

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

MARIANA DA SILVA PACHECO

**ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS TRABALHADORES DO
CONSULTÓRIO NA RUA EM ALAGOAS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**

MACEIÓ
2021

MARIANA DA SILVA PACHECO

**ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS TRABALHADORES DO
CONSULTÓRIO NA RUA EM ALAGOAS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**

Dissertação como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

MACEIÓ
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Livia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

P116a Pacheco, Mariana da Silva.

Ansiedade e qualidade de vida nos trabalhadores do consultório na Rua em Alagoas durante a pandemia por covid-19 / Mariana da Silva Pacheco. – 2021.
100 f.:il.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 72-80

Apêndice: f. 81-89

Anexo: f. 90-100

1. Ansiedade – Trabalhadores da saúde. 2. Pandemia covid-19. 3. Qualidade de vida – Profissional da saúde. I. Título.

CDU: 616-036.21

AGRADECIMENTOS

É inevitável segurar as lágrimas ao escrever esses agradecimentos. Foram dois anos e quatro meses em busca desse objetivo. Uma pandemia e quatro meses além do esperado. Foram extremos: um ano desempregada, morando em outra cidade e sem nenhum tipo de bolsa. Cinco meses em um emprego que me devolveu as crises de ansiedade que há tanto não apareciam. Mais seis meses indo e vindo entre Maceió e Arapiraca toda semana. Seis meses trabalhando em dois lugares diferentes. Mas sempre teve uma constante: essa dissertação, esse sonho.

Ser mestranda num país que tem desvalorizado a produção acadêmica é um desafio. Fazer isso em meio às adversidades pessoais é mais difícil ainda. Eu, que raramente penso em desistir de algo, pensei em desistir do mestrado. Por vezes acreditei que esse dia era quase que inalcançável. Para isso, tive pessoas que foram minha base, meu suporte, meu refúgio e que jamais poderia deixar de citá-las aqui.

Minha mãe, como você foi importante nesse processo! Minha maior incentivadora! A que sempre olhou para mim e dizia: “você consegue. Você é desenrolada, galega. Vai passar. Tenha fé!” Suas palavras sempre ecoaram na minha cabeça, nos momentos de dificuldade. Não consigo medir em palavras o quanto eu te amo e sou orgulhosa da mulher forte que você é. Espero um dia ser para alguém metade do que você é para mim. Obrigada por tudo.

Meu pai, irmão, afilhada, sobrinha, comadre, cunhada e tia Fátima, obrigada por sempre me impulsionarem a querer um futuro melhor para mim e para nós. Painho e Edgar, obrigada por acreditarem em mim, por reverem tantas coisas com o objetivo de me acolher. Por, do jeitinho de vocês, me incentivarem a finalizar essa etapa da minha vida. Lavynia e Letícia, a presença de vocês alegrou a minha vida de uma forma que eu não sabia que sentia falta. Obrigada por esses dois presentes, Layna e Íris, e pela presença constante de vocês duas. Tia Fátima, que sempre foi minha inspiração de independência, tenha certeza que nunca esquecerei daquele abraço apertado no carnaval de 2017. Obrigada por ter sido (e continuar sendo) um porto-seguro.

Ao meu amor, Mylena Franco, obrigada por SEMPRE acreditar em mim. Até mesmo quando nem eu acredito. Por entender meus momentos de ausência e

estresse. Por ter estado ao meu lado durante todo esse percurso. Por me incentivar diariamente. Ter você por perto me faz feliz! Eu te amo.

Entrar no mestrado, e permanecer nele, foi desafiador. E para isso, contei com a ajuda de pessoas muito especiais: Flaviane, Leilane, Kayzan e Verônica. Meus quase co-orientadores rs. Agradeço pela ajuda desde a fase de montar o projeto de pesquisa, as dicas durante a seleção, como aumentar a pontuação do BAREMA, as noites em claro pensando no tema de pesquisa e as inúmeras dúvidas, mensagens no Whatsapp e ligações durante todo esse período: tenham certeza que não conseguiria sem vocês. Flavi, você foi essencial! Obrigada por tudo.

Aos queridos Laudemi Oliveira (Branco), Professor Nassib e Mateus, que me auxiliaram no desenvolvimento desta pesquisa, tiveram calma, paciência e cuidado, me explicaram detalhadamente tudo aquilo que eu tive dúvidas e sempre estiveram à disposição, independente da hora rs, o meu muitíssimo obrigada!

Ao chegar na EENF me vi perdida, sem conhecer ninguém. Então Deus foi muito bom comigo e me apresentou Firpo, Larissa, Marília e Raiane. Hoje não consigo imaginar passar por essa fase sem a presença de vocês. Meus amigos que posso usar o clichê “da UFAL pra vida” hahaha. Que nossa amizade continue além dos muros da UFAL e das obrigações acadêmicas do mestrado.

E falando em amigos, Felipe, Márcia, Bia, João e Bruno, o que seria de mim sem vocês? Sem as inúmeras vezes que precisei de um ombro amigo e vocês estavam lá. Sem as inúmeras vezes que precisei de um ponto de apoio dentro da Ufal e João me abrigou no laboratório do IQB kkkk. Sem as inúmeras vezes que tudo que eu queria era jogar conversa fora no final de semana e o Bar da Márcia estava disponível. Sem as poucas (poderiam ser mais) vezes que eu só queria ver Felipe e saía daqui para Recife para isso. Agradeço também a Amanda, Ótamis e aos amigos que não citei que, mesmo na distância física, sei que torcem por mim a cada etapa alcançada.

As “minhas PIBIC”, Christine, Daniela, Marcela e Vanessa, que estiveram comigo nos perrengues da UFAL, nas inúmeras reuniões e treinamentos, sejam eles durante o dia ou até meia-noite rs. Pelos momentos compartilhados, e o carinho e compreensão de sempre, sou muito grata a vocês.

Aos colegas de trabalho da Unidade Sentinela de Síndromes Gripais de Arapiraca e do Centro Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos de Arapiraca pelo apoio e compreensão nas diversas vezes que

precisei. Em especial a Diego Bezerra e Amanda Júlia que “seguraram o plantão” para que eu pudesse fazer uma coleta de dados ou escrever alguma coisa da dissertação que precisava ser enviada rs. Muito obrigada!

Aos trabalhadores do Consultório na Rua de Alagoas pela disponibilidade em participar e contribuir com esta tão importante pesquisa! Aos servidores da Universidade Federal de Alagoas, no nome de Monique, pela disponibilidade de sempre. As professoras Ana Paula e Regina Sales pelas incríveis contribuições para abrilhantar ainda mais este trabalho.

A professora Cicera, minha orientadora, que por tantas e tantas vezes precisamos nos ajustar e reajustar ao ritmo de trabalho e estudo uma da outra, obrigada pelos ensinamentos ao longo desses quase 2 anos e meio. Tenha certeza que saio dessa fase acadêmica outra pessoa. Afinal, segundo a parábola, o mastro é a madeira escolhida pra se tornar mais forte e ser passível de sustentar aquele navio, né? E para isso ele precisa passar por fases turbulentas. Obrigada por tanto.

À Marília Cerqueira, que por desenvolver tão bem, com tanto amor e dedicação a profissão que escolheu para vida, transformando a vida de outras pessoas pelo simples fato de nos fazer sentir ouvidas, acolhidas e compreendidas. Ter encontrado você nesse meio do caminho teve papel fundamental para que ele chegasse ao final. Obrigada!

Agradeço a **UNIVERSIDADE PÚBLICA, GRATUITA E DE QUALIDADE**, por possibilitar toda a minha formação acadêmica, transformando a realidade da minha vida e da minha família. **VIVA A CIÊNCIA! VIVA O SUS!**

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas durante a pandemia por COVID-19. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal realizado com 49 trabalhadores do Consultório na Rua de Alagoas. Os dados primários obtidos com entrevistas face a face (17) e online por vídeo chamada (32), utilizando-se: Formulário Sociodemográfico; *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Brazilian version 7.0.2); Inventário de Ansiedade de Beck; IDATE-Traço-Estado e WHOQOL-BREF. A comparação entre médias foi feita por meio de testes “t” para amostras independentes, após terem atendido ao pressuposto da homogeneidade das variâncias dos resíduos, através do teste de Levene. Quando as variáveis não demonstravam variâncias homogêneas, foi utilizada a análise de Mann-Witney. Para comparar as variáveis com três respostas entre os grupos, a análise de variância unilateral (ANOVA) foi realizada. Associações entre variáveis categóricas foram calculadas por meio do teste do qui-quadrado, ou do teste exato de Fisher. Todas as análises foram conduzidas com auxílio do software estatístico R v 3.6.1 (R Core, Vienna, Austria) com o pacote “Rcmdr”. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob número 4.198.128. **Resultados:** Mais da metade dos trabalhadores do Consultório na Rua de Alagoas são do sexo feminino, com média de idade de 37 anos. Os dados sobre ansiedade mostram que todos os trabalhadores apresentaram algum nível de ansiedade, todos possuem traço e estado de ansiedade moderado e nove pessoas atenderam aos critérios que apontam para a presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Para o escore de ansiedade, obtivemos um escore leve, com média apresentada de 11,29 ($\pm 10,08$). Quanto aos domínios de qualidade de vida a maior média apresentada foi no domínio das relações sociais (70,06, $\pm 16,48$), seguida da qualidade de vida geral (67,34, $\pm 19,40$) e do domínio psicológico (63,09, $\pm 11,66$). O domínio com menor valor foi o físico (32,33, $\pm 13,30$). A associação entre ansiedade e qualidade de vida aponta que a medida que se aumenta a avaliação sobre o meio-ambiente, pôde-se observar aumento no estado de ansiedade do indivíduo. Já quando analisado o escore de ansiedade e a qualidade de vida obtivemos uma correlação negativa. À medida que se diminuía o domínio físico e de qualidade de vida geral, mais o profissional tendia a apresentar um escore elevado de ansiedade. Também se encontrou significância estatística ao associar o escore de ansiedade e os dados de qualidade de vida nos domínios físico (p. 0,01) e de qualidade de vida geral (p. 0,001). Bem como na associação entre estado de ansiedade e meio-ambiente (p. 0,006). Acerca da associação do TAG com qualidade de vida dois domínios se mostraram significativos: o de relações sociais (p. 0,009) e a qualidade de vida geral (0,002). **Conclusão:** Observou-se associação estatística entre ansiedade e qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua. Também foi possível traçar o perfil sociodemográfico e analisar as características sobre ansiedade e qualidade de vida dos mesmos.

Descritores: Ansiedade; Qualidade de vida; Profissionais de saúde; Infecções por Coronavírus

ABSTRACT

Aim: Analyze the association between anxiety and quality of life in workers at Consultorio na Rua in the state of Alagoas during the COVID-19 pandemic. **Method:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted with 49 professionals from the Consultorio na Rua in Alagoas state. The primary data obtained with face-to-face interviews (17) and online interviews by video call (32), using: Sociodemographic Form; International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 7.0.2); Beck Anxiety Inventory; IDATE-Trace-State and WHOQOL-BREF. The comparison between average results was made using “t” tests for the independent samples, after having met the criteria of homogeneity of the variances of the residuals, using the Levene test. When variables did not demonstrate homogeneous variances, a Mann-Witney analysis was used. To compare the variables with three responses between groups, a one-way analysis of variance (ANOVA) was performed. Associations between categorical variables were calculated using the chi-square test or Fisher's exact test. All analyzes were carried out using the statistical software R v 3.6.1 (R Core, Vienna, Austria) with the “Rcmdr” package. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas under number 4.198,128. **Results:** More than half of the professionals at the Consultorio na Rua in Alagoas are female, with an average age of 37 years. Data on anxiety show that all professionals have some level of anxiety, all have a moderate signs and state of anxiety, and nine people meet the criteria that point to the presence of Generalized Anxiety Disorder. For the anxiety score, an average presented was 11.29 (± 10.08) characterizing the participants with a mild anxiety score. As for the quality of life domains, the highest average presented was in the social relationships domain (70.06, ± 16.48), followed by general quality of life (67.34, ± 19.40) and the psychological domain (63, 09, ± 11.66). The domain with the lowest value was the physical (32.33, ± 13.30). The association between anxiety and quality of life indicates that as the assessment of the environment increases, an increase in the individual's state of anxiety can be observed. When we analyzed the anxiety score and quality of life, we obtained a negative correlation. As the physical and general quality of life domain decreased, the professional tended to have a higher anxiety score. Statistical significance was also found when associating the anxiety score and quality of life data in the physical (p. 0.01) and general quality of life (p. 0.001) domains. As well as the association between the state of anxiety and the environment (p. 0.006). About the association of TAG with quality of life, there are two domains: social relationships (p. 0.009) and general quality of life (0.002). **Conclusion:** There was a statistical association between anxiety and quality of life in the workers of the Consultório na Rua. It was also possible to trace the sociodemographic profile and analyze the characteristics about anxiety and quality of life.

Key words: Anxiety; Quality of life; Health professionals; Coronavirus Infections.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos sociais dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	44
Tabela 2 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos sociais dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	44
Tabela 3 -	Distribuição de variáveis sociodemográficas dos trabalhadores relacionadas aos aspectos habitacionais do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	45
Tabela 4 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos familiares do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	45
Tabela 5 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	46
Tabela 6 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	46
Tabela 7 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas à situação funcional dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	46
Tabela 8 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas à situação funcional dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	47
Tabela 9 -	Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às informações de sobre COVID-19 dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	48
Tabela 10 -	Distribuição das variáveis relacionadas à ansiedade dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	48
Tabela 11 -	Distribuição das variáveis relacionadas à ansiedade dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	49
Tabela 12 -	Distribuição em médias dos Domínios da Qualidade de Vida nos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.....	50
Tabela 13 -	Correlação entre ansiedade Traço, Ansiedade Estado com variáveis sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	50
Tabela 14 -	Média da Ansiedade Traço com variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19, nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	51
Tabela 15 -	Média da Ansiedade Estado com as variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19,	

	nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	52
Tabela 16 -	Média da presença da ansiedade pelo Inventário de ansiedade de Beck relacionada a variáveis sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	53
Tabela 17 -	Associação entre presença de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade de BECK e características sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	54
Tabela 18 -	Associação entre transtorno de ansiedade generalizada (MINI) e variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, renda individual e renda familiar, 2020 (n=49).....	56
Tabela 19 -	Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e características sociodemográficas, informações relacionadas à COVID-19 com os trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	56
Tabela 20 -	Correlação entre Ansiedade Traço, Ansiedade Estado com variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	58
Tabela 21 -	Correlação entre escore de Ansiedade e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	59
Tabela 22 -	Associação entre a presença de ansiedade e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	59
Tabela 23 -	Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores que atuam no Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
APS	Atenção Primária em Saúde
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DECS	Descritores em Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECR	Equipe de Consultório na Rua
EENF	Escola de Enfermagem
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MINI	International Neuropsychiatric Interview
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional da População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUAS	Sistemas Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TMC	Transtorno Mental Comum
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life instrument

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1. Ansiedade em trabalhadores de saúde	20
3.2. Qualidade de vida em trabalhadores de saúde	22
3.3. O Consultório na Rua	24
3.4. Pandemia pelo novo Coronavírus	26
4 METODOLOGIA	29
4.1. Tipo de estudo	29
4.2. Local da Pesquisa	29
4.3. População	29
4.3.1. Critérios de inclusão	30
4.3.2. Critérios de exclusão	30
4.4. Coleta de dados	30
4.4.1. Planejamento e Operacionalização para a coleta de dados.....	31
4.4.2. Instrumentos para a coleta de dados	32
4.4.2.1 Formulário Sociodemográfico.....	32
4.4.2.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (Brazilian version 7.0.2).....	33
4.4.2.3. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	33
4.4.2.4. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	34
4.4.2.5. World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF) ..	34
4.5. Variáveis	36
4.5.1. Variáveis dependentes	36
4.5.2. Variáveis independentes	36
4.6. Sistematização dos dados	37
4.7. Procedimento para análise dos dados	38
4.8. Análise dos dados	38
4.9. Aspectos éticos	39
5 RESULTADOS	42
5.1. Perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Consultório na Rua em Alagoas durante a pandemia por COVID-19	42
5.2. Caracterização da ansiedade quanto Ansiedade Traço-Estado, escore de ansiedade, níveis de ansiedade e transtorno de ansiedade generalizada nos trabalhadores do Consultório na Rua durante a pandemia por COVID-19	47
5.3. Identificação dos domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meio-ambiente e total nos trabalhadores do Consultório na Rua durante a pandemia por COVID-19	48

5.4. Associação entre ansiedade traço-estado, níveis de ansiedade, escore de ansiedade, Transtorno de Ansiedade Generalizada e perfil sociodemográfico	49
5.5. Associação entre características de ansiedade traço-estado e qualidade de vida	57
5.5.1. Ansiedade Traço-Estado e qualidade de vida	57
5.5.2. Escore de ansiedade e qualidade de vida	57
5.5.3. Presença de ansiedade e qualidade de vida	58
5.5.4. Transtorno de Ansiedade Generalizada e qualidade de vida	59
6 DISCUSSÃO	60
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	81
APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	86
ANEXO A – M.I.N.I. INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW 7.0.2	90
ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	94
ANEXO C – IDATE TRAÇO-ESTADO	95
ANEXO D – WHOQOOL-BREF	97
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	100

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), existem diversos determinantes para os problemas de saúde mental, tais como: fatores individuais (capacidade de gerenciar seus pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros); fatores sociais; culturais, econômicos; políticos e ambientais, como os hábitos de vida, as condições de trabalho e o apoio da comunidade. Ressalta-se que esses determinantes interferem na qualidade de vida, colaborando com alterações na percepção dos indivíduos frente a sua posição de vida, em aspectos culturais, valores e expectativas (WHO, 2017).

Abordando essa temática, os problemas de saúde mental, embora ainda invisíveis para uma parcela da sociedade, são bastante comuns nos serviços de saúde em seu âmbito trabalhista. Dentre os principais transtornos mentais apresentados pelos trabalhadores de saúde durante esse período pode-se citar a ansiedade, caracterizada como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, apresentando-se com tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (CASTILLO *et al.*, 2000). É caracterizada como um sentimento normal quando vivenciada de modo que não cause à pessoa danos emocionais, pessoais, laborais e sociais em grande proporção (CROCQ, 2015). Pode ser definida como um estado emocional desagradável, produzindo desconforto e queixas que pode prejudicar o indivíduo e sua qualidade de vida (CARVALHO, s/d).

A qualidade de vida no ambiente de trabalho está relacionada a um conjunto de fatores institucionais que concede ao profissional o desenvolvimento integral de suas potencialidades físico-psíquicas associadas ao bem-estar físico, mental, material e social, considerando os princípios que incentivam o indivíduo a conquistar seus direitos como cidadão (FREIRE *et al.*, 2016).

Dessa maneira, as condições ocupacionais dos trabalhadores de saúde ligadas às escalas cumulativas, exaustivas jornadas de trabalho, desvalorização salarial, hierarquização da equipe de saúde, falta de aprovação social e de um plano de trabalho das atividades rotineiras inviabilizam o quadro institucional e sobrecarregam os trabalhadores escalados. Por conseguinte, quanto mais exposição às cargas biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas durante a jornada laboral

menor a qualidade de vida, o qual reflete na assistência à pessoa e à coletividade (FREIRE, *et al.*, 2016).

