

# FATORES ASSOCIADOS AO TESTE POSITIVO DE COVID-19 NO NÚCLEO FAMILIAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL

## FACTORS ASSOCIATED WITH POSITIVE COVID-19 TESTING IN THE FAMILY CENTER: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Amanda Vitória Bezerra do Nascimento<sup>1</sup>; Victória Evellyn de Oliveira Vasques<sup>1</sup>; Laryssa Marques da Silva Araújo<sup>2</sup>; Pedro Vitali Kammer<sup>3</sup>; Michele Bolan<sup>4</sup>; Carla Massignan<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Odontologia – Universidade de Brasília (UNB)

<sup>2</sup>Aluna de Pós-graduação em Odontologia – Universidade de Brasília (UNB)

<sup>3</sup>Aluno de Pós-graduação em Odontologia – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

<sup>4</sup>Professora Doutora do Curso de Odontologia – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

<sup>5</sup>Professora Doutora do Curso de Odontologia – Universidade de Brasília (UNB)

### RESUMO

**Introdução:** A COVID-19 pode ser caracterizada como uma doença de alta transmissibilidade e facilidade de contágio, a qual pode ocasionar desde sintomas leves até síndromes respiratórias graves e/ou morte. As crianças, assim como os adultos, estão sujeitas a infecção pelo vírus, mas tendem a ser assintomáticas ou apresentar sintomas mais leves. Em vista disso, os testes diagnósticos são realizados com menos frequência em crianças, subestimando o número real de casos infantis. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi investigar possíveis fatores associados ao teste positivo para COVID-19 em crianças de 3 a 10 anos e/ou no núcleo familiar. **Materiais e Métodos:** para isso, foi aplicado um questionário a adultos responsáveis por crianças entre 3 e 10 anos de idade, residentes no Brasil. **Resultados:** das 541 respostas, 466 foram validadas de acordo com os critérios de elegibilidade. Por meio de análises de regressão, foi identificado que sentir-se frequentemente preocupado em ter contraído a doença aumentou em 2,23 vezes a chance de ter testado positivo (OR: 2,23; 95% IC: 1.25-3.98; P<0.01). Ficar em casa com um funcionário enquanto os responsáveis não estão, aumentou em 1,92 vezes a chance da criança ou alguém do núcleo familiar ter testado positivo para COVID-19 (OR: 1,92; 95% IC: 1.08-3.38; P= 0.02). **Conclusão:** o número de testes positivos para COVID-19 em crianças de 3 a 10 anos e/ou núcleo familiar foi associado com uma maior preocupação em ter contraído a doença, e com a presença de funcionários

e/ou parentes como cuidadores da criança na ausência do responsável.

**Palavras-Chave:** Estudos Transversais; COVID-19; Teste para COVID-19; Pandemia; Inquéritos e Questionários.

### ABSTRACT

**Background:** COVID-19 can be characterized as a highly transmissible and easily contagious disease, which can cause everything from mild symptoms to severe respiratory syndromes and/or death. Children, like adults, are subject to infection by the virus, but they tend to be asymptomatic or have milder symptoms. As a result, diagnostic tests are performed less frequently on children, underestimating the real number of childhood cases. **Objective:** the objective of this study was to investigate possible factors associated with a positive test for COVID-19 in children aged 3 to 10 years and/or in the family. **Materials and Methods:** for this, a questionnaire was administered to adults responsible for children between 3 and 10 years of age, living in Brazil. **Results:** of the 541 responses, 466 were validated according to the eligibility criteria. Through regression analysis, it was identified that frequently feeling worried about having contracted the disease increased the chance of having tested positive by 2.23 times (OR: 2.23; 95% CI: 1.25-3.98; P<0.01 ). Staying at home with a member of staff while those responsible are away increased the chance of the child or someone in the family unit testing positive for

COVID-19 by 1.92 times (OR: 1.92; 95% CI: 1.08-3.38; P = 0.02). **Conclusion:** the number of positive tests for COVID-19 in children aged 3 to 10 years and/or family members was associated with greater concern about having contracted the disease, and with the presence of employees

and/or relatives as caregivers of the child in the absence of the person responsible.

