar tanto a incapacidade quanto a mortalidade associada à determinada doença (Murray; Lopez, 1996). O estudo GBD quantifica a perda global de saúde, fornece informações sobre a carga de doenças e lesões e distribuição ao longo do tempo, idade, sexo, localização e grupo sociodemográfico (Ferrari et al, 2024). O GBD, para quantificar a carga de doenças, utiliza a métrica: anos de vida saudáveis perdidos (DALYs - “*Disability-Adjusted Life Years*”) que, desde sua introdução no Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993 do Banco Mundial, é adotada como a principal métrica da carga de doenças pela OMS, Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial e agências governamentais em todo o mundo (Murray; Lopez, 1996; Ferrari et al, 2024).

Ferrari e colaboradores (2024) consideram o GBD o mais abrangente esforço de pesquisa sobre a carga de doenças na atualidade. No GBD 2021, os autores identificaram perda adicional de saúde e mudanças na carga de doenças e lesões com a COVID-19 em comparação com anos anteriores. As estimativas disponíveis sobre a carga de doenças podem auxiliar na tomada de decisões de políticas públicas relacionadas à saúde e promover intervenções baseadas em evidências (Ferrari et al, 2024). Assim, o objetivo do presente estudo será descrever e analisar as estimativas da carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e em suas unidades federativas (UF's) nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Definições e critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade

A ansiedade é considerada uma emoção normal, decorre do processo evolutivo como fator de proteção e representa um sinal de alerta ao perigo ou à ameaça real, ou imaginária. Torna-se problema de saúde quando exagerada e desproporcional (APA, 2024; Brasil, 2024).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a experiência de ansiedade é caracterizada pela presença de sintomas físicos associados a modificações no comportamento, geralmente acompanhada de pensamentos de dúvida e antecipação de problemas. A ansiedade é considerada como transtorno mental quando uma emoção desagradável e incômoda surge sem um estímulo externo ameaçador definido ou proporcional para explicá-la. A intensidade, duração ou frequência dessa emoção, quando são desproporcionais, levam o indivíduo a sofrimento e prejuízos no desempenho social e profissional (Brasil, 2024).

Para a *American Psychiatric Association* (APA), transtornos de ansiedade são aqueles que compartilham características de medo e ansiedade excessivos, além de perturbações comportamentais relacionadas. O medo seria uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, e ansiedade seria uma antecipação de ameaça futura. A APA associa o medo a períodos de excitabilidade autonômica aumentada (mecanismo luta ou fuga), pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade à tensão muscular e vigilância como preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (APA, 2014).

No estudo GBD (2021), os transtornos de ansiedade são caracterizados por experiências de intenso medo e angústia associados a outros sintomas fisiológicos. Incorporam incapacidades causadas por essas experiências em combinação com estes outros sintomas (Ferrari et al., 2024).

Os transtornos de ansiedade, no estudo GBD 2021, são definidos de acordo com os critérios diagnósticos do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, versão 4 (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID -10) (Ferrari et al., 2024).

2.2 Pandemia da COVID-19

A COVID-19 surgiu inicialmente como casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China em dezembro de 2019. As autoridades chinesas em janeiro de 2020 identificaram um novo tipo de coronavírus denominado em fevereiro de 2020 como SARS-CoV-2. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 3 de fevereiro de 2020, no Brasil, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e em março do mesmo ano, a OMS declara a pandemia mundial com surtos de COVID-19 surgindo em vários países e regiões do mundo (OMS, 2024). O primeiro caso registrado de COVID-19 no Brasil ocorreu no dia 26 de fevereiro, em São Paulo, e neste mesmo mês foi estabelecido o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV), no intuito de funcionar como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência (Freitas et al.; 2023).

Em 3 de fevereiro de 2022, dois anos após o início da pandemia, o número de casos no mundo totalizava 388 milhões e no Brasil 26 milhões. Quanto aos óbitos foram totalizados 5,71 milhões no mundo e mais de 630 mil no Brasil (Observatório Covid-19 Fiocruz, 2022). Estimativas foram produzidas pela OMS para calcular o número total de óbitos associados direta ou indiretamente à pandemia (denominado excesso de mortalidade) e foi identificado que entre 1 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021 o excesso de mortalidade no mundo foi aproximadamente de 14,9 milhões de óbitos (OPAS, 2022).

Segundo dados do MS, no primeiro ano da pandemia o número de casos notificados de COVID-19 no Brasil foi de 7.675.973 casos e no segundo ano foi de 14.611.548 casos, totalizando 22.287.521 casos até 31 de dezembro de 2021. Os óbitos notificados no primeiro ano foram 194.949 óbitos e de 01 de janeiro de 2021 até 31 de dezembro de 2021 foram notificados 424.107 óbitos, totalizando nos dois períodos 619.056 óbitos (MS, 2025).

A pandemia de COVID-19 gerou impacto nas condições de vida e trabalho de toda a população brasileira, afetando de modo diferenciado tanto os grupos considerados vulneráveis como as populações mais pobres (Freitas et al.; 2023). Por ter ainda gerado problemas de desemprego, insegurança financeira, luto e perdas, contribuiu para o aumento de fatores de risco para problemas de saúde mental. A

saúde mental tem sido considerada fonte de incapacidade e mortalidade, ao passo que as condições impostas pela pandemia de COVID-19, como isolamento social, restrições das pessoas para trabalhar, solidão, medo de contrair a doença, morte de entes queridos, luto e preocupações financeiras, são considerados fatores que explicam o aumento dos problemas de saúde mental neste período. Segundo a OMS (2022), em 2020, a prevalência global de ansiedade e depressão teve um aumento de 25% devido a pandemia de COVID-19 (OMS, 2022, OPAS, 2024; OMS, 2024; IHME, 2024).

2.3 Estimativas de prevalência dos transtornos de ansiedade no mundo

Os transtornos de ansiedade são considerados, dentre os transtornos mentais, os mais prevalentes no mundo (Craske; Stein, 2016). Segundo a OMS (2017), em 2015, o número total estimado de indivíduos com transtornos de ansiedade no mundo era de 264 milhões. Nas Américas, no mesmo ano, aproximadamente 7,7% da população feminina e 3,6% da masculina sofria de transtornos de ansiedade (OMS, 2017). Stein e colaboradores (2017) ao analisarem revisões sistemáticas e metarregressões identificaram diferenças na prevalência de transtornos de ansiedade no mundo e sugeriram para o ano de 2017 uma prevalência global de 7,3% (Stein et al., 2017). Para a OMS (2023), com base nas estimativas do estudo GBD 2019, aproximadamente 4% da população mundial sofre com transtornos de ansiedade (OMS, 2023).

Globalmente, os transtornos de ansiedade são a 8ª principal causa de doença e incapacidade entre os adolescentes, e as mulheres têm duas vezes mais probabilidades de apresentarem sofrimento por transtornos de ansiedade que os homens (Craske; Stein, 2016; OPAS, 2024).

Durante a pandemia de COVID-19, foram realizados vários estudos sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade. No estudo de Kan e colaboradores (2021), dentre os diferentes continentes do globo, a maior prevalência de ansiedade entre a população geral durante a pandemia de COVID-19 foi na África, com 61,8%, seguida da América, com 34,9%, Europa, 30,7% e Ásia, 24,5% (Kan et al., 2021).

Santabárbara e colaboradores (2021), em um estudo de meta-análise, identificaram uma prevalência de transtornos de ansiedade na população geral de 25% e sugerem que as taxas de ansiedade na população mundial devido à pandemia

podem ser três vezes maiores que a prevalência estimada no estudo de Stein e colaboradores (2017). Para Delpino e colaboradores (2022), durante a pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade foi de 35%. Santabárbara e colaboradores (2021) identificaram que a principal causa de heterogeneidade nas taxas de ansiedade entre os estudos analisados foi a escala utilizada para avaliar a ansiedade. Delpino e colaboradores (2002) apontam, como limitações na avaliação da prevalência de ansiedade durante a pandemia, a alta heterogeneidade entre os estudos e diferenças significativas em relação à escala de medição de ansiedade utilizada, em sua maioria são utilizadas escalas de sintomas que tendem a apresentar resultados de prevalência maiores do que as escalas de diagnóstico (Stein et al., 2017; Santabárbara et al., 2021; Delpino et al., 2022).

2.4 Estimativas de prevalência dos transtornos de ansiedade no Brasil

No Brasil, em 2017, os transtornos de ansiedade acometeram 9,3% da população brasileira (OMS, 2017). Segundo o Ministério da Saúde (2024), os sintomas de ansiedade, na maioria das vezes, não são reconhecidos como problemas de saúde e por isso, são subdiagnosticados e subtratados pelas equipes de saúde (MS, 2024).

O Brasil antes da pandemia já era considerado o país mais ansioso do mundo pela OMS e período da pandemia, houve aumentos importantes nos transtornos de ansiedade no país. No intuito de avaliar o efeito da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população brasileira, Campos e colaboradores (2020) identificaram em seu estudo uma prevalência de ansiedade de 44,2%, especialmente em níveis moderados e graves (Campos et al., 2020).

Barros e colaboradores (2020), utilizando dados da pesquisa “ConVid – Pesquisa de Comportamentos”, verificaram que 52,6% dos participantes da pesquisa apresentaram relato de estarem frequentemente ansiosos ou nervosos. No estudo, foi possível identificar que os sentimentos de ansiedade apresentaram elevadas prevalências em adultos jovens, mulheres e indivíduos com diagnóstico prévio de depressão (Barros et al., 2020).

Para Souza e colaboradores (2020), fatores sociodemográficos, clínicos e relacionados à COVID-19 estão associados ao agravamento de estresse grave/extremo, ansiedade e depressão na população brasileira durante o distanciamento social decorrente da pandemia de COVID-19. Os resultados da

pesquisa mostraram que a prevalência de estresse grave/extremo foi de 21,5%, ansiedade de 19,4% e depressão de 21,5% (Souza et al., 2020).

Serafim e colaboradores (2021) identificaram que 39,7% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade, sendo que os participantes entre 18 e 30 anos apresentaram a maior frequência com relação à ansiedade na distribuição dos sintomas de acordo com a idade com níveis leves a extremamente graves (Serafim et al., 2021).

Estudos utilizando as estimativas elaboradas pelo estudo GBD confirmam que, desde 1990, a carga de transtornos de ansiedade vem apresentando aumentos significativos no Brasil e no mundo (Bonadiman et al, 2017; Xiong et al, 2022).

O estudo GBD realiza revisão sistemática da literatura para obter dados epidemiológicos disponíveis sobre cada resultado em saúde para gerar estimativas de prevalência. As características dos estudos para as estimativas dos transtornos de ansiedade no Brasil utilizados no estudo GBD 2021 encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos estudos utilizados para estimar a carga de transtornos de ansiedade no Brasil, GBD-2021.

Autor(es)	Localização dos estudos	Período de recorte analítico da pesquisa	Ano da publicação	Faixa etária (anos)	Instrumentos	Tamanho da amostra
Almeida-Filho, N. et al.	Brasília, Porto Alegre e São Paulo (Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity)	1990 a 1991	1997	≥ 18	QMPA	6476
Andrade, L. et al.	São Paulo (Catchment area study)	2001	2002	≥ 18	CIDI	1464
Andrade, L.H. et al.	São Paulo (Megacity study)	2005 a 2007	2012	≥ 18	CIDI	5037
Anselmi et al.	Pelotas -RS (1982 Brazilian Birth Cohort Study)	2004 a 2005	2008	≥ 18	SRQ -20	4285
Anselmi et al.	Pelotas - RS (Brazilian Birth Cohort Study)	2004 a 2005	2010	11 a 12	SDQ DAWBA	4452
Assunção, et al.	Brasil	2005 a 2007	2012	≥ 18	DY-BOCS	1001
Blay et al.	Rio de Janeiro e São Paulo	2007 a 2008	2018	15 a 75	CIDI 2.1	3744

Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE)	Brasil (PNAD)	2013	2013	≥ 18	PHQ-9	60202
Da Costa et al.	Região Sul do Brasil	2011 a 2014	2019	18 a 35	MINI 5.0	1953
Fernandes, G.C., Terra, M.B.	Porto Alegre	2007	2008	10 a 18	SPIN	493
Fleithlich-Bilyk et al.	Taubaté – SP	2000 a 2001	2004	7 a 14	DAWBA	1251
Gonçalves et al.	Fortaleza (Ceará), Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo	2009 a 2010	2014	≥ 35	GHQ - 12 HAD	1857
Jean-Varas et al	São Paulo	2007 a 2008	2016	15 a 75	CIDI	2536
Kessler et al.	24 países nas Pesquisas Mundiais de Saúde Mental da OMS	1999	2015	≥ 18	CIDI	74045
Lima, E.P.; Assunção, A.V.; Barreto, S.M.	Belo Horizonte	2011	2015	≥ 18	PCL-C PDS-PE JCQ CAGE	711
Maison et al.	Pelotas - RS	2015	2018	11	DAWBA	3562
Matte et al.	Pelotas -RS (1993 Pelotas Birth Cohort)	1993	2015	18 a 19	MINI	4000
Molina et al.	Pelotas - RS	2012	2014	18 a 24	MINI	1561
Mondin et al.	Pelotas - RS	2007 a 2009	2013	18 a 24	MINI	1560
Moreira et al.	Pelotas -RS	2007 a 2009	2019	21 a 32	MINI PLUS	1023
Petresco et al.	Pelotas -RS (2004 Pelotas Birth Cohort)	2004	2014	6	DAWBA	3585
Ribeiro et al.	Rio de Janeiro e São Paulo	2007 a 2008	2013	15 a 75	CIDI	3744
Rocha et al.	BambuÍ - MG	2004	2005	≥ 18	CIDI	1041
Salum et al.	São Paulo e Porto Alegre (Highrisk)	2013	2014	6 a 12	DAWBA	2512

	cohort study)					
Torres, et al.	Brasil	2005 a 2007	2012	≥ 18	DY-BOCS	1001
Viana, M.C., Andrade, L.H.	São Paulo (Megacity study)	2005 a 2007	2012	≥ 18	CIDI	5037
Viana et al.	São Paulo (Megacity Mental Health Survey)	2007 a 2008	2009	≥ 18	CIDI	5037
Vivian et al.	Porto Alegre	2009 a 2011	2014	12 a 17	BDI-H BAI OCI-R DY-BOCS Y-BOCS K-SADS - PL	75
Wiener, et al.	Pelotas - RS	2011 a 2012	2018	18 a 35	MINI	1953

BAI - Beck Anxiety Inventory (Inventário de Ansiedade de Beck); BDI-II - Beck Depression Inventory-II (Inventário de Depressão de Beck - II); CAGE - Cutdown (C); Annoyed (A); Guilty (G); e Eye-opener (E). Cutting down, Annoyance by; CIDI - Composite International Diagnostic Interview; DAWBA - Development and Well-Being Assessment; DY-BOCS - Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Escala Dimensional Yale-Brown Obsessivo-Compulsiva); GHQ-12 = General Health Questionnaire; HAD - Hospital Anxiety and Depression Scale; JCQ - Job Content Questionnaire; K-SADS-PL - Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime; MINI - Mini-International Neuropsychiatric Interview; MG - Minas Gerais; OCI-R - Inventário de Obsessões e Compulsões; PCL-C - Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version; PDS-PE - Posttraumatic Diagnostic Scale adaptada para profissionais de emergências; PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (National Household Sample Survey); PHQ-9 - Patient Health Questionnaire; QMPA - Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos; RJ - Rio de Janeiro; RS - Rio Grande do Sul; SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire; SP - São Paulo; SPIN - Social Phobia Inventory; Y-BOCS - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown); WHS - World Health Survey.

2.5 A rede de cuidados à saúde da pessoa com Transtornos de Ansiedade no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do SUS, é um dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental que formam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída por meio da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 com finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Foi republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017).

Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS, nº 3.588, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, promoveu alterações na estrutura das RAPS e uma série de retrocessos, tais como enfraquecimento dos serviços substitutivos e implantação de uma lógica manicomial. Dentre as alterações instituídas pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017, destaca-se: criação da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM), Unidades Ambulatoriais Especializadas, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV), Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado, Hospital dia, aumento nos Serviços Residenciais Terapêuticos, bem como aumento de leitos em hospital geral e destinação de maiores recursos hospitalares (Brasil; Lacchini, 2021; Brasil, 2017).

Amarante (2020), em seu estudo sobre a reforma psiquiátrica brasileira no período de 1976 a 2016, sinaliza que, no ano de 2016, deu-se início, no Brasil, um processo de retrocessos ideológicos e civilizatórios com narrativas favoráveis às internações compulsórias, à intolerância, aos estigmas e preconceitos. Cenário esse, segundo o autor, contrário ao que ocorria no início da reforma psiquiátrica quando, no país, buscava-se um projeto nacional democrático, participativo e inclusivo (Amarante, 2020).

Para Brasil e Lacchini (2021), o período de 2016 a 2020, corresponde a um período de retrocessos na reforma psiquiátrica e tem como característica o desmonte da Política de Saúde Mental no Brasil. Segundo os autores, o início de tais retrocessos foi o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, com intensas modificações nas políticas sociais e no processo democrático brasileiro. Elencam que o novo governo, com início em setembro de 2016, com o presidente Michel Temer, foi caracterizado por redução de financiamentos e recursos para o sistema público de saúde e acelerados desmontes na saúde mental, álcool e outras drogas. Dentre as alterações ocorridas neste governo temos a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a publicação da Portaria nº 3.588/2017 e a Emenda Constitucional nº 95 (Brasil; Lacchini, 2021).

O governo de Jair Bolsonaro, iniciado em 2019, foi caracterizado por tentativas de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e na Política Nacional de Drogas (PND). A intenção do governo era retornar com o hospital psiquiátrico para o

centro do cuidado em saúde mental, utilização da eletroconvulsoterapia (ECT) e ênfase no financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs). Tal proposta sofreu repúdio por conter ideias da lógica manicomial e, por isso, foi revogada a norma técnica que instituíra tais medidas. Em dezembro de 2020, o governo brasileiro planejou revogar portarias em saúde mental do período de 1991 a 2014 motivando Organizações de diversos setores a acionarem o Ministério Público Federal para instaurar um inquérito civil e averiguar se essa medida configuraria retrocessos e desmontes na área da saúde mental no país (Brasil; Lacchini, 2021).