A sobrecarga de trabalho gerada pelo modelo econômico atual acomete ao profissional, especialmente aos da área da saúde, desgastes físicos e psíquicos, resultando em altos níveis de pressões sociais e psíquicas (FREIRE, *et al.*, 2016). Ao mesmo tempo que a precarização do trabalho tem sido responsável pelo declínio das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com destaque para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e, entre elas, os transtornos mentais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Diferentemente de muitos países, o Brasil conta com um Sistema Único de Saúde que chega nas comunidades mais remotas, atendendo aos mais diferentes tipos de população. Através das Redes de Atenção à Saúde é possível descentralizar os atendimentos e realizar um acompanhamento mais próximo às pessoas necessitadas em suas diferentes particularidades e subjetividades (FARIAS, *et al.*, 2020).

Em se tratando da população em situação de rua¹, no Brasil até a década de 80, não havia estratégias sob responsabilidade do Estado de acolhimento e cuidado para essas pessoas. Para Mattos (2006), até esse período, quando nos propomos a visualizar essas pessoas, tínhamos a imagem de indivíduos sós ou em grupos, dormindo na rua, em praças ou viadutos que recorrem a “bicos” para sobreviver, como catar papelão e/ou mendigar.

Na ausência de políticas públicas, inúmeras vezes esses indivíduos ficavam na dependência do trabalho realizado por instituições sociais e religiosas de caráter filantrópico. Devido às condições precárias de vida e aos trágicos assassinatos de pessoas em situação de rua que deram força aos movimentos sociais, dentre eles, o Movimento Nacional da População de Rua, que após muita luta popular, foi instituída em 2009 a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR).

¹ Para Mattos (2006, p 225) a conceituação do termo “população em situação de rua” é uma tarefa complexa. Para ele, o termo *pessoas*, em detrimento do termo *indivíduo* remete ao pertencimento à humanidade, que insinua a multiplicidade. Enquanto a expressão *situação* faz referência a algo transitório, em constante transformação, bem como se situar em um determinado espaço, que nesse caso seria simbolizado pela rua.

Como estratégia de saúde pública para cuidado com a população em situação de rua, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, foram instituídas as equipes de Consultórios na Rua (CnR) (ROSA; SANTANA, 2018).

Compostas por equipes multiprofissionais, as equipes do CnR objetivam a prestação de atenção integral à saúde da população que se encontra em situação de rua (BRASIL, 2012). Seguindo a premissa de que o cuidado deve ser compartilhado e integrado com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Urgência e Emergência, os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Ambulatórios Especializados, serviços de pronto atendimento e outros pontos de atenção da rede de saúde (SMS DE SÃO PAULO, s/d) os trabalhadores necessitam estar preparados para lidar com inúmeras situações e particularidades em saúde de cada pessoa que compõe a população atendida por essa equipe de saúde.

A prática das equipes do CnR é observada diariamente no desenvolvimento do seu trabalho. A realidade está inserida em um contexto de desigualdade social e de invisibilidade do outro como ser humano. As diversas situações a qual os trabalhadores e os pacientes do CnR estão sujeitos são singulares dentro de um universo de demandas que surgem mediante os acontecimentos a quais estão expostos (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014). Diante desse cenário, trazemos aqui a necessidade e urgência da mudança e adaptação no cuidado ofertado por esses trabalhadores considerando a pandemia pelo novo coronavírus.

Em outubro de 2019 indícios apontam para a ocorrência do primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus em Wuhan, na China, sendo identificada e classificada apenas em dezembro do mesmo ano (SCHUCHMANN *et al.*, 2020) o que alterou completamente os rumos de trabalho para os trabalhadores de saúde.

Em dezembro de 2019, vários casos de pneumonia viral surgiram em Wuhan, na província de Hubei, na China, o que despertou a atenção das autoridades locais e posteriormente da Organização Mundial de Saúde devido ao alto índice de pessoas contaminadas e a gravidade das infecções respiratórias. Ao investigar o que estava provocando esse grande quantitativo de casos, em 7 de janeiro de 2020 descobriu-se que se tratava de uma nova cepa de coronavírus não

identificada anteriormente em seres humanos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

Ser profissional de saúde durante a maior pandemia do último século e estar atuando ativamente nesse período através do cuidado às pessoas, coloca o trabalhador de saúde em uma situação de exposição onde está mais sujeito a ter sua saúde mental afetada (FIOCRUZ, 2020).

Mudanças relacionadas ao desenvolvimento técnico das atividades de trabalho se fizeram necessárias em inúmeras áreas, porém, quando se trata das equipes que realizam assistência à saúde, principalmente aos trabalhadores que estão em contato direto com pacientes com suspeita e/ou diagnóstico confirmado de COVID-19 tanto em serviços especializados para atendimento desse público, tanto nos demais serviços de assistência à saúde, como é o caso dos serviços de atenção primária, onde fica localizado o CnR, a orientação de permanecer em casa não se aplica (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Com base no contexto apresentado e em experiências anteriores das pesquisadoras com o CnR, esse estudo apresenta sua motivação com objetivo de conhecer mais de perto quem são os responsáveis pela construção de intervenções tão importantes na saúde da população em situação de rua, bem como dar mais visibilidade ao desenvolvimento profissional desses trabalhadores, além de poder proporcionar a possibilidade de intervenções que visem melhorias nas condições de trabalho, implicando na saúde física e mental dos trabalhadores desse serviço.

Diante do exposto acima, justifica-se a necessidade deste estudo bem como o interesse em analisar a associação entre ansiedade traço-estado, escore e nível de ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em trabalhadores do CnR. Sendo assim, este estudo possui a seguinte questão norteadora: existe associação entre ansiedade e qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua em Alagoas durante a pandemia por COVID-19?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas durante a pandemia por COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

1. Traçar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Consultório na Rua em Alagoas;
2. Caracterizar traço, estado, escore e níveis de ansiedade;
3. Identificar os domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e total;
4. Analisar a associação entre: ansiedade e perfil sociodemográfico, traço de ansiedade e qualidade de vida, estado de ansiedade e qualidade de vida, escore de ansiedade e qualidade de vida e níveis de ansiedade e qualidade de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Ansiedade em trabalhadores de saúde

Desde o século XX a ansiedade tem sido classificada como uma desordem psiquiátrica. Para o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que é utilizado para subsidiar a classificação de transtornos mentais e critérios associados objetivando facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis, ansiedade pode ser definida como a antecipação de uma futura ameaça, que se distingue do medo. Para o Descritor em Ciências da Saúde (DECS), pode ser definida como “sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente, porém não incapacitante como nos transtornos de ansiedade”. Entretanto, do ponto de vista evolutivo, tornou-se um sentimento que possibilitou adaptação do indivíduo, uma vez que promove a sobrevivência estimulando as pessoas a se afastarem de lugares perigosos (CROQC, 2015).

Segundo a classificação do DSM-5, transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica (animal, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional, outro), transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, especificador de ataque de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado são alguns dos transtornos de ansiedade (DSM-5, 2014). Estudos indicam que os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes dentre os transtornos psiquiátricos (UFRGS, 2017).

Para Castillo *et al.* (2000), na prática, consegue-se distinguir a ansiedade considerada como normal da ansiedade tida como patológica avaliando algumas circunstâncias, por exemplo: se a reação ansiosa é de curta duração, se é autolimitada e se está relacionada ao estímulo daquele momento ou não. Em resumo, ele considera que os transtornos ansiosos se apresentam com sintomas primários, ou seja, que não são provenientes de outros distúrbios psiquiátricos, como as depressões, psicoses ou transtornos do desenvolvimento, por exemplo. Além disso, alguns sintomas físicos também podem ser apresentados, como: inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadiga; dificuldade de se concentrar ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono (DSM-5, 2014).

Um estudo realizado com trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município da região Centro-Oeste no interior de Goiás, Brasil, em 2018, aponta que “a presença da ansiedade entre os trabalhadores mostrou-se diretamente associada a alguns fatores, tais como, dificuldades para dormir, pressão exercida no trabalho e já ter realizado tratamento para ansiedade nos últimos 12 meses” (MOURA, *et al.*, 2018).

Os transtornos de ansiedade podem trazer sintomas mais agudos e aflorados, como preocupações e medos exagerados, onde a pessoa não consegue relaxar; sensação contínua que algo ruim está prestes a acontecer; medo extremo de algum objeto ou de alguma situação em particular; falta de controle sobre os próprios pensamentos ou atitudes, bem como pavor de alguma situação que para pessoa é tida como muito difícil de ser enfrentada (DECS, 2021). Esses sintomas e sensações podem inclusive chegar a prejudicar a vida diária dos indivíduos, pois muitos deixam de realizar atividades no dia a dia por receio de ter uma nova crise ou de apresentar sintomas que os impossibilite de desenvolver suas atividades de vida diária (COSTA *et al.*, 2019).

Barros *et al.*, (2003), apontam que nas profissões da área da saúde, os sintomas de ansiedade são comumente apresentados, considerando que esses indivíduos lidam diretamente com o sofrimento humano, a morte e as vulnerabilidades biopsicossociais que são expostas e determinadas como situações “altamente ansiogênicas”.

Um outro estudo realizado por pesquisadoras da Universidade Federal do Piauí, Brasil, que tinha como objetivo “analisar a prevalência dos diversos transtornos de ansiedade entre os transtornos mentais e comportamentais como causa do afastamento laboral de trabalhadores do estado do Piauí”, em 2017 aponta que

o ano de 2016 contabilizou o maior número de afastamentos por transtornos de ansiedade, e o auxílio-doença previdenciário foi o tipo de benefício mais concedido aos trabalhadores. Ao se observar as causas dos afastamentos, verificou-se a prevalência do transtorno misto ansioso e depressivo, seguido de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e “outros transtornos ansiosos”. Em relação ao tempo do afastamento, nota-se que a maioria durou de 31 a 60 dias

Quando tratamos acerca das principais características do transtorno de ansiedade generalizada, o DSM-5 aponta a “ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho.”

Ressaltamos aqui a necessidade da realização de mais estudos científicos que abordem a questão dos transtornos ansiosos, especialmente em trabalhadores de saúde, objetivando o acompanhamento e possível tratamento adequado de acordo com o quadro de saúde apresentado por cada indivíduo.

Compreender como os transtornos ansiosos afetam diretamente os quadros de saúde mental e física no dia a dia das pessoas e como esses fatores podem contribuir para uma melhoria ou um déficit na qualidade de vida de cada um pode incentivar a formulação de políticas públicas de saúde e intersetoriais, além da implementação e melhoria de serviços que realizam esse tipo de atendimento para trabalhadores de saúde (COSTA, *et al.*, 2019).

3.2 Qualidade de vida em trabalhadores de saúde

A influência da saúde na qualidade de vida e da qualidade de vida na saúde tem sido tema de muitos estudos ao longo dos anos. Progressivamente as condições de vida e saúde têm progredido positivamente devido a avanços políticos, sociais, econômicos, ambientais, entre outros, que ocasionaram um avanço na saúde pública e individual (BUSS, *et al.*, 2020).

O debate sobre a qualidade de vida vem ganhando mais força a cada dia, despertando ainda mais o interesse de estudiosos da área. Ao buscar uma definição para qualidade de vida trazemos aqui a definição da OMS, que em 1998 traz que

qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida dentro de um contexto cultural e o sistema de valor em que você vive e com respeito aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito extenso e complexo que abrange a saúde status psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças relação com as características marcantes do ambiente.

Tentar compreender e conceituar a qualidade de vida das pessoas perpassa por inúmeras vertentes do conhecimento humano que estão em constante estudo e desenvolvimento, como o campo biológico, econômico, político, social, entre outros (ALMEIDA *et al.*, 2012).

De acordo com Minayo *et al.* (2000, p.10),

qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Com a ampliação do conceito de saúde trazido pela OMS que considera a saúde não apenas como a ausência de doença ou de enfermidades e se leva em conta o bem-estar físico, emocional, social, entre outros, tem se destacado cada vez mais o uso da qualidade de vida como necessária no desenvolvimento de cuidados nos mais diversos grupos de pessoas (RÔLA; COSTA; SILVA E NICOLA, 2018).

As particularidades de vida de cada indivíduo possibilitam diferentes níveis de saúde e bem-estar, seja ele físico ou emocional, mesmo quando levamos em consideração uma população que compartilha a mesma morbidade (NORONHA, *et al.*, 2016). Ressaltar a necessidade da investigação dos fatores que influenciam na percepção individual sobre a qualidade de vida de cada ser se torna imprescindível para que possamos conhecer e avaliar de que maneira se pode intervir, caso se faça necessário.

Os processos de adoecimento mental da população em geral que possuem suas origens na rotina ou no modo de vida dos indivíduos podem ser considerados *patologias sociais*². Para Almeida *et al.* (2012), uma determinada condição e/ou estilo de vida pode ser causa de um Transtorno Mental Comum (TMC), aqui exemplificado pela ansiedade, pela depressão, entre outros transtornos que atingem parte da população mundial.

Com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações intersetoriais voltadas para o bem-estar individual e coletivo da população temos o surgimento de estratégias, destacando-se aquelas que são voltadas para a melhoria da saúde da população em geral, que são importantes ferramentas no planejamento de políticas públicas, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas, direcionadas no âmbito individual e coletivo (RÔLA; COSTA; SILVA E NICOLA, 2018).

² “Para Axel Honneth, as patologias sociais são tendências patológicas da sociedade moderna que fazem com que a autorrealização individual seja algo impossível” (PEREIRA, 2016).

3.3 O Consultório na Rua

O CnR surge em Salvador, na Bahia, em 1999. Inicialmente o intuito de sua implementação seria a prestação de assistência a crianças e adolescentes que viviam em situação de rua sob o uso/abuso de substâncias, objetivando oferecer cuidados que ampliavam o acesso e a qualidade da assistência em saúde dessa população.

Advindo do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, foi instaurado como um projeto-piloto. Desde sua implementação, buscou alternativas para as diferentes vivências que as pessoas em situação de rua estavam expostas, não oferecendo apenas uma política assistencialista, mas extrapolando barreiras e garantindo direitos (HALLAIS; BARROS, 2015; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Como estratégia de saúde pública para cuidado com a população em situação de rua, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, foram instituídas as equipes do CnR (ROSA; SANTANA, 2018).

O CnR oferta um serviço aberto e de demanda espontânea que busca acolher as necessidades de pessoas em situação de rua. As ações são pensadas de acordo com as particularidades e vulnerabilidades de cada indivíduo, implicando no desafio de produzir um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não-programado em termos da atenção prevista (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Portaria lançada em janeiro de 2011 definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de CnR e classificou as modalidades como modalidade I, II e III. Vinculado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e regido pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Ferreira *et al.* (2016) evidenciaram o quanto o CnR é representado como um serviço de prestação de cuidados à saúde, mas também que possibilita suporte social e afeto, permitindo transformações nos modos de viver e de cuidar de si e do outro. Compõem o CnR equipes multiprofissionais entre eles: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, podendo agregar ainda agentes comunitários de saúde, complementando suas ações.

Os agentes sociais são os trabalhadores que desempenham atividades que “visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2011). Esses trabalhadores terão, preferencialmente, experiência anterior de trajetória de vida em situação de rua ou de cuidado a essas pessoas, bem como deverão trabalhar junto a usuários de álcool e outras drogas, agregando conhecimentos acerca da Redução de Danos (RD), realizar atividades culturais socioeducativas, dispensar insumos de proteção à saúde, encaminhar e mediar o processo entre as Redes de Atenção e acompanhar o cuidado à pessoa em situação de rua (BRASIL, 2011).

Atualmente o CnR se guia e se fundamenta legalmente a partir das seguintes portarias: Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica; Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua; Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012 que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município; Portaria Nº 1.922, de 5 de setembro de 2013 que altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua; Portaria Nº 1.029, de 20 de maio de 2014 que amplia o rol das categorias trabalhadores que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências e Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014 que fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades (BRASIL; 2011, 2012, 2013, 2014).

Ao ser uma estratégia da Atenção Primária em Saúde (APS), que se caracteriza como um serviço com alta capacidade de capilarizar as ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento em saúde, o atendimento do CnR é realizado em sua base territorial, seja ele na rua ou dentro da Unidade Básica em Saúde (UBS), possibilitando a utilização de uma estrutura voltada para os cuidados primários em saúde (VARGAS; MACERATA, 2018).

Ao mesmo tempo que isso requer habilidades e sensibilidades dos trabalhadores de saúde para realizarem seus planejamentos e intervenções em saúde levando em consideração as particularidades dessa população, ampliando

seus horizontes para além de situações que costumeiramente são atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) (ABREU, 2017).

A política de Redução de Danos dialoga com os serviços prestados pelo CnR, trazendo suas diretrizes que vão ao encontro e se complementam com tantas outras diretrizes que regem as políticas de saúde (ABREU; OLIVEIRA, 2017). Ao lidar com diferentes necessidades individuais e coletivas da população em situação de rua, os trabalhadores do CnR se deparam com agravos em saúde como as doenças infecto contagiosas, as doenças respiratórias, os transtornos mentais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, violências, entre outros; e dessa maneira precisam estar preparados para lidar com esses agravos de forma singular, considerando as particularidades desses indivíduos (SMS DE SÃO PAULO, s/d).

As estratégias de cuidado em saúde com as pessoas em situação de rua têm sido cada vez mais demonstradas em estudos e experiências que exploram essas ações. Levando-se em consideração os diferentes dispositivos das redes de atenção à saúde, o CnR tem se mostrado como uma excelente e inovadora estratégia de prestação de cuidados. A existência do Consultório como estratégia de saúde pública objetiva levar cuidados àquelas pessoas que por muitas vezes não são acolhidas, possibilitando assim que todos e todas possam usufruir de dispositivos que devem atender a todos, sem distinção de raça, cor, gênero, orientação sexual, entre outras características, como determinam os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS (ABREU; OLIVEIRA; 2017, BRASIL; 1990).

3.4 Pandemia pelo novo Coronavírus

Responsável por causar a doença chamada de COVID-19, o SARS-COV-2 é considerado um dos maiores desafios sanitários deste século. Ela se caracteriza como uma infecção respiratória aguda de elevada transmissibilidade. Da mesma maneira que outros vírus respiratórios, sua transmissão ocorre principalmente por três modos: por contato, gotículas ou aerossóis. Pode variar de casos assintomáticos, passando por manifestações leves e chegar a quadros moderados e críticos, requerendo atenção especial e o uso de tecnologias duras para o cuidado com esses pacientes, que podem chegar a necessitar de internação

hospitalar. Seu período de incubação pode variar de 1 a 14 dias, com média de 5 a 6 dias para o desenvolvimento de sintomas. O diagnóstico é realizado tanto por testes de biologia molecular, por sorologia ou por testes rápidos, além de critério clínico-epidemiológico, sendo o primeiro considerado o padrão-ouro para detecção do novo coronavírus (BRASIL, 2021).

