

ARTIGO ORIGINAL

Escala de medo da COVID-19 – tradução e validação para a versão brasileira

COVID-19 fear scale – translation and validation into Brazilian portuguese

Marcella Moreira Aguiar^a, Monalisa Nascimento dos Santos Barros^b, Antonio Macedo^c, Maria Inês Rosselli Puccia^d, Ana Telma Pereira^e



^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista, Bahia. Aluna no Mestrado de Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia

^b Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Departamento de Ciências Naturais – Vitória da Conquista, Bahia. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Pós-doutoranda no Instituto de Psicologia médica da Universidade de Coimbra. Professora adjunta das graduações de medicina e psicologia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Doutora em Psicologia.

^c Universidade de Coimbra, Portugal. Diretor do Instituto de Psicologia Médica; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Doutor em Medicina

^d Centro Universitário FMABC, Santo André, São Paulo. Professor Auxiliar. Doutora em Ciências.

^e Universidade de Coimbra, Portugal. Investigadora Auxiliar no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Doutora em Ciências da Saúde.

Autor correspondente
marcellaguiar@gmail.com

Manuscrito recebido: fevereiro 2021
Manuscrito aceito: julho 2021
Versão online: novembro 2021

Resumo

Introdução: o medo é um dos principais fatores associados aos transtornos psicopatológicos evidenciados no contexto da pandemia da COVID-19.

Objetivo: traduzir e validar a Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) na versão portuguesa (do Brasil), denominada como Escala de Medo da COVID-19 (EMC-19).

Método: estudo transversal com 364 indivíduos recrutados de maneira virtual através das redes sociais, considerando-se como critérios de inclusão na pesquisa: ter mais de 18 anos de idade e ser fluente em português. Após o consentimento informado, os participantes preencheram um formulário eletrônico, que incluía a versão portuguesa preliminar da EMC-19, além de variáveis sociodemográficas. O tratamento dos dados foi realizado através do pacote estatístico do SPSS versão 26. Para medidas paramétricas, utilizou-se o coeficiente de Pearson e o T de Student e nas medidas não-paramétricas U de Mann Whitney. A magnitude dos coeficientes de correlação foi classificada segundo os critérios de Cohen e a análise fatorial confirmatória por meio do AMOS 26.0. Para consistência interna, o alfa de Cronbach.

Resultados: os participantes tinham idade média de 33,11 anos ($\pm 10,047$), a maioria do sexo feminino ($n=332$; 91,2%), com escolaridade superior ($n=286$; 78,6%), casados ($n=225$, 61,8%) e com filhos ($n=300$, 82,4%). Da análise fatorial exploratória/AFE e da análise factorial confirmatória/AFC emergiu apenas um componente, com variância explicada de 55,49%, resultando num modelo unidimensional com índices de ajustamento satisfatórios ($X^2/gf=2.135$; RMSEA=0,061; CFI, TLI, GFI<0,095). O coeficiente alpha de Cronbach foi de 0,876.

Conclusão: foi demonstrada validade de construto da estrutura unidimensional da EMC-19, bem como sua boa consistência interna.

Palavras-chave: COVID-19, medo, psicometria, estudo de validação.

Suggested citation: Aguiar MM, Barros MNS, Macedo A, Puccia MIR, Pereira AT. COVID-19 fear scale – translation and validation into Brazilian portuguese. *J Hum Growth Dev.* 2021; 31(3):376-386. DOI: 10.36311/jhgd.v31.12604

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

É essencial ter uma ferramenta que permita medir o nível em que o medo de COVID-19 pode afetar indivíduos. A FCV-19S foi desenvolvida no início da pandemia, precisamente com esse objetivo²³, tendo sido traduzida para diversas línguas e validada em diversos países. O presente estudo tem por objetivo traduzir e validar a versão Portuguesa (do Brasil) da FCV-19S²³, a qual denomina-se Escala de Medo da Covid-19 (EMC-19). Depois de analisadas as suas principais propriedades psicométricas, como a validade e a fidelidade, além da aferição, esta escala poderá ser utilizada na clínica e na investigação, para melhor compreender e intervir sobre as repercussões psicossociais da COVID-19.

Ainda será possível realizar estudos comparativos transculturais entre os diversos países que já a traduziram e validaram. O conhecimento produzido por esta via pode ajudar a fomentar comportamentos de saúde para a prevenção dos impactos da COVID-19 sobre a saúde mental, e a fundamentar políticas públicas adequadas ao enfrentamento da pandemia.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi demonstrada validade de construto da estrutura unidimensional da Escala do Medo do COVID-19 (EMC-19), bem como sua boa consistência interna.

O que essas descobertas significam?

Com a Escala do Medo do COVID-19 validada para o Brasil será possível realizar estudos comparativos transculturais entre os diversos países que já a traduziram e validaram. O conhecimento produzido por esta via pode ajudar a fomentar comportamentos de saúde para a prevenção dos impactos da COVID-19 sobre a saúde mental, e a fundamentar políticas públicas adequadas ao enfrentamento da pandemia.

INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou a pandemia do vírus SARS-COV-2, responsável pela Covid-19¹. O primeiro caso no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro de 2020, quando a pandemia já tinha demonstrado sua força de expansão e letalidade na China e em vários países da Ásia e da Europa.

No Brasil, apesar da pandemia ter chegado em final de fevereiro, em meados de março já ficou evidente a incapacidade do governo federal de gerir as informações epidemiológicas, contribuindo para o que se tem chamado de subnotificação².