**Keywords:** Cross-Sectional Studies; COVID-19; COVID-19 Testing; Pandemics; Surveys and Questionnaires.

Contato: carla.massignan@unb.br

ENVIADO: 15/03/2023  
ACEITO: 07/12/2023  
REVISADO: 14/12/2023

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 pode ser caracterizada como uma doença de alta transmissibilidade e facilidade de contágio<sup>1</sup>, a qual pode ocasionar desde sintomas leves até síndromes respiratórias graves e/ou morte<sup>2</sup>.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020, e logo em seguida, no dia 11 de março de 2020, a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3</sup>.

Diante do contexto pandêmico, medidas de isolamento social, como o home-office, o ensino remoto e o fechamento de comércios não essenciais, foram adotadas com o intuito de diminuir a transmissão e erradicar a doença<sup>4,5</sup>. Alterações na rotina da população e a diminuição do contato social acarretaram prejuízos psicológicos<sup>6,7</sup>. Os efeitos gerados trouxeram consequências não apenas de nível individual, mas também, se estenderam às pessoas que dependem de cuidados, como as crianças<sup>8</sup>.

Estudos anteriores demonstraram que as crianças, assim como os adultos, estão sujeitas a infecção pelo vírus da COVID-19, mas tendem a ser assintomáticas ou apresentar sintomas mais leves<sup>9,10</sup>. Em vista disso, os testes diagnósticos são realizados com menos frequência em crianças, subestimando o número real de casos infantis<sup>9</sup>.

É de extrema importância conhecer as consequências ocasionadas pela pandemia da COVID-19, a fim de amenizar e reverter os efeitos negativos na saúde populacional. Diante disso, o objetivo deste estudo foi investigar possíveis fatores associados ao

teste positivo para COVID-19 em crianças e/ou no núcleo familiar.

## MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa transversal foi reportada seguindo as diretrizes do Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE)<sup>11</sup>. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB), com número CAAE 39654620.5.0000.0030.

### Amostra

Os participantes elegíveis para a pesquisa foram adultos responsáveis por crianças entre 3 e 10 anos de idade, residentes no Brasil. Respondentes menores de 18 anos de idade foram excluídos da amostra. Os participantes foram convidados via Whatsapp, Facebook e Instagram a responder um questionário desenvolvido na plataforma Google Forms.

Os participantes não tiveram nenhum tipo de incentivo monetário, e todos foram voluntários para o estudo. A identificação por meio do e-mail foi opcional e todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, quando de acordo, receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados entre 4 de março e 7 de abril de 2021.

### Questionário

O questionário foi composto por dados de caracterização da amostra (idade, gênero, idade dos filhos), perguntas que analisavam

a ansiedade dos cuidadores e preocupação em contrair COVID-19, questões sobre teste positivo de COVID-19 no núcleo familiar, e por fim, o retorno das crianças às aulas presenciais. Os dados foram obtidos através de perguntas objetivas e as respostas foram dadas em escala Likert de cinco pontos, variando de 0 (muito menos que antes da pandemia) a 4 (muito mais que antes da pandemia). Uma pergunta específica foi incluída no início do questionário a fim de garantir apenas a participação de responsáveis por crianças entre 3 e 10 anos de idade. O questionário completo está disponível no site Open Science Framework sob DOI 10.17605/OSF.IO/DKUGP e pode ser acessado pelo link [https://osf.io/dkugp/?view\\_only=c68ad7c75d5e4a0fa976c91a2fd396a9](https://osf.io/dkugp/?view_only=c68ad7c75d5e4a0fa976c91a2fd396a9).

O inquérito teve enfoque na faixa etária de 3 a 10 anos de idade pois sucedeu-se a partir dos estudos prévios<sup>12, 13</sup>. Um estudo piloto foi realizado com sessenta e cinco famílias, as quais foram incluídas nos dados finais, uma vez que não houveram alterações no levantamento.

