

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE: DIFERENÇAS ENTRE SEXOS EM UMA AMOSTRA NO RIO GRANDE DO SUL

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS: DIFFERENCES BETWEEN SEXES IN A SAMPLE FROM RIO GRANDE DO SUL

Gabriel Fortuna Sperotto¹, Matheus Vivian², Christina Pilla Della Méa³, Vinicius Renato Thomé Ferreira⁴

¹Graduado em Psicologia pela Faculdade Meridional – IMED. Especialista em Análise Comportamental Clínica pelo IBAC. Atua como psicólogo clínico.
Contato: gabrielsperotto@hotmail.com

²Mestrando em Psicologia pela Atitus Educação. Integrante do Grupo de Pesquisa Violência, Infância, Adolescência e atuação das Redes de Proteção e de Atendimento (VIA Redes).
Contato: matheusvivian62@gmail.com

³Mestre em Envelhecimento Humano (UPF) e Docente de Graduação em Psicologia da Atitus Educação.
Contato: cristina.mea@atitus.edu.br

⁴Doutor em Psicologia (PUC-RS). Docente de Graduação e Mestrado em Psicologia da Atitus Educação.
Contato: vinicius.ferreira@atitus.edu.br

Resumo

Sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse acometem a população geral, causam prejuízos significativos e se apresentam de forma diferente quando relacionado ao sexo. Este estudo teve como objetivo verificar sintomas de ansiedade, depressivos e de estresse em homens e mulheres em uma amostra no Rio Grande do Sul. Realizou-se um estudo quantitativo transversal em uma amostra de 1117 sujeitos do Rio Grande do Sul. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). As análises foram realizadas por meio de estatística descritiva, teste U de *Mann-Whitney* e t de *Student*. A maioria dos participantes foram mulheres (66,4%, n= 742), apresentando média de 12,16 (DP=10,88) para sintomas depressivos, 8,93 (DP=9,52) para de ansiedade e de 13,2 (DP= 9,97) de estresse, com diferença estatisticamente significativa quando comparada aos homens. Os achados ressaltam a importância de se compreender os fatores psicossociais associados a maior prevalência de sintomas nas mulheres, bem como desenvolver intervenções preventivas e outros mecanismos de fortalecimento da saúde mental da população geral.

Palavras-chave: estados emocionais; ansiedade; depressão; stress.

Abstract

Depressive, anxiety and stress symptoms attack the general population, cause significant damages and presents themselves in various forms when relate to sex. This study has as goal verifying the depressive, anxiety and stress symptoms in men and women. A cross-sectional qualitative study was carried out in a sample of 1117 Rio Grande do Sul subjects. A sociodemographic questionnaire, and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) were applied. The analyzes were realized through descriptive statistics, U test of *Mann-Whitney*, and T of *Student*. The majority of participants were women (66.4%, n= 742), with a mean of 12.16 (SD=10.88) for depressive symptoms, 8.93 (SD=9.52) for anxiety and 13.2 (SD= 9.97) of stress, with a statistically significant difference when compared to men. The founds highlight the importance of understanding the psychosocial factors associated to the higher prevalence of symptoms in women, as well as develop preventive interventions, and other mental health strengthening mechanisms of general population.

Keywords: emotional states; anxiety; depression; stress.

Editor-associado: Janaína Cristina de Sousa Bertoldo e Martins

Recebido em: 28/05/2023

Aceito em: 14/02/2024

Publicado em: 21/08/2026

Citar: Sperotto, G. F., Vivian, M., Méa, C. P. D., & Ferreira, V. R. T. Depressão, ansiedade e estresse: diferenças entre sexos em uma amostra no Rio Grande do Sul. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 14(1), 89-101.

Introdução

Conhecer em detalhe como os sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse se manifestam é fundamental para compreender e para planejar estratégias de cuidado sobre a saúde mental. Os sintomas depressivos se referem a humor depressivo e/ou falta de interesse nas atividades diárias, falta de energia, pensamentos negativos, sentimento de vazio ou humor irritável, com alterações somáticas e cognitivas significantes, além de sintomas físicos, lentidão psicomotora e insônia (American Psychiatric Association [APA], 2023; Bernik et al., 2012). No entanto, é preciso ressaltar que a presença dos sintomas não caracteriza um transtorno, pois é necessário o preenchimento de certos critérios de sintomas e tempo para o diagnóstico ser caracterizado como um transtorno (APA, 2023).