Após um ano e meio de pandemia, as informações oficiais dão conta de que o Brasil acumula mais de 20 milhões de casos notificados de COVID-19 e ultrapassou o número de 570 mil mortes pela doença, segundo dados do Ministério da Saúde³. O país ocupa o quarto lugar no ranking mundial de afetados pela pandemia⁴, ainda somando dificuldades na implementação de medidas para conter o avanço da infecção, em particular as ações de imunização da população.

A despeito de todas as medidas sanitárias adotadas para controlar a disseminação do coronavírus no território nacional, destaca-se o impacto psicossocial da pandemia COVID-19 que, em seu espaço de menor relevância dentre as medidas adotadas, representa uma questão significativa para o campo da pesquisa e da integralidade da atenção em saúde⁵.

Segundo Ornel *et al.*⁶, as repercussões de uma crise sanitária mundial desta magnitude, sob a perspectiva da saúde mental, podem perdurar por muitos anos, mesmo após a contenção da doença.

Observa-se que, na medida do avanço da pandemia, consolidaram-se vários elementos de significativa importância para a instalação de uma situação de crise sob o ponto de vista da saúde mental, considerando-se tanto os indivíduos que foram acometidos pela COVID-19, quanto a população em geral^{7,8}.

A quarentena, o distanciamento físico, o risco de contaminação, o aumento do número de mortes, incluindo-se familiares e pessoas próximas, mudanças na rotina doméstica e de trabalho, perda de emprego,

agravados pela solidão, medo e pelo próprio luto, aumentam a suscetibilidade a problemas como ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático síndrome do pânico, isolamento social, entre outros transtornos^{6,8}.

Por crise, entende-se, tal como definida por Slakie, Mejía e López⁷, o estado de desorganização produzida pelo impacto de uma situação que altera a vida e que excede a capacidade habitual das pessoas para enfrentar problemas.

Os esforços para responder ao contexto de crise, exigem recursos de saúde mental efetivos para melhorar a qualidade da atenção, e reduzir a carga global de transtornos mentais causada pelas oportunidades perdidas para ações preventivas e tratamento oportuno, especialmente nos países em desenvolvimento⁹.

Discutindo a saúde mental frente à COVID-19 e o distanciamento físico, Galea, Merchant e Lurie¹⁰, alertam que, na medida em que as populações se isolam física e socialmente, deve-se lançar mão de estratégias para planejar a inevitabilidade da solidão e prevenir suas sequelas.

A primeira revisão sistemática e meta-análise das consequências psiquiátricas da infecção por coronavírus identificou 72 estudos independentes, que forneceram dados sobre as características psiquiátricas e neuropsiquiátricas agudas e pós infecção por coronavírus⁸.

Inicialmente a revisão sugere que, a maioria das pessoas não sofre de nenhum distúrbio psiquiátrico após a infecção por coronavírus, e acrescenta que até o momento, há pouco que sugira que complicações neuropsiquiátricas comuns, além do delírio a curto prazo, sejam uma característica⁸. No entanto, esta revisão alerta os médicos para a possibilidade de desenvolvimento posterior de depressão, ansiedade, fadiga, transtorno de estresse pós-traumático e síndromes neuropsiquiátricas mais raras⁸.

Assim, o aumento de transtornos psicopatológicos^{11,12} pressiona os sistemas de saúde para o desenvolvimento de recursos e estratégias de resposta rápida para lidar com a pandemia de COVID-19. O risco iminente de sucessivas “ondas” de COVID-19, ou o agravamento ocasionado pelo surgimento de novas variantes do coronavírus, afetam ainda mais a saúde mental dos indivíduos¹³.

De fato, além do ressurgimento do vírus, em alguns meses os sistemas públicos de saúde podem ter que enfrentar, em simultâneo, as consequências da pandemia na saúde mental¹⁴. Os problemas de saúde mental (depressão, estresse, pânico, angústia etc.) podem, em situações mais extremas, resultar em ideação suicida, tentativas de suicídio e ocorrência real de suicídio^{15,16}.

As repercussões mais comuns para a saúde mental, tais como a ansiedade e a depressão, também tendem a durar mais tempo, possivelmente seis meses após o término da doença e estão associados a uma maior prevalência do medo^{6,17}.

Cabe destacar que o aspecto psicológico dominante da pandemia do COVID-19 é o medo. Este constitui uma resposta emocional central a ameaças iminentes, como é o caso da COVID-19¹⁸. O medo é definido como um estado emocional desagradável que é desencadeado pela percepção de estímulos ameaçadores¹⁹.

Numa perspectiva evolutiva, esta resposta emocional constitui um componente básico da experiência humana, concebido como uma emoção-choque devido à percepção de perigo presente e urgente que ameaça a preservação daquele indivíduo; provocando uma série de efeitos fisiológicos, no organismo, que o tornam apto a uma reação de defesa, a exemplo da fuga²⁰.

Assim, o medo pode ser adaptativo e determinar o grau de proteção e prevenção a ser adotado frente à ameaça, como é o caso da Covid-19¹⁹. Por outro lado, quando a intensidade do medo é muito intensa ou fraca demais, de maneira desproporcional ao que o estímulo representa em realidade, comportamentos mal adaptativos podem ser desencadeados, como excessiva exposição ao vírus ou paralisia frente à crise, dificultando o acesso aos recursos internos para o seu enfrentamento^{19,20}.

O aumento do medo pode amplificar os danos da própria doença e pode estar diretamente associado à sua taxa de transmissão, bem como à sua morbimortalidade¹⁸. O desenvolvimento do medo não é um processo estritamente interindividual, mas o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que pode ainda ocasionar outros desafios psicossociais, incluindo estigmatização, discriminação e perda²¹.