### Cálculo Amostral

Considerando a natureza da pesquisa a partir de questionários on-line distribuídos por meio de redes sociais, a amostra foi de conveniência. Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a proporção de pais com alteração de humor/estresse de 85,8% retirada de um estudo anterior com nível de confiança de 95% e erro padrão de 5%<sup>14</sup>. Um fator de correção de 1,5 foi usado para compensar as diferenças populacionais entre as regiões do país. A amostra foi ajustada em 20% para compensar a perda ou não adesão ao questionário, totalizando uma amostra mínima de 352 participantes.

### Análise Estatística

Os dados coletados a partir do questionário foram tabulados no Microsoft Excel. A variável dependente foi Teste positivo para COVID-19 (“Você ou alguém do seu núcleo familiar testou positivo para o Covid-19? Se sim, quem testou positivo?”). A variável foi reclassificada para medidas dicotômicas, em que 0 = não testou positivo/ não sei/ não fez o teste/ teste positivo no núcleo expandido; e

1= teste positivo no núcleo familiar. Entendeu-se como núcleo familiar aquele composto por criança, pai, mãe e irmão(s) da criança; já tios, avós e primos foram considerados como núcleo expandido e foram alocados na classificação “Não testou positivo no núcleo familiar”.

As variáveis independentes foram: preocupação em ser infectado com o vírus da COVID-19; renda familiar (considerando que o salário mínimo brasileiro em abril de 2021 era de \$200 dólares); escolaridade, sexo e idade do responsável; situação de emprego do responsável durante o distanciamento social; quem toma conta da criança na ausência dos responsáveis; permitir a criança brincar/praticar atividades físicas com outras crianças em ambientes públicos; permitir a criança frequentar a casa de amigos/familiares; levar a criança para lojas, mercados, shoppings e similares; dificuldades em manter a criança utilizando a máscara; retorno das aulas presencial na região onde reside. As variáveis independentes foram reclassificadas para escala *Likert*<sup>15</sup>.

No programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), realizou-se inicialmente as análises descritivas e regressão logística não ajustada com estimativa de razão de odds (RO), adotando intervalo de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%. Em seguida, todas as variáveis independentes com valor de  $p < 0,20$  foram consideradas importantes para explicar o desfecho e selecionadas para a análise ajustada. Por fim, apenas as variáveis com valor final de  $p < 0,05$  foram apontadas como fatores associados ao teste positivo de COVID-19 no núcleo familiar.

### Resultados

Um total de 541 responsáveis responderam ao questionário. Destes, dez foram excluídos por serem duplicados (identificados por meio da data de nascimento e/ou e-mail) e 65 foram excluídos pela idade das crianças. Assim, 466 respostas foram consideradas elegíveis. A maior parte dos respondentes era proveniente da região Sul do país (264/ 56,7%), frequentemente se preocupava em ter contraído COVID-19 (362/ 77,7%), tinham 12 anos de estudo ou mais (437/ 93,8%) e com renda familiar de onze salários mínimos ou mais (238/ 51,1%). Além disso, a

maioria das crianças estavam matriculadas em escola privada (389/ 83,5%). A média de idade das crianças foi de 5,4 anos (desvio padrão 2,1) e dos responsáveis foi de 39,2 anos

(desvio padrão 5,1). A prevalência de teste positivo para a COVID-19 no núcleo familiar foi de 27,6% (n=128). As características dos participantes estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=466).

Variáveis	n	%
<b>Região Brasileira</b>		
Centro-Oeste	122	26.2
Norte	5	1.1
Nordeste	17	3.6
Sul	264	56.7
Sudeste	58	12.4
<b>Teste Positivo para COVID-19</b>		
SIM (núcleo familiar)	128	27.5
NÃO (não testou positivo/ não sei/ não fez o teste/ núcleo expandido)	338	72.5
<b>Preocupação em ter contraído COVID-19</b>		
Nunca/raramente	104	22.3
Frequentemente	362	77.7
<b>Renda domiciliar (salário mínimo brasileiro)</b>		
≥11	238	51.1
4-10	198	42.5
≤3	30	6.4
<b>Escolaridade do responsável (anos de estudo)</b>		
<12	29	6.2
≥12	437	93.8
<b>Sexo do responsável</b>		
Masculino	56	12.0
Feminino	410	88.0
<b>Sexo da criança</b>		
Masculino	234	50.2
Feminino	232	49.8
<b>Regime de trabalho durante a pandemia</b>		
Home office	212	45.5
Manteve a rotina de trabalho	108	23.2
Não trabalhou/ perdeu o emprego	46	9.9
Reduziu horas/ procurou renda extra	100	21.5