Os transtornos de ansiedade se caracterizam principalmente por estados de medo e ansiedade, e comportamentos relacionados, especialmente de esquiva, sendo que o medo surge diante de situações claras e evidentes de ameaça de perigo e a ansiedade é desencadeada por situações onde o perigo é vago e incerto, ou seja, ocorre a antecipação de uma ameaça futura. Sintomas de ansiedade também incluem: sensação desagradável de inquietação interna, preocupação exagerada com o futuro, acompanhada de sensações corporais como tontura, secura na boca, aperto no peito, sensação de vazio no estômago, batimentos cardíacos acelerados, suores, calafrios, formigamentos, câibras, tremores, urgência para urinar e cólicas abdominais (APA, 2023; Bernik et al., 2012).

Os sintomas de estresse podem ser classificados em três fases: alerta, resistência e exaustão. A primeira se dá quando o organismo primeiramente percebe o evento estressor e causa uma reação do sistema nervoso simpático. A segunda, a fase de resistência, é quando o evento é duradouro ou de grande dimensão. Na última fase, o estresse resulta em diversos sintomas físicos e psicológicos (Selye, 1956). Os sintomas de estresse após a exposição a um evento traumático ou estressante podem ser bem compreendidos dentro de um contexto baseado em ansiedade ou medo, tristeza e perda da satisfação e interesse em realizar diversas atividades que antes eram consideradas agradáveis, raiva e sintomas agressivos ou sintomas dissociativos. Os transtornos relacionados a traumas e estressores incluem transtorno de apego reativo, transtorno de engajamento social desinibido, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo, transtornos de ajustamento e transtorno de luto prolongado (APA, 2023).

Esses três sintomas (depressivos, de ansiedade e de estresse) se apresentam de formas diferentes em homens e mulheres, o que ocorre por fatores biológicos e culturais. As distinções e semelhanças entre o comportamento de homens e mulheres é uma das partes centrais de como cada sociedade se organiza, apesar dos grandes avanços para uma sociedade mais justa e igualitária ainda

retém claras diferenças nas percepções e práticas dos papéis sociais (Correia & Borloti, 2011; Rohden, 2001). A literatura já tem identificado que há diferenças na prevalência de sintomas psicológicos entre homens e mulheres (Borges et al., 2020; Martins et al., 2019; Guimarães et al., 2022).

Há relação entre sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse. Mesmo que as características clínicas sejam distintas, os indivíduos podem evoluir de uma para outra num período de tempo. O Modelo Tripartido de Ansiedade e Depressão (Clark & Watson, 1991), base de estudo do instrumento DASS-21, considera os seguintes fatores: afetos negativos, agrupando sintomas depressivos; hiperativação fisiológica presente nos sintomas de ansiedade e afetos negativos em função de interpretar negativamente um evento ameaçador em função de instinto de sobrevivência presentes em sintomas de estresse (Mello et al., 2007).

No mundo há uma importante prevalência de transtornos mentais, em especial sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse, que chegaram a uma estimativa de afetar 264 milhões de pessoas (Ritchie & Roser, 2018). No caso de sintomas depressivos, o Transtorno Depressivo Maior impacta a vida das pessoas (interfere na capacidade de trabalhar, dormir, se alimentar, cuidados com a higiene pessoal e sentir prazer nas atividades diárias), podendo levar até ao suicídio (World Health Organization [WHO], 2020). Na América Latina, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão, além de ser o segundo país com maior prevalência nas Américas (WHO, 2022). No Brasil, os transtornos de ansiedade afetam cerca de 18,6 milhões de indivíduos, ou seja, a prevalência de 9,6% da população (WHO, 2022). Quanto aos sintomas de estresse, 30% dos trabalhadores brasileiros sofrem da síndrome de *burnout* (International Stress Management Association, 2017). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse em homens e mulheres em uma amostra no Rio Grande do Sul.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo quantitativo de cunho transversal (Sampieri et al., 2013).