Com os altos níveis de medo, os indivíduos podem não pensar clara e racionalmente ao reagir ao COVID-19, resultando em processamento irracional de informações relacionadas com a pandemia²², fato este que aumenta consideravelmente o sofrimento e os desafios psicossociais^{21,23-25}.

No que diz respeito ao papel motivador do medo, verificou-se uma relação significativa entre as pontuações na Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) e a adesão às regras de mitigação implementadas na Nova Zelândia²⁶, nomeadamente cumprimento do distanciamento social de dois metros e realização de atividade física em locais ao ar livre que podem ser facilmente acessados a pé. Esse achado é consistente com os resultados de Harper e colaboradores²⁶, que relataram uma correlação positiva entre os escores no FCV-19S e a percepção dos participantes acerca do grau em que vários comportamentos e práticas foram alterados devido à pandemia (por exemplo, higiene, cuidado de crianças e idosos)²⁶.

Efetivamente, foi demonstrado que níveis elevados de medo, juntamente com autoeficácia, afetam positivamente mudanças comportamentais adaptativas; baixos níveis de medo e autoeficácia foram associados com envolvimento de comportamentos esquivos²⁷.

Desta forma, torna-se essencial ter uma ferramenta que permita medir o nível em que o medo de COVID-19 pode afetar indivíduos. A FCV-19S foi desenvolvida no início da pandemia, precisamente com esse objetivo²³, tendo sido traduzida para diversas línguas e validada em diversos países, nomeadamente Itália²⁸; Nova Zelândia²⁹; Rússia e Bielorrússia³⁰; Turquia³¹; Peru³²; Israel³³; Países Árabes³⁴; Espanha³⁵ e França³⁶ sempre com resultados abonatórios das suas propriedades psicométricas.

Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo traduzir e validar a versão Portuguesa (do Brasil) da FCV-19S²³, a qual denomina-se Escala de Medo da Covid-19 (EMC-19). Depois de analisadas as suas principais propriedades psicométricas, como a validade e a fidelidade, além da aferição, esta escala poderá ser utilizada na clínica e na investigação, para melhor compreender e intervir sobre as repercussões psicossociais da COVID-19.

Ainda será possível realizar estudos comparativos transculturais entre os diversos países que já a traduziram e validaram. O conhecimento produzido por esta via pode ajudar a fomentar comportamentos de saúde para a prevenção dos impactos da COVID-19 sobre a saúde mental, e a fundamentar políticas públicas adequadas ao enfrentamento da pandemia.

■ MÉTODO

A Fear of COVID-19 Scale (FCV19S)²³ é um questionário de autopreenchimento composto por sete itens a responder numa escala Liberte de 5 pontos, desde “Discordo fortemente” a “Concordo Fortemente”. No estudo psicométrico original foi considerada uma escala unidimensional, com cargas fatoriais que variam de 0,66 a 0,74. Quanto à consistência interna, o alfa de Cronbach, de $\alpha = 0,82$, foi favorável, bem como os coeficientes de correlação entre os itens e o total corrigido, de 0,47 a 0,74. A estabilidade teste-reteste, de 0,72, foi também aceitável. As pontuações na FCV19S correlacionaram-se significativa e positivamente com a vulnerabilidade percebida e a ansiedade e depressão, avaliadas através da escala Likert²³.

O processo de tradução da FCV19S para português do Brasil foi o seguinte: primeiro, a escala original em inglês (v1) foi traduzida para o português por dois dos pesquisadores brasileiros (v2). Em seguida, a versão em português traduzida (v2) foi traduzida novamente para inglês por um software de tradução Google Tradutor (v3). Finalmente, os 2 pesquisadores brasileiros compararam a versão em inglês (v3) com a versão original (v1), item por item, verificando-se a equivalência de significados. Subsequentemente, uma pesquisadora portuguesa procedeu uma nova revisão, de forma que a versão proposta pudesse ser utilizada no Brasil e em Portugal. Um total de 3 pesquisadores participaram do processo de tradução do instrumento de forma interdependente, obtendo-se então, a sua versão final em português (Brasil), denominada Escala de Medo da COVID-19 (EMC-19).

Os participantes foram recrutados online, através das redes sociais e convidados a participar do estudo, enunciando-se o seu objetivo e os critérios de inclusão, quais sejam: ter mais de 18 anos de idade e ser fluente em português. Os participantes que aceitaram participar voluntariamente deram o seu consentimento informado. A seguir preencheram um formulário em Google Forms, que, além da versão portuguesa da EMC19, questionava sobre algumas variáveis sociodemográficas, dentre as quais: idade em anos, sexo (masculino e feminino), escolaridade (fundamental, graduação, mestrado doutorado, outro), raça com a qual se identificavam (branca, preta, parda, indígena ou amarela), estado civil (solteira, união estável, casada, divorciada, outro), no caso de mulheres, se estavam gestantes no momento da pesquisa e o número de filhos vivos.

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS Statistics, versão 26 para Windows. Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão.

Como o tamanho da amostra é suficiente, e tendo em conta o teorema do limite central, foram utilizadas medidas e testes paramétricos, como o coeficiente de correlação de Pearson e o T de Student para comparação de pontuações médias.

A magnitude dos coeficientes de correlação foi classificada segundo os critérios de Cohen: baixa se inferior a 0,19; moderada se entre 0,20 e 0,49 e elevada se superior a 0,50.

Na Análise Fatorial Exploratória (AFE), guiou-se pelos Critério de Kaiser (1958)³⁷ e do scree test de Cattell³⁸. Seguindo a sugestão de Kline³⁹, considera-se que os “pesos” (loadings) com valores > 0,30 estão associados com o fator e que “pesos” >0,60 são elevados.