<b>Quem cuida da criança na ausência do responsável</b>		
Fica sozinha/ sai com o responsável	122	26.2
Funcionário/ parente	157	33.7
Outros	187	40.1
<b>Permitiu a criança brincar/praticar atividades físicas com outras crianças em ambientes públicos</b>		
Menos do que antes da pandemia	409	87.8
Mesma frequência de antes/ mais do que antes da pandemia	57	12.2
<b>Permitiu a criança frequentar a casa de amigos/familiares</b>		
Menos do que antes da pandemia	421	90.3
Mesma frequência de antes/ mais do que antes da pandemia	45	9.7
<b>Levou a criança para lojas, mercados, shoppings e similares</b>		
Menos do que antes da pandemia	447	95.9
Mesma frequência de antes/ mais do que antes da pandemia	19	4.1
<b>Dificuldade em manter a criança utilizando a máscara</b>		
Nunca/ raramente	271	58.2
Ocasionalmente	116	24.9
Frequentemente	79	17.0
<b>Regime escolar</b>		
Ensino remoto/ Educação em casa/ Nenhum	123	26.4
Presencialmente	343	73.6
<b>Rede de ensino</b>		
Não frequentou a escola	11	2.4
Pública	50	10.7
Escola privada com bolsa de estudos	16	3.4
Privada	389	83.5

O resultado da análise de regressão identificou que sentir-se frequentemente preocupado em ter contraído a doença aumentou em 2,23 vezes a chance de ter testado positivo (Odds Ratio [OR]: 2,23; 95%IC: 1.25-3.98; P<0.01). Ficar em casa com

um funcionário enquanto os responsáveis não estão, aumentou em 1,92 vezes a chance de alguém do núcleo familiar ter testado positivo para Covid-19 (OR: 1,92; 95% IC: 1.08-3.38; P= 0.02) (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre Teste positivo para COVID-19 e covariáveis.

Variáveis	Odds Ratio (OR) Não ajustado (95%CI)		Odds Ratio (OR) Ajustado (95%CI)	
	Teste positivo para COVID-19 *	p valor	Teste positivo para COVID-19 *	p valor
<b>Preocupação em ter contraído COVID-19</b>				
Nunca/raramente	1		1	
Frequentemente	1.92 (1.11-3.32)	0.01	2.23 (1.25-3.98)	<0.01
<b>Renda domiciliar (salário mínimo brasileiro)</b>				
≥11	1		1	
4-10	0.56 (0.36-0.87)	0.01	0.67 (0.41-1.08)	0.10
≤3	0.62 (0.25-1.51)	0.29	1.35 (0.44-4.03)	0.59
<b>Escolaridade do responsável (anos de estudo)</b>				
<12	1		1	
≥12	3.47 (1.03-11.67)	0.04	3.37 (0.83-13.59)	0.08
<b>Sexo do responsável</b>				
Masculino	1		1	
Feminino	1.85 (0.90-3.80)	0.09	1.49 (0.70-3.17)	0.29
<b>Idade do responsável (contínua)</b>	1.00 (0.96-1.04)	0.99		
<b>Regime de trabalho durante a pandemia</b>				
Home office	1		1	
Manteve a rotina de trabalho	1.05 (0.61-1.78)	0.85	0.89 (0.51-1.58)	0.71
Não trabalhou/ perdeu o emprego	1.05 (0.51-2.19)	0.87	1.40 (0.64-3.09)	0.39
Redução de horas/ busca de renda extra	1.61 (0.96-2.70)	0.06	1.50 (0.87-2.61)	0.14
<b>Quem cuida da criança na ausência do responsável</b>				