Em abril de 2020, poucos meses depois do início da epidemia na China, já existiam registros de mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo pela doença, o que levou a OMS a declarar a doença, em 11 de março de 2020, como uma pandemia. O termo “pandemia” se refere a distribuição geográfica de um agravo, não sendo determinado mediante sua gravidade, sendo utilizado quando atinge todo o mundo (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Dados do painel mundial de COVID-19 trazem que em julho de 2021 o mundo já contava com mais de 186 milhões de casos notificados e 04 milhões de mortes. Desses, mais de 19 milhões de casos e mais de 532 mil óbitos ocorreram no Brasil desde o início da pandemia, colocando o Brasil como o 3º país com o maior número de casos acumulados no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da Índia e o 2º em relação ao número de óbitos, depois apenas dos Estados Unidos (CORONAVIRUS RESOURCE CENTER; 2021, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Desde quando iniciaram as infecções pelo novo coronavírus e a doença foi declarada como pandemia pela OMS, a COVID-19 tem levado o planeta a uma crise sanitária, humanitária e inclusive econômica (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020). Diante do agravamento e da proporção que essa doença tomou no mundo todo, torna-se fundamental a realização de pesquisas, de forma contínua, em diferentes áreas, para contornar a situação que se alojou. É preciso destacar a necessidade de pesquisas multidisciplinares, que abranjam diferentes áreas, diferentes especialidades, pois todos os setores em todos os países foram afetados pelo desenvolvimento do coronavírus (VENTURA, *et al.*, 2020).

Em 2021, através do Boletim Epidemiológico Especial 69, lançado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, levando em consideração a Semana Epidemiológica 25 (de 14 a 26/06/21), até o dia 28 de junho, foram notificados 443.962 casos de Síndrome Gripal (SG) suspeitos de covid-19 em trabalhadores de saúde no e-SUS Notifica. Destes, 120.240 (27,1%) foram confirmados para covid-19. As profissões indicadas com maiores registros dentre os

casos confirmados de SG por covid-19 foram técnicos/auxiliares de enfermagem (35.587; 29,6%), enfermeiros (20.217; 16,8%), médicos (12.745; 10,6%), agentes comunitários de saúde (6.353; 5,3%) e farmacêuticos (6.339; 5,3%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Já quando tratamos sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) até julho de 2021 foram notificados 2.037 no SivepGripe. Destes, 1.578 (77,5%) foram causados por covid-19 e 337 (16,5%) encontram-se em investigação. Dentre as profissões mais registradas, 375 (23,8%) foram técnicos/auxiliares de enfermagem, 244 (15,5%) foram médicos e 186 (11,8%) foram enfermeiros. Dentre os casos notificados de SRAG por covid-19 em trabalhadores de saúde, 947 (60,0%) são indivíduos do sexo feminino. Desses casos notificados como SRAG, 549 (27,0%) evoluíram para o óbito, destacando-se as categorias de técnico/auxiliar de enfermagem (133; 25,2%), médico (78; 14,8%) e enfermeiro (58; 11,0%, respectivamente) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Quando falamos de enfrentamento à COVID-19 estamos falando diretamente de sinais e sintomas que acometem as pessoas infectadas pelo vírus e tratamos também sobre os cuidados que são ofertados pelos trabalhadores de saúde que atuam na linha de frente. Aqui, concordamos com Duarte, Silva e Bagatini, (2020, p.4), quando relatam que

neste cenário, os trabalhadores estão com medo e preocupados com o que está por vir. Em alguns países, as taxas de infecção dobram a cada 24 horas, o que leva a um aumento da ansiedade da população em geral. Sintomas de estresse, alto absenteísmo, tristeza, fadiga, ansiedade e reclusão parecem estar fazendo parte do cotidiano de trabalho.

Dessa forma, torna-se essencial realizar estudos na área para que possamos identificar esses agravos em saúde e a partir de seus resultados traçar intervenções de maneira a promover uma redução desses sinais e sintomas que são apresentados pelas pessoas, além de uma melhoria na saúde da população em geral e trabalhadores, nesse estudo retratados pelos trabalhadores do CnR do Estado de Alagoas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal.

Para Barbosa *et al.* (2014), os estudos descritivos objetivam descrever, em termos quantitativos, a distribuição de agravos em saúde segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos analisados.

Para Hochman *et al.*, 2005, os estudos transversais observam e trazem descritos a situação ou acontecimento em um determinado momento. Permite analisar nos integrantes da amostra a presença ou ausência da exposição ou do efeito, realizado em uma população através de uma amostragem.

4.2 Local da Pesquisa

Para a realização da pesquisa foi escolhido o serviço do Consultório na Rua de Alagoas, o único no estado, que se trata de um serviço aberto e de demanda espontânea, ligado à Atenção Primária em Saúde desde 2011, que busca ampliar o acesso e acolher pessoas que estão em situação de rua, fornecendo dentro de suas possibilidades, a prestação de serviços de saúde, a partir de ações e intervenções elaboradas de acordo com as particularidades de cada indivíduo (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O CnR na cidade de Maceió foi instituído pela Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes. Esse dispositivo possui seis equipes com funcionamento em três turnos: sendo uma equipe pela manhã no bairro do Jacintinho, três à tarde situada no Benedito Bentes, Centro e Vergel e duas à noite no Centro e Jaraguá, com sede nas Unidades Básicas de Saúde de cada bairro.

4.3 População

O CnR de Alagoas é composto por 56 trabalhadores e trabalhadoras. Entre os participantes, obtivemos dados acerca da equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, agentes sociais, apoio técnico à

gestão, fisioterapeuta, professor de educação física e motoristas, contemplando todas as categorias de trabalhadores atuantes no CnR. Destacamos que para a realização dessa pesquisa trabalhamos com o número total de equipes existentes no estado, o que possibilita maior fidedignidade aos dados obtidos e utilizados para esta análise.

4.3.1 Critérios de inclusão

Ser trabalhador ativo do Consultório na Rua há pelo menos seis meses. Esse limite de tempo foi baseado no DSM-5 que aponta que o transtorno de ansiedade se difere do medo ou da ansiedade provisória por ser persistente, em geral durando seis meses ou mais (DSM-5, 2014).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles trabalhadores que estavam de licença médica durante o período da pandemia por COVID-19 e os que estavam ligados à realização da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre 15 de outubro de 2020 a 24 de fevereiro de 2021. Durante esse período a pesquisadora, especialista em Saúde Mental, realizou as entrevistas de forma presencial e online, modalidade que foi escolhida a critério do participante, respeitando-se as medidas de afastamento social e de biossegurança sanitárias, quando realizadas presencialmente.

A coleta dos dados foi realizada via videochamada por meio do Whatsapp e do Google Meet, ou presencialmente nos serviços de referência de cada equipe do CnR em data e horário pré-determinados, escolhidos a critério do participante. Dentre os entrevistados, 32 optaram por realizar a entrevista de forma online e 17 pela forma presencial.

Recomendou-se, nos casos de entrevistas online, que o participante escolhesse um local no qual se sentisse confortável para falar abertamente, de modo que a pesquisadora lhe garantiu a privacidade estando também em um local

específico para realização da entrevista, utilizando fones de ouvido e sem interrupções de outras pessoas, respeitando a liberdade individual. A coleta por meio de entrevista presencial foi realizada em sala privativa na Unidade Básica de Saúde sede da equipe do CnR, onde estavam presentes somente a pesquisadora e a pessoa entrevistada, ambos utilizando máscara cobrindo nariz e boca e respeitando o distanciamento social de pelo menos 1 metro, objetivando atender as recomendações da Organização Mundial de Saúde para controle de disseminação do novo coronavírus.

Os questionários foram aplicados individualmente sem limite de tempo pré-determinado para o término, respeitou-se o ritmo de resposta do participante. Desse modo, as entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã, tarde e noite, nos sete dias da semana, de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa para que todos os trabalhadores que se disponibilizaram a participar deste estudo fossem contemplados.

4.4.1 Planejamento e Operacionalização para a coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, a coordenação do CnR foi consultada sobre o interesse na realização da pesquisa. Após consulta aos trabalhadores do CnR realizada pela coordenação, os trabalhadores do serviço deram anuência verbal para a realização da coleta de dados; dessa maneira, a coordenação disponibilizou o contato telefônico do coordenador de cada equipe técnica onde foi realizada uma primeira aproximação e nesse momento foi solicitada a comunicação da realização da pesquisa e anuência dos demais membros das equipes.

Após esse momento, os trabalhadores que concordaram verbalmente em participar da pesquisa, preencheram um formulário do Google Forms, onde constou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), bem como a solicitação de nome completo, telefone, e-mail, a confirmação se o participante concordava em participar da pesquisa, além da solicitação de sugestão de duas datas e horários para agendamento da entrevista online ou presencial.

Antes de iniciar a aplicação dos instrumentos, a pesquisadora explicou os objetivos do estudo, suas possíveis contribuições para o meio profissional e científico, os riscos e benefícios ao qual os participantes da pesquisa estavam expostos, que não haveria compensação financeira pela participação na pesquisa,

que o sigilo e a confidencialidade estariam garantidos e que poderiam retirar o consentimento em qualquer fase do estudo.

Ao final da entrevista, os participantes interessados foram informados que poderiam ter acesso individual aos resultados de seu teste, que seriam enviados pela pesquisadora.

4.4.2 Instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de questionários estruturados que seguem a seguir:

4.4.2.1 Formulário Sociodemográfico

Adaptado da pesquisa: *Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade* (BELO, 2018) (APÊNDICE B) objetivou coletar informações no que diz respeito a dados sociodemográficos, habitação, dados familiares, condições de saúde e situação funcional, além de informações sobre a COVID-19.

Foram utilizadas variáveis independentes como idade, identidade de gênero, orientação sexual, anos de estudo, estado conjugal, raça/cor, renda individual, renda familiar, moradia, situação da moradia, responsável familiar, número de residentes em casa, número de filhos, dinâmica familiar, tipo de convênio/seguro de saúde, doenças preexistentes, acompanhamento psicológico, tratamento psiquiátrico, ocupação, número de empregos, tempo de atuação profissional, tempo de serviço no CnR, vínculo empregatício e se gosta das atividades que desenvolve no serviço.

Para informações sobre a COVID-19 foram utilizadas variáveis como: quais as medidas que a pessoa utiliza para prevenção da COVID-19, fator de risco durante a pandemia, se foram fornecidos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) fornecidos pelo CnR, se já teve COVID-19, se já realizou algum teste para COVID-19, qual o tipo do teste e se o teste foi fornecido pela instituição, além de questionamento acerca dos sentimentos durante a pandemia.

Ressalta-se que não foram investigados dados acerca da vacinação contra a COVID-19, pois no momento de elaboração do questionário e do início das entrevistas a mesma ainda não havia iniciado no Brasil.

4.4.2.2 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Brazilian version 7.0.2)

Trata-se de um questionário estruturado, com perguntas precisas acerca de problemas psicológicos, que explora os principais transtornos psiquiátricos do DSM-5 e da CID-10. Pode ser aplicado com uma mediana de 15 minutos por entrevista. Pode ser utilizado por clínicos, após treinamento breve e por não clínicos após treinamento mais extensivo. O M.I.N.I. (ANEXO A) está dividido em 17 módulos identificados por letras, alguns com submódulos, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

Para fins dessa pesquisa, o entrevistado respondeu a todos os módulos do questionário. Porém, para análise dos dados, somente foi utilizado o módulo N = Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), que ao realizar diversos questionamentos acerca de como o indivíduo tem se sentido nos últimos 6 meses, chega à classificação final em SIM ou NÃO para a presença de TAG, considerando que somente a investigação desse módulo atendia aos objetivos gerais e específicos da mesma.

4.4.2.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (ANEXO B) foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1998, é uma escala de autorrelato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade.

O inventário é constituído por 21 itens, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de quatro pontos, levando em consideração como a pessoa tem se sentido na última semana, incluindo hoje, sendo classificado de 1 a 4 em que cada número representa as opções a seguir: 1: Absolutamente não, 2: Levemente: não me incomodou muito; 3: Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar ou 4: Gravemente: dificilmente pude suportar.

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais que permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade mínima (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) ou grave (31-63) (CUNHA, 2001).

4.4.2.4 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (ANEXO C) foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch, Lushene (1970), traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1977). Apresenta duas escalas avaliativas: uma escala avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e a outra avalia a ansiedade enquanto traço (IDATE-T).

O inventário conta com 20 questões para avaliar o Estado, onde é indicado que se escolha a opção que melhor indique como a pessoa se sente agora, que são classificadas em “1: Absolutamente não, 2: Um pouco, 3: Bastante ou 4: Muitíssimo” e mais 20 questões para avaliar o Traço, que solicita que a pessoa indique como geralmente se sente, classificadas em “1: Quase nunca, 2: Às vezes, 3: Frequentemente ou 4: Quase sempre”.

Os escores para as perguntas de carácter positivo são invertidos, ou seja, se o paciente responder 4, atribui-se valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se valor 2; se responder 2, atribui-se valor 3; e se responder 1, atribui-se valor 4.

Para cálculo de classificação, valores até 25 foram considerados como baixo traço/estado de ansiedade, entre 25-75 moderado traço/estado e acima de 75 alto traço/estado (MARANETS; KAIN; 1999).

4.4.2.5 World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOOL-BREF)

Objetivando construir um instrumento que avaliasse a qualidade de vida a partir da percepção do próprio indivíduo, a OMS constituiu um Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOOL Group) para o desenvolvimento deste instrumento dentro de uma perspectiva transcultural (FLECK, 2000).

O WHOQOOL-BREF (ANEXO D) é derivado do WHOQOOL-100, que é composto por 100 questões para avaliação da qualidade de vida. Considerando a extensão do WHOQOOL-100, criou-se então o WHOQOOL-BREF, que possui as mesmas características psicométricas do anterior, composto por 26 questões, sendo

duas questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, em que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida do indivíduo) (PEDROSO *et al.*, 2010).

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e Fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades de vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
Domínio III - Relações sociais	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
Domínio IV - Meio-Ambiente	16. Atividade sexual
	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	

	24. Transporte
--	----------------

Fonte: The WHOQOL Group (1998a)

4.5 Variáveis

Este estudo considerou variáveis dependentes e independentes para investigação:

4.5.1 Variáveis dependentes

Ansiedade: Classificada como uma variável qualitativa ordinal, que avalia a intensidade da ansiedade em níveis: nível de ansiedade mínima, nível de ansiedade leve, nível de ansiedade moderada e nível de ansiedade grave; conforme traço-estado: traço-estado de ansiedade alta, traço-estado de ansiedade moderada e traço-estado de ansiedade baixa; e conforme presença ou ausência de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Qualidade de vida: classificada de acordo com os domínios do WHOQOL-BREF: físico, psicológico, relações sociais e meioambiente.

4.5.2 Variáveis independentes

Variáveis sociodemográficas, categorizada em aspectos pessoais, familiares, trabalhadores, habitacionais e de saúde e informações sobre COVID-19.

- Idade em anos completos: classificada por média de idade;
- Escolaridade: classificada em anos;
- Renda mensal individual: classificada conforme valor recebido em reais;
- Renda mensal familiar: classificada conforme valor recebido em reais;
- Identidade de gênero: classificada em feminino, masculino, transgênero masculino, transgênero feminino, travesti e transexual;
- Orientação sexual: classificada em heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual e outra orientação;
- Estado civil: classificada em solteira/o, casada/o, união estável, separada/o-divorciada/o e viúva/o;
- Raça/cor: classificada em: indígena, preto, pardo, amarelo e branco;

- Moradia: classificada em casa, apartamento ou outra habitação;
- Situação da habitação classificada em própria, alugada, financiada ou outra situação;
- Responsável familiar classificada em eu (próprio entrevistado), pai, mãe, cônjuge, filho/s ou outro responsável;
- Filhos: classificada em tem filhos ou não tem filhos;
- Dinâmica familiar: classificada em harmoniosa ou conflituosa ou negligente;
- Tipo de Convênio/Seguro de Saúde: classificada em particular/suplementar ou SUS;
- Acompanhamento psicológico: classificada em sim ou não;
- Tratamento psiquiátrico: classificada em sim ou não;
- Tempo de atuação profissional: classificada através da média de anos de atuação profissional;
- Tempo de atuação do CnR: classificada através da média de anos trabalhados;
- Número de empregos: classificada em um vínculo, dois, três ou mais vínculos;
- Vínculo empregatício: classificada como concursado, contratado ou prestação de serviços.
- Gosta das atividades que desenvolve no CnR: classificada em sim ou não;
- Medidas de prevenção contra a COVID-19: classificadas em uso de álcool em gel, máscara, distanciamento social, lavagem das mãos e outras medidas;
- Recebimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), classificadas em sim ou não;
- Já teve COVID-19: classificada em sim ou não.

4.5.3 Variáveis de confundimento

- Uso de medicações de saúde mental: classificadas em sim ou não informou.

4.6 Sistematização dos dados

Os dados foram primários e para coleta dos mesmos utilizou-se o aplicativo ODK Collect v1.21.1, instalado em tablets com o sistema operacional Android e a ferramenta KoBoToolbox, em que foram inseridos todos os instrumentos

utilizados na versão digital. A utilização dessa ferramenta e do aplicativo ODK Collect otimizou a coleta de dados considerando que permitiu a coleta, o armazenamento e o compartilhamento dos dados que após coletados foram enviados para um sistema próprio e ao baixar o arquivo já se encontravam inseridos em tabelas do programa Microsoft Excel® versão 2016 para Windows versão 1511. Após o envio, as análises estatísticas foram realizadas no programa R v 3.6.1 (R Core, Vienna, Austria) com o pacote “Rcmdr”.

Foram analisados utilizando os testes específicos mencionados a seguir e serão apresentados por meio de tabelas seguindo a normativa do IBGE de 1993.

4.7 Procedimento para análise dos dados

O tratamento estatístico foi realizado através de frequência relativa e absoluta, além de análise bivariada, com a finalidade de verificar a existência de associação. As variáveis estão descritas como frequências relativas e absolutas, enquanto que as variáveis contínuas e discretas estão como médias e desvios-padrão. A comparação entre médias foi feita por meio de testes “t” para amostras independentes, após terem atendido ao pressuposto da homogeneidade das variâncias dos resíduos, através do teste de Levene. No entanto, quando as variáveis não demonstravam variâncias homogêneas, foi utilizada a análise de Mann-Whitney. Para comparar as variáveis com três respostas entre os grupos, a análise de variância unilateral (ANOVA) foi realizada. Associações entre variáveis categóricas foram calculadas por meio do teste do qui-quadrado, ou do teste exato de Fisher, quando a contagem esperada foi menor que 5 em pelo menos 20% das células da tabulação cruzada. Correlação entre variáveis discretas foi calculada por meio do coeficiente de correlação de postos de Spearman. Para todas as análises, adotou-se um alfa igual à 5% e foram conduzidas com auxílio do software estatístico R v 3.6.1 (R Core, Vienna, Austria) com o pacote “Rcmdr”.

4.8 Análise dos dados

Os resultados obtidos neste estudo foram apresentados em forma de tabelas após o tratamento estatístico e identificação de significância estatística ($p < 0,05$) dos dados. Em seguida, as informações foram interpretadas e discutidas com

base em outras pesquisas científicas que se referissem aos transtornos ansiosos e qualidade de vida.

A apresentação dos resultados foi organizada conforme características das variáveis, desse modo, as que correspondem aos aspectos sociodemográficos foram agrupadas em seis categorias.