Antes de proceder a análise fatorial, foi realizado o teste KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esfericidade de Bartlett, que são dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a saber se é plausível realizar a análise fatorial⁴⁰. Para o proceder esta análise com segurança, o primeiro deve aproximar-se de um, sendo “bom” se for >0,80; o segundo deve levar a rejeitar a hipótese nula, o que também aconteceu com os nossos dados ($p < 0,001$).

Utilizou-se o software AMOS 26.0 para a análise fatorial confirmatória (AFC). A violação da distribuição normal foi verificada com os coeficientes de assimetria e curtose. O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação superiores a 11, $p < 0,001$, produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas⁴¹. Para avaliar o ajustamento do modelo foram usados os seguintes índices de ajustamento: X^2/gf , Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).

Para a análise de consistência interna, foi utilizado o coeficiente de alfa de Cronbach. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinaram-se os coeficientes alfa de Cronbach excluindo os respetivos itens, para depois os comparar com o alfa global da dimensão. Para averiguar

o poder discriminativo ou validade interna de cada item, os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e n da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, que se manifestou pela aprovação do projeto de pesquisa proposto com o número do CAAE: 32934720.3.0000.5556, sob o título: Perturbação Psicológica Perinatal em tempos de COVID. Os dados foram tratados com condicionalidade, igualdade e justiça. Todos os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo. Número do processo: 4.179.143.

■ RESULTADOS

Caracterização da amostra

Durante o período da coleta de dados, compreendido entre dezenove de junho e vinte e três de julho de 2020 foram obtidas 364 respostas válidas.

A idade média dos participantes foi de 33,11 anos ($\pm 10,047$), variando de 18 a 67 anos. A maioria era do sexo feminino ($n=332$; 91,2%), possuía como grau de escolaridade a graduação ou mais ($n=286$; 78,6%); quanto ao estado civil, a maior parte estavam casados ou em união estável ($n=225$, 61,8%) e tinham filhos e/ou estavam grávidas ($n=300$, 82,4%). Relativamente à raça com a qual se identificavam, a distribuição foi a seguinte: branca, $n=182$ (50,0%); parda, $n=119$ (32,7%); preta, $n=52$ (14,3%); indígena, $n=2$ (5,0%) e amarela, $n=9$ (2,5%).

Um pouco mais de um quarto dos participantes ($n=95$, 26,1%) era profissional de saúde, sendo que destes, 42 (11,5% da amostra total), são “profissionais da linha de frente”, ou seja, com contacto direto com doentes.

Validade de constructo

Para estabelecer a validade do construto, foi feita uma divisão aleatória da amostra em duas subamostras; com uma delas, procedeu-se a AFE ($n=192$; 52,7%) e, com a outra, a AFC ($n=172$; 43,3%). A idade média ($33,29 \pm 10,41$ vs. $32,91 \pm 9,68$; $t=0,311$, $p=0,756$) e as proporções de sexo feminino (91,3% vs. 90,4%; $X^2=0,002$, $p=0,557$), de ter filhos (55,5% vs. 45,0%; $X^2=3,474$, $p=0,073$), de ser profissional de saúde (22,4% vs. 30,2%; $X^2=2,889$, $p=0,067$) e de ser de raça preta/parda (91,3% vs. 90,4%; $X^2=0,002$, $p=0,557$) não variaram significativamente nestas duas subamostras, confirmando a sua equivalência.

Preliminarmente à AFE verificou-se que o KMO foi igual a 0,860 e que o teste de Bartlett resultou em significativo ($p < 0,001$).

A exploração da análise fatorial, efetuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um), resultou em apenas um componente, com uma variância explicada de 55,49%. O gráfico correspondente ao scree plot de Catell apresenta-se abaixo (figura 1).

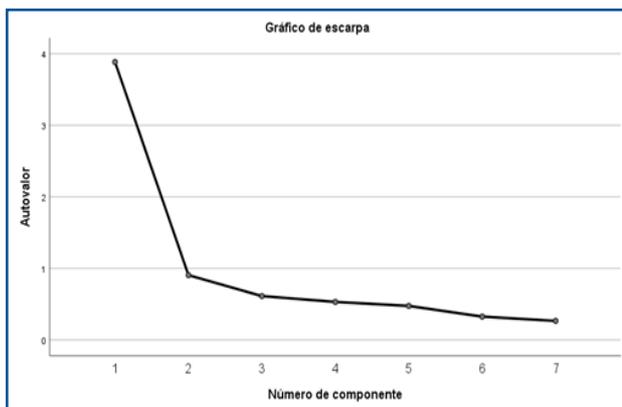


Figura1: Scree plot de Catell da EMC19 (N=192). Brasil, 2021.

Também a observação do scree plot favorece a opção por uma estrutura unidimensional.

A Tabela 1 corresponde à matriz fatorial obtida com os itens dispostos por ordem decrescente do respectivo peso no (único) fator. Com esta subamostra, o coeficiente alpha de consistência interna foi de $\alpha=0,865$.