Fica sozinho/ sai com o responsável	1			
Funcionário/ parente	2.22 (1.32-3.74)	<0.01	1.92 (1.08-3.38)	<b>0.02</b>
Outros	0.63 (0.36-1.10)	0.11	0.62 (0.34-1.13)	0.12
<b>Permitiu a criança brincar/praticar atividades físicas com outras crianças em ambientes públicos</b>				
Menos do que antes da pandemia	1			
Mesma frequência/ mais do que antes da pandemia	1.25 (0.68-2.28)	0.45		
<b>Permitiu a criança frequentar a casa de amigos/familiares</b>				
Menos do que antes da pandemia	1		1	
Mesma frequência /mais do que antes da pandemia	1.88 (0.99-3.55)	0.05	1.75 (0.87-3.50)	0.11
<b>Levou a criança para lojas, mercados, shoppings e similares</b>				
Menos do que antes da pandemia	1			
Mesma frequência/mais do que antes da pandemia	1.57 (0.60-4.08)	0.35		
<b>Dificuldade em manter a criança utilizando a máscara</b>				
Nunca/ raramente	1			
Ocasionalmente	1.15 (0.71-1.85)	0.56		
Frequentemente	0.84 (0.47-1.85)	0.56		
<b>Regime escolar</b>				
Ensino remoto/ Educação em casa/ Nenhum	1			
Presencialmente	0.83 (0.53-1.32)	0.44		

\*Regressão logística ajustada e não ajustada (variável dependente: teste positivo para COVID-19 no núcleo familiar= 1; e não testou positivo/ não sei/ não fez o teste/ núcleo expandido= 0).

†Variáveis de ajuste com  $p < 0,20$ ; nível de significância 0,05%.

§Salário mínimo brasileiro em abril de 2021= \$200 dólares.

## DISCUSSÃO

Frente a rápida disseminação em proporção mundial da COVID-19, diversos testes foram desenvolvidos, de forma emergente, para a detecção do SARS-CoV-2. O RT-PCR (Reação de Transcriptase combinada com a Reação em Cadeia da Polimerase), considerado como padrão ouro, visa a identificação do material genético viral, enquanto os testes sorológicos verificam a existência dos anticorpos IgM e IgG, os quais são produzidos pelo organismo em resposta a presença do vírus<sup>16</sup>. Estes testes diagnósticos são indicados para indivíduos sintomáticos ou para aqueles que tiveram contato com pessoas infectadas, consistindo em uma estratégia de identificação, prevenção e controle da doença<sup>17</sup>. O presente estudo objetivou identificar, por meio de um questionário, fatores que poderiam influenciar as chances de testagens positivas. De acordo com as repostas obtidas, cerca de um quarto das crianças de 3 a 10 anos e/ou pessoas do núcleo familiar testaram positivo para COVID-19.

A preocupação em ter contraído a doença aumentou significativamente a chance de teste positivo. Este resultado concorda com o estudo de Heiat et al. (2021), o qual afirma que indivíduos aflitos em serem infectados, mesmo sem apresentar sintomas físicos da COVID-19, tendem a fazer mais exames para detecção de SARS-CoV-2, favorecendo assim, a probabilidade de testagens positivas<sup>18</sup>.

No estudo atual, deixar a criança sob os cuidados de funcionários ou parentes na ausência dos responsáveis também foi associado com uma maior quantidade de testes positivos para COVID-19. Em concordância, Chu et al. (2020) declaram que o contato físico com um maior número de pessoas fora do núcleo familiar, aumenta a chance de contaminação pelo vírus<sup>19</sup>, o que reforça a importância das medidas de distanciamento social e o uso de equipamentos de proteção individual para controlar a transmissão do vírus, descritos por Camargo et al. (2020)<sup>20</sup>.

Foi possível avaliar, por meio deste estudo, importantes variáveis para o contexto de uma doença pandêmica, no entanto, ele apresenta limitações. Apesar da amostra obtida ser maior que a exigida pelo cálculo amostral, a distribuição entre as regiões não foi

proporcional. Ademais, a amostra foi composta majoritariamente por indivíduos com renda domiciliar elevada, o que não contempla a realidade socioeconômica de toda a população brasileira. Devido a urgência de respostas sobre a COVID-19, não foi possível a validação interna do questionário, no entanto, este foi baseado em um inquérito previamente utilizado em outro artigo já publicado<sup>12</sup>. Finalmente, por se tratar de informações obtidas por meio de um questionário, o viés de memória fez-se presente no estudo. Portanto, os resultados obtidos devem ser analisados com cautela.