1. Variáveis Sociais: idade, escolaridade, renda individual, renda familiar, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, raça/cor;
2. Variáveis habitacionais: tipo de moradia, situação da moradia;
3. Variáveis de aspectos familiares: responsável familiar, filhos, dinâmica familiar;
4. Variáveis sobre condições de saúde: convênio/seguro de saúde, acompanhamento psicológico, tratamento psiquiátrico;
5. Variáveis de situação funcional: tempo de atuação profissional, tempo de atuação no CnR, ocupação, número de empregos, vínculo empregatício, gosta das atividades que desenvolve no CnR;
6. Variáveis de informações sobre COVID-19: quais as medidas que o profissional utiliza para prevenção da COVID-19, equipamentos de proteção individual fornecidos pelo CnR, se já teve COVID-19.

A apresentação das informações referentes à associação entre ansiedade, e qualidade de vida e outros transtornos mentais foram agrupadas conforme as categorias definidas pelo DSM-5.

1. Transtornos de Ansiedade: IDATE Traço-Estado; Inventário de Ansiedade de Beck e M.I.N.I.;
2. Qualidade de vida: WHOQOOL-BREF.

4.9 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as normas e diretrizes relacionadas à pesquisa que envolvem seres humanos definidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando assim os princípios da autonomia, não maleficência e justiça.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com Parecer Consubstanciado de Autorização sob número de parecer 4.198.128.

Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental da realização da entrevista online e presencial são: constrangimento, desconforto, responder a questões sensíveis relacionadas à saúde mental, possível quebra de sigilo; cansaço durante as entrevistas; distância física da entrevistadora, nos casos de entrevistas realizadas online; expressão de pensamentos e sentimentos nunca revelados e aplicação dos questionários.

A fim de minimizar os riscos de constrangimento, desconforto, responder a questões sensíveis relacionadas à saúde mental e para garantir a privacidade em relação a possível quebra de sigilo, as entrevistas foram realizadas individualmente, em data e horário pré-determinados, pela pesquisadora especialista em Saúde Mental e treinada no método de coleta de dados, que esteve em local reservado para este momento, utilizando fones de ouvido durante as entrevistas online e em sala privativa nos casos de entrevistas presenciais, e observou aos sinais verbais e não verbais de desconforto e constrangimento.

Em caso de cansaço, o participante pôde interromper a entrevista ou reagendá-la, fracionando-a em mais de um encontro; o que não ocorreu no decorrer desta pesquisa, considerando que todos os participantes realizaram a entrevista em uma única oportunidade. A minimização do efeito da distância física se deu por meio da atenção dirigida, da escuta sensível, abertura a toda expressão do entrevistado; e caso o entrevistado apresentasse comprometimento na expressão dos seus pensamentos e sentimentos, poderia ser encaminhado para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial de sua referência no município de Maceió-AL, tendo em vista que são serviços de livre demanda e que atendem pessoas em sofrimento psíquico.

Na aplicação do questionário foi respeitada a sensibilidade do participante e além das medidas supracitadas, este pôde não responder a questões que considerou impactante no âmbito da sua saúde mental.

As pesquisadoras ficaram responsáveis pelo armazenamento dos dados por cinco anos e terão todo cuidado para extravios, o que será prevenido com a informatização e arquivamento em nuvem do ODKCollet das respostas obtidas durante as entrevistas. Após esse período os dados serão desprezados por meio da sua exclusão no aplicativo e conseqüentemente na nuvem.

Os benefícios desta pesquisa foram:

- 1) identificação de trabalhadores do CnR que estavam apresentando sintomas de ansiedade no momento da coleta de dados;
- 2) verificação da qualidade de vida desses trabalhadores;
- 3) traçar possíveis intervenções e ações de prevenção/tratamento que colaborem para a melhoria da ansiedade e qualidade de vida desses trabalhadores;
- 4) proporcionar aos trabalhadores um momento para exporem suas angústias e inquietações; além de
- 5) contribuir com o meio científico sobre o tema.

A pesquisa contou com o suporte do LACOLHE da EENF/UFAL no auxílio a esses trabalhadores.

Por fim, ressalta-se que a confidencialidade e a privacidade dos participantes foram garantidos e continuarão a ser mesmo após a divulgação dos dados em eventos e periódicos científicos.

5 RESULTADOS

Para apresentar os resultados obtidos com esse estudo apresentaremos os dados em forma de tabelas e agrupados conforme variáveis específicas, definidas após análise estatística.

Essa pesquisa foi realizada com 87,5% (N=49) do total de trabalhadores ativos do CnR. Três pessoas não aceitaram participar deste estudo e quatro se encaixaram nos critérios de exclusão. O tempo de cada entrevista variou entre 23 e 114 minutos, com média de 54,38.

Inicialmente serão apresentados os dados sociodemográficos dos trabalhadores do CnR em Alagoas de acordo com as informações obtidas pelos/as participantes da pesquisa sobre dados pessoais, dados familiares, condições de saúde, situação funcional e informações sobre a COVID-19. Em seguida, será feita a caracterização do traço, estado, escore e níveis de ansiedade. Logo após, traremos os dados acerca dos domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e total. Posteriormente serão apresentadas tabelas referentes à associação entre ansiedade e perfil sociodemográfico, traço, estado, escore e níveis de ansiedade e qualidade de vida. E por fim, dados de associação entre ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores do CnR do Estado de Alagoas durante a pandemia por COVID-19.

5.1. Perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Consultório na Rua em Alagoas durante a pandemia por COVID-19

A amostra deste estudo foi composta por 49 trabalhadores de saúde, de diferentes categorias trabalhadores que atuam no CnR no Estado de Alagoas durante a pandemia por COVID-19.

Mais da metade dos trabalhadores desse serviço se declaram ser do sexo feminino (61,23%), com média de idade de 37,48 (\pm 9,71) anos. Em relação aos anos de estudo, a média foi de 16 (\pm 4,00) anos completos; os dados sobre a renda familiar e individual revelam que a média individual para aqueles indivíduos com 15 anos ou menos de estudo girou em torno de R\$1.958,30 com desvio-padrão de R\$1.245,40 enquanto esse mesmo dado para indivíduos com 16 anos ou mais de estudo apresentou uma média de R\$3.869,41 com desvio-padrão de

R\$2.032,65. Já quando avaliamos a renda familiar para indivíduos com escolaridade com 15 anos ou menos, se obteve valores de R\$2.886,40 com desvio-padrão de R\$2.027,15 e para aqueles com 16 anos ou mais de estudo tivemos média de R\$5.796,22 com desvio-padrão de R\$3.190,50 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos sociais dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Perfil sociodemográfico individual	Média	DP
Idade (anos)	37,48	9,71
Escolaridade (anos)	16,00	4,00
Renda individual (até 15 anos de estudo)	1 958,30	1 245,40
Renda individual (acima de 16 anos de estudo)	3 869,41	2 032,65
Renda familiar (até 15 anos de estudo)	2 886,40	2 027,15
Renda familiar (acima de 16 anos de estudo)	5 796,22	3 190,50

Quando tratamos dos demais dados de aspectos sociais, mais da metade dos trabalhadores eram mulheres (61,23%), quase sua totalidade se declaravam heterossexuais (91,84%), quase metade estavam casados ou em união estável (48,98%) e se declaravam pardos (44,90%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos sociais dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Perfil sociodemográfico individual	N=49	%
Identidade de gênero		
Masculino	18	36,73
Feminino	30	61,23
Transexual	1	2,04
Orientação sexual		
Heterossexual	45	91,84
Homossexual/Bissexual	4	8,16
Estado civil		
Solteiro	21	42,86
Casado/União estável	24	48,98
Separado/Divorciado	4	8,16
Raça/cor		
Branca	11	22,45
Parda	22	44,90
Preta	16	32,65

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Em relação aos aspectos habitacionais, foi verificado que mais da metade dos participantes (57,15%) residem em casa, com situação habitacional

própria (49,0%). Enquanto em torno de 40% residem em apartamento, e 2,04% residia em um outro tipo de habitação; 17 (34,70%) pessoas residiam em imóvel alugado, 07 (14,29%) pessoas residiam em imóvel financiado e 01 (2,04%) pessoa possui um outro tipo de situação habitacional (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos aspectos habitacionais dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Perfil sociodemográfico habitacional	N=49	%
Habitação		
Apartamento	20	40,82
Casa	28	57,15
Outra	1	2,04
Situação		
Alugada	17	34,70
Própria	24	48,98
Financiada	7	14,29
Outro tipo	1	2,04

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Acerca dos dados familiares, foi verificado que mais da metade (61,2%) dos participantes considerava-se responsável pela família, seguido de seus respectivos cônjuges, mais da metade tem filhos (51,0%) e a maior parte declarou estar em uma dinâmica familiar harmoniosa (91,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de variáveis sociodemográficas dos trabalhadores relacionadas aos aspectos familiares do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=49	%
Responsável familiar		
Eu	30	61,23
Cônjuge	11	22,45
Mãe	6	12,25
Pai	1	2,04
Outro	1	2,04
Filhos		
Sim	25	51,02
Não	24	48,98
Dinâmica familiar		
Harmoniosa	45	91,84
Conflituosa/negligente	4	8,16

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Ao verificar as condições de saúde da população estudada, observou-se que mais da metade dos participantes possui plano de saúde (53,06%), quase a

totalidade dos trabalhadores não faziam acompanhamento psicológico e psiquiátrico, ficando esses dados com apenas 10,20% que relataram fazer acompanhamento psicológico e 6,12% que relataram tratamento psiquiátrico (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=49	%
Convênio de saúde		
SUS	26	53,06
Plano de saúde	23	46,94
Acompanhamento psicológico		
Sim	5	10,20
Não	44	89,80
Tratamento psiquiátrico		
Sim	3	6,12
Não	46	93,88

Fonte: banco de dados da pesquisa

Dos três participantes que relataram tratamento psiquiátrico, dois relataram uso de medicações e um não informou esse dado (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às condições de saúde dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=3	%
Uso de medicação de saúde mental		
Sim	2	66,6
Não informou	1	33,3

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

Em relação à situação funcional, foi verificada que a média de tempo relatada pelos trabalhadores de atuação no CnR foi de 4,8 anos e para informações sobre tempo total de atuação os trabalhadores apresentaram uma média de 8,26 anos (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas à situação funcional dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	Média	DP
Tempo de atuação profissional (anos)	8,26	6,31
Tempo de atuação no CnR (anos)	4,80	3,21

Fonte: banco de dados da pesquisa

Considerando os demais dados funcionais dos trabalhadores do CnR, a maior parte 28,58%, (N=14) da amostra foi representada por Agentes Sociais, seguido de 12,25% (N=6) nas categorias de Enfermeiros e de Técnicos de Enfermagem.

Quanto a quantidade de empregos, os dados revelaram que cerca de metade da amostra atua apenas no CnR (51,02%), enquanto 19 pessoas (38,58%) possuem mais um vínculo empregatício e cinco pessoas (10,20%) possuem três ou mais vínculos ao todo. Ressalta-se que 53,06% trabalham em regime de prestação de serviços, enquanto 32,65% estão contratados e apenas 14,29% são concursados.

Dos dados relacionados à situação funcional, é de extrema importância ressaltar que 100% (N=49) dos trabalhadores declaram gostar das atividades que desenvolvem no CnR (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas à situação funcional dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=49	%
Ocupação		
Agente social	14	28,58
Apoio técnico	1	2,04
Assistente social	5	10,20
Auxiliar de Saúde Bucal	2	4,08
Enfermeira/o	6	12,25
Fisioterapeuta	1	2,04
Motorista	5	10,20
Dentista	3	6,12
Professor de educação física	1	2,04
Psicóloga/o	3	6,12
Técnica/o de Enfermagem	6	12,25
Terapeuta Ocupacional	2	4,08
Número de empregos		
1	25	51,02
2	19	38,78
3 ou mais	5	10,20
Vínculo empregatício		
Concursado	7	14,29
Contratado	16	32,65
Prestação de serviços	26	53,06
Gosta das atividades que desenvolve no CnR		
Sim	49	100,00
Não	0	0,00

Fonte: banco de dados da pesquisa

Questionados sobre as medidas de prevenção que os trabalhadores do CnR utilizam na sua vida, todos relataram ter recebido Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para o desenvolvimento de seu trabalho durante a pandemia. Todos (100%) também relataram utilizar álcool em gel e máscara para a prevenção de COVID-19.

Buscando informações acerca da contaminação pela COVID-19, 71,43% dos trabalhadores não foram infectados (n=35) enquanto 28,57% (n=14) relatam já terem tido COVID-19 desde o início da pandemia (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas às informações de sobre COVID-19 dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=49	%
Medidas de prevenção COVID-19		
Álcool em gel	49	100,0
Máscara	49	100,0
Distanciamento	38	74,5
Lavagem das mãos	47	92,2
Outras medidas	8	15,7
Recebeu EPIs fornecidos pela instituição		
Sim	49	100,00
Não	0	0,00
Já teve COVID-19		
Sim	14	28,57
Não	35	71,43

Fonte: banco de dados da pesquisa.

5.2 Caracterização da ansiedade quanto Ansiedade Traço-Estado, escore de ansiedade, níveis de ansiedade e transtorno de ansiedade generalizada nos trabalhadores do Consultório na Rua durante a pandemia por COVID-19

Ao verificar a frequência das características relacionadas à ansiedade, observou-se que 65,30% da amostra apresentou um nível mínimo de ansiedade, 14,29% um nível leve, 12,25% um nível moderado e 8,16% um nível grave enquanto 18,37% dos entrevistados apresentaram Transtorno de Ansiedade Generalizada. (Tabela 10). Quanto a confiabilidade interna, o Alfa de Crobach foi de 0,90 para o questionário do Inventário de Beck.

Tabela 10 - Distribuição das variáveis relacionadas à ansiedade dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	N=49	%
Transtorno de Ansiedade Generalizada¹		
Sim	9	18,37
Não	40	81,63
Nível de ansiedade²		
Mínimo	32	65,30
Leve	7	14,29
Moderado	6	12,25
Grave	4	8,16

Fonte: banco de dados da pesquisa.

¹ Transtorno de Ansiedade Generalizada avaliada pelo M.I.N.I.

² Nível de Ansiedade avaliado pelo Inventário de Ansiedade de Beck

Pode-se observar também que média de Ansiedade-Traço 57,7 ($\pm 5,16$) dos trabalhadores do CnR foi ligeiramente superior à média da Ansiedade-Estado 56,35 ($\pm 6,99$), que são caracterizadas por Estado e Traço moderados de ansiedade; para observação do escore, foi aferida que o escore de ansiedade teve média de 11,29 ($\pm 10,08$) (Tabela 11). Quanto a confiabilidade interna, o Alfa de Crobach foi de 0,90, 0,79 para os questionários do Inventário de Beck, Idate-Traço/Estado, respectivamente.

Tabela 11 - Distribuição das variáveis relacionadas à ansiedade dos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Estado de ansiedade ¹	56,35	6,99
Traço de ansiedade ¹	57,69	5,16
Escore de ansiedade ²	11,29	10,08

NOTA: Todos os participantes apresentaram traço e estado de ansiedade moderada.

Fonte: banco de dados da pesquisa.

¹ Estado/Traço de Ansiedade avaliados pelo IDATE Traço-Estado

² Escore de Ansiedade avaliado pelo Inventário de Ansiedade de Beck

5.3 Identificação dos domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meioambiente e total nos trabalhadores do Consultório na Rua durante a pandemia por COVID-19

Ao analisar os domínios de qualidade de vida dos entrevistados, ressalta-se que a maior média apresentada foi à do domínio das relações sociais, atingindo 70,06 ($\pm 16,48$), seguida da qualidade de vida geral 67,34 ($\pm 19,40$) e do domínio psicológico 63,09 ($\pm 11,66$). O domínio considerado pela avaliação do

questionário com o menor valor foi o domínio físico, que possuiu uma média de 32,33 ($\pm 13,30$). (Tabela 12). Quanto a confiabilidade interna, o Alfa de Crobach obtido foi de 0,88.

Tabela 12 – Distribuição em médias dos Domínios da Qualidade de Vida nos trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020.

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Domínio físico ¹	32,33	13,30
Domínio psicológico ¹	63,09	11,66
Domínio das relações sociais ¹	70,06	16,48
Domínio do meio ambiente ¹	61,54	14,00
Qualidade de vida geral ¹	67,34	19,40

Fonte: banco de dados da pesquisa.

¹ Domínios avaliados pelo WHOQOL-bref

5.4. Associação entre ansiedade traço-estado, níveis de ansiedade, escore de ansiedade, Transtorno de Ansiedade Generalizada e perfil sociodemográfico

A análise entre traço e estado de ansiedade correlacionada com dados sociodemográficos apresentou significância estatística quando consideramos estado de ansiedade com escolaridade, apresentando um p-valor de 0,005. Pode-se afirmar que quanto mais anos de escolaridade o trabalhador do CnR possui, mais elevada é a sua ansiedade estado (Tabela 13).

Tabela 13 - Correlação entre Ansiedade Traço e Ansiedade Estado com variáveis sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variável	Traço de ansiedade		Estado de ansiedade	
	R	P-valor ^a	r	P-valor*
Idade (anos)	0,08	0,57	0,07	0,60
Escolaridade (anos)	0,21	0,14	0,39	0,005
Renda individual	0,17	0,24	0,17	0,22
Renda familiar	0,09	0,55	0,09	0,55

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

* P-valor para Correlação de Spearman.

Para traço de ansiedade e variáveis sociodemográficas, nenhum p-valor apresentou relevância estatística, pois todas as variáveis tiveram valores maiores ou igual a 0,05. (Tabela 14).

Tabela 14 – Média da Ansiedade Traço com variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19, nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variáveis sociodemográficas	Traço de ansiedade			P-valor
	N	Média	Desvio-padrão	
Identidade de gênero^a				0,13
Masculino	18	56,22	3,97	
Feminino	30	58,57	5,72	
Orientação sexual^a				0,47
Heterossexual	45	57,53	5,21	
Homossexual/Bissexual	4	59,50	4,79	
Estado civil^b				0,45
Solteiro	21	58,33	5,25	
Casado/União estável	24	57,63	4,47	
Separado/Divorciado	4	54,75	8,65	
Raça/Cor^b				0,40
Branca	11	59,45	3,93	
Parda	22	57,50	5,76	
Preta	16	56,75	5,02	
Dinâmica familiar^a				0,20
Harmoniosa	45	57,98	5,18	
Negligente/Conflituosa	4	54,50	4,20	
Convênio de saúde^a				0,78
SUS	26	57,50	4,72	
Plano de saúde	23	57,91	5,72	
Acompanhamento psicológico^c				0,78
Sim	5	56,40	4,68	
Não	44	57,84	9,07	
Tratamento psiquiátrico^a				0,24
Sim	3	54,33	2,30	
Não	46	57,91	5,23	
Número de empregos^b				0,12
1	25	58,16	5,32	
2	19	58,26	3,81	
3 ou mais	5	53,20	7,49	
Vínculo empregatício^b				0,05
Concursado	7	61,71	2,49	
Contratado	16	56,13	4,91	
Prestação de serviços	26	57,58	5,39	
Relacionadas à COVID-19				
Medidas de prevenção da COVID-19*				
Distanciamento social^a				0,33
Sim	38	58,08	4,46	
Não	11	56,36	7,20	
Lavagem das mãos^a				0,43
Sim	47	57,57	5,19	
Não	2	60,50	4,95	
Outras medidas^a				0,85
Sim	8	57,38	6,23	
Não	41	57,76	5,01	
Já teve COVID-19^a				0,13
Sim	14	55,93	5,63	
Não	35	58,40	4,87	

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

^aP-valor para o teste "t" para amostras independentes e paramétricas.