Participantes

Por meio de amostragem não probabilística intencional, participaram 1117 sujeitos, homens e mulheres, maiores de 18 anos de idade, residentes em uma cidade localizada na região norte do Rio Grande do Sul. Incluíram-se: sujeitos que soubessem ler e escrever. Excluíram-se sujeitos que não preencheram os instrumentos da maneira correta ou com rasura.

Quanto a caracterização da amostra, a maior parte dos participantes foi mulheres (66,4%, n= 742). Na amostra feminina, a maioria tinha ensino superior incompleto (53,09%, n= 394), era solteira (55,39%, n= 411), religião cristã (54,31%, n= 403), trabalhavam (45,14%, n= 335), principalmente na

área da educação (25,87%, n= 192) e renda familiar de 3 até 6 salários mínimos (20,48%, n= 152). Quanto aos homens, o maior número dos participantes possuía ensino superior incompleto (61,33%, n= 230), eram solteiros (64,8%, n= 243), de religião cristã (39,73%, n= 149), trabalhavam (38,66%, n= 145) na área da educação (10,4%, n= 39) e renda familiar de 3 até 6 salários mínimos (17,86%, n= 67). A média de idade foi de 33,1 anos (DP= 16,2) para mulheres e 31,7 anos (DP= 15,5) para os homens. A idade mínima das mulheres foi de 18 e a máxima de 89 anos e para os homens, de 18 e 90 anos. O teste t mostrou que não houve diferença significativa comparando as idades dessas duas amostras ($t= 1,39$, $p= 0,16$).

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico: O questionário teve como finalidade coletar os dados como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, religião, profissão e renda familiar dos participantes.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21): A DASS-21, criada por Lovibond e Lovibond (1995) é uma escala usada para identificar e quantificar sintomas de depressão (inércia, anedonia, disforia, diminuição de interesses, desvalorização da vida e desinteresse), de ansiedade (apreensão, sensação de pânico, tremor, boca seca, dificuldade para respirar, sudorese, preocupação com o desempenho, sensação de perda de controle) e estresse (excitação, tensão, incapacidade para relaxar, irritação, nervosismo, inquietude, atitudes de intolerância). Contém 21 itens em forma de escala *Likert* de 4 pontos, de 0 (não se aplica a mim) a 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo), e estão divididos em 3 subescalas, uma para cada tipo de sintoma. Os sintomas são classificados como: normal/leve, mínimo, moderado, grave e muito grave. A DASS-21 teve adaptação e validação para o Brasil com 242 adultos do estado de São Paulo, apresentando os valores de alfa de *Cronbach* de 0,90 para depressão, 0,86 para ansiedade, 0,88 para estresse e de 0,95 para o total das três sub-escalas (Vignola & Tucci, 2014).

Procedimentos e análise de dados

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética pelo CAAE 45557815.5.000.5319. A coleta de dados ocorreu de forma individual e coletiva. Alguns participantes realizaram a pesquisa em sua residência e outros, em sala de aula, sendo realizada de forma coletiva. Para as coletas de dados, foi utilizado lápis-papel. Esclareceu-se acerca da natureza e dos propósitos da pesquisa, bem como da responsabilidade do pesquisador no sigilo da identidade dos participantes. Na oportunidade, foi entregue e lido com os alunos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e depois os participantes responderam sem nenhuma intercorrência o questionário sociodemográfico e as escalas.

Cabe ressaltar que o TCLE estava de acordo com a Resolução 466/2012 e 512/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta foi realizada antes da pandemia de COVID-19.

Os dados foram analisados e levantados quantitativamente, com descrição e interpretação dos resultados. A análise estatística e inferencial dos escores foi efetuada por meio do teste *Mann-Whitney*, e *t* de *student* (dependendo se o dado era paramétrico ou não-paramétrico) a 5% de probabilidade ($p \leq 0,05$) para as variáveis avaliadas (Dancey & Reidy, 2013).

Resultados

No que se refere aos resultados do DASS-21, as mulheres tiveram média mais alta que os homens nos sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse e no total. O teste *Mann-Whitney* mostrou que houve diferença significativa na comparação entre os dois grupos, mostrando que as mulheres apresentam mais sintomas quando comparadas aos homens (Tabela 1).

Tabela 1

Sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse em mulheres e homens.