Tabela 1: Matriz fatorial relativa a EMC-19 e respectivos pesos no TAA-25 (N=364). Brasil, 2021

Itens	Carga factorial
2. Fico desconfortável só de pensar no coronavírus-19	0,811
7. O meu coração dispara quando penso que posso pegar o coronavírus-19	0,797
1. Tenho muito medo do coronavírus-19	0,790
4. Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19	0,767
5. Ao assistir a notícias e histórias sobre o coronavírus-19 na comunicação social, fico nervoso/a ou ansioso/a	0,696
6. Não consigo dormir porque estou preocupada com a possibilidade de pegar o coronavírus-19	0,672

Com a AFC obteve-se, a partir do modelo inicial unidimensional com os sete itens, índices de ajustamento insatisfatórios (tabela 2). Depois de correlacionados quartos pares de erros de itens (1 e 2, 1 e 7, 3 e 6 e 6 e 7) com índices de modificação superiores a 1140, houve um ajustamento globalmente muito bom (tabela 2, figura 2). O coeficiente alpha de Cronbach nesta subamostra (n=172) foi de $\alpha=0,898$.

Tabela 2: Índices de ajustamento da EMC-19 aos modelos testados (N=364). Brasil, 2021

Modelos	Índices	$\chi^2/g.l$	RMSEA	CFI	TLI	GFI
Modelo inicial	Índices de ajustamento	4,996	0,111	0,884	0,826	0,864
	Interpretação dos valores [23]	Sufrível	Inaceitável	Sufrível	Sufrível	Sufrível
Modelo final*	Índices de ajustamento	2,135	0,061	0,981	0,960	0,965
	Interpretação dos valores [23]	Bom	Aceitável	Muito bom	Muito bom	Muito bom

Notas: $\chi^2/g.l$ = razão entre o qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl); RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation. CFI= Comparative Fit Index; TLI= Tucker-Lewis Index; GFI=Goodness of Fit Index. * Com quatro pares de erros correlacionados

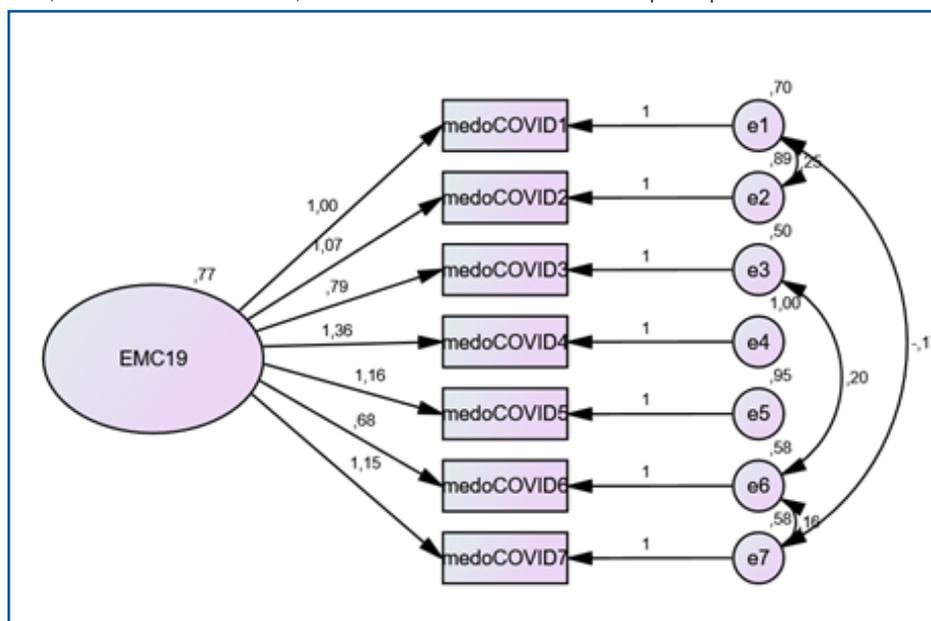


Figura 2: Análise fatorial confirmatória do modelo final da EMC-19, com 4 pares de itens correlacionados (N=364). Brasil, 2021.

O coeficiente alpha de Cronbach na amostra total (N=364) foi de $\alpha=0,876$.

A tabela 3 apresenta, além da pontuação média e desvio padrão de cada item, o alfa de Cronbach se cada item for excluído e a correlação item-total corrigido. Verificou-se que todos os itens da escala contribuem para

a consistência interna, pois apresentaram correlações item-total corrigido superiores 0,40, variando de 0,589 (item 6) a 0,709 (item 7) e que a exclusão de cada um faria com que o alfa de Cronbach da escala total/ diminuísse ligeiramente.

Tabela 3: Correlações item-total corrigido e coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item (N=364) e pontuação média e desvio padrão de cada item da Escala de Medo da COVID-19 (EMC-19). Brasil, 2021

Itens da Escala de Medo da COVID-19 (EMC-19)	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach excluindo o item
1. Tenho muito medo do coronavírus-19.	3,70	1,213	0,688	0,849
2. Fico desconfortável só de pensar no coronavírus-19.	3,31	1,353	0,708	0,846
3. As minhas mãos ficam húmidas quando penso no coronavírus-19.	1,54	0,971	0,608	0,861
4. Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19.	3,16	1,521	0,675	0,853

A pontuação total média na EMC19 foi de 18,53 ($\pm 6,63$), com uma variação de 7 a 35, ou seja, equivalente à variação teórica.

Na tabela 4 apresentamos os valores correspondentes aos percentis (e quartis) nesta amostra.

forem considerados apenas os “profissionais da ponta”, será possível notar que estes apresentam pontuações significativamente mais reduzidas de medo da COVID-19 ($16,40 \pm 6,31$) do que o restante da amostra ($18,80 \pm 6,62$) [$t=-2,218$ (362), $p=0,027$].

Tabela 4: Valores correspondentes aos Percentis 5, 10, 15, 25, 50, 75, 85, 90 e 95 da EMC-19 (N=364). Brasil, 2021.