Em 2023, no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS nº 757/2023 revogando a Portaria nº 3.588/2017 e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, configurando tal medida um reordenamento da legislação em saúde mental. Ressalta-se que os pontos de atenção que foram alterados/revogados com a Portaria 757/2023, foram: Equipes eMAESM, CAPS AD IV, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (SHR), Diárias de internação em hospitais psiquiátricos e Serviço Residencial Terapêutico. Dessa forma, ficou restabelecida a estrutura da RAPS originalmente instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2024).

A RAPS é composta por diferentes componentes com seus respectivos pontos de atenção. Cada componente da rede tem sua importância e atua de forma complementar, integrado por diferentes serviços e ações. São componentes da RAPS: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação (Brasil, 2024).

No intuito de ampliar ações e cuidados no SUS para a saúde mental dos brasileiros, o Governo Federal lançou, em 2022, iniciativas e estratégias, como a linha de cuidado à pessoa com transtornos de ansiedade, para orientar os serviços de saúde a focarem o cuidado no paciente e nas suas necessidades. A APS é a responsável pela coordenação do cuidado, ordenamento das Redes de Atenção à Saúde e gerenciamento dos fluxos assistenciais, além de ser a principal responsável pela implantação dessa linha de cuidado. Para efetivação da linha de cuidado à pessoa com ansiedade foram elaborados fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos assertivos e encaminhamento das pessoas para atendimento adequado nos diferentes níveis de atenção do SUS (Brasil, 2022).

Devido sua capilaridade e vínculo estabelecido com a comunidade, as Unidades de Atenção Básica (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (eSF), funcionam como porta de entrada no SUS e devem identificar de forma precoce pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtornos mentais, realizar acolhimento e atendimento humanizado destas pessoas e acompanhar aquelas com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, mantendo interlocução contínua com os serviços especializados em saúde mental de referência, bem como devem encaminhar pessoas com quadros clínicos de maior complexidade, de acordo com o fluxo assistencial. Os Caps são serviços especializados em saúde mental e baseiam-se no atendimento intensivo e reabilitação de pessoas com transtornos mentais mais graves e persistentes (MS, 2022). Com isso, para o Ministério da Saúde (2024), o manejo dos casos de ansiedade deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde e, quando necessário, compartilhado com a Atenção Especializada. Para direcionar as equipes de saúde em cada ponto assistencial, o MS elaborou fluxos de encaminhamento, manejo inicial e planejamento terapêutico, cabendo ao profissional de saúde a avaliação da especificidade de cada paciente de acordo com seus desejos e necessidades. Foram elaborados diagramas de navegação para os seguintes pontos da RAPS: Unidade de Atenção Primária, Atenção Psicossocial Especializada, Unidade de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel /SAMU (192), Unidade Hospitalar (Brasil, 2024).

2.6 Estudo da Carga Global de Doenças

O estudo Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease Study* [GBD]) surgiu inicialmente pela parceria estabelecida entre Banco Mundial e OMS em 1991, passando a ser coordenado desde 2007, pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington (Estados Unidos da América - EUA). O objetivo de estudar a carga global de doenças surge como um esforço científico sistemático para quantificar a magnitude comparativa da perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco por idade, sexo, e espaços geográficos ao longo do tempo (IHME, 2013; IHME, 2016; Marinho; Passos; França, 2016).

A primeira publicação do estudo GBD fez parte do Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993. Os autores do estudo GBD produziram estimativas

seguras e protegidas da influência de defensores de doenças específicas e buscaram analisar a carga da doença através de uma abordagem holística. Para a elaboração do estudo, dois fatores foram determinantes: a necessidade de acesso abrangente e padronizado sobre dados de doenças, lesões e fatores de riscos para elaboração de políticas públicas e a necessidade de corrigir estimativas de mortalidade de forma a garantir que o número de mortes por cada causa não fossem maiores que o número total de mortes estimadas em uma localidade (IHME, 2013; IHME, 2016).

Desde sua primeira edição, o GBD passou por uma ampla expansão. Em 1990, o estudo incluía 107 estimativas de doenças e lesões, 10 fatores de risco e abrangia 8 regiões do mundo. No GBD 2021, esses números aumentaram para 371 doenças e lesões e 88 fatores de risco, com cobertura de 204 países e territórios, totalizando estimativas para 983 localidades. No estudo GBD 2021, foram realizadas estimativas subnacionais para Brasil, Etiópia, Indonésia, Irã, Japão, Quênia, México, Noruega, Paquistão, África do Sul, Suécia, Reino Unido, EUA, China, Índia, Nigéria e Rússia. O quantitativo de colaboradores em 2021 foi cerca de 12.000 colaboradores distribuídos em 163 países e territórios (IHME, 2024).

O estudo GBD apresenta estimativas atualizadas de fatores de risco, níveis de exposição, risco relativo à saúde por exposição e proporção da carga de doenças relacionadas a doenças ou lesões específicas atribuídas a fatores de risco específicos. São categorizados em grupos de fatores ambientais e ocupacionais, comportamentais e metabólicos (IHME, 2024).

O GBD Brasil surge após o Ministério da Saúde realizar a oficina sobre “Carga de Doenças no Brasil”, em outubro de 2014, com a participação de diversos profissionais e pesquisadores da saúde pública. Em 2015, o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, firmaram convênio para constituir uma rede de colaboradores composta por pesquisadores brasileiros e técnicos do Ministério da Saúde, de forma a dar apoio metodológico e avaliar as estimativas do estudo GBD para a carga da doença no país e nas unidades federativas. Em 25 de abril de 2023, a UFMG e o IHME assinaram um memorando de entendimento entre as instituições para ampliar as possibilidades de intercâmbio de informações, pesquisadores e alunos, além de fortalecer a cooperação internacional, tornando-se oficialmente parceiras (Souza; França; Cavalcante, 2017; GBD Brasil, 2023).

Os dados do GBD para o Brasil contribuem para identificar a situação de saúde da população brasileira e permitem avaliar o processo de transição epidemiológica. Esse processo é caracterizado pela queda da mortalidade por doenças infecto-parasitárias e pelo aumento da morbimortalidade, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as de causas externas, como as mortes por violência, ao mesmo tempo que se verifica aumento na expectativa média de vida da população brasileira (Souza; França; Cavalcante, 2017; Martins et al., 2021).

2.7 Estudo de Carga Global de Doenças dos transtornos de ansiedade

Transtornos mentais e de comportamento, como depressão, ansiedade e uso de drogas são considerados os principais responsáveis por incapacidade no mundo e responderam por quase 40 milhões de anos de invalidez entre as idades de 20 e 29 anos em 2013 (IHME, 2013).

No GBD 2019, os transtornos de ansiedades estavam entre as 25 principais causas de incapacidade no mundo (Ferrari et al., 2019). Transtornos de ansiedade são considerados causas de perda de saúde, e o surgimento da pandemia de COVID-19 proporcionou, segundo o IHME (2024), em 2020, aumento adicional de 76 milhões de novos casos. A faixa etária de 20 a 35 anos foi a que apresentou maior número de casos e as mulheres apresentaram quase o dobro de casos que os homens (IHME, 2024). No estudo GBD 2021, Hay e colaboradores (2024) apontam que, entre 2010 e 2021, a taxa de DALY, padronizada por idade para transtornos de ansiedade, aumentou 16,7%. Em 2021, esses transtornos representaram 42,5 milhões de DALYs globalmente com a carga dos transtornos de ansiedade maior em mulheres (26,4 milhões) em comparação com homens (16,1 milhões) (Hay et al., 2024).

3 JUSTIFICATIVA

A pandemia de COVID-19 apresentou agravamento das condições de saúde mental no Brasil e no mundo. Gerou problemas de desemprego, insegurança financeira, luto e perdas, contribuindo para o aumento de fatores de risco para os problemas de saúde mental (OPAS, 2024; OMS, 2024).

Os transtornos de ansiedade são um dos transtornos mentais mais recorrentes no mundo e considerados uma das maiores causas de incapacidade no Brasil. Segundo a OMS (2023), a estimativa de pessoas sofrendo com transtornos de ansiedade está em torno de 4% da população mundial (OMS, 2023; Craske; Stein, 2016; Baxter et al., 2013).

No Brasil, os transtornos de ansiedade acometem aproximadamente 9,3% da população brasileira, sendo considerado desde 2017 o país mais ansioso do mundo (OMS, 2017). Frequentemente são subdiagnosticados e subtratados pelas equipes de saúde e na maioria das vezes não são reconhecidos como problemas de saúde por familiares e pacientes (Brasil, 2024).

Pessoas com transtornos de ansiedade apresentam alto absenteísmo e menor produtividade no trabalho. Dessa forma, estes transtornos são associados a elevados custos econômicos e sociais diretos e indiretos (Brasil, 2024). Para o IHME (2024), caso as pessoas com transtornos de ansiedade tivessem acesso ao tratamento ideal, 71% da carga global de transtornos de ansiedade seria evitada (IHME, 2024).

Para o Ministério da Saúde (2024), o manejo dos casos de ansiedade deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde e, quando necessário, compartilhado com a Atenção Especializada. Portanto, conhecer a carga de transtornos de ansiedade no Brasil permite que estratégias possam ser elaboradas para consolidar um modelo de atenção à saúde mental ético, baseado em evidências e de base comunitária como preconiza a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (Brasil, 2024).

O presente estudo utiliza as estimativas do estudo GBD, tendo em vista que estas estimativas permitem mensurar a perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco, além de possibilitar comparações dos indicadores de saúde, bem como avaliar os dados sobre os transtornos de ansiedade para o Brasil nos períodos pré-pandêmicos e pandêmicos.

Neste estudo, será apresentada a carga de doença dos transtornos de ansiedade para o Brasil e por unidade federativa (UF), além de uma comparação das

estimativas do Brasil com os países da América do Sul e México. Mensurar a carga desses transtornos permite gerar ações voltadas para a promoção da saúde das pessoas com ansiedade, bem como estabelecer políticas públicas para fortalecimento e implantação da Linha de Cuidado para Transtornos de Ansiedade no Brasil.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

4.1.1. Descrever e analisar as estimativas da carga de doença dos transtornos de ansiedade no Brasil, e em suas unidades federativas, por idade e sexo, nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

4.2 Objetivos específicos

4.2.1. Descrever e analisar as taxas de DALY dos transtornos de ansiedade no Brasil e suas unidades federativas, por idade e sexo nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

4.2.2. Comparar a taxas de DALY e prevalência dos transtornos de ansiedade no Brasil e suas unidades federativas, por idade e sexo nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

4.2.3. Analisar as estimativas de carga de doença (DALY) e os anos vividos com incapacidade (YLD) dos transtornos de ansiedade no Brasil e comparar as estimativas do Brasil com os países da América do Sul e México nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

5 MÉTODOS

A presente dissertação utiliza como fonte de dados as estimativas do estudo Carga Global de Doença de 2021 para o Brasil e suas unidades federativas, disponíveis na página da web do IHME (<http://www.healthdata.org>). Trata-se de um estudo descritivo sobre a carga dos transtornos de ansiedade no Brasil.

O estudo GBD 2021 utilizou um número importante de fontes de dados (pesquisas, censos, estatísticas vitais e outras fontes de dados relacionadas à saúde) para estimar morbidade, mortalidade, lesão e risco atribuível para 204 países e territórios. O acesso às fontes de dados é possível por meio de uma ferramenta de citação interativa disponível no GHDx (Hay et al., 2024).

Para facilitar o acesso às estimativas, o GBD disponibiliza a lista de causas e sequelas organizada em níveis hierárquicos. Inicialmente, há três agrupamentos maiores que agregam causas e sequelas gerais. Posteriormente, são subdivididos em níveis de detalhamento mais específicos de forma crescente em níveis 2, 3, 4, 5 e 6. Os níveis 3 e 4 apresentam o nível mais detalhado para causas e os níveis 5 e 6 são os níveis mais detalhados para sequelas. O maior nível de detalhamento para transtornos de ansiedade está no nível 3 (Hay et al, 2024).

Para estimar a incidência, prevalência e YLDs para sequelas de doenças e lesões no GBD 2021, o processo de estimativa de causa não fatal foi dividido em oito componentes (Hay et al., 2024):

1. Compilação de fontes de dados por meio da identificação e extração de dados;
2. Ajustes de dados;
3. Estimativa de prevalência e incidência por causa e sequelas usando o DisMod-MR 2.1 ou estratégias de modelagem alternativas para grupos de causas selecionadas (para transtornos de ansiedade foi utilizada para modelagem a análise meta-regressão Bayesiana, regularizada e aparada (MR-BRT));
4. Estimativa por deficiência;
5. Distribuições de gravidade;
6. Incorporação de pesos de deficiência (DWs);
7. Ajuste de comorbidade;
8. Estimativa de YLDs por sequelas e causas.

O estudo GBD 2021 segue as Diretrizes para o Relato Transparente e Preciso de Estimativas de Saúde (Declaração GATHER) (Stevens et al., 2017).

5.1 Definição dos casos de transtornos de ansiedade no estudo GBD

No estudo GBD 2021, os transtornos de ansiedade foram definidos de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, versão 4 (DSM-IV-TR) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID -10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996; APA, 2003). Os transtornos de ansiedade incluídos de acordo com os códigos CID-10 foram:

- Agorafobia - CID F40.0
- Fobia social - CID F40.1
- Fobia específica - CID F40.2
- Transtorno de pânico - CID F41
- Transtorno de ansiedade não especificado - CID F41.9
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) - CID F42
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) - CID F43.1
- Transtornos de ansiedade generalizada (TAG) - CID F41.1
- Transtorno de ansiedade de separação - CID F93.0
- Transtorno de ansiedade excessiva na infância - CID F93.1

Hay e colaboradores (2024) afirmam que, no intuito de evitar contagem dupla de indivíduos que atendiam aos critérios definidos na DSM-IV-TR, os transtornos de ansiedade foram modelados no GBD 2021 como uma causa única para “qualquer” transtorno de ansiedade. Para as análises, foram incluídas as estimativas epidemiológicas que apresentavam resultados para “qualquer” ou “total” transtornos de ansiedade e que relatassem pelo menos três transtornos de ansiedade foram incluídas nas análises (Hay et al., 2024).

Neste estudo, serão exploradas as variações na carga de transtornos de ansiedade por idade, sexo, ano (2018, 2019, 2020 e 2021) e UF's do Brasil, sendo que as taxas de prevalência, DALY e YLD referem-se a taxas padronizadas por idade por 100.000 habitantes. A prevalência será descrita ainda em números absolutos. O DALY em números absolutos foi utilizado para comparar homens e mulheres por

idade. A classificação de DALY e YLD por transtornos de ansiedade no Brasil foi comparada à classificação global e à dos outros países da América do Sul – por apresentarem situação socioeconômica semelhante e proximidade geográfica – e à do México, por serem as duas maiores economias da América Latina. Detalhes sobre o método para gerar as estimativas, segundo Hay e colaboradores (2024), podem ser obtidas nas publicações de Baxter, Scott e Whiteford (2013) e Baxter e colaboradores (2014).

5.2 Revisão de dados epidemiológicos no GBD 2021 para transtornos de ansiedade

A revisão sistemática epidemiológica da literatura realizada pelo GBD utiliza, como parâmetros para transtornos de ansiedade, dados relacionados a prevalência, incidência, remissão e outros. A pesquisa foi conduzida em três etapas: pesquisas eletrônicas da literatura revisada por pares (via PsycInfo, Embase e PubMed), o uso de literatura cinzenta e consulta a especialistas. Para transtornos mentais, as buscas eletrônicas para atualização de dados no banco de dados do GBD são realizadas de forma contínua. Para o estudo GBD 2021 não foi realizada busca eletrônica, somente buscas na literatura cinzenta e consulta a especialistas (Hay et al., 2024).

Os critérios de inclusão foram:

- Ano de publicação a partir de 1980;
- “Caseness” baseado no limiar clínico estabelecido pelo DSM ou CID;
- Fornecer informações suficientes sobre o método do estudo e as características da amostra no intuito de avaliar a qualidade do estudo;
- Mínimo de três (ou dois se ocorrerem durante a infância) subtipos de transtorno de ansiedade incluídos na estimativa geral;
- Amostra do estudo representativa da população em geral;
- Publicados em qualquer idioma.

Os dados obtidos foram submetidos a três tipos de processos de divisão idade-sexo (Hay et al., 2024):

- Estimativas divididas por sexo e idade, quando possível, com base nos dados disponíveis. Estimativas específicas por idade divididas por sexo, usando proporção sexo relatada e limites de incerteza.

- Utilização de análise de meta-regressão Bayesiana, regularizada e aparada (MR-BRT) para a divisão das estimativas restantes para ambos os sexos no conjunto de dados. As estimativas específicas por sexo foram correspondidas por localização, idade e ano para cada parâmetro. Para estimar as razões de sexo combinadas e os limites de incerteza foi usada uma meta-análise de rede MR-BRT. A razão de prevalência entre homens e mulheres estimada foi de 0,54.
- Divisão de estudos relatando estimativas de prevalência em faixas etárias de cinco anos, a partir de 25 anos de idade, através do uso do padrão de prevalência de idade estimado pelo DisMod-MR 2.1.

Estimativas com vieses conhecidos foram submetidas a ajustes/cruzamentos antes do DisMod-MR 2.1 para correções de viés. Para cada cruzamento de interesse, pares de estimativas de referência e alternativas foram pareados por idade, sexo, localização e ano. Para transtornos de ansiedade, foi usada uma razão de recordação do ano anterior para medidas de prevalência, pois são menos suscetíveis ao viés de memória (Hay et al., 2024).

As citações das fontes de dados utilizadas para as estimativas brasileiras estão disponíveis no site do IHME em <http://ghdx.healthdata.org/geography/brazil>, bem como no anexo B, onde estão listadas as fontes de dados e artigos científicos utilizados para o estudo GBD 2021 para o Brasil.