Mulheres			Homens		Mann-Whitney	
	Média	DP	Média	DP	U	<i>p</i>
DASS Depressão	12,16	10,88	10,02	9,36	125373	0,007
DASS Ansiedade	8,93	9,52	6,95	8,23	121848	<0,001
DASS Estresse	13,2	9,97	9,52	9,27	106190,5	<0,001
DASS Total	34,28	26,51	26,49	22,97	114072	<0,001

Nota. Diferença estatisticamente significativa a nível de $p \leq 0,05$.

Discussão

Quanto aos sintomas depressivos, as mulheres apresentaram maior média do que os homens, havendo diferença significativa entre os sexos. Os sintomas são classificados como mínimos tanto para mulheres quanto para homens (Vignola & Tucci, 2014). Os achados estão de acordo com um estudo realizado com 45.161 brasileiros durante a pandemia do COVID-19, que verificou uma frequência duas vezes maior de sintomas depressivos em mulheres (Barros et al., 2020). Da mesma forma, em pesquisa semelhante no País Basco, composta por 976 pessoas, obteve resultados menos distintos entre os sexos, mas ainda assim com taxas maiores em mulheres (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Na população idosa, a frequência de sintomas depressivos em mulheres também é o dobro do que nos homens (Andrade et al., 2016). Em pacientes internados em hospitais por diagnóstico de doença arterial

periférica, mulheres também mostraram uma maior propensão a desenvolver transtornos depressivos (Aragão et al., 2019).

Em relação aos sintomas de ansiedade, as mulheres apresentaram sintomas mínimos, enquanto a pontuação dos homens classifica-se em sintomas leves/normais (Vignola & Tucci, 2014), com diferença estatisticamente significativa. Os resultados corroboram estudos realizados com universitários (Chaves et al., 2015; Ribeiro et al., 2020) e com pacientes atendidos na atenção primária (Portugal et al., 2014). Além disso, uma pesquisa que comparou 256 pessoas praticantes regulares de atividade física com 256 pessoas sedentárias também encontrou maior sintomatologia de ansiedade na amostra feminina (Alves et al., 2019). Ainda um estudo realizado com pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2 concluiu que mulheres têm uma chance maior de desenvolverem transtorno de ansiedade generalizada quando comparadas aos homens (Huang et al., 2020). Em casos de doenças graves ou situações que necessitam de internação hospitalar também foram encontradas taxas maiores de ansiedade nas pacientes do sexo feminino. Isso foi demonstrado por um estudo com 150 participantes que colocaram sondas de nefrostomia (Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019), por uma investigação com 90 adultos portadores de glomerulonefrites ou de doença renal policística (Barros et al., 2011) e uma pesquisa com 282 pacientes adultos hospitalizados, por no mínimo dois dias, na enfermaria de clínica médica de um hospital universitário (Gulich, 2013).

Em relação aos sintomas de estresse, as mulheres apresentaram média mais alta quando comparada a dos homens, sendo ambos resultados classificados como sintomas leves/normais, havendo diferença estatisticamente significativa. Este resultado corroborou um estudo que analisou níveis de estresse em profissionais de enfermagem e encontrou taxas quase duas vezes maiores de sintomas em mulheres (Carvalho et al., 2020). Além disso, outra pesquisa verificou que dos 106 adultos que realizaram atendimento psicológico em uma clínica, todas as mulheres tinham sintomas de estresse (Sadir et al., 2010). Pesquisas avaliando sintomas de estresse com estudantes universitários também mostram taxas maiores em mulheres. Estas incluem uma feita com 3587 estudantes de seis instituições de ensino brasileiras, que encontrou mais sintomas de estresse e *burnout* na parcela feminina (Padovani et al., 2014) e outra realizada com 761 universitários, a qual encontrou diferença significativa nos sintomas de estresse nas mulheres quando comparado aos homens (Moutinho et al., 2017). Também, outro estudo com 377 jovens adultos de uma universidade brasileira, encontrou sintomas de estresse em 80% da amostra feminina (Oliveira et al., 2020).