Percentil	EMC-19
5	8,0000
10	10,0000
15	11,0000
25	13,0000
50	18,0000
75	24,0000
85	26,0000
90	28,0000
95	29,7500

A pontuação total média foi significativamente mais elevada no sexo feminino ($18,76 \pm 6,62$) do que no sexo masculino ($16,03 \pm 6,26$) [$t= 2,243$ (362), $p=0,026$].

Já por grupos etários, organizados em duas categorias, com idade inferior a 35 anos ($n=192$, 52,7%) vs. superior a 36 anos ($n=172$, 47,2%), não se verificou diferença significativa na pontuação total média na EMC19 [$t= 2,017$ (362), $p=0,065$].

Ter filhos, não ter filhos ou estar grávida também não parece influenciar o medo da COVID19, medido pela EMC19 [$t= 1,200$ (362), $p=0,231$].

A raça, categorizada em branca ($n=182$, 50,0%) vs. outras ($n=171$, 47,0%), também não resultou em pontuações significativamente diferentes de medo da COVID19 [$t= -1,386$ (351), $p=0,167$].

Quando comparados a outras categorias profissionais, verifica-se que os profissionais da saúde não apresentaram pontuações superiores no total da EMC19 [$t= -0,524$ (362), $p=0,601$]. No entanto, se

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou garantir a validade e confiabilidade da Escala de Medo da COVID-19, através de sua versão traduzida e validada para o português (Brasil), enquanto medida da gravidade do medo da COVID-19 entre uma população de adultos brasileiros, segundo variáveis psicométricas.

Os resultados confirmaram a validade de construto da estrutura unidimensional da EMC-19, bem como a sua boa consistência interna. Para além disso, apresentam-se os valores normativos, médias e percentis, que podem ser usados para comparar as pontuações de indivíduos ou grupos, inclusive entre países²³.

As boas propriedades psicométricas da escala oferecem confiança, rigor e objetividade na avaliação deste importante componente da saúde mental da população durante a pandemia, tanto na clínica como na investigação^{23,42,43}.

Não foram encontradas diferenças significativas nas pontuações quando comparadas segundo as variáveis sociodemográficas selecionadas no estudo, com exceção ao gênero. Ser mulher, também foi uma variável que se mostrou associada a maiores níveis de medo da COVID-19, nos resultados obtidos em outros estudos que utilizaram a FCV-19S, assim como estar casado⁴⁴⁻⁴⁶. Por outro os dados do presente estudo também corroboram os achados da literatura com relação escolaridade que não influenciou a percepção de medo das pessoas que integraram a amostra^{23,44,47}.

É importante destacar que o medo representa um estímulo fortemente associado ao desencadeamento da resposta ao estresse que, por sua vez, interfere no processo adaptativo frente a situações potencialmente ameaçadoras da vida⁴⁸.

A capacidade de resposta ao estresse é uma característica individual. Há pessoas que apresentam robustez ao estresse. Ou seja, são capazes de compreender sua experiência, acionam estratégias efetivas de autorregulação emocional e se adaptam com sucesso⁴⁸⁻⁵⁰.

Outras, por sua vez, apresentam um enfrentamento mal adaptativo que, além da negação ou naturalização do estresse, incluem-se condutas e atitudes como trabalhar demais; hiperatividade; uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas; comer excessivamente; cultivar pensamentos disfuncionais e depressivos^{48,50}.

Verificou-se que o grupo de profissionais de saúde, particularmente os que atuam em linha diferente, apresentam níveis do medo da COVID-19 mais baixos, o que pode estar relacionado com um fenômeno de dessensibilização ou habituação, relacionadas com a diminuição do medo e com mudanças cognitivas⁴⁹. Ou seja, um conjunto de estratégias para o enfrentamento, que algumas pessoas acabam desenvolvendo na tentativa de manter o equilíbrio e lidar com as pressões da vida^{49,50}.

Por outro lado, estes baixos níveis de medo podem constituir um dos sinais de enfrentamento mal adaptativo que, em situações mais prolongadas, pode levar ao adoecimento físico e mental^{49,50}.

Acrescenta-se que os indivíduos que apresentaram baixo nível de medo podem não aderir às medidas sanitárias recomendadas para a prevenção da COVID-19, aumentando a exposição ao risco de adoecer¹⁸.

Além dos riscos pessoais envolvidos na prestação dos serviços, os profissionais de saúde não têm, num futuro imediato, uma previsão sobre o término desta situação de pressão e sobrecarga psicoemocional.

Desta forma, é imprescindível a adoção de medidas preventivas e assistenciais em momento oportuno, considerando-se que o contexto da pandemia por si, interfere com os níveis de estresse e pode agravar a saúde mental dos indivíduos já predispostos a transtornos de ordem psicoemocional⁵¹.

Duan & Zhu (2020)⁵², propõem que as intervenções direcionadas ao cuidado à saúde mental, sejam amplas e baseadas na avaliação criteriosa de fatores de risco, tais como antecedentes de sofrimento mental, vivência de luto, autolesão ou comportamentos violentos em relação a outras pessoas, pânico, separação da família e baixa renda familiar.

A experiência emocional de profissionais da saúde, bem como o enfrentamento adaptativo ao estresse representam importantes questões para estudos futuros, tendo em vista que estilos de enfrentamento e de crescimento psicológico são importantes para a manutenção da saúde mental de todos⁴².

É importante compreender que a maior percepção de medo pode repercutir como um elemento motivacional na adoção de comportamento preventivos, que constituem uma resposta positiva e funcional no que diz respeito à contenção do avanço da pandemia^{26,53}. Entretanto, estes indivíduos com maiores níveis de medo podem adotar medidas preventivas equivocadas e não fundamentadas em evidências científicas, tornando-se mais suscetíveis à infecção¹⁸, bem como ao desenvolvimento de transtornos mentais mais severos⁵¹.