5.3 Impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental

Para quantificar o impacto da COVID-19 na prevalência e na carga do transtorno depressivo maior e dos transtornos de ansiedade para os anos de 2020 e 2021, o GBD 2021 realizou uma revisão sistemática da literatura. Em um primeiro momento, a revisão objetivou identificar estudos que relatassem a prevalência de transtorno depressivo maior ou transtorno de ansiedade durante a pandemia de COVID-19 com publicação entre 1º de janeiro de 2020 e 29 de janeiro de 2021. A busca foi conduzida em três etapas: pesquisas eletrônicas de artigos revisados por pares (via PubMed), a literatura cinzenta (via COVID-19: mapa vivo das evidências por Eppi-centre, The DEPRESSD Project, WHO-COVID-19, COVID-minds, MedRxiv e PsyArXiv) e consulta a especialistas.

Em um segundo momento, foi conduzida atualização da revisão sistemática da literatura em duas etapas. A primeira etapa, em julho de 2022, buscou revisões sistemáticas na PubMed com publicação realizada desde 1º de janeiro de 2021. A segunda etapa, em agosto de 2022, envolveu nova pesquisa eletrônica na literatura revisada por pares (via PubMed), na literatura cinzenta (via COVID-19: mapa vivo das evidências por Eppi-center, WHO-COVID-19 e COVID-minds), além de nova consulta a especialistas. Foram priorizados estudos que apresentaram dados de 2021 e 2022 nesta atualização.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos que relatassem prevalência de transtornos de ansiedade durante a pandemia de COVID-19 com linha de base pré-pandêmica; estudos longitudinais com amostras representativas da população em geral ou estudos transversais conduzidos durante a pandemia de COVID-19 com dados comparáveis de prevalência pré-COVID-19; estudos que utilizam medidas de triagem estabelecidas relatando prováveis transtornos de ansiedade (por falta de dados disponíveis para diagnósticos de transtornos de ansiedade); estudos com medidas de triagem de sofrimento psicológico ou sintomas combinados de depressão e ansiedade.

No GBD 2021, a estratégia de modelagem segue a utilizada no GBD 2019 com a adição do ajuste para COVID-19. Inicialmente foi realizada análise de modelagem epidemiológica padrão para estimar a prevalência por idade, sexo, localização e ano. Em seguida foi aplicado o ajuste para COVID-19 para as estimativas de prevalência modeladas para 2020 e 2021. Para modelar os dados epidemiológicos (pré-COVID-19) para transtornos de ansiedade, foi utilizado o DisMod-MR 2.1 após realização da análise de modelagem. Para estimativa da prevalência, foram utilizadas duas covariáveis em nível de localização: a taxa média de mortalidade em guerras nos últimos dez anos com valor de beta exponencial de 1,67 (II 95% - 1,08 - 2,57) e índice de experiência negativa da Gallup com valor de beta exponencial de 1,61 (II 95% - 1,19 - 2,17) (Hay et al., 2024).

Para investigar a mudança na prevalência de transtornos de ansiedade durante a pandemia de COVID-19, primeiro realizou-se análise dos dados de prevalência da revisão sistemática da COVID-19 separada da análise DisMod-MR 2.1. Foi calculada uma diferença logit entre a prevalência pré-pandêmica e a prevalência durante a pandemia para todos os dados de entrada elegíveis. Para estimar o ajuste à prevalência, foi desenvolvido um modelo executado em duas etapas. Primeira, modelo

indicador para desenvolver um índice para o impacto da COVID-19. Utilizou-se de metarregressão, via MR-BRT, para prever a diferença logit na prevalência por meio de dois indicadores: mudanças na mobilidade humana e taxa de mortalidade diária da COVID-19 do IHME. Esses indicadores foram submetidos a coeficientes para calcular um único indicador de impacto da COVID-19 para transtornos de ansiedade. Segunda, modelo final por meio de eliminação regressiva para regredir o indicador de impacto da COVID-19 e as interações entre esse indicador e idade e sexo. A mudança logit prevista do modelo MR-BRT foi então utilizada para ajustar a prevalência de transtorno de ansiedade estimada pelo DisMod-MR 2.1 para idade, sexo e localização em 2020 e 2021 (Hay et al., 2024).

5.4 *Disability-adjusted life years (DALY)*

O DALY ou anos de vida saudáveis perdidos é uma métrica utilizada no estudo GBD para medir a carga de doença. Retrata com isso os anos de vida saudável perdidos. É calculado por meio da soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLL) e dos anos vividos com incapacidade (YLD). Para o GBD 2021, os DALYs foram calculados como a soma dos YLLs e YLDs para cada causa, local, faixa etária, sexo e ano (Hay et al., 2024).

Transtornos de ansiedade não são considerados causa direta de morte, para tais transtornos a carga se deve com exclusividade à incapacidade gerada pelos mesmos. Assim, neste trabalho optou-se por utilizar o DALY como principal indicador, uma vez que seus valores são iguais aos do YLD. Dessa forma, neste trabalho optou-se por avaliar tanto número absoluto de DALY por sexo e faixa etária (figuras 1 e 2) quanto taxas de DALY por sexo e faixa etária (figuras 3 e 4) para o Brasil em 2018, 2019, 2020 e 2021. O DALY estima os anos perdidos devido a causas e fatores de risco específicos e permite comparar populações e condições de saúde ao longo do tempo, enquanto que o YLD reflete os anos vividos com saúde abaixo do ideal, ou seja, avalia a perda da saúde (IHME, 2025).

5.5 *Years of Life Lost (YLL)*

No estudo GBD 2021, as estimativas de causas de morte incluem a mortalidade por causa específica e os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (*years of life lost* - YLL). O YLL é uma métrica que expressa o efeito das mortes prematuras na população. Para seu cálculo utiliza-se o número de mortes para cada causa, idade, sexo, local e ano multiplicado pela expectativa de vida padrão em cada idade com uso de modelagem específica para o GBD. Na métrica, as mortes prematuras destacam-se, pois se aplica um peso maior às mortes que ocorrem em faixas etárias mais jovens (Naghavi et al., 2024).

5.6 *Years lived with disability (YLD)*

O YLD ou anos vividos com incapacidade representam qualquer perda de saúde de curto ou longo prazo. Considerado uma das principais métricas do estudo GBD, é calculado através da multiplicação do número de pessoas por sequela e o peso de incapacidade (*disability weight* – DW) associado ao estado de saúde dessa sequela. Para o cálculo do YLD para os transtornos de ansiedade, foram utilizados os seguintes componentes: prevalência dos transtornos de ansiedade e peso da incapacidade (*disability weight* – DW) ajustado por nível de gravidade dos transtornos de ansiedade (Hay et al., 2024).

Para produzir os valores de prevalência das causas, é usado o DisMod-MR 2.1. Quando uma sequela apresenta várias causas, a prevalência é dividida em prevalências específicas de sequelas tendo como referência as estimativas disponíveis na distribuição de gravidade. Quanto à estimativa de peso de incapacidade (DW), a distribuição de gravidade se dá conforme o nível de gravidade apresentado (Hay et al., 2024).

5.6.1 *Peso de incapacidade (disability weigh - DW)*

Os pesos de incapacidade para cada nível de gravidade (leve, moderado e grave) dos transtornos de ansiedade foram estimados a partir das descrições de indivíduos leigos sobre estados de saúde com destaque para as principais consequências funcionais e os sintomas, ressalta-se que para aqueles que não foram

enquadrados em algum dos níveis de gravidade mencionados acima, foram denominados como nível assintomático (Hay et al., 2024).

As descrições para leigos e os pesos de incapacidade para os níveis de gravidade dos transtornos de ansiedade são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Descrições para leigos dos *Disability Weigh* (DW) e o valor para cada nível de gravidade.

Nível de gravidade	Descrição Leigos	Peso de incapacidade (DW - 95% II)
Leve	Sente-se ligeiramente ansioso e preocupado, o que dificulta ligeiramente a concentração, a memória e o sono. A pessoa cansa-se facilmente, mas é capaz de realizar as atividades diárias.	0.03 (0.018–0.046)
Moderado	Sente-se ansioso e preocupado, o que torna difícil concentrar-se, lembrar-se de coisas e dormir. A pessoa cansa-se facilmente e tem dificuldade em realizar as atividades diárias.	0.133 (0.091–0.186)
Grave	Sente-se constantemente muito ansioso e preocupado, o que dificulta a concentração, a memória e o sono. A pessoa perdeu o prazer na vida e pensa em suicídio.	0.523 (0.362–0.677)

Adaptado do apêndice de Hay e colaboradores (2024)

A proporção de pessoas com transtornos de ansiedade em cada nível de gravidade foi determinada com a utilização dos dados do *Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing of Adults* (NSMHWB) realizada em 1997. Para o nível assintomático, a proporção foi de 16,8% (14,2-19,5), leve 42,4% (32,9-50,2), moderado 24,8% (18,9-31,0) e grave 16,1% (10,2-22,9). Nos casos de prevalência dos transtornos de ansiedade pré-COVID-19 e pós-COVID-19, foram aplicados a mesma distribuição de gravidade e pesos de incapacidade (Hay et al., 2024).

5.7 Intervalos de Incerteza (II)

Nos estudos GBD, o Intervalo de Incerteza (II) utilizado é o de 95%. A incerteza foi inserida em cada etapa do processo de estimativa. No GBD 2021, o número de cálculo por processo foi realizado 500 vezes e as estimativas finais expressam a estimativa média em 500 extrações. O intervalo de incerteza de 95% é representado pelos valores do 2,5º e 97,5º percentis (Hay et al., 2024).

5.8 Considerações Éticas

De acordo com a Resolução CNS nº 510/2016, o presente estudo dispensa a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que os dados disponibilizados pelo Estudo Carga Global de Doença são informações de acesso público, conforme definido na Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação).

6 RESULTADOS

O período da pandemia da COVID-19 (2020 - 2021) representou um período de aumentos tanto na prevalência em valores absolutos, quanto na taxa de prevalência padronizada por idade e da taxa DALY padronizada por idade.

Em 2021, o Brasil apresentou 21.248.815 (II95%: 18.160.824 - 24.695.181) casos prevalentes dos transtornos de ansiedade, comparado a 2018 quando o número de casos foi de 16.883.600 (II95%: 14.552.196 - 19.427.966) casos, houve aumento na prevalência do número de casos de 25,8%. Durante a pandemia, o número de casos prevalentes apresentou aumentos de 18,2%, no primeiro ano (2020), e de 5,2%, no segundo ano (2021) (Tabela 1).

A prevalência padronizada por idade apresentou entre 2018 e 2021 aumento de 22,9%, sendo que no primeiro ano da pandemia (2020) o aumento foi de 17,6%, e de 4,4% no segundo ano (2021). Esta métrica, em 2021, foi de 9.007,36/100 mil hab. (II95%: 7.692,54 - 10.470,78).

As mulheres apresentaram valores maiores que os homens tanto em número de casos quanto prevalência padronizada por idade (Tabelas 1 e 2).

O aumento na taxa DALY padronizada por idade entre 2018 e 2021 foi de 22,7%. A taxa DALY no primeiro ano da pandemia (2020) apresentou aumento de 17,6% e, no segundo ano (2021), de 4,3% (Tabela 3). A taxa DALY padronizada por idade dos transtornos de ansiedade no Brasil em 2021 foi de 1.058,67/100 mil hab. (II95%: 732,51 - 1.442,26).

O período pandêmico (2020-2021) apresentou variações bem distintas entre as localidades. No primeiro ano da pandemia (2020), todas as UF's apresentaram aumentos. No segundo ano (2021), os estados que apresentaram maiores aumentos foram: Minas Gerais (8,0%), Goiás (8,4%), Rondônia (9,8%) e Paraná (10,1%) (Tabela 3). A taxa DALY padronizada por idade em 2021 apresentou valores entre 980,65/100 mil no Acre e 1.115,00/100 mil no Paraná (Tabela 3).

No período pré-pandêmico (2018-2019), os três indicadores utilizados (prevalência, taxa de prevalência padronizada por idade e taxa DALY padronizada por idade) tenderam à estabilidade no Brasil e nas UF's como esperado para transtornos de ansiedade (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1: Número de casos prevalentes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

	Número de casos prevalentes				Variação em % do número de casos			
	2018	2019	2020	2021	2018 -2019	2019 - 2020	2020-2021	2018-2021
	16.883.600	17.086.041	20.199.264	21.248.815				
Ambos os sexos	(14.552.196 - 19.427.966)	(14.691.750 - 19.701.965)	(17.241.635 - 23.506.072)	(18.160.823 - 24.695.180)	1,2%	18,2%	5,2%	25,85%
	5.589.975	5.658.930	6.682.571	7.028.428				
Homem	(4.814.720 - 6.467.224)	(4.888.067 - 6.548.320)	(5.690.500 - 7.867.156)	(5.992.621 - 8.269.915)	1,23%	18,1%	5,18%	25,73%
	11.293.625	11.427.110	13.516.692	14.220.386				
Mulher	(9.653.959 - 13.039.910)	(9.791.711 - 13.192.503)	(11.494.510 - 15.809.639)	(12.116.463 - 16.612.809)	1,18%	18,29%	5,21%	25,92%

Tabela 2: Taxa de prevalência padronizada por idade / 100.000 habitantes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

	Prevalência padronizada por idade / 100.000 hab.				Variação em % da prevalência padronizada por idade			
	2018	2019	2020	2021	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2018-2021
Ambos os sexos	7.330,35	7.334,66	8.624,30	9.007,36				
	(6.349,14	(6.345,86	(7.371,03	(7.692,54	0,059%	17,58%	4,44%	22,88%
	- 8.397,70)	- 8.413,89)	- 10.031,63)	- 10.470,78)				
Homem	5.017,21	5.020,96	5.886,04	6.143,90				
	(4.338,76	(4.343,05	(5.013,61	(5.228,21	0,075%	17,23%	4,38%	22,46%
	- 5.794,10)	- 5.794,64)	- 6.913,92)	- 7.219,06)				
Mulher	9.525,72	9.531,89	11.234,73	11.740,00				
	(8.161,21	(8.151,76	(9.580,23	(10.005,43	0,065%	17,86%	4,5%	23,25%
	- 11.040,78)	- 11.037,29)	- 13.086,38)	- 13.659,18)				

Tabela 3: DALY padronizado por idade / 100.000 habitantes em 2021 e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil e UF's, ambos os sexos, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

Localidade	DALY padronizado por idade / 100.000 hab.	Variação em % de DALY padronizado por idade			
		2021	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021
Global	524,33 (363,33 - 716,25)	0,15%	14,68%	3,86%	19,28%
Brasil	1.058,67 (732,51 - 1.442,26)	0,035%	17,57%	4,33%	22,71%
Região Norte	1.023,74 (689,18 - 1.435,78)	0,081%	16,86%	1,09%	18,24%
Acre	980,65 (652,05 - 1.420,34)	0,033%	15,27%	- 1,65%	13,41%
Amapá	993,10 (648,61 - 1.443,40)	0,14%	21,05%	- 5,54%	14,51%
Amazonas	1.055,62 (664,35 - 1.558,39)	0,11%	20,02%	1,18%	21,58%

Pará	994,41 (632,44 - 1.497,63)	0,056%	15,15%	- 0,46%	14,69%
Rondônia	1.107,08 (704,19 - 1.630,43)	0,13%	16,91%	9,83%	28,56%
Roraima	1.037,16 (668,28 - 1.513,62)	0,11%	20,31%	0,4%	20,92%
Tocantins	1.052,30 (675,59 - 1.504,09)	0,088%	15,7%	5,41%	22,07%
Região Nordeste	1.049,42 (746,18 - 1.443,52)	0,072%	18,06%	1,6%	20,03%
Alagoas	1.009,47 (650,43 - 1.451,14)	0,098%	15,91%	- 0,83%	15,06%
Bahia	1.049,28 (670,61 - 1.500,24)	0,052%	16,46%	3,2%	20,25%
Ceará	1.087,51 (714,75 - 1.566,80)	0,065%	21,44%	2,36%	24,39%

Maranhão	1.034,36 (671,85 - 1.505,38)	0,12%	18,54%	0,095%	18,79%
Paraíba	1.014,84 (638,97 - 1.492,80)	0,067%	16,34%	0,24%	16,14%
Pernambuco	1.061,75 (679,29 - 1.568,66)	0,088%	19,14%	1,45%	20,98%
Piauí	1.030,43 (668,56 - 1.502,80)	0,04%	17%	0,57%	17,71%
Rio Grande do Norte	1.049,73 (670,05 - 1.528,28)	0,031%	16,53%	3,24%	20,34%
Sergipe	1.041,81 (673,29 - 1.487,54)	0,11%	18,8%	- 0,25%	18,63%
Região Centro-Oeste	1.075,23 (733,32 - 1.453,93)	0,067%	16,11%	6,72%	24%
Distrito Federal	1.068,33 (684,02 - 1.537,88)	- 0,023%	18,6%	2,63%	21,69%

Goiás	1.089,71 (717,77 - 1.566,42)	0,035%	16,04%	8,35%	25,77%
Mato Grosso	1.069,29 (674,18 - 1.539,50)	0,14%	15,91%	7,11%	24,33%
Mato Grosso do Sul	1.054,99 (670,55 - 1.507,49)	0,14%	13,8%	6,89%	21,81%
Região Sudeste	1.056,37 (703,54 - 1.460,85)	-0,014%	17,94%	5,29%	24,15%
Espírito Santo	1.044,60 (668,56 - 1.527,77)	0,074%	21,9%	- 1,1%	19,94%
Minas Gerais	1.061,75 (669,77 - 1.531,73)	0,03%	13,09%	8,05%	22,23%
Rio de Janeiro	1.100,37 (686,14 - 1.583,21)	0,072%	21%	3,75%	25,63%
São Paulo	1.037,92 (688,87 - 1.480,58)	- 0,078%	18,8%	5,22%	24,9%

Região Sul	1.101,13 (727,09 - 1.525,74)	0,03%	16,69%	8,41%	26,54%
Paraná	1.115,00 (705,13 - 1.638,04)	0,085%	16,11%	10,11%	27,95%
Rio Grande do Sul	1.087,79 (674,82 - 1.564,34)	- 0,0068%	16,83%	7,09%	25,1%
Santa Catarina	1.099,61 (705,70 - 1.633,14)	0,0063%	17,42%	7,73%	26,5%

DALY: Anos de vida saudáveis perdidos.