A prevalência de sintomatologia de ansiedade e depressivos praticamente se iguala a masculina nos períodos pré-puberdade e pós-menopausa (Altemus et al., 2014; Bebbington et al., 2003). As diferenças na ocorrência de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse entre homens e mulheres também pode estar associado com o ciclo menstrual, gravidez e menopausa, tendo foco

no hormônio estrogênio (Altemus et al., 2014), pois é provável que o estrogênio tenha um papel na redução de estresse, principalmente durante a gravidez. Em algumas situações, o estrogênio diminui a reação de estresse do sistema nervoso autônomo, em outras ele a intensifica (Kajantie & Phillips, 2006). Em todos os níveis de análises, do molecular ao dos sistemas orgânicos, existem diferenças biológicas entre os sexos nas funções neuroendocrinológicas, as quais aumentam as respostas endócrinas e emocionais de mulheres a estímulos, que ajudam a explicar a maior prevalência de transtornos psicológicos nas mesmas (Bangasser & Valentino 2014). Essas diferenças incluem o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), os circuitos corticolímbicos e algumas estruturas cerebrais como o hipocampo, a amígdala e o córtex (Bangasser & Valentino 2014; MacQueen et al., 2003; Sheline, 2000). Se acredita que estudos dessas diferenças resultarão no desenvolvimento de tratamentos farmacológicos mais apropriados para as características fisiológicas de cada sexo (Bangasser, & Valentino 2014).

Outras causas para as aumentadas taxas desses sintomas em mulheres são as psicossociais, dentre elas: desigualdades sociais entre os sexos; maior vitimização de mulheres em sociedades mais machistas; maior responsabilidade social, tendo que participar do sustento da casa e ainda cuidar dos filhos e realizar tarefas da casa. Além disso, preocupação com padrões de beleza que são mais cobrados em mulheres; tendência a ruminação de ideias, invés dos comportamentos de fuga/esquiva comuns em homens; sentimentos de baixa autoeficácia causadas por uma educação machista de que o homem é melhor e possui mais direitos (Baptista et al., 1999; Correia & Borloti, 2011; Justo & Calil, 2006).

Outra causa psicossocial que pode ser elencada é a relação entre abuso sexual infantil e transtornos internalizantes, haja vista pessoas vítimas de abuso na infância têm probabilidade muito maior de desenvolverem algum transtorno (Beitchman et al., 1992; Fergusson et al., 1996). Uma hipótese que tenta explicar as maiores taxas de depressão e ansiedade em mulheres, sugere que isso se dá devido ao maior número de meninas vítimas de ASI do que de meninos (Mullen et al., 1988; Wise et al., 2001). Mas quando se compara as taxas se levando em consideração o abuso, ele não chega perto de explicar em sua totalidade as diferenças entre os sexos (Fergusson et al., 2002).

Por fim, outra hipótese sugere que a maior prevalência de sintomas psicológicos em mulheres quando comparada aos homens pode ser explicada por comportamentos mais comuns no sexo feminino, dentre eles: procurar ajuda médica com maior frequência e expressar de forma mais clara seus sentimentos, o que poderia indicar resultados piores em testes de autorrelato. No entanto, mesmo quando essas variáveis são controladas, mulheres ainda apresentam mais sintomas (Bogner & Gallo, 2004; Mirowsky & Ross, 1995).

Mesmo que a coleta de dados tenha sido realizada antes da pandemia é importante colocar que o distanciamento e o isolamento social como medida para reduzir a dispersão do vírus *Coronavirus Disease-19* (COVID-19) aumentou os sintomas psicológicos na população (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020). Em um estudo realizado com brasileiros, utilizando o DASS-21, os resultados mostraram maiores médias encontradas nas mulheres, quando comparadas aos homens (Barbosa et al., 2021). Outra pesquisa identificou que sintomas como tristeza, nervosismo e alterações do sono foram mais prevalentes entre adultos jovens, mulheres e pessoas com antecedente de depressão (Barros et al., 2020). Ainda, no contexto da pandemia, o sentimento de incerteza gerou sintomas de ansiedade que poderiam evoluir para um quadro depressivo em função das mudanças bruscas no estilo de vida (Wang et al., 2020).