^bP-valor para ANOVA.

^cP-valor para o teste de Mann-Witney.

Paralelamente ao Traço de ansiedade, o Estado de ansiedade - que são características avaliadas pelo mesmo questionário - também não apresentaram nenhuma correlação estatisticamente significativa, apresentando todos os p-valor com valores acima de 0,05. (Tabela 15).

Tabela 15 – Média da Ansiedade Estado com as variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19, nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

(continua)

Variável	Estado de ansiedade			P-valor
	N	Média	Desvio-padrão	
Sociodemográficas				
Identidade de gênero^a				0,38
Masculino	18	55,22	6,99	
Feminino	30	57,07	7,12	
Orientação sexual^a				0,12
Heterossexual	45	55,89	7,08	
Homossexual/Bissexual	4	61,50	2,64	
Estado civil^b				0,66
Solteiro	21	56,67	7,04	
Casado/União estável	24	56,58	6,39	
Separado/Divorciado	4	53,25	11,11	
Raça/Cor^b				0,18
Branca	11	58,27	3,97	
Parda	22	54,32	7,79	
Preta	16	57,81	7,05	
Dinâmica familiar^a				0,94
Harmoniosa	45	56,76	6,95	
Negligente/Conflituosa	4	51,75	6,44	
Convênio de saúde^a				0,68
SUS	26	55,96	7,68	
Plano de saúde	23	56,78	6,25	
Acompanhamento psicológico^a				0,88
Sim	5	56,80	11,27	
Não	44	56,30	6,53	
Tratamento psiquiátrico^a				0,49
Sim	3	53,67	5,50	
Não	46	56,52	7,08	
Número de empregos^b				0,27
1	25	57,12	6,59	
2	19	56,58	6,39	
3 ou mais	5	51,60	10,43	
Vínculo empregatício^b				0,12
Concurado	7	60,86	1,77	
Contratado	16	54,44	7,99	
Prestação de serviços	26	56,31	6,83	
Relacionadas à COVID-19				
Medidas de prevenção da COVID-19*				
Distanciamento social^c				0,30
Sim	38	57,34	5,76	
Não	11	52,91	9,74	

Tabela 15 – Média da Ansiedade Estado com as variáveis sociodemográficas e informações relacionadas à COVID-19, nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).
(conclusão)

Variável	Estado de ansiedade			P-valor
	N	Média	Desvio-padrão	
Sociodemográficas				
Lavagem das mãos^a				0,58
<i>Sim</i>	47	56,23	7,09	
<i>Não</i>	2	59,00	4,24	
Outras medidas^a				0,47
<i>Sim</i>	8	58,00	5,21	
<i>Não</i>	41	56,02	7,29	
Já teve COVID-19^a				0,09
<i>Sim</i>	14	53,71	8,44	
<i>Não</i>	35	57,40	6,14	

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

^aP-valor para o teste “t” para amostras independentes.

^bP-valor para ANOVA.

^cP-valor para o teste de Mann-Whitney.

Para a avaliação da presença ou ausência de ansiedade associada a variáveis sociodemográficas, foi observada diferença estatisticamente significativa entre as médias de renda familiar do grupo que apresenta presença de ansiedade comparado com o grupo que apresenta ausência, apresentando um p-valor de 0,03. (Tabela 16).

Tabela 16 – Média da presença da ansiedade pelo Inventário de ansiedade de Beck relacionada a variáveis sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variável	Ansiedade				Diferença média	IC 95%	P-valor*
	Presença (n = 17)		Ausência (n = 32)				
	Média	DP	Média	DP			
Idade (anos)	36,94	11,76	37,78	8,61	-0,84	-6,75 – 5,07	0,77
Escolaridade (anos)	14,88	4,71	16,56	3,51	-1,68	-4,07 – 0,71	0,16
Renda individual (reais)	2 468,59	1 721,77	3 419,16	2 055,09	-950,56	-2 126,73 – 225,59	0,11
Renda familiar (reais)	3 081,87	2 073,38	5 171,89	3 275,88	-2 090,02	-3 977,85 – -202,19	0,03

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

*P-valor para o teste “t” para amostras independentes e paramétricas.

Para análise das características sociodemográficas e dados relacionados à COVID-19 com a presença ou ausência de ansiedade avaliada pelo Inventário de

Beck, apresentaram relevância estatística duas variáveis: a realização de acompanhamento psicológico (p-valor 0,02) e o número de empregos (p-valor 0,04).

Para esta análise os indivíduos foram classificados em duas categorias, com ausência de sintomas ansiosos (ansiedade mínima e leve) e com presença de sintomas ansiosos (ansiedade moderada e grave). Isso foi feito para que a amostra se distribuisse de forma mais homogênea, permitindo a análise.

As pessoas que não realizavam nenhum tipo de acompanhamento tinham nove vezes mais chances de apresentar algum nível de ansiedade. Bem como ao analisarmos o número de empregos com o nível de ansiedade, ter três ou mais vínculos pode possibilitar ao indivíduo cerca de sete vezes mais chances de ter algum nível de ansiedade. Também é importante ressaltar que o Odds Ratio de dois vínculos teve um valor de 0,47, podendo se apresentar como um fator de proteção para a presença de algum nível de ansiedade. (Tabela 17).

Tabela 17 – Associação entre presença de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade de BECK e características sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49). (continua)

Variável	Nível de ansiedade				P-valor*	Odds ratio	IC95%
	Presença (n = 17)		Ausência (n = 32)				
	N	%	N	%			
Sociodemográficas							
Identidade de gênero							
Masculino	5	27,8	13	72,2	0,52	1,00	-
Feminino	11	36,7	19	63,3		1,50	0,42 – 5,36
Orientação sexual							
Heterossexual	15	33,3	30	66,7	0,50	1,00	-
Homossexual/Bissexual	2	50,0	2	50,0		2,00	0,25 – 15,62
Estado civil							
Solteiro	9	42,9	12	57,1	0,57	1,00	-
Casado/União estável	7	29,2	17	70,8		0,54	0,16 – 1,88
Separado/Divorciado	1	25,0	3	75,0		0,44	0,03 – 5,01
Raça/Cor							
Branca	2	18,2	9	81,8	0,41	1,00	-
Parda	9	40,9	13	59,1		3,11	0,54 – 17,96
Preta	6	37,5	10	62,5		2,70	0,43 – 16,93
Dinâmica familiar							
Harmoniosa	15	33,3	30	66,7	0,50	1,00	-
Negligente/Conflituosa	2	50,0	2	50,0		2,00	0,25 – 15,62
Convênio de saúde							
SUS	10	38,5	16	61,5	0,55	1,00	-
Plano de saúde	7	30,4	16	69,6		0,70	0,21 – 2,29
Acompanhamento psicológico							
Sim	4	80,0	1	20,0	0,02	1,00	-
Não	13	29,5	31	70,52		9,53	0,97 – 93,72

Tabela 17 – Associação entre presença de ansiedade pelo Inventário de Ansiedade de BECK e características sociodemográficas nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49). (conclusão)

Variável	Nível de ansiedade				P-valor*	Odds ratio	IC95%
	Presença (n = 17)		Ausência (n = 32)				
	N	%	N	%			
Sociodemográficas							
Tratamento psiquiátrico					0,23		
Sim	2	66,7	1	33,3		1,00	-
Não	15	32,6	31	67,4		4,13	0,34 – 49,27
Número de empregos					0,04		
1	9	36,0	16	64,0		1,00	-
2	4	21,1	15	78,9		0,47	0,12 – 1,87
3 ou mais	4	80,0	1	20,0		7,11	0,68 – 73,71
Vínculo empregatício					0,36		
Concursado	1	14,3	6	85,7		1,00	-
Contratado	5	31,2	11	68,8		2,72	0,25 – 29,06
Prestação de serviços	11	42,3	15	57,7		4,40	0,46 – 41,97
Relacionadas à COVID-19							
Medidas de prevenção^a							
Distanciamento social					0,39		
Sim	12	31,6	26	68,4		1,00	-
Não	5	45,5	6	54,5		0,55	0,14 – 2,17
Lavagem das mãos^b					0,29		
Sim	17	36,2	30	63,8			
Não	0	0,0	2	100,0			
Outras medidas					0,52		
Sim	2	25,0	6	75,0		1,00	-
Não	8	36,6	26	63,4		0,57	0,10 – 3,23
Teve COVID-19					0,92		
Sim	5	35,7	9	64,3		1,00	-
Não	12	34,3	23	65,7		1,06	0,29 – 3,89

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

*P-valor para qui-quadrado.

^aNão foram avaliadas as medidas de prevenção como o uso de álcool em gel e máscara, pois todos os participantes da amostra as realizavam.

^bNão foi calculado o odds ratio devido a subgrupos com ausência de respondentes.

Observando a associação do Transtorno de Ansiedade Generalizada avaliado pelo questionário M.I.N.I. com as variáveis sociodemográficas como idade, escolaridade, renda individual e familiar, nenhum dado apresentou relevância estatística, considerando o p-valor <0,05. (Tabela 18).

Tabela 18 - Associação entre transtorno de ansiedade generalizada (MINI) e variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, renda individual e renda familiar, 2020. (n=49)

Variável	Transtorno de ansiedade generalizada				Diferença média	IC 95%	P-valor *
	Sim (n = 9)		Não (n = 40)				
	Média	DP	Média	DP			
Idade (anos)	35,22	13,41	38,00	8,80	-2,77	-10,01 – 4,45	0,44
Escolaridade (anos)	14,89	3,10	16,23	4,17	-1,33	-4,31 – 1,64	0,37
Renda individual (reais)	2 432,22	1 398,98	3 237,23	2 075,32	-805,00	-2 272,03 – 662,03	0,27
Renda familiar (reais)	3 386,25	2 074,50	4 684,31	3 215,32	-1 298,06	-3 712,61 – 1 116,48	0,28

P-valor para o teste "t" para amostras independentes.

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Quando realizado teste de associação entre as características sociodemográficas e dados relacionados à COVID-19 segundo o Transtorno de Ansiedade Generalizada investigado pelo M.I.N.I., identificou-se duas variáveis com significância no p-valor. Para indivíduos que não fazem tratamento psiquiátrico a chance de ter TAG chega a ser onze vezes maior comparado com aqueles que fazem tratamento.

Considerando a quantidade de vínculos empregatícios ter três ou mais vínculos pode possibilitar ao trabalhador do CnR seis vezes mais chances de ter TAG enquanto possuir dois vínculos apresenta um Odds Ratio de 0,22, indicando que pode ser um fator de proteção. Os demais dados sociodemográficos e relacionados à COVID-19 não possuíram relevância estatística considerando que todas essas variáveis apresentaram um valor de p acima de 0,05. (Tabela 19).

Tabela 19 - Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e características sociodemográficas, informações relacionadas à COVID-19 com os trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020 (N=49) (continua)

	Transtorno de ansiedade generalizada				P-valor*	Odds ratio	IC95%
	Sim (n = 9)		Não (n = 40)				
	N	%	N	%			
Sociodemográficas							
Identidade de gênero							
Masculino	3	16,7	15	83,3	0,77	1,00	-
Feminino	6	20,0	24	80,0			

Tabela 19 - Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e características sociodemográficas, informações relacionadas à COVID-19 com os trabalhadores do Consultório na Rua no Estado de Alagoas, 2020 (N=49) (conclusão)

	Transtorno de ansiedade generalizada				P-valor*	Odds ratio	IC95%
	Sim (n = 9)		Não (n = 40)				
	N	%	N	%			
Sociodemográficas							
Orientação sexual							
Heterossexual	8	17,8	37	82,2	0,72	1,00	-
Homossexual/Bissexual	1	25,0	3	75,0		1,54	0,14 – 16,80
Estado civil							
Solteiro	5	23,8	16	76,2	0,58	1,00	-
Casado/União estável	3	12,5	21	87,5		0,45	0,09 – 2,20
Separado/Divorciado	1	25,0	3	75,0		1,06	0,09 – 12,68
Raça/Cor							
Branca	1	9,1	10	90,9	0,63	1,00	-
Parda	5	22,7	17	77,3		2,94	0,29 – 28,89
Preta	3	18,8	13	81,3		2,30	0,20 – 25,65
Dinâmica familiar							
Harmoniosa	8	17,8	37	82,2	0,72	1,00	-
Negligente/Conflituosa	1	25,0	3	75,0		1,54	0,14 – 16,80
Convênio de saúde							
SUS	4	15,4	22	84,6	0,56	1,00	-
Plano de saúde	5	21,7	18	78,3		1,52	0,35 – 6,54
Acompanhamento psicológico							
Sim	2	40,0	3	60,0	0,22	1,00	-
Não	7	15,9	37	84,1		3,52	0,49 – 25,09
Tratamento psiquiátrico							
Sim	2	66,7	1	33,3	0,02	1,00	-
Não	7	15,2	39	84,8		11,14	0,88 – 140,11
Número de empregos							
1	5	20,0	20	80,0	0,01	1,00	-
2	1	5,3	18	94,7		0,22	0,02 – 2,08
3 ou mais	3	60,0	2	40,0		6,00	0,78 – 46,14
Vínculo empregatício^b							
Concursado	0	0,0	7	100,0	0,35		
Contratado	4	25,0	12	75,0			
Prestação de serviços	5	19,2	21	80,8			
Relacionadas à COVID-19							
Medidas de prevenção^a							
Distanciamento social							
Sim	7	18,4	31	81,6	0,98	1,00	-
Não	2	18,2	9	81,8		1,01	0,17 – 5,77
Lavagem das mãos^b							
Sim	9	19,1	38	80,9	0,49		
Não	0	0,0	2	100,0			
Outras medidas							
Sim	1	12,5	7	87,5	0,63	1,00	-
Não	8	19,5	33	80,5		0,58	0,06 – 5,49
Teve COVID-19							
Sim	4	28,6	10	71,4	0,24	1,00	-
Não	5	14,3	30	85,7		2,40	0,53 – 10,72

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

^aP-valor para qui-quadrado.

^aNão foram avaliadas as medidas de prevenção como o uso de álcool em gel e máscara, pois todos os participantes da amostra as realizavam.

^bNão foi calculado o odds ratio devido a subgrupos com ausência de respondentes.

5.5 Associação entre características de ansiedade traço-estado e qualidade de vida

5.5.1 Ansiedade Traço-Estado e qualidade de vida

Para avaliação da ansiedade traço-estado com a qualidade de vida, utilizou-se a correlação de Spearman. Considerando-se que o único domínio com significância estatística foi o do meio ambiente, por apresentar um p-valor de 0,006, com uma relação de força entre estas duas variáveis moderada, pode-se inferir que quanto maior for o domínio do ambiente mais ansiedade estado os trabalhadores do CnR tendem a apresentar (Tabela 20).

Tabela 20 – Correlação entre Ansiedade Traço, Ansiedade Estado com variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020 (N=49).

Variável	Traço de ansiedade		Estado de ansiedade	
	R	P-valor ^a	r	P-valor ^a
Domínio físico	0,08	0,55	0,001	0,99
Domínio psicológico	-0,03	0,81	0,14	0,30
Domínio das relações sociais	0,06	0,67	-0,003	0,98
Domínio do meio ambiente	0,20	0,15	0,39	0,006
Qualidade de vida geral	0,22	0,11	0,18	0,21

^aP-valor \leq 0,05 para Correlação de Spearman .

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

5.5.2. Escore de ansiedade e qualidade de vida.

Quando verificada a correlação entre o escore de ansiedade do Inventário de Beck e a qualidade de vida com seus respectivos domínios, observou-se uma correlação de tendência negativa em todos eles, permitindo-se inferir que quanto maior o escore da ansiedade menor a qualidade de vida geral ($p= 0,001$) e o domínio físico ($p= 0,01$), que apresentaram significância estatística com o valor de $p < 0,05$. Dessa forma, podemos inferir que a medida que se apresenta uma diminuição

do domínio físico e de qualidade de vida geral, mais tende-se a apresentar um escore elevado de ansiedade. (Tabela 21).

Tabela 21 – Correlação entre escore de Ansiedade e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variáveis	Escore de ansiedade	
	R	P-valor*
Domínio físico	-0,34	0,01
Domínio psicológico	-0,24	0,09
Domínio das relações sociais	-0,27	0,05
Domínio do meio ambiente	-0,27	0,05
Qualidade de vida geral	-0,46	0,001

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

*P-valor para Correlação de Spearman.

5.5.3 Presença de ansiedade e qualidade de vida

O Inventário de Ansiedade de Beck apresenta dados sobre os níveis de ansiedade de cada indivíduo, dessa maneira esse questionário foi utilizado para analisar a associação entre os níveis de ansiedade e a qualidade de vida dos trabalhadores do CnR. Bem como a tabela 13, aqui consideramos a presença (nível moderado e grave) ou ausência (nível mínimo e leve) de ansiedade para que a amostra se distribuisse de forma mais homogênea, permitindo a análise. Apresentaram significância estatística os domínios físico (p-valor 0,01), meio ambiente (p-valor 0,01) e qualidade de vida geral (p-valor 0,002). (Tabela 22).

Tabela 22 – Associação entre a presença de ansiedade e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variável	Ansiedade				Diferença média	IC 95%	P-valor*
	Presença (n = 17)		Ausência (n = 32)				
	Média	DP	Média	DP			
Domínio físico	27,73	11,81	37,83	12,85	-10,10	-17,65 – -2,54	0,01
Domínio psicológico	60,04	15,38	64,71	8,97	-4,66	-11,64 – 2,31	0,18
Domínio das relações sociais	65,68	17,40	72,39	15,75	-6,70	-16,57 – 3,15	0,17
Domínio do meio ambiente	54,59	14,15	65,23	12,64	-10,63	-18,59 – -2,68	0,01
Qualidade de vida geral	55,88	20,30	73,43	16,11	-17,55	-28,21 – -6,89	0,002

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

*P-valor para o teste “t” para amostras independentes e paramétricas.

OBSERVAÇÃO: Para essa análise os indivíduos foram classificados com ausência de sintomas ansiosos e com presença de sintomas ansiosos (ansiedade leve à moderada, ansiedade moderada e ansiedade grave). Isso foi feito para que a amostra se distribuisse de forma mais homogênea, permitindo a análise.

5.5.4 Transtorno de Ansiedade Generalizada e qualidade de vida

Para a análise de TAG com a Qualidade de Vida percebeu-se que o grupo das pessoas que não apresentam TAG possuem maior pontuação no domínio das relações sociais e qualidade de vida geral quando comparadas as pontuações do grupo de pessoas que apresentam TAG ($p=0,009$ e $p=0,002$, respectivamente). (Tabela 23).

Tabela 23 - Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e as variáveis da qualidade de vida nos trabalhadores que atuam no Consultório na Rua do Estado de Alagoas, 2020. (N=49).