O DALY no período pré-pandêmico (2018-2019) apresentou estabilidade em números absolutos em todas as faixas etárias para ambos os sexos. No período pandêmico (2020-2021), o número de DALY apresentou aumentos em relação ao período pré-pandêmico, a partir da faixa etária de 5 a 9 anos, e passou a ter valores semelhantes, a partir da faixa etária de 70 a 74 anos. Em ambos os sexos, nos dois períodos, a faixa etária entre 35 e 39 anos foi a mais atingida pela elevação do número de DALY, a partir dessa idade o número de DALY apresentou progressiva diminuição. Em 2021, as faixas etárias de 15-19 anos a 45-49 anos apresentaram aumentos em relação a 2020 tanto em homens como em mulheres, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza (figura 1A e 1B).

A taxa de DALY padronizada por idade por 100 mil habitantes no período pré-pandêmico (2018-2019) apresentou estabilidade em todas as faixas etárias para ambos os sexos. No período (2020-2021) a taxa de DALY apresentou aumentos em relação ao período pré-pandêmico a partir da faixa etária de 5 a 9 anos e passou a ter taxas semelhantes a partir da faixa etária de 75 a 79 anos. Nos dois períodos, a faixa etária mais atingida pela elevação da taxa de DALY entre os homens foi a de 40 e 44 anos, entre as mulheres foi a de 35 e 39 anos; a partir dessas faixas etárias, a taxa de DALY apresentou progressiva diminuição. Em 2021, as faixas etárias de 10-14 anos a 55-59 anos apresentaram aumentos em relação a 2020 tanto em homens como em mulheres, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza (figuras 2A e 2B).

A classificação das dez principais causas de YLD no Brasil, nos outros países da América do Sul, México e global, é apresentada na figura 3, com os transtornos de ansiedade figurando entre as seis principais causas.

Os transtornos de ansiedade ocuparam, no Brasil em 2021, o 1º e o 7º lugar como principais causas de YLD e DALY, respectivamente. Globalmente ocupam a 23ª posição de DALY e a 5ª posição de YLD. Na América do Sul e México, o DALY varia da 6ª posição no Peru até a 18ª posição na Guiana, e o YLD varia da 1ª posição na Bolívia, Equador, Paraguai e Peru até a 6ª posição no México e Venezuela (figura 4).

As taxas de DALY, padronizada por idade, foram semelhantes no México e Venezuela à taxa global, os demais países da América do Sul apresentaram taxas semelhantes à do Brasil com sobreposições dos intervalos de incerteza (figura 4).

Figura 2.A e 2.B: Taxa de DALY por idade / 100.000 habitantes dos transtornos de ansiedade no Brasil, mulheres e homens, 2018, 2019, 2020 e 2021.

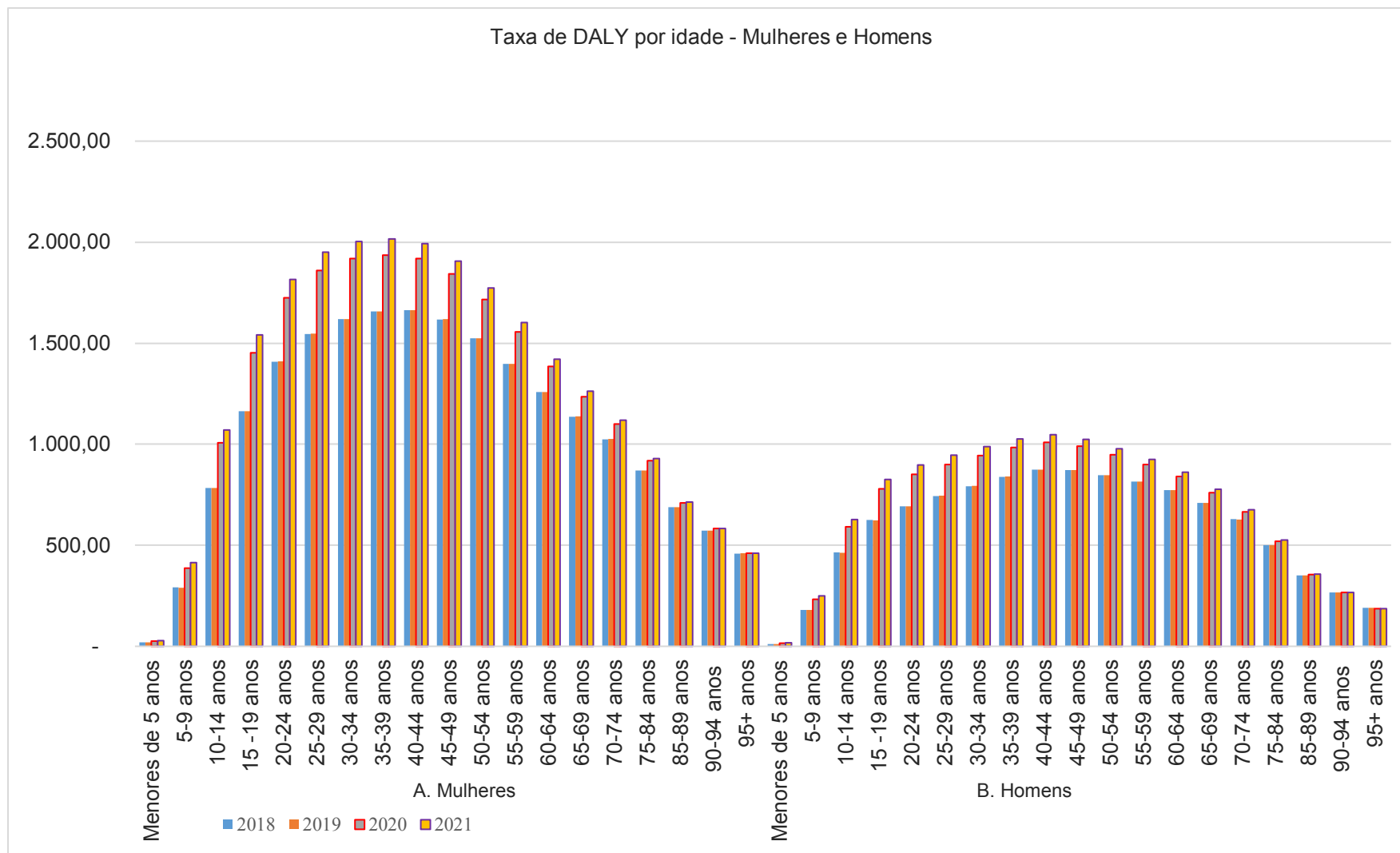


Figura 3: Dez principais causas de YLD's no Brasil, outros países e global, ambos os sexos, GBD 2021.

	Argentina	Brasil	Bolívia	Chile	Colômbia	Equador	Global	Guiana	México	Paraguai	Peru	Suriname	Uruguai	Venezuela
Dor lombar baixa	1	2	3	1	1	4	1	3	2	2	2	3	1	1
Out. dist. Musculoesqueléticos	2	5	6	2	2	5	6	8	4	5	3	6	2	2
Transtornos de ansiedade	3	1	1	4	3	1	5	4	6	1	1	4	3	6
Transtornos depressivos	4	3	2	3	7	2	2	2	3	4	4	2	4	3
Cefaleias	5	4	7	6	4	6	3	5	5	3	7	5	5	5
Diabetes	6	6	4	5	5	3	7	1	1	6	10	1	6	4
Perda auditiva	7	7	10	8	6	7	4	6	7	7	9	7	7	7
Doenças ginecológicas	8	12	11	9	10	9	10	10	10	12	8	9	8	10
Distúrbios orais	9	8	6	10	9	8	13	12	8	9	5	11	10	9
Osteoartrite	10	14	13	11	11	12	14	14	13	15	11	13	12	11

YLD: Anos vividos com incapacidade.

Classificação

1	2	3-4	5-8	9-14	15+
---	---	-----	-----	------	-----

Figura 4: Taxa DALY padronizada por idade/100.000 habitantes e classificação de DALY e YLD, Brasil, outros países e global, GBD-2021.

Localidade	DALY padronizada por idade / 100.000 hab. (2021)	Classificação DALY ^{*a}	Classificação YLD ^{*b}
Brasil	1.058,67 (732,51 - 1.442,26)	7	1
Paraguai	992,12 (637,27 - 1.514,56)	7	1
Bolívia	899,89 (569,15 - 1.353,07)	10	1
Peru	866,21 (530,30 - 1.296,62)	6	1
Uruguai	787,29 (487,00 - 1.174,01)	9	3
Chile	783,87 (488,52 - 1.147,60)	7	4
Equador	776,17 (499,28 - 1.179,17)	10	1
Argentina	754,90 (469,58 - 1.119,09)	9	3
Colômbia	669,90 (408,53 - 1.027,02)	11	3
Guiana	661,72 (402,61 - 997,52)	18	4
Suriname	658,46 (412,59 - 971,04)	14	4
México	537,35 (361,50 - 731,13)	17	6
Venezuela	531,71 (333,06 - 796,10)	16	6
Global	524,33 (363,06 - 716,25)	23	5

*Classificação DALY por transtornos de ansiedade no Brasil e entre os demais DALY dos países da América do Sul, México e global; a) DALY: Anos de vida saudáveis perdidos; b) YLD: Anos vividos com incapacidade.

Classificação



7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a alta carga dos transtornos de ansiedade no Brasil, conforme indicado anteriormente pela Organização Mundial da Saúde. Dentre os transtornos mentais, os transtornos de ansiedade são considerados os mais prevalentes e que geram maior carga de incapacidade. Conforme dados apresentados pelo IHME, a taxa DALY dos transtornos de ansiedade no Brasil, nos períodos apresentados neste estudo, foi aproximadamente duas vezes maior que a global. Em relação à prevalência, tanto em número quanto em taxa, os valores foram aproximadamente 2,2 vezes maiores que a prevalência mundial (IHME, 2025).

No período pré-pandêmico, no Brasil e nas UF's não ocorreram aumentos estatisticamente significativos da prevalência e de DALY dos transtornos de ansiedade, no entanto, o estudo desenvolvido por Bonadiman e colaboradores (2017), demonstra que tais transtornos apresentaram no Brasil as maiores taxas de DALY e maiores proporções de prevalência do mundo mesmo antes da pandemia (Bonadiman et al, 2017; IHME, 2025). Santomauro e colaboradores (2021) enfatizam que os transtornos de ansiedade eram uma das principais causas da carga de doenças, antes mesmo do surgimento da pandemia da COVID-19, e que na maioria dos países, os serviços de saúde mental contam com recursos escassos gerando dificuldade de acesso aos cuidados necessários à população (Santomauro et al, 2021).

O surgimento da pandemia de COVID-19 trouxe aumentos na carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo uma vez que alterou a rotina diária e promoveu mudanças no comportamento das pessoas (Turna et al, 2021). O aumento da prevalência dos transtornos de ansiedade, durante a pandemia de COVID-19, tem sido associado com diversos fatores contribuintes: distanciamento/isolamento social/físico; quarentena; ser do sexo feminino; ser jovem; notícias relacionadas à pandemia; insônia; abuso emocional ou violência; não residir no país de origem; não praticar atividades físicas e de lazer; estar desempregado; restrições/paralizações impostas pelos governos, crises econômica, política e social do país relacionadas à pandemia de COVID-19; sensação de insegurança; indivíduos com sintomas prévios de transtornos mentais e com temperamento depressivo ou ansioso (Campos et al, 2020; Feter et al, 2021; Goularte et al, 2021; Kan et al, 2021; Turna et al, 2021; Calegaro et al, 2022; Xiong et al, 2022).

No estudo GBD 2021, um dos fatores de risco associado aos transtornos de

ansiedade é o *bullying* (IHME, 2025). Xiong e colaboradores (2022), identificaram em seu estudo que a vitimização por *bullying* ocorre na população entre 05 e 39 anos e por isso, segundo os autores não representariam toda a população propensa a desenvolver tais transtornos. Os outros fatores trazidos pelo GBD são a violência por parceiros íntimos e abuso sexual, porém os fatores contribuintes apresentados em nosso estudo evidenciam a necessidade de compreender outros potenciais fatores de risco para os transtornos de ansiedade de forma a orientar a formulação de políticas públicas para prevenção e promoção da saúde mental, bem como, contribuir para redução desses fatores de risco (Xiong et al, 2022; IHME, 2025).

No período pandêmico, no primeiro ano (2020), os transtornos de ansiedade nas UF's apresentaram aumentos na taxa de DALY. Destaca-se que os aumentos observados nos estados brasileiros foram semelhantes por estarem dentro do intervalo de incerteza, bem como indicam os efeitos diretos da pandemia na saúde mental da população brasileira (IHME, 2025).

Em 2021, no segundo ano da pandemia, os transtornos de ansiedade nas UF's apresentaram variações na taxa de DALY com seis UF's (Acre, Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Pará e Sergipe), apresentando variações negativas em relação ao primeiro ano da pandemia, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza (IHME, 2025). Souza e Lima (2023), identificaram em seu estudo que os locais mais vulneráveis na pandemia de COVID-19 no Brasil foram as regiões Nordeste em primeiro lugar, seguida da região Norte. Evidenciaram ainda que determinantes demográficos, sociais e econômicos locais contribuíram para o agravamento da crise gerada pela pandemia e que esta exacerbou as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras. Para os referidos autores, os grupos socioeconomicamente vulneráveis são os que apresentam maiores riscos de apresentarem problemas de saúde mental (Souza; Lima, 2023). Dentre as UF's que apresentaram quedas na taxa DALY acima mencionadas cinco representam as regiões que segundo os autores supracitados foram as mais vulneráveis durante a pandemia no Brasil. Identificamos em nosso estudo que os estudos utilizados pelo GBD para gerar as estimativas dos transtornos de ansiedade no Brasil em sua maioria foram realizados nos estados das regiões sudeste e sul, mas há três estudos com abrangência nacional (IBGE - PNAD; Torres et al e Assunção et al), o que pode gerar divergência com dados reais, uma vez que a estimativa do GBD para transtornos de ansiedade utiliza de modelos matemáticos para regiões com informações escassas, fato este também observado

por Yang e colaboradores (2021), em seu estudo (Yang et al, 2021; Souza; Lima, 2023).

Em relação à idade e sexo, em 2021, a taxa de DALY dos transtornos de ansiedade apresentou início na infância com valores ascendentes até a faixa etária de 35 a 39 anos nas mulheres e de 40 a 44 anos nos homens. O declínio da taxa nas mulheres ocorreu a partir da faixa etária de 40 a 44 anos e nos homens a partir de 45 a 49 anos. Nosso resultado é similar ao apresentado por Xiong e colaboradores (2022), no qual o início dos transtornos de ansiedade frequentemente ocorre em crianças e adolescentes, sendo que em seu estudo, os autores supracitados, identificaram para ambos os sexos, a taxa de incidência foi maior na faixa etária de 10 a 14 anos, seguida da faixa de 35 a 44 anos, com taxa de DALY maior entre a faixa etária de 40 a 49 anos (Xiong et al., 2022; IHME, 2025). As mulheres apresentaram taxas maiores que as dos homens, no entanto foi possível observar que os aumentos foram proporcionais em ambos os sexos. Os nossos resultados corroboram os dos estudos de Barros et al (2020), Campos et al (2020), Kan et al (2021), Santomauro et al (2021), Souza et al (2021), Turna et al (2021), Calegaro et al (2022) e Oliveira et al (2023), nos quais crianças, adolescentes e mulheres são os grupos mais vulneráveis aos transtornos de ansiedade e, por isso, demandam implantação de políticas públicas e estratégias para preservação da saúde mental desses grupos. (Barros et al, 2020; Campos et al, 2020; Kan et al, 2021; Santomauro et al, 2021; Souza et al, 2021; Turna et al, 2021; Calegaro et al, 2022; Oliveira et al., 2023). Destaca-se que as diferenças observadas entre homens e mulheres foram identificadas em outros estudos e as possíveis explicações encontradas estão relacionadas às questões hormonais e genéticas específicas das mulheres, a maior sensibilidade das mesmas às experiências estressoras e traumáticas da vida, à sobrecarga física e psicológica imposta aos papéis que a mulher representa na sociedade, bem como, a transtornos psicológicos preexistentes (Kan et al, 2021; Souza et al, 2021; Turna et al, 2021; Xiong et al, 2022).

Para Stein e colaboradores (2017), transtornos de ansiedade apresentam respostas emocionais adaptativas ao longo do tempo, no entanto, Suen e colaboradores (2022) identificaram mudanças na rede de sintomas psicopatológicos, em 2020, e associaram essas mudanças à pandemia de COVID-19 com seus efeitos, bem como a eventos estressantes ocorridos mundialmente neste ano. Em se tratando de Brasil, os autores consideram que a atitude do governo brasileiro de adotar um

posicionamento beligerante e negacionista desempenhou papel como estressor externo gerando aumento na influência de preocupações gerais, principalmente as relacionadas à saúde, fato este observado por Ouverney e Fleury (2023). Neste contexto, segundo Suen e colaboradores (2022), houve aumento da conexão entre sintomas de ansiedade e fobia, sugerindo, que o medo e a preocupação foram fatores preponderantes no ambiente de incerteza produzido pela pandemia, sinalizando, assim, risco aumentado de transtornos mentais (Stein et al, 2017; Suen et al, 2022; Ouverney; Fleury, 2023). Teixeira e Santos (2023) e Ouverney e Fleury (2023) evidenciam que a pandemia não apresentou desfecho pior devido à ação dos governos estaduais e municipais, que assumiram o protagonismo de adotar medidas de enfrentamento durante a pandemia, orientadas pela comunidade científica, com respaldo de instituições governamentais, como a do Supremo Tribunal Federal (Ouverney; Fleury, 2023; Teixeira; Santos, 2023).