Estes resultados sobrepõem-se aos de outros estudos de validação realizados no Irã, Nova Zelândia, Paraguai, Rússia, Arábia Saudita, Canadá, França, Itália, Bangladesh, Israel²⁸⁻³⁶; dentre os quais, foram incluídas escalas de depressão e/ou ansiedade para testar a validade convergente, com associações positivas, significativas e de magnitude moderada.

A disponibilidade de um instrumento válido e fidedigno, subsidiará estudos correlacionais futuros, já em curso, de forma a contribuir para a melhor compreensão dos correlatos do medo da COVID-19. Estes estudos correlacionais poderão servir também para validação adicional do instrumento.

Os achados do presente estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Primeiramente, não se trata de um estudo populacional e, portanto, os resultados se aplicam tão somente à amostra selecionada e não permitem generalizações. A amostra foi majoritariamente representada pelo sexo feminino, o que afeta a sua representatividade. A coleta dos dados, através das redes sociais, embora facilite o recrutamento de voluntários para a pesquisa, pode induzir a um viés de seleção, sob o ponto de vista de variáveis sociodemográficas, como escolaridade e nível socioeconômico, não se podendo excluir que os problemas sociais e fatores de conveniência podem ter influenciado as respostas dos participantes ao questionário.

Ressalta-se que não foi devidamente analisada a estabilidade temporal, tendo em vista que tal análise exige um prazo mais longo que permita dispor de um instrumento válido para este quesito. Ou seja, considera-se que, dada a sua premência, não se justificava esperar dois meses para o reteste.

Estudos futuros também devem avaliar se indivíduos com condições médicas subjacentes associadas a um maior risco de morte por COVID-19 (por exemplo, diabetes, hipertensão, doença cardíaca coronariana, condições respiratórias pré-existentes) podem apresentar aumento níveis de medo COVID-19.

Importa recolher uma amostra mais representativa da população brasileira, para confirmar os resultados preliminares fornecidos pelo presente estudo. No entanto, a evidência de que as pontuações totais no EMCV-19 não se distinguem significativamente por idades, sugere que a EMC-19 possa ser usada para avaliar o medo da COVID-19 entre indivíduos de língua portuguesa. As frases utilizadas em cada um dos itens são exatamente iguais nas versões em português do Brasil e de Portugal, de forma a viabilizar estudos multicêntricos e transculturais.

■ CONCLUSÃO

A Escala do Medo do Covid-19 (EMC-19) em sua versão em português (Brasil) é uma ferramenta confiável e válida para avaliar a gravidade do medo de COVID-19 entre adultos brasileiros.

O processo de validação da EMC-19 demonstrou a validade de construto e consistência interna do questionário, caracterizando-se pela robustez de suas qualidades psicométricas.

A EMC-19 constitui um instrumento de fácil aplicação por parte das equipes de saúde, que permitirá avaliar comportamentos diante da pandemia COVID-19, de forma a proporcionar subsídios para o cuidado à saúde mental, desde o planejamento até a implementação de ações preventivas, educativas e de reabilitação que objetivem a superação do medo e dos impactos das perturbações psicoemocionais da COVID-19.

Declaração de conflito de interesse

Declara-se a ausência de conflito de interesse, visto que até o presente momento é desconhecida a existência de conflitos, seja de ordem financeira ou outro.

Contribuições dos autores

Todos os autores contribuíram para a concepção e delineamento do estudo. Preparação de material, coleta e análise de dados foram realizadas por Monalisa N S Barros, Ana Telma Pereira, Marcella Aguiar e Antônio Macedo. O primeiro rascunho do manuscrito foi escrito por Monalisa N S Barros e Ana Telma Pereira. Todos os autores comentaram versões anteriores do manuscrito. Maria Inês Puccia fez a revisão final do artigo. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Copenhagen (DK): Mental health and COVID-19. c2020 [cited 2020 Mai 20]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>
2. Basso M. [Internet]. Brasil: Subnotificação dificulta combate à COVID-19 no Brasil. c2020 [acesso 2020 abr 1]. Deutsche Welle. [about 1 screen]. Available from: <https://www.dw.com/pt-br/subnotificação-dificulta-combate-à-covid-19-no-brasil/a-52919120>
3. Brasil. Ministério da Saúde [internet]. Brasília (DF): COVID-19 - Painel Coronavírus. c2021 – [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Coronavirus Resource Center [Internet]. Baltimore (MD): Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. c2021- [cited 2021 Aug 25]. Available from: <http://coronavirus.jhu.edu/map.html>
5. Reliefweb [Internet]. Copenhagen (DK): Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak; c Jun 14 2020 [cited 2020 Jul 28]. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); [about 1 screen]. Available from: https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/mental-health-and-psychosocial-response-during-covid-19-outbreak-une?gclid=CjwKCAjw4KyJBhAbEiwAaAQbE4bStb-EEqrXv-LGA3rzH8Z2gl96dU1fXigYT2DxhB8_rWMTwuwHShoCXYgQAvD_BwE
6. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 42(3): 232-235.
7. Slaikou KA, Mejía MC, López MEG. *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. 2a ed. México: Manual Moderno; 1996.
8. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(7): 611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
9. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commissions: The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018; 392(10157):1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
10. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*. 2020; 180 (6): 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
11. Mamun MA, Griffiths MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 51: 102073. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073>
12. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, behavior, and immunity*. 2020; 87: 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>
13. World Health Organization [Internet]. Copenhagen (DK): Mental health and COVID-19. c2020 [cited 2020 Mai 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
14. Carbone, SR. Flattening the curve of mental ill-health: The importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19. *Mental Health & Prevention*. 2020; 19:200185. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200185>

15. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh, MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian journal of psychiatry*. 2020; 49:101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>
16. Griffiths MD, Mamun MA. COVID-19 suicidal behavior among couples and suicide pacts: Case study evidence from press reports. *Psychiatry Research*. 2020; 289: 113105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113105>
17. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 395: 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
18. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*. 2020; 4: 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
19. de Hoog N, Stroebe W, de Wit JB. The processing of fear-arousing communications: How biased processing leads to persuasion. *Social Influence*. 2008; 3(2): 84–113. <https://doi.org/10.1080/15534510802185836>
20. Delumeau J. História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras; 1989.
21. Pappas G, Kiriakos IJ, Giannakis P, Falagas ME. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*. 2009; 15(8), 743–747. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x>
22. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
23. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
24. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. 2020; 2(1): 58–63.
25. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3): 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
26. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
27. Witte K, Allen M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*. 2020; 27(5): 591-615.
28. Soraci P, Ferrari A, Abbiati FA, Del Fante E, De Pace R, Urso A et al. Validation and psychometric evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00277-1>
29. Winter T, Riordan BC, Pakpour AH, Griffiths MD, Mason A, Poulgrain JW et al. Evaluation of the English Version of the Fear of COVID-19 Scale and Its Relationship with Behavior Change and Political Beliefs. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00342-9>
30. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 fear in Eastern Europe: validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00283-3>
31. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satici SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>
32. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric properties of a Spanish version of the Fear of COVID-19 Scale in general population of Lima, Peru. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
33. Bitan DT, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*. 2020; 289:113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>
34. Alyami M, Henning M, Krägeloh CU, Alyami H. Psychometric evaluation of the Arabic version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00316-x>

35. Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The Fear of COVID-19 Scale: Validation in Spanish university students. *Psychiatry Research*. 2020; 293: 113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>
36. Mailliez M, Griffiths MD, Carre A. Validation of the French Version of the Fear of COVID-19 Scale and its Associations with Depression, Anxiety and Differential Emotions. *Research Square*. 2020. DOI: 10.21203/rs.3.rs-46616/v1.
37. Kaiser HF. The varimax criteria for analytical rotation in factor analysis. *Psychometrika*. 1958; 23:141-5.
38. Cattell, RB. The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*. 1966; 1 (2): 245-276.
39. Kline P. *The handbook of psychological testing*. 2a ed. London and New York: Routledge; 2000.
40. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. 6a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
41. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7a ed. Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber; 2018.
42. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*. 2020; 48(6): 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
43. Faro A, Bahiano MDA, Nakano TDC, Reis C, Silva BFPD, & Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2020. 37: 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
44. Bakioğlu F, Korkmaz O, & Ercan H. Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. (2020). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>
45. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi JR, Prasanna JS, & Mahajan SV. Assessing coronavirus fear in indian population using the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00332-x>
46. Tsiropoulou V, Nikopoulou VA, Holeva V, Nasika Z, Diakogiannis I, Sakka S, Par-lapani E. Psychometric properties of the Greek Version of FCV-19S. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8>
47. Sakib N, Bhuiyan AKMI, Hossain S, Al Mamun F, Hosen I, Abdullah AH, Mamun MA. Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00289-x>
48. Raio CM, & Phelps EA. The influence of acute stress on the regulation of conditioned fear. *Neurobiology of Stress*. 2015; 1: 134-146. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.11.004>
49. Benito KG, Walther M. Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015; 6:147–57.
50. Kabat-Zinn, Jon. *Viver a catástrofe total*. 2ª.Ed. São Paulo: Palas Athena; 2019.
51. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, & Benedek, DM. Public re-sponses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020; 74(4): 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
52. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300-302. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
53. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the corona-virus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 74:102258.

Abstract

Introduction: fear is one of the main factors associated with psychopathological disorders evidenced in the context of the COVID-19 pandemic.

Objective: translate and validate Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) into Portuguese Brazilian version, named Covid-19 Fear Scale (EMC-19).

Methods: cross-sectional study with 364 individuals recruited through social networks, considering as inclusion criteria: being over 18 years old and fluent in Portuguese. After participant consent an electronic form was completed, which included the preliminary Portuguese version and EMC-19, in addition to sociodemographic variables. Data processing was performed using the SPSS 26 version. For parametric measures, Pearson's coefficient and Student's T were used, and for non-parametric measures the U of Mann Whitney. The magnitude of the correlation coefficients was classified according to Cohen's criteria and the confirmatory factor analysis using AMOS 26.0. For internal consistency, Cronbach's alpha.

Results: mean age of 33.11 years ($\pm 10,047$), most of them female ($n=332$; 91,2%), with higher education ($n=286$; 78,6%), married ($n=225$, 61,8 %) and with children ($n=300$, 82,4%). Exploratory factorial analysis/EFA and confirmatory factor analysis/CFA made. Only one component emerged from the CFA, with an explained variance of 55,49%, resulting in a one-dimensional model with satisfactory adjustment indexes ($\chi^2/df=2,135$; RMSEA=0,061; CFI, TLI, GFI<0,095). Cronbach's alpha coefficient is 876.

Conclusions: the construct validity of the one-dimensional structure of the EMC-19 was demonstrated, as well as its good internal consistency.

Keywords: COVID-19, fear, psychometry, validation study.

©The authors (2021), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.