Considerações Finais

Os resultados referentes aos sintomas depressivos mostraram que as mulheres apresentaram maior média do que os homens, sendo classificados como mínimos tanto para mulheres quanto para homens. Em relação aos sintomas de ansiedade, as mulheres também obtiveram média mais alta, sendo classificada como sintomas mínimos, enquanto a pontuação dos homens classifica-se em sintomas leves/normais. Na avaliação dos sintomas de estresse, as mulheres apresentaram média mais alta quando comparada a dos homens, sendo ambos resultados classificados como sintomas leves/normais. Houve diferença significativa entre os sexos, ou seja, as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse quando comparadas aos homens.

Esse resultado aponta para a necessidade de compreender os mecanismos que atuam nas diferenças epidemiológicas dos transtornos mentais entre mulheres e homens. Considera-se de extrema importância que sejam desenvolvidas intervenções preventivas levando em consideração as diferentes necessidades fisiológicas e sociais de cada indivíduo. Além disso, surge a necessidade de uma maior atenção aos sintomas e ao diagnóstico prematuro em mulheres, visto que elas se encontram sob maior risco do que homens em circunstâncias parecidas. Como limitação deste estudo, pode-se destacar o fato de os instrumentos serem de autorrelato o que pode dificultar para o participante a colocação de respostas fidedignas, bem como a maior parte da amostra ser composta por mulheres. Também, deve-se ponderar a generalização dos resultados para a população geral, já que a amostra é do Rio Grande do Sul.

Sugere-se que estudos posteriores preconizem grupos divididos por faixas etárias a fim de verificar se existe diferença de sintomas entre mulheres e homens. Também, investigar eventos estressores juntamente com estas variáveis podem auxiliar na prevenção e diagnóstico precoce de transtornos psicológicos.

Referências Bibliográficas

- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- Alves, D. G. L., Rocha, S. G., Andrade, E. V., Mendes, A. Z., & Cunha, Â. G. J. (2019). The positive impact of physical activity on the reduction of anxiety scores: a pilot study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(3), 434–440. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.3.434>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR*. Artmed.
- Andrade, F. C. D., Wu, F., Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. de O. (2016). Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. *Revista de Saúde Pública*, 50(12), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005900>
- Aragão, J. A., Andrade, L. G. R. de, Neves, O. M. G., Aragão, I. C. S., Aragão, F. M. S., & Reis, F. P. (2019). Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em hospital terciário. *Jornal Vascular Brasileiro*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190002>
- Bangasser, D. A., & Valentino, R. J. (2014). Sex differences in stress-related psychiatric disorders: Neurobiological perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 303-319. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.008>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143-156. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1999000200005
- Barbosa, L. N. F., Melo, M. C. B., Cunha, M. do C. V., Albuquerque, E. N., Costa, J. M., & Silva, E. F. F. da (2021). Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 21(Supl. 2): S421-S428. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100S200005>
- Barros, B. P. de, Nishiura, J. L., Heilberg, I. P., & Kirsztajn, G. M. (2011). Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossômica dominante. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 33(2), 120-128. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000200002>
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. de, Romero, D., Souza Júnior, P. R. B. de, Azevedo, L. O., Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P. da, Pina, M. de F. de, & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia

- de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
- Bebbington, P., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M., & Meltzer, H. (2003). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 74-83. <https://doi.org/10.1080/0954026021000045976>
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90011-f](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90011-f)
- Bernik, M., Corregiari, F., Stella, F., & Asbahr, F. R. (2012). Transtorno de ansiedade ao longo da vida. In O. V. Forlenza, & E. C. Miguel (Eds.), *Compêndio de Clínica Psiquiátrica* (pp. 337-362). Manole.
- Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2004). Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 126-132. <https://doi.org/10.1007%2Fs00127-004-0714-z>
- Borges, C., Francescato, R., & Hoefel, A. L. (2020). Fatores associados à presença de sintomas de ansiedade e depressão em acadêmicos de diferentes cursos de um Centro Universitário no sul do País. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 14(84), 17-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8150399>
- Carvalho, A. E. L. de, Frazão, I. da S., Silva, D. M. R. da, Andrade, M. S., Vasconcelos, S. C., & Aquino, J. M. de. (2020). Stress of nursing professionals working in pre-hospital care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0660>
- Chaves, E. de C. L., Iunes, D. H., Moura, C. de C., Carvalho, L. C., Silva, A. M., & Carvalho, E. C. de. (2015). Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 504-509. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680318i>
- Clark, L. A., & Watson D. (1991) Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 10(3), 316-36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1918611>
- Correia, K. M. L., & Borloti, E. (2011). Mulher e depressão: uma análise comportamental-contextual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 19(3), 359-373. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452011000300007
- Dancey, C. P., Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5a ed.). Editora Penso.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the*