## CONCLUSÃO

O teste positivo para COVID-19 foi associado com uma maior preocupação em ter contraído a doença, e com a presença de funcionários e/ou parentes como cuidadores da criança na ausência do responsável. Estes fatores aumentaram as chances de testes positivos em crianças de 3 a 10 anos de idade e/ou no núcleo familiar.

## AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer os voluntários que responderam ao questionário da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Reinhardt EL. Transmission of COVID-19: a brief review of droplet and aerosol transmission routes. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2022;47.
2. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, Dahal S, Kumar H, Kv D. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J*. 2020 Dec;96(1142):753-758.
3. Malta et al. The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020;29(4).
4. Capistrano AC, Marques L, Andrade L, Christof CD, Tiburcio M, Ananias L, Anunciação L. The Possible Effects of Social Distancing

Measures: Socioeconomic and Psychological Aspects. *Cadernos de Psicologia, Ribeirão Preto*. 2022;2(2): 1-12.

5. Silva LLS, Lima AFR., Polli DA, Razia PFS, Pavão LFA, Cavalcanti MAFH, Toscano CM. Social distancing measures in the fight against COVID-19 in Brazil: description and epidemiological analysis by state. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9).

6. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado ÍE, Damacena GN, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRPD, Pina MF, Gracie R. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020427.

7. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2470.

8. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, Calazans JA, Carvalho L, Servo L, Ferreira MF. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad Saude Publica*. 2020 Jun 17;36(6):e00115320.

9. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, Zhang W, Wang Y, Bao S, Li Y, Wu C, Liu H, Liu D, Shao J, Peng X, Yang Y, Liu Z, Xiang Y, Zhang F, Silva RM, Pinkerton KE, Shen K, Xiao H, Xu S, Wong GWK; Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med*. 2020 Apr 23;382(17):1663-1665.

10. Carlotti APCP, Carvalho WB, Johnston C, Rodriguez IS, Delgado AF. COVID-19 Diagnostic and Management Protocol for Pediatric Patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2020 Apr 17;75:e1894.

11. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019 Apr;13(Suppl 1):S31-S34.

12. Chandu VC, Pachava S, Vadapalli V, Marella Y. Development and Initial Validation of the COVID-19 Anxiety Scale. *Indian J Public Health*. 2020 Jun;64(Supplement):S201-S204.

13. Waller R, Chester M, Rodriguez Y, Wagner N J. Development of the Parenting In a Pandemic Scale (PIPS). *Psyarxiv Preprints*. 2020.

14. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. 2020 Dec;110(Pt 2):104699.

15. Jebb AT, Ng V, Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Front Psychol*. 2021 May 4;12:637547.

16. Yüce M, Filiztekin E, Özkaya KG. COVID-19 diagnosis -A review of current methods. *Biosens Bioelectron*. 2021 Jan 15;172:112752.

17. Böger B, Fachi MM, Vilhena RO, Cobre AF, Tonin FS, Pontarolo R. Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *Am J Infect Control*. 2021 Jan;49(1):21-29.

18. Heiat M, Heiat F, Halaji M, Ranjbar R, Tavangar Marvasti Z, Yaali-Jahromi E, Azizi MM, Morteza Hosseini S, Badri T. Phobia and Fear of COVID-19: origins, complications and management, a narrative review. *Ann Ig*. 2021 Jul-Aug;33(4):360-370.

19. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ; COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020 Jun 27;395(10242):1973-1987.

20. Camargo MC, Martinez-Silveira MS, Lima AA, Bastos BP, Santos DL, Mota SEC, Silva RB, Toledo IP. Effectiveness of the use of non-woven face mask to prevent coronavirus infections in the general population: a rapid systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(9).