Variável	Transtorno de ansiedade generalizada				Diferença média	IC 95%	P-valor*
	Sim (n = 9)		Não (n = 40)				
	Média	DP	Média	DP			
Domínio físico	26,98	11,44	35,98	13,24	-8,99	-18,61 – 0,62	0,06
Domínio psicológico	56,94	14,58	64,47	10,63	-7,53	-15,99 – 0,92	0,08
Domínio das relações sociais	57,40	16,89	72,91	15,18	-15,50	-27,00 – -4,01	0,009
Domínio do meio ambiente	57,29	16,68	62,50	13,38	-5,20	-15,60 – 5,18	0,31
Qualidade de vida geral	50,00	22,53	71,25	16,55	-21,25	-34,39 – -8,10	0,002

Fonte: banco de dados da própria pesquisa.

*P-valor para o teste “t” para amostras independentes e paramétricas.

6 DISCUSSÃO

Ao considerar o trabalho em saúde desenvolvido pelos trabalhadores do CnR em Alagoas precisamos refletir como o perfil sociodemográfico de cada profissional reflete na saúde física e mental dos mesmos, bem como é necessário considerar como a pandemia tem sido enfrentada no contexto da Atenção Primária em Saúde no Brasil e nas dificuldades já existentes previamente a esse cenário, pois todas essas circunstâncias refletem nesses eventos de saúde.

Os resultados deste estudo mostram que mais da metade dos trabalhadores do CnR de Alagoas são do sexo feminino, com média de idade de 37 anos e cerca de 16 anos completos de estudo. Mais da metade residem em casa própria, possuíam filhos e cerca de 90% relatam uma dinâmica familiar harmoniosa. Cerca de 53% possuem plano de saúde e apenas 10% fazem acompanhamento psicológico, e quando há investigação acerca de tratamento psiquiátrico, esse número decresce para 6%.

A questão de gênero é um debate necessário a ser feito, pois essas mulheres que desenvolvem suas atividades trabalhadoras no CnR representam mais da metade dos trabalhadores desse serviço. A divisão sexual do trabalho é um traço marcante na sociedade brasileira, pois historicamente podemos observar que muitas vezes, ao sair para o mercado de trabalho, as mulheres passam a prover financeiramente a família na mesma proporção que é realizada pelo homem, porém, continuam-se atribuídas a elas as atividades domésticas e de cuidado aos filhos, fazendo do que elas não consigam se desvincular do seu espaço privado, realizando assim uma dupla jornada de trabalho, considerando que o vínculo remunerado sempre foi “função natural” do provedor da casa. (ZART; 2019, SCHMIDT, 2012).

Em relação aos dados laborais, metade dos entrevistados trabalham apenas no CnR enquanto a outra metade se divide entre duas ou até mesmo três jornadas de trabalho diferentes. Para essas pessoas, possuir três ou mais vínculos pode possibilitar seis vezes mais chances de ter TAG e sete vezes mais chances de apresentar algum nível de ansiedade. Curiosamente, ter dois vínculos aparenta ser um fator de proteção para as mesmas situações mencionadas acima.

Já quando falamos sobre vínculo empregatício, apenas 14% são concursados enquanto os demais são contratados ou prestadores de serviços. Pesquisa realizada em 2020 que trouxe dados acerca da saúde mental de

trabalhadores da Atenção Básica de um município do Ceará durante a pandemia também ressaltou o receio dos trabalhadores de perderem seus empregos em caso de afastamento, pois grande parte dos trabalhadores estão expostos a vínculos empregatícios fragilizados (MARTINS, *et al.*, 2020). O que também ocorre com os trabalhadores do CnR em Alagoas, onde mais de 2/3 dos trabalhadores que participaram desta pesquisa relatam não possuir vínculo efetivo com a Secretaria Municipal de Saúde, ficando sujeitos a mesma sensação.

Ao debatermos a fragilidade do vínculo profissional outro dado deve ser registrado como significativo nesta pesquisa: além da jornada de trabalho no CnR, dos 49 entrevistados, 30 possuem outro vínculo empregatício, exemplificando claramente a múltiplas jornadas de trabalho desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde durante a pandemia e além dela.

A sobrecarga de trabalho e as precárias condições a quais os trabalhadores em saúde, muitas vezes, estão submetidos se tornaram mais evidentes durante a pandemia, momento em que os trabalhadores deste ramo estão cada vez mais no enfoque da mídia e da população em geral. No Brasil, observa-se que algumas medidas adotadas pelos governos ao invés de protegerem o trabalhador, expõem ainda mais os mesmos aos riscos proporcionados pela doença, por meio de uma maior possibilidade de contaminação através do inadequado fornecimento de equipamentos de proteção, em especial durante os primeiros meses de pandemia e da exposição a fatores que afetem sua saúde física e mental, por exemplo (FIRMIANO *et al.*, 2021).

Muito tem se debatido acerca da precarização do trabalho relacionada aos trabalhadores de saúde, e podemos observá-la ao passo que as ocupações, por tantas vezes materializadas de forma precária para o trabalhador, não implicam em medidas de proteção para ele. Paradoxalmente o mesmo indivíduo que é responsável pelo cuidado à pessoa infectada pelo novo coronavírus de disseminar o vírus entre os seus familiares e amigos, levando-o ao isolamento da própria família, à mudança de rotina e à restrição de sua rede de apoio social. Dessa maneira, os trabalhadores de saúde passaram a conviver diariamente com sentimentos relacionados ao medo, a insegurança e outros quesitos, o que leva os pesquisadores a refletirem como essas situações vivenciadas quase que diariamente, durante esse período de pandemia, podem interferir em quesitos

sociais e psicológicos da saúde de cada indivíduo (OLIVEIRA; 2020, FIRMIANO *et al.*; 2021, ORNELL, *et al.*; 2020).

Discutir acerca das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde durante a pandemia é essencial, pois cada vez mais a categoria assume um papel de destaque. Além de observamos um considerável quantitativo de contratações imediatas mediante à necessidade de estruturação da rede pública para atendimento aos casos de COVID-19, esses vínculos se apresentam cada vez mais frágeis, reforçando a atual conjuntura de perca de direitos trabalhistas e previdenciários, associando-se esses fatos às desigualdades sociais já existentes previamente que se intensificaram neste período (SANTOS, *et al.*, 2020).

Para dados sobre medidas de biossegurança do profissional de saúde, todos os trabalhadores do CnR relatam terem recebido EPIs para o desenvolvimento de suas atividades, além de utilizar álcool em gel e máscara e outras medidas como o distanciamento social, apesar deste último não ter sido mencionado por todos os trabalhadores.

Recomendações do Ministério da Saúde ao desenvolvimento do trabalho dos CnR do Brasil, durante a pandemia, trazem a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual no desenvolvimento das atividades, a necessidade de conhecimento dos protocolos de biossegurança e ressalta que os trabalhadores devem estar protegidos e cautelosos à saúde mental, pois além de lidar com a carga emocional que já existe quando se trabalha com populações em situação de vulnerabilidade, o desenvolvimento do trabalho no contexto da pandemia eleva os índices de contágio dos trabalhadores em saúde e provoca instabilidade emocional (FIOCRUZ, 2020).

Acerca da contaminação dos trabalhadores pelo novo coronavírus, quase 2/3 relatam não terem sido infectados pela doença até o momento da entrevista, enquanto os demais relataram já terem tido COVID-19 desde o início da pandemia.

Estudo realizado no Sul do Brasil em abril de 2020, que objetivou avaliar a prevalência e os fatores associados à percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus, apontou que indivíduos que se avaliaram com elevado risco de contaminação estavam inseridos no mercado de trabalho, bem como os trabalhadores do CnR, e que possuíam sensação de fragilidade e maior prevalência de medo de contaminação, provavelmente pela percepção de aumento de exposição (LINDEMANN, *et al.*, 2021).

Quando falamos sobre os sentimentos dos trabalhadores de saúde durante a pandemia, a ansiedade se faz presente nos relatos, como foi evidenciado por pesquisa realizada no Ceará-Brasil, com equipes de três Unidades Básicas de Saúde. Para esses trabalhadores, o medo e a ansiedade invadiram a rotina de trabalho considerando a probabilidade de serem contaminados pela COVID-19 e ao mesmo tempo de levarem o vírus para seus familiares (MARTINS, *et al.*, 2020).

Os dados sobre ansiedade mostram que todos os trabalhadores apresentaram algum nível de ansiedade, classificados em mínimo, leve, moderado e grave, todos possuem traço e estado de ansiedade moderado e nove pessoas atenderam aos critérios que apontam para a presença de TAG. Quando levamos em consideração o escore de ansiedade, a média apresentada caracterizou os participantes com um escore de ansiedade leve.

Assemelhando-se ao encontrado neste estudo, pesquisa transversal realizada com 4.920 trabalhadores de saúde, na Arábia Saudita, no ano de 2020, que objetivou explorar a prevalência de ansiedade e os principais preditores para altos níveis de ansiedade durante a atual pandemia por COVID 19, mostrou que todos os trabalhadores de saúde participantes que foram avaliados, também apresentaram algum nível de ansiedade (ALENAZI, *et al.*, 2020).

Uma metanálise realizada por Silva *et al.* (2020), utilizando 35 artigos com estudos de prevalência também confirmou níveis elevados de ansiedade em trabalhadores de saúde que estão atuando na assistência aos pacientes durante a pandemia do novo coronavírus.

O fato de estar em constante exposição ao vírus pode acarretar em inúmeros fatores psicológicos para estas pessoas. Como possibilidade para lidar com os sentimentos que surgem durante a pandemia e o desenvolvimento do trabalho em saúde neste período, muitos serviços voluntariados surgiram com o objetivo de auxiliar os trabalhadores a lidarem com as emoções e sentimentos que vivenciar esse momento pandêmico tem levado.

Podemos mencionar algumas estratégias que estão sendo utilizadas pelos serviços de saúde para realizarem acompanhamento dos trabalhadores que estão atuando no cuidado em saúde durante a pandemia como o site do <https://www.agirparasalvarvidas.com.br/> que até maio de 2021 já tinha atendido cerca de 320 trabalhadores de saúde através de cerca de 999 trabalhadores voluntários, o Bodydynamic® Brasil que objetiva fornecer “apoio psicológico e

monitoramento, gratuitos e online, para trabalhadores de Unidades de Saúde – Covid 19” e o Projeto TelePSI, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que objetiva fornecer suporte e acompanhamento psicológico para os trabalhadores de saúde que estão na linha de frente do combate à Covid-19 através de teleconsulta por meio de uma central de atendimento (AGIR PARA SALVAR VIDAS; 2020, BODYNOMIC BRASIL; 2020, COFEN; 2020).

Para além da busca de acompanhamento por meio da rede pública e voluntariada, também se ressalta a procura por acompanhamento profissional através da rede privada. Em relação ao CnR, das 49 pessoas entrevistadas, apenas cinco estavam realizando acompanhamento psicológico e três estavam realizando tratamento psiquiátrico, demonstrando um índice baixo deste tipo de cuidado, considerando que todos os trabalhadores deste serviço apresentaram algum nível de ansiedade e traço/estado moderado. A realização de acompanhamento demonstra um cuidado em saúde, porém este cuidado tem sido realizado de forma individual e não através do serviço de saúde como forma de cuidado com o cuidador, considerando que o serviço não dispõe dessa ferramenta.

Dos trabalhadores que afirmaram realizar tratamento psiquiátrico, dois relatam o uso de medicações de saúde mental e um não disponibilizou informações acerca desse dado. O uso de medicações pode interferir diretamente no traço-estado, nível e escore de ansiedade apresentado pelo trabalhador, pois são utilizadas para reduzir o nível de ansiedade apresentado pelo indivíduo, sendo considerado assim uma variável de confundimento, pois esses trabalhadores poderiam apresentar dados diferentes, caso questionados quando não estivessem fazendo uso da medicação.

Para esses trabalhadores, quando falamos sobre tratamento psiquiátrico, o profissional do CnR que relatava não estar realizando tratamento possuía onze vezes mais chances de apresentar TAG do que quem estava fazendo tratamento. Enquanto acerca de acompanhamento psicológico, os indivíduos que não realizam esse tipo de acompanhamento possuem nove vezes mais chances de apresentar algum nível.

Para Dantas (2021), fica claro que se já observávamos altos índices de impacto psicológico e psiquiátrico na população em geral durante pandemias anteriores, quando tratamos desta temática no contexto atual relacionada aos trabalhadores de saúde esse impacto é amplificado, especialmente quando falamos

sobre os trabalhadores que estão na assistência direta à população, como é o caso dos trabalhadores do CnR.

Em tempos de pandemia, estratégias têm sido constantemente pensadas para que se possa dar seguimento aos hábitos de vida de cada um. Uma inovação que tem sido fortemente utilizada quando falamos sobre promoção da saúde mental é o acompanhamento psicológico e psiquiátrico online, levando em consideração a praticidade e o fato do indivíduo poder se proteger da possibilidade de contágio e transmissão, ao mesmo tempo em que cuida da sua saúde mental (DIAS; CARLESSO, 2020).

Quando consideramos os estudos que relatam as experiências anteriores, como o surto de SARS em 2003, o terremoto de Wenchuan em 2008 e a influenza em 2013, é evidenciado que após esse período, uma expressiva parcela dos trabalhadores de saúde que estavam envolvidos no cuidado direto as pessoas acometidas por esses agravos desenvolveram algum tipo de transtorno mental (PAIANO, *et al.*, 2020).

Em comparação a esse dado, um estudo transversal realizado em 2019 que objetivou identificar a prevalência de transtornos de ansiedade em adultos da região Sul do Brasil, em que a coleta de dados foi realizada entre 2011 e 2014, com adultos entre 18-35 anos, utilizando o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 7.0.2*. versão anterior de um dos questionários utilizados neste estudo, apontou que o grupo com menos anos de estudo foi o que apresentou maior prevalência de transtornos de ansiedade ($p < 0,001$), divergindo com o apresentado por esta pesquisa (COSTA, *et al.*, 2019).

Ao avaliar os índices de ansiedade apresentados por este estudo, destacou-se a associação entre ansiedade e escolaridade. Pôde-se perceber que quanto mais anos de escolaridade o trabalhador do CnR possui, mais elevada é a sua ansiedade estado.

Diante do momento vivenciado pelos trabalhadores podemos pensar em uma possibilidade para o surgimento desse dado: considera-se que o fato do indivíduo possuir uma maior escolaridade atribui-se a ele um maior conhecimento acerca da pandemia e de suas implicações em sua saúde física e mental? Após busca nas principais bases de dados como Lilacs, Scielo, Web of Science e Scopus não se encontrou na literatura existente nenhum estudo que tratasse dessa temática ou que trouxesse evidências que corroborassem essa hipótese.

Uma das medidas de prevenção e contenção da disseminação do novo coronavírus é o distanciamento social que tem sido orientado pelas autoridades responsáveis desde o início da pandemia. Dessa forma, além de pensar no distanciamento como estratégia efetiva de prevenção da saúde física do indivíduo, é essencial refletir sobre seus impactos na qualidade de vida da população, e em especial se tratando de trabalhadores de saúde trazemos a particularidade que ao mesmo tempo se faz necessário o isolamento fora do ambiente de trabalho, o trabalhador fica exposto à contaminação, pois está diretamente prestando cuidados àqueles que necessitam (RAMOS, *et al.*, 2020).

Para essa temática, debateremos os dados acerca de qualidade de vida abordados nessa pesquisa. De forma geral o domínio que apresentou a melhor pontuação foi o de relações sociais, seguido da qualidade de vida geral, do domínio psicológico e o domínio do meioambiente. A menor pontuação se deu no domínio físico.

No quesito meioambiente podemos incluir esse aumento de exposição nos tópicos segurança física e proteção, bem como no transporte, pois indivíduos que precisam se deslocar ao trabalho diariamente, mediante transporte público, estavam nitidamente mais expostos à contaminação, devido à impossibilidade de distanciamento social, sugerindo a possibilidade que sua percepção desse domínio fosse mais baixa que dos demais.

O domínio de relações sociais se baseia em três perguntas que questionam acerca das relações pessoais, do suporte social e da atividade sexual. Pode-se pensar como possibilidade para que a melhor percepção de qualidade de vida desses trabalhadores se deu neste domínio ao estreitamento de laços familiares e interpessoais que podem ter ficado mais presentes durante a pandemia, pois ao necessitar da realização de isolamento social as pessoas que compartilham a mesma residência podem ter passado a conviver mais juntas, compartilhando momentos e memórias que fortaleceram as relações interpessoais, interferindo diretamente na avaliação desse dado. Como dado evidenciado por Zhang e Ma, (2020), onde a maioria dos participantes (77,9%) recebeu maior apoio de amigos e familiares, houve um aumento do sentimento compartilhado e carinho com familiares e outros durante o período de pandemia.

Curiosamente, dados deste estudo apontam que a medida que se aumentou a pontuação referente ao meioambiente, paralelamente pôde-se ver um

aumento também no estado de ansiedade do indivíduo, estado esse que também foi aumentado pelo nível de escolaridade dos trabalhadores – quanto maior a escolaridade, maior o estado de ansiedade que o profissional apresentava.

Dessa forma, é de extrema importância ressaltar a necessidade de intensificação do cuidado em saúde mental com os trabalhadores de saúde durante a pandemia pelo novo coronavírus objetivando, além de proporcionar um bem-estar enquanto estamos atravessando a pandemia, que este indivíduo continue realizando acompanhamento após esse período de crise (PAIANO, *et al.*, 2020).

Para Ramos, *et al.*, 2020, tratando-se da investigação dos domínios de qualidade de vida durante a pandemia, acerca do domínio de relações sociais que também possuiu um dos melhores índices em sua pesquisa realizada com acadêmicos da área da saúde, faz-se necessária uma melhor avaliação para compreender melhor a qual fator se deve esse resultado, pois considerando a recomendação de distanciamento social se esperava que o domínio das relações sociais fosse avaliado com o menor escore, levando em conta a limitação nas atividades sociais. Porém, neste mesmo estudo, o domínio físico apresentou a melhor percepção de qualidade de vida, divergindo com o encontrado por esta pesquisa.

Outro dado simbólico apresentado por este público foi observado quando abordamos a investigação da ansiedade traço-estado associada com a qualidade de vida. Podemos observar que alguns aspectos sofreram interferência direta da pandemia como: segurança física e proteção, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreação/lazer e transporte. Neste quesito, quanto melhor o domínio do meioambiente, mais estado de ansiedade a pessoa tendia a apresentar.

Já quando analisamos os demais dados sobre o escore de ansiedade e a qualidade de vida dos trabalhadores do CnR obtivemos uma correlação negativa. À medida que se diminuía o domínio físico e de qualidade de vida geral, mais o profissional tendia a apresentar um escore elevado de ansiedade. Também se encontrou significância estatística ao associar os níveis de ansiedade e os dados de qualidade de vida. Foram significantes os domínios físico, meioambiente e de qualidade de vida geral, indicando que estão relacionados.

Acerca da associação do TAG com qualidade de vida dois domínios se mostraram significativos para a população dos trabalhadores do CnR: o domínio de relações sociais e a qualidade de vida geral.

Considerando os dados apresentados até aqui, faz-se importante pensar em intervenções que irão abordar o estilo de vida desses indivíduos, pois comprovadamente essas intervenções podem ser de grande valia para lidar com sinais e sintomas de transtornos mentais, como a ansiedade, e podem proporcionar uma melhor percepção de qualidade de vida, fatores que sofreram e sofrem interferência direta da pandemia na vida de cada um. (BONI, *et al.*, 2020).