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024>
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., & Horwood, L. J. (2002). Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychological Medicine*, 32(6), 991-996.
<https://doi.org/10.1017/s0033291702005986>
- Fernández-Cacho, L. M., & Ayesa-Arriola, R. (2019). Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(e3191), 1-11.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191>
- Guimarães, M. F., Vizzotto, M. M., Avoglia, H. R. M. C., & Paiva, E. A. F. (2022). Depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de estudantes de universidades pública e privada. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e4038. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e4038>
- Gullich, I., Ramos, A. B., Zan, T. R. A., Scherer, C., & Mendoza-Sassi, R. A. (2013). Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(3), 644-657. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300009>
- Huang, C.-J., Hsieh, H.-M., Tu, H.-P., Jiang, H.-J., Wang, P.-W., & Lin, C.-H. (2020). Generalized anxiety disorder in type 2 diabetes mellitus: prevalence and clinical characteristics. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(6), 621–629. <https://doi.org/10.1590%2F1516-4446-2019-0605>
- International Stress Management Association. (ISMA). (2017) *No limite*.
<http://www.ismabrasil.com.br/img/estresse105.pdf>
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 74-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200007>
- Kajantie, E., & Phillips, D. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 151-178.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.07.002>
- Mello, A. F., Juruema, M. F., Pariente, C. M., Tyrca, A. R., Price, L. H., Carpenter, L. L., & Porto, J. A. D. (2007). Depressão e Estresse: existe um endofenótipo? *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*, 29[sup1], s13-18. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000500004>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. <https://psycnet.apa.org/record/1995-35504-001>

- MacQueen, G. M., Campbell, S., McEwen, B. S., Macdonald, K., Amano, S., Joffe, R. T., Nahmias, C., & Young, L. T. (2003). Course of illness, hippocampal function, and hippocampal volume in major depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(3), 1387-1392. <https://doi.org/10.1073/pnas.0337481100>
- Martins, B. G., Silva, W. R. da, Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(1), 32-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1995). Sex Differences in Distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*, 60(3), 449- 468. <https://doi.org/10.2307/2096424>
- Moutinho, I. L. D., Maddalena, N. de C. P., Roland, R. K., Lucchetti, A. L. G., Tibiriçá, S. H. C., Ezequiel, O. da S., & Lucchetti, G. (2017). Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.21>
- Mullen, P. E., Walton, V. A., Romans-Clarkson, S. E., & Herbison, G. P. (1988). Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet*, 331(8590), 841-845. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)91600-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)91600-5)
- Oliveira, E. S. de, Silva, A. F. R. da, Silva, K. C. B. da, Moura, T. V. C., Araújo, A. L. de, & Silva, A. R. V. da (2020). Stress and health risk behaviors among university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1) 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0035>
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2020). *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Padovani, R. da C., Neufeld, C. B., Maltoni, J., Barbosa, L. N. F., Souza, W. F. de, Cavalcanti, H. A. F., & Lameu, J. do N. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 2-10. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>
- Portugal, F. B., Campos, M. R., Gonçalves, D. A., Mari, J. de J., Gask, L., Bower, P., Dowrick, C., & Fortes, S. (2014). Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 23-32. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000004>

- Ribeiro, C. F., Lemos, C. M. C., Alt, N. N., Marins, R. L. T., Corbiceiro, W. C. H., & Nascimento, M. I. do. (2020). Prevalence of and Factors Associated with Depression and Anxiety in Brazilian Medical Students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190102.ING>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Fiocruz
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. (5a ed). Penso.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Sheline, Y. I. (2000). 3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity. *Biological Psychiatry*, 48(8), 791-800. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00994-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00994-x)
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wise, L. A., Zierler, S., Krieger, N., & Harlow, B. L. (2001). Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. *The Lancet*, 358(9285), 881-887. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)06072-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)06072-x)
- World Health Organization. (2020). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>