O Ministério da Saúde (2025) ressalta que pacientes com transtornos de ansiedade apresentam altas taxas de absenteísmo, baixa produtividade no trabalho, altas taxas de ideação suicida, uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, utilizam mais os serviços de saúde ocasionando importantes custos econômicos e sociais diretos e indiretos (Brasil, 2025). Para Mangolin e colaboradores (2019), os transtornos de ansiedade causam importante incapacitação e geram alto custo social decorrentes do tratamento e dias perdidos de trabalho (Mangolini; Andrade; Wang, 2019). É importante considerar que o DALY por transtornos de ansiedade, bem como dos transtornos mentais em geral estão relacionados à incapacidade e não à mortalidade. Yang e colaboradores (2021) e Delpino e colaboradores (2021) evidenciaram em seus estudos que a persistência dos sintomas da COVID-19 aumenta os impactos da pandemia na saúde mental da população (Yang et al, 2021; Delpino et al, 2022). Com isso, a alta incapacidade gerada pelos transtornos de ansiedade associada às limitações impostas pela pandemia de COVID-19 são fatores que podem estar associados ao aumento da carga percebida durante a pandemia no Brasil, tendo em vista que os transtornos de ansiedade possuem prognóstico de um tratamento crônico e sofrem influência de sintomas residuais (Mangolini; Andrade; Wang, 2019; Campos et al, 2020; Yang et al, 2021, Delpino et al, 2022; Brasil, 2025).

Para a OPAS em 2018, na Região das Américas, os transtornos de ansiedade, na maioria de seus países, foram o segundo transtorno mental mais incapacitante com elevadas proporções na América do Sul (OPAS, 2018). O aumento na prevalência

para a região da América Latina e Caribe, no ano de 2020, foi de 22,8%. Em 2021, aparecem entre as dez principais causas de incapacidade na América do Sul e México. A classificação de YLD para os transtornos de ansiedade demonstraram, neste estudo, que, na Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai e Peru, tais transtornos são os mais incapacitantes dentre todas as causas (IHME, 2025). Ressalta-se que no Brasil, em 2021, a taxa DALY foi aproximadamente duas vezes maior que a do México e semelhante à dos outros países da América do Sul, considerando a sobreposição dos intervalos de incerteza. Segundo Oliveira e colaboradores (2023), Brasil e México foram os epicentros da pandemia na América Latina e segundo os autores, por falta de liderança nacional na tomada de decisões referentes às políticas públicas perante a pandemia, as populações brasileira e mexicana apresentaram alto risco de desenvolverem ansiedade. Os autores supracitados enfatizam que surtos de doenças infecciosas se relacionam a sofrimento psicológico e, para Yang e colaboradores (2021), analisar potenciais fatores de risco para ansiedade, podem contribuir para orientar países e regiões na formulação de políticas específicas para prevenção dos transtornos de ansiedade (Yang et al, 2021; Oliveira et al, 2023; IHME, 2025).

Os resultados deste estudo indicam que os transtornos de ansiedade representam um desafio para o sistema de saúde brasileiro e do mundo em geral. O impacto da COVID-19 tornou-se global, afetando vários aspectos da vida das pessoas. Portanto, o aumento crescente dos transtornos de ansiedade demanda dos países respostas eficazes na promoção da saúde mental, bem como elaboração de estratégias para atuar nos impactos da pandemia de COVID-19 na prevalência e carga dos transtornos de ansiedade (Santomauro et al, 2021).

O estudo GBD apresenta algumas limitações referente a coleta de dados sobre os transtornos de ansiedade. Dentre elas, podemos destacar a utilização de estudos epidemiológicos que não representam todas as regiões que possuem estimativas subnacionais como o Brasil, no caso brasileiro foram identificados três estudos com abrangência nacional. Vale ressaltar que os estudos utilizados para as estimativas no estudo GBD 2021 para os transtornos de ansiedade para o Brasil representam algumas cidades dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal. Tal fato foi observado por Bonadiman e colaboradores (2020), em seu estudo sobre transtornos depressivos no Brasil, quando identificou a escassez de estudos para as outras regiões brasileiras. Isso torna a comparabilidade desses dados uma tarefa complexa, visto que as estimativas do estudo GBD utilizam

além de dados brutos dos estudos disponíveis, a realização de ajustes com base em modelos matemáticos e outras ferramentas necessárias para o alcance das mesmas, em substituição a localidades com informações escassas (Bonadiman et al, 2020; Yang et al, 2021). Outra limitação identificada está relacionada aos estudos epidemiológicos utilizados como referência para as estimativas de transtornos de ansiedade no Brasil, os quais não possuem, em sua lista, estudos brasileiros sobre a prevalência de transtornos de ansiedade após o início da pandemia de COVID-19. Destaca-se também, a complexidade na definição dos transtornos de ansiedade, uma vez que os sintomas utilizados para definir os transtornos de ansiedade podem estar refletindo reação natural a uma ameaça percebida e não propriamente um transtorno de ansiedade.

Por fim, as estimativas de DALY e YLD, no estudo GBD, identificam a perda de saúde do indivíduo, mas não são identificados fatores associados que contribuem para que os transtornos de ansiedade sejam tão prevalentes no Brasil e no mundo. No estudo GBD para transtornos de ansiedade, os fatores associados são o *bullying*, a violência por parceiros íntimos e abuso sexual infantil.

Os resultados deste estudo demonstram que deve haver por parte dos agentes públicos esforços para efetivação das políticas públicas voltadas para saúde mental e, especialmente para as pessoas que apresentam transtornos de ansiedade. Investir em ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas e conscientizá-las sobre os transtornos de ansiedade como problemas de saúde são medidas que podem gerar impactos positivos na saúde mental da população brasileira.

Recomenda-se que na atenção primária, os profissionais sejam estimulados a utilizarem dos fluxos assistenciais para o atendimento de pessoas com transtornos de ansiedade, bem como, sugere-se, capacitar todos os profissionais a identificarem precocemente os sinais e sintomas dos transtornos de ansiedade para efetivação da linha de cuidado para pacientes com transtornos de ansiedade.

Outra recomendação é a avaliação dos efeitos a longo prazo da COVID-19 e como eles afetam a vida diária das pessoas com transtornos de ansiedade. Por fim, é importante compreender as características específicas da carga dos transtornos de ansiedade de forma a reduzir os potenciais fatores de risco, melhorar o diagnóstico precoce e implementar estratégias para formular intervenções mais eficazes sobre os transtornos de ansiedade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo confirmam a alta carga de incapacidade gerada pelos transtornos de ansiedade no Brasil. Demonstram que os transtornos de ansiedade são altamente prevalentes, sendo a principal causa de incapacidade no país, estando entre as cinco principais causas no mundo.

A pandemia COVID-19 foi responsável por aumentos dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo. A atuação do governo brasileiro durante a pandemia aumentou o sentimento de insegurança e medo gerado pela COVID-19; por isso, pode ser considerado fator externo adicional que contribuiu para os efeitos desastrosos da pandemia de COVID-19 na saúde da população (Ouverney; Fleury, 2023; Teixeira; Santos, 2023).

Nosso estudo identificou mudanças no DALY e na prevalência dos transtornos de ansiedade nas UF's durante a pandemia de COVID-19. Diante disso, as respostas aos impactos da pandemia representam um desafio para o sistema de saúde brasileiro associado à necessidade da ampliação de serviços de saúde eficientes para atendimento à população.

As mulheres, crianças e os adolescentes foram os grupos mais vulneráveis aos transtornos de ansiedade, mas foi possível identificar aumentos na prevalência dos transtornos entre os homens durante a pandemia no Brasil.

A partir dos dados apresentados neste estudo, foi possível identificar aumentos nos transtornos de ansiedade não só no Brasil, em decorrência da pandemia, mas também em nível global, em países da América do Sul e México. Portanto, compreendemos que a utilização dos resultados do estudo GBD podem contribuir para efetivação dos cuidados às pessoas com transtornos de ansiedade e melhor direcionamento das políticas públicas.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P.D.C.(coord.). Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016). Rio de Janeiro: CAPES, 2020. Relatório de pesquisa do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 204p.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Anxiety disorders. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders>. Acesso em 27 dez 2024.
5. BARROS, M. B. A.; et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2020, vol.29, n.4, e2020427. Epub 20-Ago-2020. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>.
6. BAXTER, A. J., PATTON, G., SCOTT, K. M. et al. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One* 2013; 8: e65514.
7. BAXTER, A.J.; SCOTT, K.M.; FERRARI, A.J.; et al. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):506-16. doi: 10.1002/da.22230. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24448889.
8. BONADIMAN, C.S.C.; et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 20 (Suppl 01):191–204. Maio 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>.
9. BONADIMAN, C.S.C.; et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020 Sep 30;18(Suppl 1):6. doi: 10.1186/s12963-020-00204-5. PMID: 32993670; PMCID: PMC7526360.
10. BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. (2021). Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades Em Saúde Mental*, 10(1), 14–32. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343>.
11. BRASIL. Assuntos e conteúdos / COVID-19. Disponível em: Resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental são divulgados <https://www.gov.br/casacivil/ptbr/assuntos/noticias/2020/setembro/resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saudementalsaodivulgados#:~:text=Ap%C3%B3s%20a%20primeira%20etapa%2C%20foi,em%20sua%20forma%20mais%20grave>. Atualizado em 17/11/2022. Acesso em 28 jul 2024.
12. BRASIL. Assuntos e conteúdos / saúde mental. Brasileiros buscaram suporte profissional durante a pandemia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2020/dezembro/brasileiros-buscaram-suporte-profissional-durante-a-pandemia>. Acesso em 28 jul 2024.
13. BRASIL. Assuntos e conteúdos / saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial do SUS oferece atendimento às pessoas que vivem com algum tipo de transtorno mental. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/rede-de-atencao-psicossocial-do-sus-oferece-atendimento-as-pessoas-que-vivem-com-algum-tipo-de-transtorno>

25. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Linhas de Cuidado. Sou Gestor - Transtornos de Ansiedade no Adulto. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/sou-gestor>. Acesso em: 27 dez 2024.
26. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Linhas de Cuidado. Transtornos de Ansiedade no Adulto. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/>. Acesso em: 27 dez 2024.
27. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Linhas de Cuidado. Transtornos de Ansiedade no Adulto. Manejo inicial/Conduta - Situações agudas. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/unidade-de-atencao-primaria/manejo-inicial-conduta/#pills-avaliacao-inicial>. Acesso em: 27 dez 2024.
28. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Linhas de Cuidado. Transtornos de Ansiedade no Adulto. Planejamento terapêutico. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#pills-aspectos-gerais>. Acesso em: 27 dez 2024.
29. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 27 dez 2024.
30. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 52 p: il. Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf.
32. BRASIL. Ministério da Saúde - COVID-19 no Brasil. Painel de monitoramento de Casos e óbitos. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 03 set 2025.
33. BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 dez. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm.
34. CALEGARO V.C.; et al. Closed doors: Predictors of stress, anxiety, depression, and PTSD during the onset of COVID-19 pandemic in Brazil. *J Affect Disord.* 2022 Aug 1;310:441-451. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.052. Epub 2022 May 13. PMID: 35569607; PMCID: PMC9107931.
35. CAMPOS, J.; et al. Early psychological impact of the COVID-19 pandemic in Brazil: A national survey. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 2976. doi: 10.3390/jcm9092976. PMID: 32942647; PMCID: PMC7565796.
36. CRASKE M.G.; STEIN M.B. Anxiety. *Lancet.* 2016 Dec 17;388(10063):3048-3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. Epub 2016 Jul 24. PMID: 27349358.
37. DE SÁ ALVES, J. V.; et al. Prevalence and factors associated with anxiety among university students of health sciences in Brazil: findings and implications. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 2, p. 99–107, jun. 2021.

38. DE SOUZA, I.U.C.; LIMA, K.P.R. As estratégias dos gestores municipais no combate à pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura. *In: OUVERNEY, A.M.; FLEURY, S. (Organizadores). Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19. Brasília, DF: Conass; Rio de Janeiro: Cebes, novembro de 2023. 289-318p.*
39. DELPINO, F. M.; et al. Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *Journal of Affective Disorders*, Volume 318, 2022, Pages 272-282, ISSN 0165-0327, doi: 10.1016/j.jad.2022.09.003. Epub 2022 Sep 10. PMID: 36096370; PMCID: PMC9462928.
40. FERRARI, A.; et al. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 17 April 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
41. FETER, N.; et al, Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: Findings from the PAMPA cohort. *Public Health 2021*, 190, 101–107. doi: 10.1016/j.puhe.2020.11.013. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33387848; PMCID: PMC7773543.
42. FREITAS, C.M; et al. Observatório COVID-19 FIOCRUZ - Uma análise da evolução da pandemia de fevereiro de 2020 a abril de 2022. *Cien Saude Colet [periódico na internet] (2023/jul)*. [Citado em 03/09/2025]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/observatorio-covid19-fiocruz-uma-analise-da-evolucao-da-pandemia-de-fevereiro-de-2020-a-abril-de-2022/18799?id=18799>.
43. GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 10 January 2022. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
44. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators (Hay et al., 2024). Appendix 1: methods appendix to Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 17 April 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
45. GBD BRASIL. O Estudo GBD. Disponível em: <https://gbdbr.com.br/o-estudo-gbd/>. Acesso em 28 jul 2024.
46. GOULARTE, J.F.; et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J. Psychiatr. Res.* 2021, 132, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>.
47. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). *Rethinking Development and Health: Findings from the Global Burden of Disease Study*. Seattle, WA: IHME, 2016.
48. INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME). *Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde*. Seattle, WA: IHME, 2013.

49. INSTITUTO DE MÉTRICAS E AVALIAÇÃO DA SAÚDE (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME). Carga Global de Doença 2021: Descobertas do Estudo GBD 2021. Seattle, WA: IHME, 2024.
50. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Mental health. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health>. Acesso em 26 jul 2024.
51. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). GBD concepts and terms defined. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd>. Acesso em 12 mai 2025.
52. INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). GBD Compare. [Internet]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em 02 jun 2025.
53. KAN, F. P.; et al. A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2021 Oct 1;293:391-398. doi: 10.1016/j.jad.2021.06.073. Epub 2021 Jul 2. Erratum in: *J Affect Disord.* 2022 Sep 1;312:337. doi: 10.1016/j.jad.2022.06.012. PMID: 34246947; PMCID: PMC8712560.
54. MANGOLINI, V. I.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista de Medicina, São Paulo, Brasil*, v. 98, n. 6, p. 415–422, 2019. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/144226>. Acesso em: 25 jul. 2024.
55. MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANÇA, E.B. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Editorial • Rev. bras. epidemiol.* 20 (Suppl 01) Maio 2017 • <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050001>
56. MARINHO, F.; PASSOS, V.M.A.; FRANÇA, E.B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 25, p. 713-724, 2016.
57. MURRAY C.J.L.; In: LOPEZ, A.D., (editor). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. USA: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank; 1996.
58. OBSERVATÓRIO COVID-19 FIOCRUZ. Boletim Covid - Balanço de 2 Anos Da Pandemia. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acessado 2025 set 03]. Disponível em: <https://fiocruz.br/documento/2022/02/boletim-covid-balanco-de-2-anos-da-pandemia>.
59. OLIVEIRA, G.; et al. Prevalence and factors associated with self-reported anxiety in adults during the COVID-19 pandemic in Argentina, Brazil, Peru, Mexico, and Spain: A cross-sectional Ibero-American study. *PLoS ONE*, 2023, 18(3):e0280528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280528>.
60. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
61. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas*, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>. Acesso em 20 de Mar 2025.

62. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa jun de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em 27 jul 2024.
63. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 25 jul 2024.
64. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde mental dos adolescentes. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>. Acesso em 27 jul 2024.
65. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde mental. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>. Acesso em 25 jul 2024.
66. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Transtornos mentais. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em 27 dez 2024.
67. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>. Acesso em 03 set 2025.
68. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A New Agenda for Mental Health in the Americas: Report of the Pan American Health Organization High-Level Commission on Mental Health and COVID-19 ISBN: 978-92-75-12722-3 (PDF) ISBN: 978-92-75-12723-0 (Print version) © Pan American Health Organization, 2023.
69. OOVERNEY, A.M.; FLEURY, S. (Organizadores). Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19. Brasília, DF: Conass; Rio de Janeiro: Cebes, novembro de 2023. 521p.
70. SANTABÁRBARA, J.; et al. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 109, 2021, 110207, ISSN 0278-5846, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620305236>).
71. SANTOMAURO, D. F.; et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, Volume 398, Issue 10312, 1700 - 1712. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext). Acesso em 26 de Jul 2024.
72. SERAFIM, A.P.; et al. Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS ONE* 2021, 16, e0245868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245868>.
73. SOUZA, A.S.R.; et al. Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:5. <https://doi.org/10.11606/s15188787.2021055003152>.
74. SOUZA, M.F.M.; FRANÇA, E. B.; CAVALCANTE, A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* v. 20, supl. 1, p. 1-3, 2017.
75. SUEN, P. J. C.; et al. Examining the impact of the COVID-19 pandemic through the lens of the network approach to psychopathology: Analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Health (ELSA-Brasil) cohort over a 12-year timespan,

Journal of Anxiety Disorders, Volume 85, 2022, 102512, ISSN 0887-6185, doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102512. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34911001; PMCID: PMC8653404.

76. STEIN, D. J.; et al. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127–136.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>.

77. STEVENS, G. A.; ALKEMA, L.; BLACK, R. E.; et al. Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: the GATHER statement. *Lancet* 2016;388:e19-23. doi:10.1016/S0140-6736(16)30388-9.

78. TEIXEIRA, C.F.; SANTOS, J.S. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021 • *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5):1277-1286, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>.

79. TURNA, J.; et al. Anxiety, depression and stress during the COVID-19 pandemic: Results from a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, Volume 137, 2021, Pages 96-103, ISSN 0022-3956. doi:

10.1016/j.jpsychires.2021.02.059. Epub 2021 Feb 28. PMID: 33667763; PMCID: PMC8548032.

80. WELLS, R. H. C.; et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP. 2011. Acesso em: 25 jul. 2024.

81. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

82. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

83. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental disorders. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais> - 08 June de 2022. Acesso em 25 jul 2024.

84. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).. Mental Health. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2. Acesso em 27 dez 2024.

85. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental Health. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1. Acesso em 27 dez 2024.

86. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental disorders. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> - 08 June de 2022. Acesso em 25 jul 2024.

87. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anxiety disorders. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> - 27 Sep 2023. Acesso em 26 jul 2024.

88. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19). Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em 26 jul 2024.

89. XIONG, P.; et al. Trends in the incidence and DALYs of anxiety disorders at the global, regional, and national levels: Estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Affective Disorders*, 2022. 297. 83-93.

10.1016/j.jad.2021.10.022. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34678404.