Portanto, os reflexos da pandemia podem estar se projetando na vida dos trabalhadores de saúde, seja nos dados relacionados à ansiedade, quanto naqueles que dizem respeito à qualidade de vida, pois quando o estado não fornece mecanismos para proteção da saúde dos mesmos, os sentimentos de angústia e insegurança passam a fazer parte do dia a dia, afetando diretamente sua saúde mental e podendo interferir nos níveis de ansiedade e qualidade de vida apresentados por eles (MARTINS, *et al.*, 2020).

Sugere-se a rede de Atenção Psicossocial, os serviços de telemedicina, recursos online e suporte virtual como ferramentas e mecanismos de cuidado em saúde para os trabalhadores do CnR, pois esta rede conta com equipes multiprofissionais que podem oferecer suporte para esses trabalhadores, especialmente durante a pandemia (TEIXEIRA, *et al.*, 2020).

7 CONCLUSÃO

Pôde-se observar através de testes estatísticos que há associação entre ansiedade e qualidade de vida nos trabalhadores do Cnr(CnR) de Alagoas durante a pandemia por COVID-19. Além disso, este estudo possibilitou traçar o perfil sociodemográfico, e analisar as características sobre ansiedade e qualidade de vida e a partir desses dados realizar uma reflexão acerca das condições laborais e psicológicas relacionadas aos trabalhadores do CnR de Alagoas durante a pandemia por COVID-19.

Os dados apontam que mais da metade dos trabalhadores do CnR de Alagoas são do sexo feminino, com média de idade de 37 anos e cerca de 16 anos completos de estudo. Mais da metade reside em casa própria, possuem filhos e a maioria relata uma dinâmica familiar harmoniosa. Cerca de metade possui plano de saúde e a maioria dos participantes não fazem acompanhamento psicológico e/ou tratamento psiquiátrico. Em relação aos dados laborais, metade dos entrevistados trabalham apenas no CnR enquanto a outra metade se divide entre duas ou até mesmo três jornadas de trabalho diferentes. Já quando falamos sobre vínculo empregatício, apenas 14% são concursados enquanto os demais são contratados ou prestadores de serviços.

Os dados sobre ansiedade mostram que todos os trabalhadores apresentaram algum nível de ansiedade, classificados em mínimo, leve, moderado e grave, todos possuem traço e estado de ansiedade moderado e nove pessoas atenderam aos critérios que apontam para a presença de TAG. Quando levamos em consideração o escore de ansiedade, a média apresentada caracterizou os participantes com um escore de ansiedade leve.

De forma geral o domínio que apresentou a melhor pontuação foi o de relações sociais, seguido da qualidade de vida geral, do domínio psicológico e o domínio do meioambiente. A menor pontuação se deu no domínio físico.

Considerando que no estado de Alagoas somente existe CnR na cidade de Maceió e que dados foram coletados com todas as 06 equipes atuantes ativamente no cuidado em saúde, podemos considerar que trabalhamos com a amostra total dos participantes, trazendo maior fidedignidade aos dados e ao estudo.

Por se tratar de uma temática ainda pouco debatida considerando que a doença pelo novo coronavírus surgiu no final de 2019 e foi considerada como

pandemia em março de 2020, não foram encontrados estudos realizados nessa área até o presente momento e mais especialmente com a população proposta por esta dissertação. Dessa forma, alguns dados apresentados por esse grupo se tornam complexos de serem corroborados, pois não existem estudos que abordem essa vertente.

Outra situação importante de ser ressaltada foi a dificuldade em realizar a coleta de dados, pois considerando o avanço da disseminação do vírus, a metodologia que inicialmente era totalmente presencial precisou ser adaptada também para a forma online. Dessa forma, muitos trabalhadores precisaram realizar a entrevista em seu domicílio, utilizando computador ou telefone e internet particulares, muitas vezes no seu horário de descanso, além de, em algumas situações, haver a limitação de manejo com as ferramentas utilizadas para as chamadas de vídeo ou a presença de interrupções durante a entrevista, considerando que o participante estava em um ambiente familiar. Para os demais participantes que se recusaram a realizar a pesquisa de forma online, a pesquisadora necessitou se deslocar até o local de trabalho dos mesmos.

Entre as medidas necessárias para enfrentamento ao índice de ansiedade apresentado pelos trabalhadores do CnR sugere-se o investimento em ações de saúde para a equipe envolvida na prestação de cuidados, objetivando que o cuidador também se sinta cuidado, realizando promoção e prevenção de agravos em saúde, como preconizado pelas legislações vigentes, intervindo positivamente na saúde de cada um, promovendo acolhimento e fortalecimento de vínculos

É essencial ressaltar a importância da realização de demais estudos que visem explorar a saúde dos trabalhadores de saúde, especialmente daqueles que estão atuando no cuidado direto ao paciente durante a pandemia e como esses fatores implicam na saúde física e mental dos mesmos, sobretudo levando em consideração que a pandemia por COVID-19 ainda segue em curso e esse estudo foi realizado durante a mesma, podendo a temática em questão apresentar diferentes resultados, quando realizado futuramente.

Dessa maneira, é importante considerar que a pandemia pode ter interferido nos dados sobre ansiedade e qualidade de vida dos trabalhadores do CnR diante das mudanças no processo de trabalho que foram impostas bruscamente e que essa suposição ocorre através da apresentação dos índices apresentados.

Apontamos como limitações desse estudo não termos obtido informações mais detalhadas acerca do acompanhamento psicológico e do tratamento psiquiátrico, pois esses dados poderiam interferir nos dados acerca da ansiedade dos trabalhadores do CnR. Também ressaltamos que as pesquisadoras pretendiam coletar os dados com 100% da amostra, mas diante da impossibilidade de alguns participantes e da recusa de outros, esse objetivo não foi cumprido na sua plenitude.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, 2017. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1435](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1435). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1435/832>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Nov, 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00196916. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rg33QzKwTmVPYhwXGh7pbvH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 04 abr. 2021.
- ALENAZI, T. H.; BINDHIM, N. F.; ALENAZI, M. H.; TAMIN, H.; ALMAGRABI, R. S.; ALJOHANI, S. M.; BASYOUNI, M. H.; ALMUBARKC, R. A.; ALTHUMIRI, N. A.; ALQAHTANI, S. A. Prevalence and predictors of anxiety among healthcare workers in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. **Journal of Infection and Public Health**. Arábia Saudita, v. 13, p. 1645–1651, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.09.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120306377?via%3Dihub>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de Vida: Definição, Conceitos e Interfaces com outras áreas de pesquisa. Universidade de São Paulo. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades**. São Paulo, 142p, 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf. Acesso em: 07 mai. 2021.
- American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, Artimed, 2014.
- Anxiety Disorders (2016). **National Institutes of Mental Health**. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>. Acesso em: 28 mar. de 2021.
- BARBOSA, D. et al. **Enfermagem baseada em evidências**. 1ª edição. Editora Atheneu. São Paulo – SP, 2014.
- BARROS, A. L. B. L.; HUMEREZ, D. C.; FAKIH, F. T.; MICHEL, J. L. M. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista latino-americana de Enfermagem**. v. 11, n. 5, p. 585-592, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sKjVckzqLnvz9LtHt8LzyL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 abr. 2021.
- BELO, F. M. P. Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade. **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Alagoas**. 2018.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C.D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*, de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/02/69_boletim_epidemiologico_covid_2junho.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, Supl. 1, p. 1585-1596, 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/h7LRRgffDcCmDmQxn6YsQcv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.922, de 5 de setembro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Guia de Vigilância Epidemiológica | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Versão 3 de 15 de março de 2021. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2020.pdf. Acesso: 29 mar. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, 98p, 2012. ISBN 978-85-334-1950-6. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

BUSS, P. M.; HARTZ, Z. M. A.; PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-

2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.12, p. 4723-4735, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2020

CARVALHO, M.; OLIVEIRA, P. C.; ROBLES, T. Ansiedade e transtorno do pânico. **Universidade Estadual de Londrina**. Centro de ciências biológicas departamento de psicologia geral e análise do comportamento psicologia clínica na análise do comportamento. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/ANSIEDADE_PANICO.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHRC, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, supl II, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2020.

CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. **Johns Hopkins University & Medicine**. Disponível em: https://congressoemfoco.uol.com.br/covid19/risavi_mundo/index.html: Acesso em 05 mai. 2021.

COSTA, C. O.; BRANCO, J. C.; VIEIRA, I. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A. Prevalence of anxiety and associated factors in adults. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. n. 68, v. 2, p. 92-100, 2019. DOI: 10.1590/0047-2085000000232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 mai. 2021

CROCQ, M-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. v. 17, n. 3, p. 319-325, set. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610616/> Acesso em: 13/01/2019.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DANTAS, E. S. O. The mental health of Brazilian health professionals within the context of the Covid-19 pandemic. **Interface (Botucatu)**, v. 25, supl I, 2021. <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1646/2621>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=1012&filter=ths_termall&q=ansiedade. Acesso em: 19 mar. 2021.

DIAS, F. Z.; CARLESSO, J. P. P. Atendimento psicológico online em tempos de pandemia da COVID-19. **12º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Universidade Franciscana. Santa Maria, 2020. Disponível em:

https://ei.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/21969/etp1_resumo_expandido_21969.pdf. Acesso em: 08 mar. 2021.

Documento norteador dos Consultórios na Rua. **Secretaria Municipal de São Paulo**. s/d. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/ris/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

DUARTE, M. L. C.; SILVA, D. G.; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/MnRHwqvvgq3kTrHQ3JP5LR7H/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 25 mai. 2021.

FARIAS, L. A. B. G.; COLARES, M. P.; BARRETOTI, F. K. A.; CAVALCANTI, L. P. G. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455/1539>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FARQUHAR M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**. 1995. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7499618/>. Acesso em: 27 fev. 2021.

FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, H. K. P.; SANTOS, J. D. M.; MONTEIRO, C. F. S.; COSTA, R. S.; SOARES, R. F. S. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, supl V, p. 2213-2220, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BJjn3CpqWBMPky8GNNGBCBS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A. & Melo, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.6, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxfvKMVvyvktRShXZrDHH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

FIRMIANO, F.; SANTOS, S.; SILVA, A. A Precarização do Trabalho Essencial no Brasil: Pandemia e Saúde do Trabalhador. **Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online**. v. 11, p. 1-14, 2021. DOI: 10.31252/RPSO.06.02.2021. Disponível em: <https://www.rpso.pt/a-precarizacao-do-trabalho-essencial-no-brasil-pandemia-e-saude-do-trabalhador/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/3LP73qPg5xBDnG3xMHBVVNK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

FOLHA INFORMATIVA COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.

Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/covid19/risavir-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 29 mar. 2021.

FREIRE, M. N.; COSTA, E. R.; ALVES, E. B.; SANTOS, C. M. F.; SANTOS, C. O. S. Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem no ambiente laboral hospital.

Revista de enfermagem da UFPE online. n. 10, supl. 6, nov. 2016. DOI:

10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201616 Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11175/12713#:~:text=Diante%20dos%20dados%20encontrados%2C%20h%C3%A1,uma%20boa%20qualidade%20de%20vida>. Acesso em: 07 abr. 2019.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, supl. 2, 2005.

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Doi:

10.1590/0102-311X00177020. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42406/2/2020_PB_NT.pdf. Acesso em: 24 mai. 2021.

LINDEMANN, I. L.; SIMONETTI, A. B.; AMARAL, C. P.; RIFFEL, R. T.; SIMON, T. T.; STOBBE, J. C.; ACRANI, G. O. Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 70, n.1, p. 3-11, 2021. DOI:

10.1590/0047-2085000000306. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/KGMW5cCLYQhn6BQZDgH83nt/?lang=pt&format=pdf> f. Acesos em: 21 mai. 2021.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 18, n. 49, 2014. DOI:

10.1590/1807-57622013.0738. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/6kDZxKfC6mFnPTbSYxZGbVx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MARTINS, R. U.; ARAÚJO, V. A.; SILVA, R. N.; TAVARES, B. L. L.; BARCELOS, L. S. O.; SILVA, R. A. Saúde Mental dos profissionais da Atenção Básica em tempos de pandemia. **Cadernos Esp. Ceará**. v. 14, n. 1, 2020, ISSN: 1808-7329/1809-0893.

Disponível em:

<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/373/226>. Acesso em: 27 abr. 2021.

MARANETS, I.; KAIN, Z. N. Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. **Anesth Analg**. v. 89, 1999. Disponível em: file:///C:/Users/MARIANA/Downloads/Preoperative_Anxiety_and_Intraoperative_Anesthetic.3.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.

MATTOS, R. M. Situação de rua e modernidade: A saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade (dissertação). **Universidade São Marcos**, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-69385/situacao-de-rua-e-modernidade--a-saida-das-ruas-como-processo-de-criacao-de-novas-formas-de-vida-na-atualidade>. Acesso em: 23 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 15 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações para Gestores. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia COVID-19. **FIOCRUZ**. 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf. Acesso em 17 abr. 2021.

MOURA, A.; LUNARDI, R.; VOLPATO, R.; NASCIMENTO, V.; BASSOS, T.; LEMES, A. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, 2018. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a03.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2021.

NORONHA, D. D.; MARTINS, A. M. E. B. L.; DIAS, D. S.; SILVEIRA, M. F.; PAULA, A. M. B.; HAIKAL, D. S. A. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463-474, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.01102015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TDZ6LjcXpgc3RS3ZQddkVtP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Promoción de la salud risavír**. Genebra: OMS, 1998.

ORNELL, F.; HALPERN, S. C.; KESSLER, F. H. P.; NARVAEZ, J. C. M. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1435, 2020. Disponível

em: 30 de abril de 2020.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/w4b7SQrVXtq3DjFbns64pCw/?lang=en&format=pdf>.
Acesso em: 21 mai. 2021.

PAIANO, M.; JAQUES, A. E.; NACAMURA, P. A. B.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T.; CARREIRA, L. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, Supl 2, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338e20200338>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/fVpnLtzZYxs5DN7ZYQyhbFF/?lang=en&format=pdf>.
Acesso em: 22 abr. 2021.

PEDROSO, B. PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira De Qualidade De Vida**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGE. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, v. 2, n. 1, 2010. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505>. Acesso em: 19 fev. 2021.

PEREIRA, T. P. Desrespeito e patologias sociais na Filosofia de Axel Honneth. **Problemata: Revista Internacional de Filosofia**, v. 7, n. 1, 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v7i1.25336>. Disponível em:
<https://periodicos.ufpb.br/index.php/problemata/article/view/25336/15724>. Acesso em: 28 abr. 2021.

RAMOS, T. H.; PEDROLO, E.; SANTANA, L. L.; ZIESEMER, N. B. S.; HAEFFNER, R.; CARVALHO, T. P. O impacto da pandemia do novo coronavírus na qualidade de vida de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 10, 2020. DOI: 10.19175/recom.v10i0.4042. Disponível em:
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4042/2536>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. Street Clinic as good practice in Collective Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, Supl 1, 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/DVHCqDsj8PhCnYK76kXnGSt/?format=pdf&lang=en>.
Acesso em: 17 abr. 2020.

RÔLA, C. V. S.; COSTA E SILVA, S. P.; NICOLA, P. A. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. **Id online. Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v.12, n. 42, p. 111-120, 2018. Disponível em:
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1300/1892>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, K. O. B.; ALMEIDA, M. M. C.; GOMES, M. A.; FERNANDES, R. C. P.; MIRANDA, S. S.; MISE, Y. Saúde do trabalhador na pandemia de Covid-19: riscos e vulnerabilidades. **Rede CoVida. Ciência, Informação e Solidariedade**. Universidade Federal da Bahia. Fiocruz. Ministério da Saúde. Maio de 2020. Disponível em: <https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp->

content/uploads/2020/06/Relatorio-Saude-do-Trabalhador.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

SANTOS, K. O. B.; FERNANDES, R. C. P.; ALMEIDA, M. M. C.; MIRANDA, S. S.; MISE, Y; LIMA, M. A. G. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7bdfWDGNnt6jHCcCChF6Tg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

SCHMIDT, N. T. A dupla jornada de trabalho: reflexão sobre o vínculo da mulher com o trabalho doméstico em contexto de ensino e aprendizagem de sociologia para o nível médio. **LENPES-PIBID de Ciências Sociais – UEL**. n. 1, v. 1. jan-jun, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20SCHMIDT%20N.%20T.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

SCHUCHMANN, A. Z., SCHNORREBERGER, B. L., CHIQUETTI, M. E., GAIKI, R. S., RAIMANN, B. W., & MAEYAMA, M. A. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, 2020. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9128/7738>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SICARI, A. A; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 38, n. 4, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SILVA, D. F. O.; COBUCCI, R. N.; SOARES-RACHETTI, V. P.; LIMA, S. C. V. C.; ANDRADE, F. B. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.38732020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnrRZ5Qc3JqdqHxDj53wFfJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdp4kQ9mfN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S.; SOARES, C. M.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R. de; ESPIRIDIÃO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TeleConduta – Ansiedade. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **TelessaúdeRS/UFRGS**. Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedad e_20170331.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e170/pt>. Acesso em: 11 fev. 2021.

VENTURA, D. F. L.; RIBEIRO, H.; GIULIO, G. M.; JAIME, P. C.; NUNES, J.; BÓGUS, C. M.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00040620. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00040620/en>. Acesso em: 23 abr. 2021.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36 n. 5, 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 30 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Disponível em: <https://apps.who.int/ris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 03 abr. 2021.

ZART, P. E. A dupla (ou múltipla) jornada de trabalho feminina e o princípio da igualdade: reflexão sobre a submissão da mulher e a divisão desigual do trabalho doméstico. **Universidade Do Vale Do Taquari – UNIVATES**. Lajeado, nov 2019. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/2887/6/2019PaulinaElyZart.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

ZHANG, Y.; MA, Z. F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 31 n. 17, p2381, 2020. doi:10.3390/ijerph17072381. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244498/>. Acesso em: 27 mai. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS TRABALHADORES QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA EM ALAGOAS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**, das pesquisadoras Prof^a Dr^a Maria Cícera dos Santos de Albuquerque e da Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas Mariana da Silva Pacheco. A seguir, seguem as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a associação entre ansiedade e qualidade de vida em trabalhadores do Consultório na Rua do Estado de Alagoas durante a pandemia por COVID-19;
2. Os resultados que se desejam alcançar são: Traçar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do Consultório na Rua em Alagoas; Caracterizar o traço, estado, escore e níveis de ansiedade; Identificar os domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meioambiente e total; Verificar a associação entre: Ansiedade e perfil sociodemográfico; Traço de ansiedade e qualidade de vida; Estado de ansiedade e qualidade de vida; Escore de ansiedade e qualidade de vida e Níveis de ansiedade e qualidade de vida;
3. A coleta de dados começará em julho de 2020 e terminará em dezembro de 2020;
4. Os instrumentos utilizados durante a pesquisa são os seguintes:
 - 4.1 Formulário sociodemográfico que é um instrumento que coletará informações no que diz respeito a dados sociodemográficos, habitação, dados familiares, condições de saúde e situação funcional que foi adaptado da pesquisa: *Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade* (BELO, 2018);
 - 4.2 M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 7.0.2 que se trata de um questionário de entrevista diagnóstica padronizada de rápida aplicação (15-30 minutos), validado no Brasil, que identifica os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (AMORIM, 2000);
 - 4.3 Inventário de Ansiedade de Beck que foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1998 que é uma escala de autorrelato que mede a intensidade de

sintomas de ansiedade. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais que permitem a classificação em níveis de intensidade da ansiedade mínima, leve, moderada ou grave (CUNHA, 2001);

4.4 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) que foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch, Lushene (1970), traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1977) que apresenta uma escala que avalia a ansiedade enquanto estado pontuando seus itens de 1 – absolutamente não a 4 – muitíssimo (IDATE-E) e outra que avalia a ansiedade enquanto traço (IDATE-T) que pontua de 1 a 4 onde 1 seria quase nunca e o 4 quase sempre. Além do;

4.5 World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOOL-BREF) na versão brasileira que consta de 26 questões: duas gerais de qualidade de vida, enquanto as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original e é subdividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, *et al.*, 2000).