90. YANG, X.; et al. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2021, 30, e36, 1–11. doi:

10.1017/S2045796021000275. PMID: 33955350; PMCID: PMC8157816.

ANEXOS

ANEXO A - Artigo

A carga dos transtornos de ansiedade no Brasil nos anos pré-pandêmico (2018-2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020-2021).

The burden of anxiety disorders in Brazil in the pre-pandemic years (2018-2019) and in the years of the COVID-19 pandemic (2020-2021).

La carga de los trastornos de ansiedad en Brasil en los años prepandemia (2018-2019) y en los años de la pandemia de COVID-19 (2020-2021).

Autores: Paulo Nogueira Guilherme de Oliveira¹, Ana Paula Souto Melo², Elisabeth Barboza França³.

Conflito de interesses: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses.

Fonte de financiamento: O presente estudo não contou com financiamento. O estudo GBD é financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0009-0004-6225-9701

² Universidade Federal de São João Del Rei. Faculdade de Medicina. Divinópolis, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-9955-0824

³ Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6984-0233.

Autor para correspondência: Paulo Nogueira Guilherme de Oliveira.

Rua Hildebrando de Oliveira, nº 556 apto 202, Copacabana, Belo Horizonte, Minas Gerais, 31540-610. Brasil. E-mail: pngoliveria@yahoo.com.br.

Colaboradores: P. N. G. Oliveira contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. A. P. S. Melo contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. E. B. França contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final.

RESUMO

Objetivo: Descrever e analisar as estimativas da carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e em suas unidades federativas nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021). **Métodos:** Estudo descritivo da prevalência e carga dos transtornos de ansiedade com dados do estudo GBD 2021 utilizando a métrica Anos de Vida Saudáveis Perdidos (DALY). **Resultados:** O período da pandemia da COVID-19 (2020 - 2021) representou um período de aumentos tanto na prevalência em valores absolutos, quanto na taxa de prevalência padronizada por idade e da taxa DALY padronizada por idade. Em 2021, o Brasil apresentou 21.248.815 (II95%: 18.160.824 - 24.695.181) casos prevalentes dos transtornos de ansiedade, comparado a 2018 quando o número de casos foi de 16.883.600 (II95%: 14.552.196 - 19.427.966) casos, houve aumento na prevalência do número de casos de 25,8%. A prevalência padronizada por idade apresentou entre 2018 e 2021 aumento de 22,9%, e o aumento na taxa DALY padronizada por idade entre 2018 e 2021 foi de 22,7%. No primeiro ano da pandemia (2020), todas as unidades subnacionais apresentaram aumentos. Em relação à idade e sexo, as mulheres apresentaram taxas maiores que as dos homens, no entanto foi possível observar que os aumentos foram proporcionais em ambos os sexos. **Considerações finais:** A pandemia de COVID-19 foi responsável por aumentos dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo. Portanto, compreendemos que a utilização dos resultados do estudo GBD podem contribuir para efetivação dos cuidados às pessoas com transtornos de ansiedade e melhor direcionamento das políticas públicas.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade; COVID-19; DALY; Prevalência; Brasil.

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais (TM) são caracterizados por alterações significativas na cognição, pensamento, percepção, emoção e comportamento de um indivíduo^{1,2}. Os casos mais comuns de TM são a depressão e os transtornos de ansiedade que são associados, principalmente, à redução de produtividade e custam à economia mundial um trilhão de dólares por ano^{3,4}.

Transtornos de ansiedade apresentam início precoce, alta prevalência e importante contribuição para aumento da morbidade na população mundial^{5,6}. Em 2017, 9,3% da população brasileira apresentava ansiedade⁷. Os transtornos de ansiedade, em 2019, afetaram 301 milhões de pessoas no mundo, sendo que 58 milhões eram crianças e adolescentes³. A pandemia de COVID-19, por ter gerado problemas de desemprego, insegurança financeira, luto e perdas, contribuiu para o aumento de fatores de risco para problemas de saúde mental^{1,2,8}.

O estudo Carga Global de Doenças [*Global Burden of Diseases Study* (GBD)] mede o estado de saúde de uma população ao considerar tanto a incapacidade quanto a mortalidade associada à determinada doença⁹. Para quantificar a carga de doenças utiliza-se o indicador “anos de vida saudáveis perdidos” (DALYs - “*Disability-Adjusted Life Years*”), calculado através da soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLL) e dos anos vividos com incapacidade (YLD)^{9,10}.

No estudo GBD 2021, a COVID-19 foi responsável por perda adicional de saúde e mudanças na carga de doenças e lesões em comparação com anos anteriores¹⁰.

O objetivo do presente estudo é descrever e analisar as estimativas do estudo GBD da carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e em suas unidades federativas nos anos pré-pandêmicos (2018 - 2019) e nos anos da pandemia de COVID-19 (2020 - 2021).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo sobre a prevalência e a carga dos transtornos de ansiedade no Brasil. O presente estudo utiliza, como fonte de dados, as estimativas do estudo GBD 2021 para o

Brasil e suas unidades federativas (UF's) disponíveis na página da web do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME - <http://www.healthdata.org>).

No GBD 2021, os transtornos de ansiedade foram definidos de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, versão 4 (DSM-IV-TR) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID -10) da Organização Mundial de Saúde^{11,12}. Os transtornos de ansiedade, incluídos de acordo com os códigos CID-10, foram: Agorafobia - CID F40.0; Fobia social - CID F40.1; Fobia específica - CID F40.2; Transtorno de pânico - CID F41; Transtorno de ansiedade não especificado - CID F41.9; Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) - CID F42; Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) - CID F43.1; Transtornos de ansiedade generalizada (TAG) - CID F41.1; Transtorno de ansiedade de separação - CID F93.0; Transtorno de ansiedade excessiva na infância - CID F93.1.

No intuito de evitar a dupla contagem de indivíduos que atendiam aos critérios definidos na DSM-IV-TR, os transtornos de ansiedade foram modelados no GBD 2021 como uma causa única para “qualquer” transtorno de ansiedade. Foram incluídas nas análises, as estimativas epidemiológicas que apresentavam resultados para “qualquer” ou “total” transtornos de ansiedade e que relatassem pelo menos três transtornos de ansiedade foram incluídos nas análises¹³. Detalhes sobre o método para gerar as estimativas podem ser obtidas em outras publicações^{14,15}.

Para quantificar o impacto da COVID-19 na prevalência e na carga dos transtornos de ansiedade para os anos de 2020 e 2021, o GBD 2021 realizou revisão sistemática da literatura. A estratégia de modelagem segue a utilizada no GBD 2019 com a adição do ajuste para COVID-19¹³.

Inicialmente foi realizada análise de modelagem epidemiológica padrão para estimar a prevalência por idade, sexo, localização e ano. Em seguida foi aplicado o ajuste para COVID-19 para as estimativas de prevalência modeladas para 2020 e 2021. Para modelar os dados epidemiológicos (pré-COVID-19) para transtornos de ansiedade, foi utilizado o DisMod-MR 2.1 após realização da análise de modelagem¹³.

Para investigar a mudança na prevalência de transtornos de ansiedade durante a pandemia da COVID-19, primeiro realizou-se análise dos dados de prevalência da revisão sistemática da COVID-19 separada da análise DisMod-MR 2.1. Foi calculada uma diferença logit entre a prevalência pré-pandêmica e a prevalência durante a pandemia para todos os dados de entrada elegíveis. Para estimar o ajuste à prevalência, foi desenvolvido um modelo executado em duas etapas. Primeira, modelo indicador para desenvolver um índice para o impacto da COVID-19. Utilizou-se de metarregressão via MR-BRT para prever a diferença logit na prevalência por meio de dois indicadores: mudanças na mobilidade humana e taxa de mortalidade diária da COVID-19 do IHME. Esses indicadores foram submetidos a coeficientes para calcular um único indicador de impacto da COVID-19 para transtornos de ansiedade. Segunda etapa, modelo final por meio de eliminação regressiva para regressir o indicador de impacto da COVID-19 e as interações entre esse indicador e idade e sexo. A mudança logit prevista do modelo MR-BRT foi então utilizada para ajustar a prevalência de transtorno de ansiedade estimada pelo DisMod-MR 2.1 para idade, sexo e localização em 2020 e 2021¹³.

Para o cálculo do YLD para os transtornos de ansiedade, foram utilizados os componentes: prevalência dos transtornos de ansiedade e peso da incapacidade (*disability weight* – DW) ajustado por nível de gravidade dos transtornos de ansiedade. Nos casos de prevalência dos transtornos de ansiedade pré-COVID-19 e pós-COVID-19, foram aplicados a mesma distribuição de gravidade e pesos de incapacidade. Outras informações sobre a metodologia podem ser vistas em Hay e colaboradores¹³.

Na CID-10¹², transtornos de ansiedade não são considerados causa direta de morte, portanto o DALY é composto exclusivamente pelo YLD. Assim, neste trabalho, optou-se por utilizar o DALY como principal indicador, uma vez que seus valores são iguais aos do YLD. O DALY estima os anos perdidos devido a causas e fatores de riscos específicos e permite comparar populações e condições de saúde ao longo do tempo, enquanto que o YLD reflete os anos vividos com saúde abaixo do ideal, ou seja, avalia a perda da saúde^{12,16}.

Neste artigo, serão exploradas as variações na carga de transtornos de ansiedade por idade, sexo, ano (2018, 2019, 2020 e 2021) e UF's do Brasil, sendo que as taxas de prevalência e

DALY, referem-se a taxas padronizadas por idade por 100.000 habitantes. A prevalência será descrita ainda em números absolutos. O DALY em números absolutos foi utilizado para comparar homens e mulheres por idade. Todas as estimativas apresentam intervalos de incerteza de 95%. Para análise dos dados, o período da pandemia da COVID-19 (2020-2021) será compreendido como primeiro ano da pandemia (2020) e segundo ano da pandemia (2021), tal divisão faz-se necessária para melhor apresentação dos resultados e compreensão do impacto da COVID-19 nos transtornos de ansiedade.

Para facilitar o acesso às estimativas, o GBD disponibiliza a lista de causas e sequelas organizada em níveis hierárquicos. Inicialmente há três agrupamentos maiores que agregam causas e sequelas gerais, posteriormente são subdivididos em níveis de detalhamento mais específicos de forma crescente em níveis 2, 3, 4, 5 e 6. Os níveis 3 e 4 apresentam o nível mais detalhado para causas e os níveis 5 e 6 são os níveis mais detalhados para sequelas. O maior nível de detalhamento para transtornos de ansiedade está no nível 3¹³.

O estudo GBD 2021 segue as Diretrizes para o Relato Transparente e Preciso de Estimativas de Saúde (Declaração GATHER)¹⁷.

De acordo com a Resolução CNS nº 510/2016, o presente estudo dispensa a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que os dados disponibilizados pelo Estudo Carga Global de Doença são informações de acesso público, conforme definido na Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)^{18,19}.

RESULTADOS

O período da pandemia da COVID-19 (2020 - 2021) representou um período de aumentos tanto na prevalência em valores absolutos, quanto na taxa de prevalência padronizada por idade e da taxa DALY padronizada por idade.

Em 2021, o Brasil apresentou 21.248.815 (II95%: 18.160.824 - 24.695.181) casos prevalentes dos transtornos de ansiedade, comparado a 2018 quando o número de casos foi de 16.883.600 (II95%: 14.552.196 - 19.427.966) casos, houve aumento na prevalência do número de casos de 25,8%. Durante a pandemia, o número de casos prevalentes apresentou aumentos de 18,2%, no primeiro ano (2020), e de 5,2%, no segundo ano (2021) (Tabela 1).

A prevalência padronizada por idade apresentou entre 2018 e 2021 aumento de 22,9%, sendo que no primeiro ano da pandemia (2020) o aumento foi de 17,6%, e de 4,4% no segundo ano (2021). Esta métrica, em 2021, foi de 9.007,36/100 mil hab. (II95%: 7.692,54 - 10.470,78).

As mulheres apresentaram valores maiores que os homens tanto em número de casos quanto prevalência padronizada por idade (Tabelas 1 e 2).

O aumento na taxa DALY padronizada por idade entre 2018 e 2021 foi de 22,7%. A taxa DALY no primeiro ano da pandemia (2020) apresentou aumento de 17,6% e, no segundo ano (2021), de 4,3% (Tabela 3). A taxa DALY padronizada por idade dos transtornos de ansiedade no Brasil em 2021 foi de 1.058,67/100 mil hab. (II95%: 732,51 - 1.442,26).

O período pandêmico (2020-2021) apresentou variações bem distintas entre as localidades. No primeiro ano da pandemia (2020), todas as unidades subnacionais apresentaram aumentos. No segundo ano (2021), os estados que apresentaram maiores aumentos foram: Minas Gerais (8,0%), Goiás (8,4%), Rondônia (9,8%) e Paraná (10,1%) (Tabela 3). A taxa DALY padronizada por idade em 2021 apresentou valores entre 980,65/100 mil no Acre e 1.115,00/100 mil no Paraná (Tabela 3).

No período pré-pandêmico (2018-2019), os três indicadores utilizados (prevalência, taxa de prevalência padronizada por idade e taxa DALY padronizada por idade) tenderam à estabilidade no Brasil e nas UF's como esperado para transtornos de ansiedade (Tabelas 1, 2 e 3).

O DALY no período pré-pandêmico (2018-2019) apresentou estabilidade em números absolutos em todas as faixas etárias para ambos os sexos. No período pandêmico (2020-2021), o número de DALY apresentou aumentos em relação ao período pré-pandêmico, a partir da faixa etária de 5 a 9 anos, e passou a ter valores semelhantes, a partir da faixa etária de 70 a 74 anos. Em ambos os sexos, nos dois períodos, a faixa etária entre 35 e 39 anos foi a mais atingida pela elevação do número de DALY, a partir dessa idade o número de DALY apresentou progressiva diminuição. Em

2021, as faixas etárias de 15-19 anos a 45-49 anos apresentaram aumentos em relação a 2020 tanto em homens como em mulheres, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza (figura 1A e 1B).

A taxa de DALY padronizada por idade por 100 mil habitantes no período pré-pandêmico (2018-2019) apresentou estabilidade em todas as faixas etárias para ambos os sexos. No período (2020-2021) a taxa de DALY apresentou aumentos em relação ao período pré-pandêmico a partir da faixa etária de 5 a 9 anos e passou a ter taxas semelhantes a partir da faixa etária de 75 a 79 anos. Nos dois períodos, a faixa etária mais atingida pela elevação da taxa de DALY entre os homens foi a de 40 e 44 anos, entre as mulheres foi a de 35 e 39 anos; a partir dessas faixas etárias, a taxa de DALY apresentou progressiva diminuição. Em 2021, as faixas etárias de 10-14 anos a 55-59 anos apresentaram aumentos em relação a 2020 tanto em homens como em mulheres, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza (figuras 2A e 2B).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a alta carga dos transtornos de ansiedade no Brasil, conforme indicado anteriormente pela Organização Mundial da Saúde. Dentre os transtornos mentais, os transtornos de ansiedade são considerados os mais prevalentes e que geram maior carga de incapacidade. Conforme dados apresentados pelo IHME, a taxa DALY dos transtornos de ansiedade no Brasil, nos períodos apresentados neste estudo, foi aproximadamente duas vezes maior que a global. Em relação à prevalência, tanto em número quanto em taxa, os valores foram aproximadamente 2,2 vezes maiores que a prevalência mundial²⁰.

No período pré-pandêmico, no Brasil e nas UF's não ocorreram aumentos estatisticamente significativos da prevalência e de DALY dos transtornos de ansiedade, no entanto, o estudo desenvolvido por Bonadiman e colaboradores²¹, demonstra que tais transtornos apresentaram no Brasil as maiores taxas de DALY e maiores proporções de prevalência do mundo mesmo antes da pandemia^{20,21}. Santomauro e colaboradores²² enfatizam que os transtornos de ansiedade eram uma das principais causas da carga de doenças, antes mesmo do surgimento da pandemia da COVID-19, e que na maioria dos países, os serviços de saúde mental contam com recursos escassos gerando dificuldade de acesso aos cuidados necessários à população²².

O surgimento da pandemia de COVID-19 trouxe aumentos na carga dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo uma vez que alterou a rotina diária e promoveu mudanças no comportamento das pessoas²³. O aumento da prevalência dos transtornos de ansiedade, durante a pandemia de COVID-19, tem sido associado com diversos fatores contribuintes: distanciamento/isolamento social/físico; quarentena; ser do sexo feminino; ser jovem; notícias relacionadas à pandemia; insônia; abuso emocional ou violência; não residir no país de origem; não praticar atividades físicas e de lazer; estar desempregado; restrições/paralizações impostas pelos governos, crises econômica, política e social do país relacionadas à pandemia de COVID-19; sensação de insegurança; indivíduos com sintomas prévios de transtornos mentais e com temperamento depressivo ou ansioso^{23,24,25,26,27,28,29}.

No estudo GBD 2021, um dos fatores de risco associado aos transtornos de ansiedade é o *bullying*²⁰. Xiong e colaboradores²⁹, identificaram em seu estudo que a vitimização por *bullying* ocorre na população entre 05 e 39 anos e por isso, segundo os autores não representariam toda a população propensa a desenvolver tais transtornos. Os outros fatores trazidos pelo GBD são a violência por parceiros íntimos e abuso sexual infantil, porém os contribuintes apresentados em nosso estudo evidenciam a necessidade de compreender outros potenciais fatores de risco para os transtornos de ansiedade de forma a orientar a formulação de políticas públicas para prevenção e promoção da saúde mental, bem como, contribuir para redução desses fatores de risco^{20,29}.

No período pandêmico, no primeiro ano (2020), os transtornos de ansiedade nas UF's apresentaram aumentos na taxa de DALY. Destaca-se que os aumentos observados nos estados brasileiros foram semelhantes por estarem dentro do intervalo de incerteza, bem como indicam os efeitos diretos da pandemia na saúde mental da população brasileira²⁰.