5. O estudo será realizado com as trabalhadoras e trabalhadores das equipes de Consultório na Rua do Estado de Alagoas. As pesquisadoras realizarão a coleta de dados, utilizando fones de ouvido e em ambiente privativo em seu próprio domicílio, a fim de garantir a privacidade e o sigilo da entrevista;

6. A sua participação será nas seguintes etapas: você está sendo convidado(a) a contribuir com a pesquisa e após anuência a coleta dos dados será realizada via videochamada por meio dos aplicativos gratuitos Whatsapp ou Google Meets, em data e horário pré-determinados, escolhidos a critério do participante. Recomenda-se que o participante escolha um local no qual se sinta confortável para falar abertamente, de modo que seja garantida a privacidade, respeitando sua liberdade. Os questionários serão aplicados individualmente sem tempo pré-determinado para o término, respeitando-se o ritmo de resposta do participante;

7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental da realização da entrevista online são: constrangimento, desconforto, responder a questões sensíveis relacionadas à saúde mental, possível quebra de sigilo; cansaço durante as entrevistas; distância física da entrevistadora; expressão de pensamentos e sentimentos nunca revelados e aplicação dos questionários. A fim de minimizar os riscos de constrangimento, desconforto, responder a questões sensíveis relacionadas à saúde mental e para garantir a privacidade em relação a possível quebra de sigilo, as entrevistas serão realizadas individualmente, em data e horário

pré-determinados, por pesquisadora treinada no método de coleta de dados, que estará em local reservado para este momento, utilizando fones de ouvido durante as entrevistas, e observará aos sinais verbais e não verbais de desconforto e constrangimento. Em caso de cansaço, o participante poderá interromper a entrevista ou reagendá-la, fracionando-a em mais de um encontro. A mesma poderá ser realizada considerando o ritmo das respostas e capacidade cognitiva. A minimização do efeito da distância física será por meio da atenção dirigida, da escuta sensível, abertura a toda expressão do entrevistado; e caso apresente comprometimento na expressão dos seus pensamentos e sentimentos, será encaminhado para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial de sua referência no município de Maceió-AL, tendo em vista que são serviços de livre demanda e que atendem pessoas em sofrimento psíquico. Na aplicação do questionário será respeitada a sensibilidade do participante e além das medidas supracitadas, este poderá não responder a questões que considere impactante no âmbito da sua saúde mental;

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa são: verificação do traço, estado, níveis e escores de ansiedade, além dos domínios de qualidade de vida das trabalhadoras e trabalhadores no exercício profissional durante a pandemia por COVID-19; traçar possíveis intervenções e ações de prevenção/tratamento que colaborem para a melhoria da ansiedade e qualidade de vida desses trabalhadores; proporcionar aos trabalhadores um momento para exporem suas angústias e inquietações; além de contribuir com o meio científico sobre o tema;

9. Você poderá contar com a assistência das próprias pesquisadoras e com o suporte remoto do LACOLHE da EENF/UFAL, caso surja alguma dúvida durante a pesquisa;

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e terá garantia do acesso aos resultados individuais e coletivos

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo;

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das

mencionadas informações só será feita entre os trabalhadores estudiosos do assunto após a sua autorização;

13. O estudo não acarretará em nenhuma despesa para você;

14. Você concorda com a participação na pesquisa?

Eu,
tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Mestranda: Mariana da Silva Pacheco

Instituição: Universidade Federal de Alagoas – Escola de Enfermagem - EENF

Endereço: Av. Lourival Melo Mota - Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, 57072-970

Telefone: (82) 99932-4285

Ponto de referência: Antiga ESENFAR

Contato de urgência: Sr(a). Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Endereço: Rua Ademar Medeiros, quadra D, lote 16, Loteamento Caramurus

Cidade/CEP: Maceió – AL, 57043-475

Telefone: (82) 98812-4544

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas



Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C.

Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____.

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p> Profª Drª Maria Cicera dos Santos de Albuquerque Pesquisadora responsável pela pesquisa</p> <p> Mariana da Silva Pacheco Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF- UFAL</p>
---	--

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

*Os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa **Ansiedade e Qualidade de Vida nos Trabalhadores que atuam no Consultório na Rua em Alagoas**, sendo garantido o anonimato e sigilo de todas as informações fornecidas.*

RESPONSÁVEL: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Data de Preenchimento do formulário: _____/_____/_____

Horário de início: ____:____

Local da entrevista: _____

Entrevistadora/o: _____

Código da Entrevista: _____

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Idade: _____ anos

Identidade de Gênero: () Masculino () Feminino () Transgênero masculino () Transgênero feminino () Travesti () Transexual

Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Pansexual () outra orientação

Escolaridade: _____ anos

Estado conjugal: () Solteira/o () Casada/o () União estável () Separado/a Divorciado/a () Viúva/o

Você se considera: () Indígena () Preto/a () Pardo/a () Amarela/o () Branco/a

Renda individual: R\$ _____

Renda familiar: R\$ _____

2. HABITAÇÃO

Você reside em: () Casa () Apartamento () Outro _____

Situação: () Própria () Alugada () Financiada () Outra: _____

3. DADOS FAMILIARES

Responsável familiar: () Eu () Pai () Mãe () Cônjuge () Filho/s

() Outros _____

Número de residentes em casa: _____

Tem filhos/as: Sim () Não () Quantos? _____

Dinâmica familiar: () Harmoniosa () Conflituosa () Negligente

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Tipo de convênio/seguro de saúde? () SUS () Plano de saúde privado () Outro.
Qual?

Doenças preexistentes: () Sim () Não Qual? _____

Faz tratamento: () Sim () Não Qual? _____ Tempo: _____

Medicamento: _____

Faz acompanhamento psicológico? () Sim () Não Quanto tempo? _____

Faz tratamento psiquiátrico? () Sim () Não Quanto
tempo? _____

5. SITUAÇÃO FUNCIONAL

Ocupação:

- () Enfermeira/o
- () Técnica/o de enfermagem
- () Psicóloga/o
- () Assistente social
- () Terapeuta Ocupacional
- () Odontóloga/o
- () Auxiliar de Saúde Bucal
- () Agente Social
- () Assistente administrativo
- () Motorista
- () Professor de Educação Física
- () Fisioterapeuta
- () Médica/o
- () Apoio técnico

Número de empregos? () 1 () 2 () 3 ou +

Tempo de atuação profissional: _____

Além do Consultório na Rua, trabalha em outro local? () Sim () Não

Há quanto tempo você atua neste serviço? _____

Qual seu vínculo empregatício? () Concursado () Contratado () Prestação de serviços

Você gosta das atividades que desenvolve? () Sim () Não

6. INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19

Quais as medidas que você utiliza para prevenção da covid-19? () Álcool em gel () Máscara () Distanciamento social () Lavagem das mãos () Outras (colocar espaço pra escrever)

Você tem algum desses fatores durante a pandemia por COVID-19? () Idade >60 () Hipertensão () Diabetes () Doenças respiratórias crônicas () Gestante () Cuidador/cuidadora de bebê menor 1 ano () Nenhum fator

Recebeu EPIS fornecidos pela instituição? () Sim () Não

Se sim: Quais EPIS? () Máscara cirúrgica () Máscara N95 () Touca () Avental () Luvas () Outros

Você já teve covid-19? () Sim () Não

Se sim, quais os sintomas? () Febre () Tosse () Dificuldade pra respirar () Dor de garganta () Cefaleia () Sem olfato () Sem paladar () Diarreia () Outros (colocar espaço pra escrever)

Precisou de atendimento médico? (só responder essa se sim para você já teve covid) () Sim () Não

Se sim: fez uso de medicação (só responder essa se sim para você já teve covid) () Sim () Não

Qual? Colocar espaço pra escrever

Ficou afastado do trabalho devido a(à) doença? (só responder essa se sim para você já teve covid) () Sim () Não

Se sim, quanto tempo?

Como você acha que contraiu a covid-19? () Trabalho () Casa/Familiar ()
Estabelecimento comercial () Na rua () Outros (colocar espaço pra escrever)

Precisou de internação? () Sim () Não

Se sim, quanto tempo?

Já realizou algum teste para covid-19? () Sim () Não

Se sim, qual teste? () RT-PCR () RT-LAMP () Teste rápido () Sorologia

O teste foi fornecido pela instituição? () Sim () Não

Em relação aos sentimentos durante a pandemia, você teve medo em relação a: () Contaminar a família () Morrer devido à doença () De entrar no transporte público () De entrar em lugares públicos, como supermercado, por exemplo () De ir trabalhar () Não teve medo em relação à COVID

ANEXO A – M.I.N.I. INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW 7.0.2**M.I.N.I.****MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL****Portuguese for Brazil Version 7.0.2****Para****DSM-5**

Copyright © 1992-2016 Sheehan DV

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, eletrônica ou mecânica, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia do Dr. Sheehan. Pesquisadores, clínicos e estudantes que trabalham em instituições públicas e entidades não lucrativas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de **suas** atividades clínicas e de investigação, mas **não** para uso institucional, nem qualquer outro que gere lucros financeiros. Qualquer utilização envolvendo ganho financeiro exigirá um contrato de licenciamento do detentor dos direitos autorais e o pagamento de uma taxa de licença por uso.

AVISO

Nosso objetivo é de auxiliar a avaliação e o acompanhamento de pacientes com maior eficiência e precisão. Antes que qualquer ação seja tomada em relação à informação coletada e processada por este programa, esta deve ser revisada e interpretada por um clínico autorizado.

Esse programa não foi desenvolvido e não se destina a substituir uma avaliação médica e psiquiátrica completa efetuada por um clínico - psiquiatra qualificado e autorizado. Ele se destina apenas a ser uma ferramenta que facilita a coleta e o processamento de dados confiáveis relativos aos sintomas obtidos por uma equipe treinada. Não é um teste diagnóstico.

M.I.N.I. 7.0.2 (August 8, 2016) (8/8/16)


M.I.N.I. - Brazil/Portuguese - Version of 29 Aug 17 - Mapi.
ID060137 / M.I.N.I.7.0.2_AU1.1_por-BR.doc

Nome do(a) paciente:	_____	Número do(a) paciente:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora do início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	PREENCHE CRITÉRIOS	CID-10-CM	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas)	<input type="checkbox"/>		
	Passado	<input type="checkbox"/>		
	Recorrente	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas)	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Passado	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	F33.x	<input type="checkbox"/>
B SUICIDALIDADE	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Tentativa ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Elevada	<input type="checkbox"/>
TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA	Atual	<input type="checkbox"/>	(durante o último ano)	<input type="checkbox"/>
	Em remissão recente	<input type="checkbox"/>	(1 - 2 anos atrás)	<input type="checkbox"/>
C EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não Explorado	
TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.0–F31.76	<input type="checkbox"/>
	Passado	<input type="checkbox"/>	F31.0–F31.76	<input type="checkbox"/>
TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
	Passado	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
	Passado	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO E TRANSTORNO ASSOCIADO	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
	Passado	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
D TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F41.0	<input type="checkbox"/>
	Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>
E AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	F40.00	<input type="checkbox"/>
F TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (fobia social)	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>
G TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>
H TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>
I TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F10.10/F10.20	<input type="checkbox"/>
J TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (não alcoólicas)	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F11.10/F11.20-F19.20	<input type="checkbox"/>

K	QUALQUER TRANSTORNO PSICÓTICO	Atual	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/>
		Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
L	ANOREXIA NERVOSA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.01/F50.02	<input type="checkbox"/>
M	BULIMIA NERVOSA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.2	<input type="checkbox"/>
MB	TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.81	<input type="checkbox"/>
N	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	F41.1	<input type="checkbox"/>
O	CAUSAS MÉDICAS, ORGÂNICAS OU INDUZIDAS POR SUBSTÂNCIAS/MEDICAMENTOS DESCARTADAS		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não determinado		
P	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F60.2	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICAR O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL MARCANDO O ESPAÇO APROPRIADO.

(Qual é o problema que mais incomoda você ou que predomina sobre os outros ou que apareceu primeiro no seu histórico?) 

N. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(⇒ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

N1	a	Durante os últimos 6 meses, você se sentiu excessivamente ansioso(a) ou preocupado(a) com relação a várias coisas da vida cotidiana? EM OUTRAS PALAVRAS, SE NÃO ESTIVER CLARO PARA O PACIENTE O QUE VOCÊ ESTÁ DIZENDO, AVERIGUAR PERGUNTANDO (Os outros pensam que você é uma pessoa que se preocupa à toa?) E PEDIR EXEMPLOS.	⇒ NÃO	SIM
	b	Você teve essas ansiedades e preocupações quase todos os dias? A ANSIEDADE E AS PREOCUPAÇÕES DO PACIENTE SE RESTRINGEM EXCLUSIVAMENTE A, OU SÃO MELHOR EXPLICADAS POR QUALQUER TRANSTORNO ANTERIOR A ESTE PONTO?	⇒ NÃO	SIM ⇒ SIM
N2		Você tem dificuldade em controlar essas preocupações?	⇒ NÃO	SIM
N3		NAS PERGUNTAS A SEGUIR, ASSINALAR NÃO SE OS SINTOMAS SE RESTRINGEM EXCLUSIVAMENTE A, OU SÃO MELHOR EXPLICADOS POR QUALQUER TRANSTORNO ANTERIOR A ESTE PONTO. Nos últimos 6 meses, quando se sentiu ansioso(a), você frequentemente:		
	a	Sentiu-se agitado(a), tenso(a) ou com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM
	b	Teve os músculos tensos?	NÃO	SIM
	c	Sentiu-se facilmente cansado(a), fraco(a) ou exausto(a)?	NÃO	SIM
	d	Teve dificuldade em se concentrar ou “deu branco”?	NÃO	SIM
	e	Sentiu-se irritável?	NÃO	SIM
	f	Teve problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM N3?	⇒ NÃO	SIM
N4		Essas ansiedades e preocupações prejudicaram sua capacidade de trabalhar, sua maneira de agir socialmente ou em seus relacionamentos ou em outras áreas importantes de sua vida ou causaram um sofrimento significativo? E “DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM ?	NÃO SIM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

O. DESCARTAR CAUSAS MÉDICAS, ORGÂNICAS OU DROGAS PARA TODOS OS TRANSTORNOS

SE O PACIENTE AVALIAR POSITIVO PARA QUALQUER TRANSTORNO ATUAL OU UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR OU UM EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO, PERGUNTAR:

Logo antes desses sintomas começaram:

O1	a	Você estava usando alguma droga ou tomando algum remédio ou em abstinência de algum deles?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não determinado
O1	b	Você sofria de alguma doença?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não determinado
O2		SE O1a OU O1b FOR SIM , NO JULGAMENTO DO CLÍNICO, ALGUMA DAS CAUSAS AVALIADAS É PROVAVELMENTE UMA CAUSA DIRETA DO TRANSTORNO DO PACIENTE? CASO NECESSÁRIO, FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não determinado
		SUMÁRIO DE O2: UMA CAUSA “ORGÂNICA” / MÉDICA / INDUZIDA POR SUBSTÂNCIA / MEDICAMENTO FOI DESCARTADA? SE O2 FOR SIM , ENTÃO O SUMÁRIO DE O2 É NÃO . SE O2 FOR NÃO , ENTÃO O SUMÁRIO DE O2 É SIM . SE FOR DIFERENTE, É NÃO DETERMINADO.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não determinado

ANEXO B – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO C – IDATE TRAÇO-ESTADO

IDATE – E

TEMPO: _____ DATA: ____/____/_____

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO:

Absolutamente não...1	Um pouco.....2	Bastante.....3	Muitíssimo.....4
-----------------------	----------------	----------------	------------------

1. Sinto-me calmo (<u>a</u>)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro (<u>a</u>)	1	2	3	4
3. Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado (<u>a</u>)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso (a)	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso (a)	1	2	3	4
13. Estou agitado (a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraído (<u>a</u>)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (<u>a</u>)	1	2	3	4
17. Estou preocupado (a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado (a) e confuso (a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me <u>bem</u>	1	2	3	4

IDATE – T

TEMPO: _____ DATA: ____/____/_____

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO:

Quase nunca.....1	Às vezes.....2	Frequentemente.....3	Quase sempre.....4
-------------------	----------------	----------------------	--------------------

1. Sinto-me <u>bem</u>	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (<u>a</u>)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou <u>feliz</u>	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo (a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro (<u>a</u>)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a)	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (<u>a</u>)	1	2	3	4
17. Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa <u>estável</u>	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO D – WHOQOOL-BREF

Por favor, responda a todas as questões. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

HORA DE INÍCIO: _____

Por favor, leia cada questão e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	Bo a	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatis- feito	insatisfeit o	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nad a	muito pouco	mais ou menos	Bastant e	Extremament e
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	Mé- di- o	Muit- o	Completament- e
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos,	1	2	3	4	5

	colegas)?					
2 1	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
2 4	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
2 5	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	Alguma s vezes	Frequentement e	muito Frequentemente	Sempr e
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

HORA DO TÉRMINO: _____

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA NOS TRABALHADORES QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO NA RUA EM ALAGOAS

Pesquisador: Cicera Albuquerque

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 16674619.1.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.198.128

Apresentação do Projeto:

Introdução: com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica em 2011, foram instituídas as equipes de Consultórios na Rua que ofertam um serviço aberto e de demanda espontânea que busca acolher as necessidades de pessoas em situação de rua. Diversos desafios para os profissionais são encontrados durante a assistência à saúde no Consultório na Rua e, entre elas, a precarização do trabalho que tem sido responsável pelo declínio das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, com destaque para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e, entre elas, os transtornos mentais. Dentre os principais transtornos mentais pode -se citar a ansiedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde existem diversos determinantes para os problemas de saúde mental que interferem na qualidade de vida, colaborando com alterações na percepção dos indivíduos frente a sua posição de vida, em aspectos culturais, valores e expectativas. Objetivos: Geral: Analisar a associação entre ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em trabalhadores do consultório na rua do Estado de Alagoas. Específicos: Traçar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores do consultório na rua em Alagoas; Caracterizar o traço, estado, score e níveis de ansiedade; Identificar os domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais, meioambiente e total; Analisar a associação entre: Ansiedade com o perfil sociodemográfico; Traço de ansiedade e qualidade de vida; Estado de ansiedade e qualidade de vida; Score de ansiedade e qualidade de vida; Níveis de ansiedade e qualidade de vida.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com