Em 2021, no segundo ano da pandemia, os transtornos de ansiedade nas UF's apresentaram variações na taxa de DALY com seis UF's (Acre, Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Pará e Sergipe), apresentando variações negativas em relação ao primeiro ano da pandemia, apesar de estarem dentro do intervalo de incerteza²⁰. Souza e Lima³⁰, identificaram em seu estudo que os locais mais vulneráveis na pandemia de COVID-19 no Brasil foram as regiões Nordeste em primeiro lugar, seguida da região Norte. Evidenciaram ainda que determinantes demográficos, sociais e econômicos locais contribuíram para o agravamento da crise gerada pela pandemia e que esta exacerbou as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras. Para os referidos autores, os grupos socioeconomicamente vulneráveis são os que apresentam maiores riscos de apresentarem problemas de saúde mental³⁰. Dentre as UF's que apresentaram quedas na taxa DALY acima mencionadas cinco representam as regiões que segundo os autores supracitados foram as mais vulneráveis durante a pandemia no Brasil. Identificamos em nosso estudo que os estudos utilizados pelo GBD para gerar as estimativas dos transtornos de ansiedade no Brasil em sua maioria foram realizados nos estados das regiões sudeste e sul, mas há três estudos com abrangência nacional (IBGE - PNAD; Torres et al e Assunção et al), o que pode gerar divergência com dados reais, uma vez que a estimativa do GBD para transtornos de ansiedade utiliza de modelos matemáticos para regiões com informações escassas, fato este também observado por Yang e colaboradores³¹, em seu estudo^{30,31}.

Em relação à idade e sexo, em 2021, a taxa de DALY dos transtornos de ansiedade apresentou início na infância com valores ascendentes até a faixa etária de 35 a 39 anos nas mulheres e de 40 a 44 anos nos homens. O declínio da taxa nas mulheres ocorreu a partir da faixa etária de 40 a 44 anos e nos homens a partir de 45 a 49 anos. Nosso resultado é parecido com o apresentado por Xiong e colaboradores²⁹, no qual o início dos transtornos de ansiedade frequentemente ocorre em crianças e adolescentes, sendo que em seu estudo para ambos os sexos, a taxa de incidência foi maior na faixa etária de 10 a 14 anos, seguida da faixa de 35 a 44 anos, com taxa de DALY maior entre a faixa etária de 40 a 49 anos^{20,29}. As mulheres apresentaram taxas maiores que as dos homens, no entanto foi possível observar que os aumentos foram proporcionais em ambos os sexos. Os nossos resultados corroboram os de outros estudos^{22,23,24,27,28,32,33,34}, nos quais crianças, adolescentes e mulheres são os grupos mais vulneráveis aos transtornos de ansiedade e, por isso, demandam implantação de políticas públicas e estratégias para preservação da saúde mental desses grupos^{22,23,24,27,28,32,33,34}. Destaca-se que as diferenças observadas entre homens e mulheres foram identificadas em outros estudos e as possíveis explicações encontradas estão relacionadas às questões hormonais e genéticas específicas das mulheres, a maior sensibilidade das mesmas às experiências estressoras e traumáticas da vida, à sobrecarga física e psicológica imposta aos papéis que a mulher representa na sociedade, bem como, a transtornos psicológicos preexistentes^{23, 27,29,33}.

Para Stein e colaboradores³⁵, transtornos de ansiedade apresentam respostas emocionais adaptativas ao longo do tempo, no entanto, Suen e colaboradores³⁶ identificaram mudanças na rede de sintomas psicopatológicos, em 2020, e associaram essas mudanças à pandemia de COVID-19 com seus efeitos, bem como a eventos estressantes ocorridos mundialmente neste ano. Em se tratando de Brasil, os autores consideram que a atitude do governo brasileiro de adotar um posicionamento beligerante e negacionista desempenhou papel como estressor externo gerando aumento na influência de preocupações gerais, principalmente as relacionadas à saúde, fato este observado por Ouverney e Fleury³⁷. Neste contexto, segundo Suen e colaboradores³⁶, houve aumento da conexão entre sintomas de ansiedade e fobia, sugerindo, que o medo e a preocupação foram fatores preponderantes no ambiente de incerteza produzido pela pandemia, sinalizando, assim, risco aumentado de transtornos mentais^{35,36,37}. Teixeira e Santos³⁸ e Ouverney e Fleury³⁷ evidenciam que a pandemia não apresentou desfecho pior devido à ação dos governos estaduais e municipais, que assumiram o protagonismo de adotar medidas de enfrentamento durante a pandemia, orientadas pela comunidade científica, com respaldo de instituições governamentais, como a do Supremo Tribunal Federal^{37,38}.

O Ministério da Saúde³⁹ ressalta que pacientes com transtornos de ansiedade apresentam altas taxas de absenteísmo, baixa produtividade no trabalho, altas taxas de ideação suicida, uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, utilizam mais os serviços de saúde ocasionando importantes custos econômicos e sociais diretos e indiretos³⁹ (Brasil, 2025). Para Mangolin e colaboradores⁵, os

transtornos de ansiedade causam importante incapacitação e geram alto custo social decorrentes do tratamento e dias perdidos de trabalho⁵. É importante considerar que o DALY por transtornos de ansiedade, bem como dos transtornos mentais em geral estão relacionados à incapacidade e não à mortalidade. Yang e colaboradores³¹ e Delpino e colaboradores⁴⁰ evidenciaram em seus estudos que a persistência dos sintomas da COVID-19 aumenta os impactos da pandemia na saúde mental da população^{31,40}. Com isso, a alta incapacidade gerada pelos transtornos de ansiedade associada às limitações impostas pela pandemia de COVID-19 são fatores que podem estar associados ao aumento da carga percebida durante a pandemia no Brasil, tendo em vista que os transtornos de ansiedade possuem prognóstico de um tratamento crônico e sofrem influência de sintomas residuais^{5,24,31,39,40}.

Os resultados deste estudo indicam que os transtornos de ansiedade representam um desafio para o sistema de saúde brasileiro e do mundo em geral. O impacto da COVID-19 tornou-se global, afetando vários aspectos da vida das pessoas. Portanto, o aumento crescente dos transtornos de ansiedade demanda dos países respostas eficazes na promoção da saúde mental, bem como elaboração de estratégias para atuar nos impactos da pandemia de COVID-19 na prevalência e carga dos transtornos de ansiedade²².

O estudo GBD apresenta algumas limitações referente a coleta de dados sobre os transtornos de ansiedade. Dentre elas, podemos destacar a utilização de estudos epidemiológicos que não representam todas as regiões que possuem estimativas subnacionais como o Brasil, no caso brasileiro foram identificados três estudos com abrangência nacional. Vale ressaltar que os estudos utilizados para as estimativas no estudo GBD 2021 para os transtornos de ansiedade para o Brasil representam algumas cidades dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal. Tal fato foi observado por Bonadiman e colaboradores⁴¹, em seu estudo sobre transtornos depressivos no Brasil, quando identificou escassez de estudos para as outras regiões brasileiras. Isso torna a comparabilidade desses dados uma tarefa complexa, visto que as estimativas do estudo GBD utilizam além de dados brutos dos estudos disponíveis, a realização de ajustes com base em modelos matemáticos e outras ferramentas necessárias para o alcance das mesmas, em substituição a localidades com informações escassas^{31,41}. Outra limitação identificada está relacionada aos estudos epidemiológicos utilizados como referência para as estimativas de transtornos de ansiedade no Brasil, os quais não possuem, em sua lista, estudos brasileiros sobre a prevalência de transtornos de ansiedade após o início da pandemia de COVID-19.

Por fim, as estimativas de DALY e YLD, no estudo GBD, identificam a perda de saúde do indivíduo, mas não são identificados fatores associados que contribuem para que os transtornos de ansiedade sejam tão prevalentes no Brasil e no mundo. No estudo GBD para transtornos de ansiedade, os fatores associados são o *bullying*, a violência por parceiros íntimos e abuso sexual infantil. Os resultados deste estudo demonstram que deve haver por parte dos agentes públicos esforços para efetivação das políticas públicas voltadas para saúde mental e, especialmente para as pessoas que apresentam transtornos de ansiedade. Investir em ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas e conscientizá-las sobre os transtornos de ansiedade como problemas de saúde são medidas que podem gerar impactos positivos na saúde mental da população brasileira.

Recomenda-se que na atenção primária, os profissionais sejam estimulados a utilizarem dos fluxos assistenciais para o atendimento de pessoas com transtornos de ansiedade, bem como, sugere-se, capacitar todos os profissionais a identificarem precocemente os sinais e sintomas dos transtornos de ansiedade para efetivação da linha de cuidado para pacientes com transtornos de ansiedade.

Outra recomendação é a avaliação dos efeitos a longo prazo da COVID-19 e como eles afetam a vida diária das pessoas com transtornos de ansiedade. Por fim, é importante compreender as características específicas da carga dos transtornos de ansiedade de forma a reduzir os potenciais fatores de risco, melhorar o diagnóstico precoce e implementar estratégias para formular intervenções mais eficazes sobre os transtornos de ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo confirmam a alta carga de incapacidade gerada pelos transtornos de ansiedade no Brasil. Demonstram que os transtornos de ansiedade são altamente prevalentes, sendo a principal causa de incapacidade no país, estando entre as cinco principais causas no mundo.

A pandemia COVID-19 foi responsável por aumentos dos transtornos de ansiedade no Brasil e no mundo. A atuação do governo brasileiro durante a pandemia aumentou o sentimento de insegurança e medo gerado pela COVID-19; por isso, pode ser considerado fator externo adicional que contribuiu para os efeitos desastrosos da pandemia de COVID-19 na saúde da população³⁷.

Nosso estudo identificou mudanças no DALY e na prevalência dos transtornos de ansiedade nas UF's durante a pandemia de COVID-19. As mulheres, crianças e os adolescentes foram os grupos mais vulneráveis aos transtornos de ansiedade, mas foi possível identificar aumentos na prevalência dos transtornos entre os homens durante a pandemia no Brasil. Diante disso, as respostas aos impactos da pandemia representam um desafio para o sistema de saúde brasileiro associado à necessidade da ampliação de serviços de saúde eficientes para atendimento à população. Portanto, compreendemos que a utilização dos resultados do estudo GBD podem contribuir para efetivação dos cuidados às pessoas com transtornos de ansiedade e melhor direcionamento das políticas públicas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Transtornos mentais [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em 27 dez 2024.
2. World Health Organization (WHO). Mental disorders. [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais> - 08 June de 2022. Acesso em 25 jul 2024.
3. World Health Organization (WHO). Mental disorders. [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> - 08 June de 2022. Acesso em 25 jul 2024.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A New Agenda for Mental Health in the Americas: Report of the Pan American Health Organization High-Level Commission on Mental Health and COVID-19 ISBN: 978-92-75-12722-3 (PDF) ISBN: 978-92-75-12723-0 (Print version) © Pan American Health Organization, 2023.
5. Mangolini VI, Andrade LH, Wang YP. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista de Medicina, São Paulo, Brasil*, v. 98, n. 6, p. 415–422, 2019. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v98i6p415-422. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/144226>.
6. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016 Dec 17;388(10063):3048-3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. Epub 2016 Jul 24. PMID: 27349358.
7. World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Mental health. [Internet]. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/mental-health>. Acesso em 26 jul 2024.
9. Murray CJL. In: Lopez AD, editor. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. USA: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank; 1996.
10. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators (Ferrari A, et al., 2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 17 April 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

12. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
13. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators (Hay SI, et al., 2024). Appendix 1: methods appendix to Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 17 April 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
14. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e65514. doi: 10.1371/journal.pone.0065514. PMID: 23826081; PMCID: PMC3691161.
15. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):506-16. doi: 10.1002/da.22230. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24448889.
16. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD concepts and terms defined. <https://www.healthdata.org/research-analysis/about-gbd>. Acesso em 12 mai 2025.
17. Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M, et al. Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: the GATHER statement. *Lancet* 2016;388:e19-23. doi:10.1016/S0140-6736(16)30388-9.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasil: Ministério da Saúde, Brasília, DF.
19. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 dez. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm.
20. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. [Internet]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em 02 jun 2025.
21. Bonadiman CSC, de Azeredo Passos VM, Mooney M, Naghavi M, Melo APS.. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 20 (Suppl 01):191–204. Maio 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>.
22. COVID-19 Mental Disorders Collaborators (Santomauro DF, et al). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, Volume 398, Issue 10312, 1700 - 1712. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext). Acesso em 26 de Jul 2024.
23. Turna J, Zhang J, Lamberti N, Patterson B, Simpson W, Francisco AP, et al. Anxiety, depression and stress during the COVID-19 pandemic: Results from a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, Volume 137, 2021, Pages 96-103, ISSN 0022-3956. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.059. Epub 2021 Feb 28. PMID: 33667763; PMCID: PMC8548032.
24. Campos JADB, Martins BG, Campos LA, Marôco J, Saadiq RA, Ruano R. Early psychological impact of the COVID-19 pandemic in Brazil: A national survey. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 2976. doi: 10.3390/jcm9092976. PMID: 32942647; PMCID: PMC7565796.
25. Feter N, Caputo EL, Doring IR, Leite JS, Cassuriaga J, Reichert FF, et al. Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: Findings from the PAMPA cohort. *Public Health* 2021, 190, 101–107. doi: 10.1016/j.puhe.2020.11.013. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33387848; PMCID: PMC7773543.
26. 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. *J. Psychiatr. Res.* 2021, 132,

- 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.021>. Epub 2020 Sep 30. PMID: 33038563; PMCID: PMC7527181.
27. Pashazadeh Kan F, Raoofi S, Rafiei S, Khani S, Hosseinifard H, Tajik F, et al. A systematic review of the prevalence of anxiety among the general population during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021 Oct 1;293:391-398. doi: 10.1016/j.jad.2021.06.073. Epub 2021 Jul 2. Erratum in: *J Affect Disord*. 2022 Sep 1;312:337. doi: 10.1016/j.jad.2022.06.012. PMID: 34246947; PMCID: PMC8712560.
28. Calegario VC, Ramos-Lima LF, Hoffmann MS, Zoratto G, Kerber N, Costa FCD, et al. Closed doors: Predictors of stress, anxiety, depression, and PTSD during the onset of COVID-19 pandemic in Brazil. *J Affect Disord*. 2022 Aug 1;310:441-451. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.052. Epub 2022 May 13. PMID: 35569607; PMCID: PMC9107931.
29. Xiong P, Liu M, Liu B, Hall BJ, Xiong, P. et al. Trends in the incidence and DALYs of anxiety disorders at the global, regional, and national levels: Estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Affective Disorders*, 2022. 297. 83-93. 10.1016/j.jad.2021.10.022. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34678404.
30. De Souza, IUC.; Lima, KPR. As estratégias dos gestores municipais no combate à pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura. In: Ouverney, A.M.; Fleury, S. (Organizadores). *Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19*. Brasília, DF: Conass; Rio de Janeiro: Cebes, novembro de 2023. 289-318p.
31. Yang X, Fang Y, Chen H, Zhang T, Yin X, Man J, et al. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2021, 30, e36, 1–11. doi: 10.1017/S2045796021000275. PMID: 33955350; PMCID: PMC8157816.
32. Barros MBA, Lima MG, Malta D, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2020, vol.29, n.4, e2020427. Epub 20-Ago-2020. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>.
33. Souza ASR, Souza GFA, Souza GA, Cordeiro ALN, Praciano GAF, Alves ACS, et al. Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:5. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003152>.
34. Oliveira G, Míguez FGG, Enríquez-Martínez OG, Pereira TSS, Lopez KV, Huancahuire-Vega S, et al. Prevalence and factors associated with self-reported anxiety in adults during the COVID-19 pandemic in Argentina, Brazil, Peru, Mexico, and Spain: A cross-sectional Ibero-American study. *PLoS ONE*, 2023, 18(3):e0280528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280528>.
35. Stein DJ, Scott KM, de Jonge P, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127–136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>. PMID: 28867937; PMCID: PMC5573557.
36. Suen PJC, Bacchi PS, Razza L, Dos Santos LA, Fatori D, Klein I, et al. Examining the impact of the COVID-19 pandemic through the lens of the network approach to psychopathology: Analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Health (ELSA-Brasil) cohort over a 12-year timespan. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 85, 2022, 102512, ISSN 0887-6185, doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102512. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34911001; PMCID: PMC8653404.
37. Ouverney AM, Fleury S. (Organizadores). *Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19*. Brasília, DF: Conass; Rio de Janeiro: Cebes, novembro de 2023. 521p.
38. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5):1277-1286, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Linhas de Cuidado. Definição - Transtornos de Ansiedade no Adulto. [Internet]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/definicao/03/11/24>. Acesso em: 21 mar 2025.

40. Delpino FM, da Silva CN, Jerônimo JS, Mulling ES, da Cunha LL, Weymar MK, et al. Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *Journal of Affective Disorders*, Volume 318, 2022, Pages 272-282, ISSN 0165-0327, doi: 10.1016/j.jad.2022.09.003. Epub 2022 Sep 10. PMID: 36096370; PMCID: PMC9462928.
41. Bonadiman CSC, Malta DC, de Azeredo Passos VM, Naghavi M, Melo APS. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr*. 2020 Sep 30;18(Suppl 1):6. doi: 10.1186/s12963-020-00204-5. PMID: 32993670; PMCID: PMC7526360.

Tabela 1: Número de casos prevalentes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

	Número de casos prevalentes				Variação em % do número de casos			
	2018	2019	2020	2021	2018 -	2019 -	2020 -	2018 -
					2019	2020	2021	2021
Ambos os sexos	16.883.600	17.086.041	20.199.264	21.248.815				
	(14.552.196	(14.691.750	(17.241.635	(18.160.823	1,2%	18,2%	5,2%	25,9%
	- 19.427.966)	- 19.701.965)	- 23.506.072)	- 24.695.180)				
Homem	5.589.975	5.658.930	6.682.571	7.028.428				
	(4.814.720	(4.888.067	(5.690.500	(5.992.621	1,2%	18,1%	5,2%	25,7%
	- 6.467.224)	- 6.548.320)	- 7.867.156)	- 8.269.915)				
Mulher	11.293.625	11.427.110	13.516.692	14.220.386				
	(9.653.959	(9.791.711	(11.494.510	(12.116.463	1,2%	18,3%	5,2%	25,9%
	- 13.039.910)	- 13.192.503)	- 15.809.639)	- 16.612.809)				

Tabela 2: Taxa de prevalência padronizada por idade / 100.000 habitantes e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil, por sexo, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

	Prevalência padronizada por idade / 100.000 hab.				Variação em % da prevalência padronizada por idade			
	2018	2019	2020	2021	2018 -	2019 -	2020 -	2018 -
					2019	2020	2021	2021
Ambos os sexos	7.330,35	7.334,66	8.624,30	9.007,36				
	(6.349,14	(6.345,86	(7.371,03	(7.692,54	0,059%	17,58%	4,44%	22,88%
	- 8.397,70)	- 8.413,89)	- 10.031,63)	- 10.470,78)				
Homem	5.017,21	5.020,96	5.886,04	6.143,90				
	(4.338,76	(4.343,05	(5.013,61	(5.228,21	0,075%	17,23%	4,38%	22,46%
	- 5.794,10)	- 5.794,64)	- 6.913,92)	- 7.219,06)				
Mulher	9.525,72	9.531,89	11.234,73	11.740,00				
	(8.161,21	(8.151,76	(9.580,23	(10.005,43	0,065%	17,86%	4,5%	23,25%
	- 11.040,78)	- 11.037,29)	- 13.086,38)	- 13.659,18)				

Tabela 3: DALY padronizado por idade / 100.000 habitantes em 2021 e variações percentuais dos transtornos de ansiedade no Brasil e UF's, ambos os sexos, em 2018, 2019, 2020 e 2021.

Localidade	DALY padronizado por idade / 100.000 hab. 2021	Variação em % de DALY padronizado por idade			
		2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2018-2021
Global	524,33 (363,06 - 716,25)	0,15%	14,68%	3,86%	19,28%
Brasil	1.058,67 (732,51 - 1.442,26)	0,035%	17,57%	4,33%	22,71%
Região Norte	1.023,74 (689,18 - 1.435,78)	0,081%	16,86%	1,09%	18,24%
Acre	980,65 (652,05 - 1.420,34)	0,033%	15,27%	- 1,65%	13,41%
Amapá	993,10 (648,61 - 1.443,40)	0,14%	21,05%	- 5,54%	14,51%
Amazonas	1.055,62 (664,35 - 1.558,39)	0,11%	20,02%	1,18%	21,58%
Pará	994,41 (632,44 - 1.497,63)	0,056%	15,15%	- 0,46%	14,69%
Rondônia	1.107,08 (704,19 - 1.630,43)	0,13%	16,91%	9,83%	28,56%
Roraima	1.037,16 (668,28 - 1.513,62)	0,11%	20,31%	0,4%	20,92%
Tocantins	1.052,30 (675,59 - 1.504,09)	0,088%	15,7%	5,41%	22,07%
Região Nordeste	1.049,42 (746,18 - 1.443,52)	0,072%	18,06%	1,6%	20,03%
Alagoas	1.009,47 (650,43 - 1.451,14)	0,098%	15,91%	- 0,83%	15,06%

Bahia	1.049,28 (670,61 - 1.500,24)	0,052%	16,46%	3,2%	20,25%
Ceará	1.087,51 (714,75 - 1.566,80)	0,065%	21,44%	2,36%	24,39%
Maranhão	1.034,36 (671,85 - 1.505,38)	0,12%	18,54%	0,095%	18,79%
Paraíba	1.014,84 (638,97 - 1.492,80)	0,067%	16,34%	0,24%	16,14%
Pernambuco	1.061,75 (679,29 - 1.568,66)	0,088%	19,14%	1,45%	20,98%
Piauí	1.030,43 (668,56 - 1.502,80)	0,04%	17%	0,57%	17,71%
Rio Grande do Norte	1.049,73 (670,05 - 1.528,28)	0,031%	16,53%	3,24%	20,34%
Sergipe	1.041,81 (673,29 - 1.487,54)	0,11%	18,8%	- 0,25%	18,63%
Região Centro-Oeste	1.075,23 (733,32 - 1.453,93)	0,067%	16,11%	6,72%	24%
Distrito Federal	1.068,33 (684,02 - 1.537,88)	- 0,023%	18,6%	2,63%	21,69%
Goiás	1.089,71 (717,77 - 1.566,42)	0,035%	16,04%	8,35%	25,77%
Mato Grosso	1.069,29 (674,18 - 1.539,50)	0,14%	15,91%	7,11%	24,33%
Mato Grosso do Sul	1.054,99 (670,55 - 1.507,49)	0,14%	13,8%	6,89%	21,81%
Região Sudeste	1.056,37 (703,54 - 1.460,85)	-0,014%	17,94%	5,29%	24,15%

Espírito Santo	1.044,60 (668,56 - 1.527,77)	0,074%	21,9%	- 1,1%	19,94%
Minas Gerais	1.061,75 (669,77 - 1.531,73)	0,03%	13,09%	8,05%	22,23%
Rio de Janeiro	1.100,37 (686,14 - 1.583,21)	0,072%	21%	3,75%	25,63%
São Paulo	1.037,92 (688,87 - 1.480,58)	- 0,078%	18,8%	5,22%	24,9%
Região Sul	1.101,13 (727,09 - 1.525,74)	0,03%	16,69%	8,41%	26,54%
Paraná	1.115,00 (705,13 - 1.638,04)	0,085%	16,11%	10,11%	27,95%
Rio Grande do Sul	1.087,79 (674,82 - 1.564,34)	- 0,0068%	16,83%	7,09%	25,1%
Santa Catarina	1.099,61 (705,70 - 1.633,14)	0,0063%	17,42%	7,73%	26,5%

DALY: Anos de vida saudáveis perdidos.

Figura 1.A e 1.B: Número de DALY por idade dos transtornos de ansiedade no Brasil, homens e mulheres, 2018, 2019, 2020 e 2021

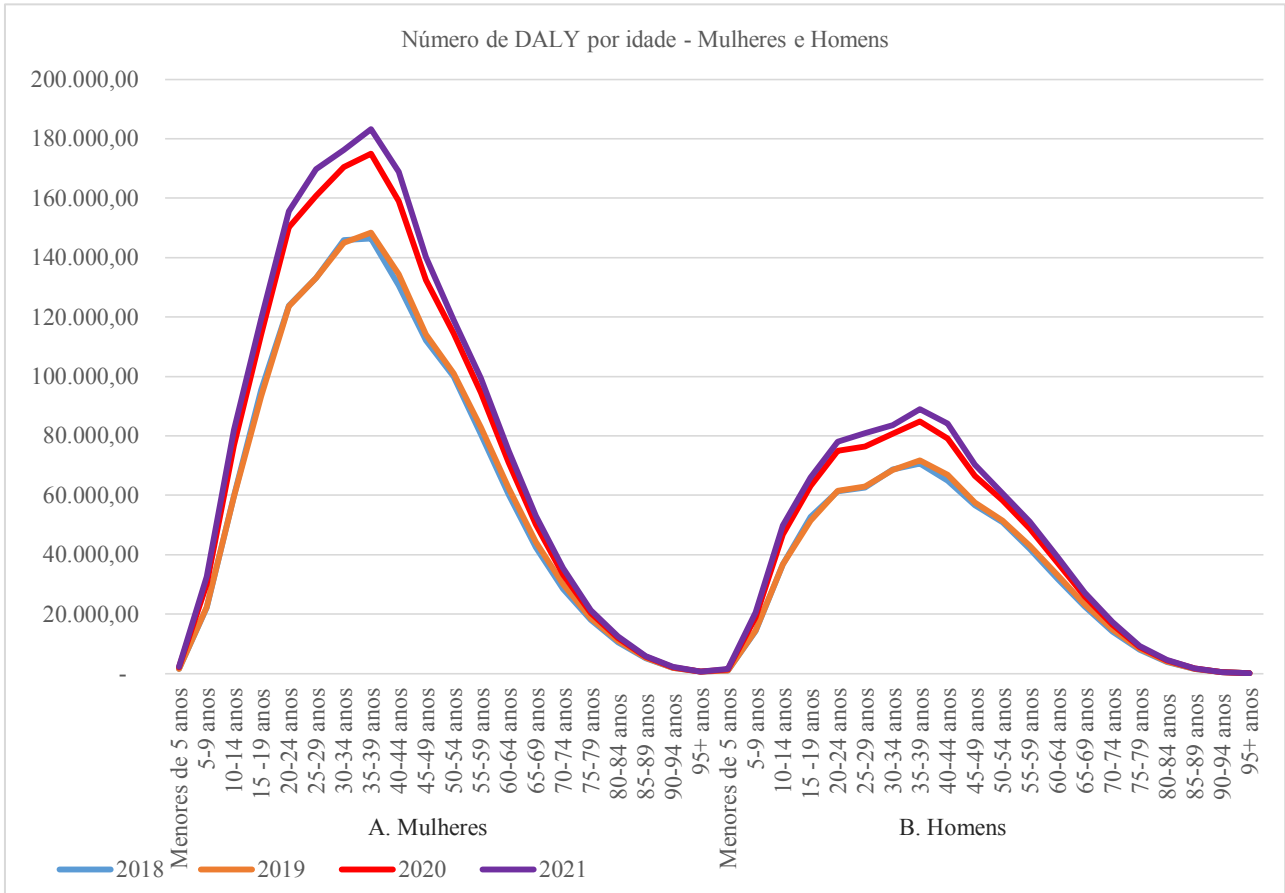
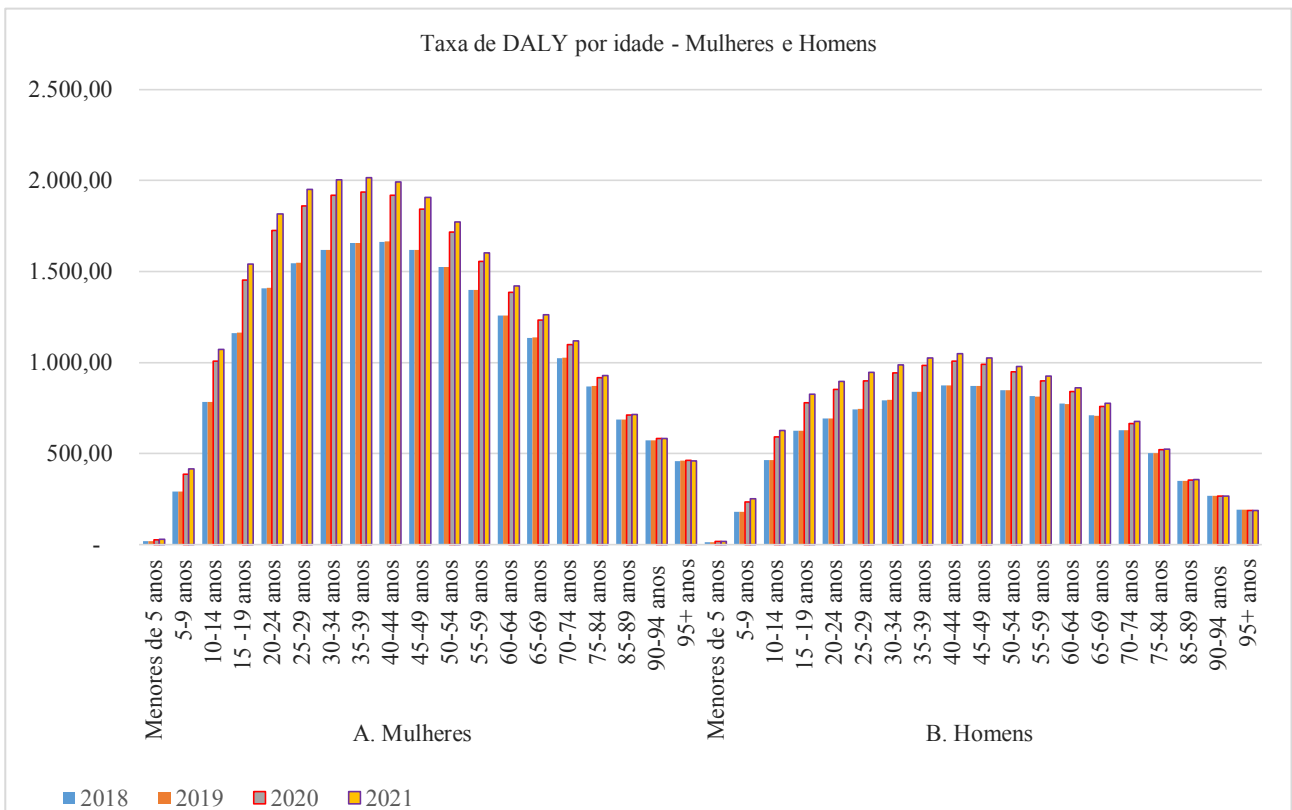


Figura 2.A e 2.B: Taxa de DALY por idade / 100.000 habitantes dos transtornos de ansiedade no Brasil, mulheres e homens, 2018, 2019, 2020 e 2021.



ANEXO B - Relação de referências bibliográficas utilizadas no estudo GBD Brasil 2021 relativas aos transtornos de ansiedade

1. ALMEIDA-FILHO, N.; et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*. 1997;171(6):524-529. doi:10.1192/bjp.171.6.524
2. ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316–25. doi: 10.1007/s00127-002-0551-x. PMID: 12111023.
3. ANDRADE, L.H.; et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2):e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>.
4. ANSELMI, L.; et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2008 Dec;42 Suppl 2(Suppl 2):26-33. doi: 10.1590/s0034-89102008000900005. PMID: 19142342; PMCID: PMC2667238.
5. ANSELMI, L.; et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(1):135–42. doi: 10.1007/s00127-009-0052-2. Epub 2009 Apr 18. PMID: 19381426.
6. ASSUNÇÃO, M.C.; et al. Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *J Affect Disord*. 2012 Dec 20;143(1-3):138-47. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.044. Epub 2012 Aug 1. PMID: 22858214.
7. BLAY, S.L.; et al. 12-month prevalence and concomitants of DSM-IV depression and anxiety disorders in two violence-prone cities in Brazil. *J Affect Disord*. 2018 May;232:204-211. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.023. Epub 2018 Feb 17. PMID: 29499502; PMCID: PMC6039111.
8. BRAZILIAN INSTITUTE OF GEOGRAPHY AND STATISTICS (IBGE), Ministry of Health (Brazil). Ministry of Planning, Budget, and Management (Brazil). Brazil National Health Survey. Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE); 2013.
9. DA COSTA, C. O.; et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos [Prevalence of anxiety and associated factors in adults]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2019; 68(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.
10. FERNANDES, G.; TERRA, M.B. Fobia social - estudo da prevalência em duas escolas em porto alegre [Social phobia - A study of the prevalence in two schools in Porto Alegre]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008; 57. 122-126. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000200007>.
11. FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; Jun;43(6):727-34. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca. PMID: 15167089.
12. GONÇALVES, D.A.; et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica*. 2014 Mar;30(3):623-32. doi: 10.1590/0102-311x00158412. PMID: 24714951.
13. JAEN-VARAS, D.; et al. A cross-sectional study to compare levels of psychiatric morbidity between young people and adults exposed to violence in a large urban center. *BMC Psychiatry* 16, 134 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0847-0>.

14. KESSLER, R.C.; et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015 Jun;24(3):210-26. doi: 10.1017/S2045796015000189. Epub 2015 Feb 27. PMID: 25720357; PMCID: PMC5129607.
15. LA MAISON, C.; MUNHOZ, T.N.; SANTOS, I.S.; et al. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 685–697 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z>.
16. LIMA, E. P.; ASSUNÇÃO, A.A.; BARRETO, S. M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados [Posttraumatic stress disorder (PTSD) among firefighters from Belo Horizonte city, Brazil: Prevalence and occupational associated factors]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2015, 31(2), 279–288. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015022234279288>.
17. MATTE B.; et al. ADHD in DSM-5: A field trial in a large, representative sample of 18- to 19- year-old adults. *Psychol Med.* 2015; 45(2): 361–73. doi: 10.1017/S0033291714001470. Epub 2014 Jun 23. PMID: 25066615; PMCID: PMC4301194.
18. MOLINA, M. R. A.; L. et al. Prevalence of comorbidities between mood and anxiety disorders: associated factors in a population sample of young adults in southern brazil. *Cadernos De Saúde Pública*, 2014, 30(11), 2413-2422. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012614>.
19. MONDIN, T. C.; et al. Anxiety disorders in young people: A population-based study. *Revista brasileira de psiquiatria.* 2013, 35. 347-352. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1155>.
20. MOREIRA, F.P.; et al. Metabolic syndrome and psychiatric disorders: a population-based study. *Braz J Psychiatry.* 2019 Jan-Feb;41(1):38-43. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2328. Epub 2018, Oct 11. PMID: 30328961; PMCID: PMC6781708.
21. PETRESCO, S.; et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014; Jun;49(6):975-83. doi: 10.1007/s00127-014-0826-z. Epub 2014, Feb 1. PMID: 24488152; PMCID: PMC4028510.
22. RIBEIRO, W.S.; et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One.* 2013 May 8;8(5):e63545. doi: 10.1371/journal.pone.0063545. PMID: 23667636; PMCID: PMC3648507.
23. ROCHA, F.L.; et al. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Braz J Psychiatry.* 2005 Sep;27(3):222-4. doi: 10.1590/s1516-44462005000300011. Epub 2005 Oct 4. PMID: 16224610.
24. SALUM, G.A.; et al. High risk cohort study for psychiatric disorders in childhood: rationale, design, methods and preliminary results. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2015 Mar;24(1):58-73. doi: 10.1002/mpr.1459. Epub 2014 Dec 3. PMID: 25469819; PMCID: PMC6878239.
25. TORRES, A.R.; et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *J Psychiatr Res.* 2012 Jun;46(6):724-32. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.005. Epub 2012 Mar 31. PMID: 22464941.
26. VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. Lifetime Prevalence, age and gender

- distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Braz J Psychiatry*. 2012 Oct;34(3):249-60. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.001. PMID: 23429770.
27. VIANA, M.C.; et al. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Braz J Psychiatry*. 2009 Dec;31(4):375-86. doi: 10.1590/s1516-44462009000400016. PMID: 20098829.
 28. VIVAN, A. S.; et al. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Braz J Psychiatry*. 2014 Apr-Jun;36(2):111-8. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1113. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24165685.
 29. WIENER, C.D.; et al. Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: a population-based study. *Braz J Psychiatry*. 2018 Jan-Mar;40(1):1-5. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2170. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28658442; PMCID: PMC6899419.

