

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RODRIGO NONATO COELHO MENDES

ATIVACÃO PARA O AUTOCUIDADO E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS
ENTRE ADULTOS COM CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES DURANTE A
PANDEMIA PELA COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2022

RODRIGO NONATO COELHO MENDES

**ATIVACÃO PARA O AUTOCUIDADO E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS
ENTRE ADULTOS COM CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES DURANTE A
PANDEMIA PELA COVID-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

LINHA DE PESQUISA: O cuidar de adultos e idosos

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

RIBEIRÃO PRETO

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Mendes, Rodrigo Nonato Coelho

Ativação para o autocuidado e sintomas ansiosos e depressivos entre adultos com condições cardiovasculares durante a pandemia pela COVID-19. Ribeirão Preto, 2022.

130p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas

1. Doenças Cardiovasculares. 2. COVID-19. 3. Autocuidado. 4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Comportamento Alimentar. 7. Exercício Físico. 8. Enfermagem

MENDES, RODRIGO NONATO COELHO

ATIVACÃO PARA O AUTOCUIDADO E SINTOMAS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS ENTRE ADULTOS
COM CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES DURANTE A PANDEMIA PELA COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem Fundamental da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

ORIENTADORA

Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti
Dantas

Aprovado em / /

COMISSÃO JULGADORA

PROF. DR.

INSTITUIÇÃO:

PROF. DR.

INSTITUIÇÃO:

PROF. DR.

INSTITUIÇÃO:

PROF. DR.

INSTITUIÇÃO:

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese ao meu filho **G***George,*



*Para que um dia,
se eu faltar,
e de mim precisar,
possa sempre me reencontrar,
nestas “páginas”.*

Amo você

*“[...] Levai-me aonde quiserdes!
Aprendi com as primaveras a deixar-me cortar
e a voltar sempre inteira”
(Cecília Meireles).*

AGRADECIMENTOS

*Ao Criador, pela oportunidade de existir,
à Nossa Senhora, nossa Mãe celestial,
e a todos os Anjos, pela proteção,*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por ser um oásis
para os que tem sede de conhecimento,*

*À minha orientadora,
a Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas,
pela excelente condução desta tarefa,
e pelo seu tempo, dedicação, firmeza, sabedoria e ternura,
que viverão em mim,*

*À Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes, quem me primeiro
abriu as portas desta Escola, e ensinou que o Mundo existe para
o conquistar e moldar,*

*À Profa. Dra. Denise de Andrade, por ter me acolhido enquanto
me inspirava e ensinava, com seu exemplo de esperança
diante da vida,*

Às competentes secretárias da Pós-Graduação, pelo trabalho dedicado, em especial Edilaine Amadio, Flávia Souza e Kethleen Sampaio

E também,

À Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia, no Paraná, cidade onde trabalho, pelo apoio e confiança, e pela oportunidade de estar na equipe de coordenação,

Às minhas professoras da Residência em Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), pela dedicação na formação ímpar que recebi,

Às minhas professoras da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) de dez anos atrás, onde recebi luz, direção e a entrada para novos caminhos,

Aos vários professores e familiares, que me apoiaram para conseguir entrar na universidade, eu jamais esquecerei,

*Aos avós que venero, Chiquinha e Quinca (in memorian);
Therezinha (in memorian) e Profeta,*

*Ao meu Pai, Joaquim Filho, que cuidou de mim e me apoiou
nos estudos, só desejando em troca me ver ser feliz.*

Eu te amo,

*À minha mãe, Maria, e meus irmãos, Rogério e Raquel. Dois
bebês que eu segurei se tornaram adultos num piscar de olhos.*

Eu amo todos vocês,

*Ao meu time de amadas tias, que me incentivam e apoiam desde
os primórdios do meu eu até os dias de hoje, tudo só é possível
graças a elas,*

*Aos amigos, mas que não nomeio por conta de muitos ciúmes
e pouco espaço,*

*Ao meu corpo, lar da minha alma e máquina sem manual,
que só pelos últimos tempos amadureci para compreender,*

E ao leitor, pelo precioso tempo da sua vida dedicado a ler este trabalho. Este é o esforço coletivo de todas estas pessoas que eu importunei,

Vamos lá.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

MENDES, R. N. C. **Ativação para o autocuidado e sintomas ansiosos e depressivos entre adultos com condições cardiovasculares durante a pandemia pela COVID-19.** 2022. 130p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introdução: as condições cardiovasculares são responsáveis pela maior taxa de mortalidade entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis no mundo desde antes do curso pandêmico. Depois, com a priorização da segurança biológica em uma crise mundial sem precedentes, por um longo tempo todas as outras condições foram consideradas secundárias. Assim, conhecer o nível de disposição de um indivíduo para obter conhecimentos, habilidades e comportamentos para o auto manejo de sua saúde - ou o nível de Ativação - tem se mostrado fundamental. Os longos períodos de restrições a serviços e profissionais de saúde, exigidos pela segurança biológica, as mudanças de hábitos e os efeitos psicológicos das mudanças sociais poderiam indicar maior vulnerabilidade cardiovascular. **Objetivo:** investigar possíveis correlações entre as medidas de Ativação, sintomas de Ansiedade e Depressão; investigar associações entre Ativação e presença de comportamentos de risco para saúde de adultos brasileiros com doenças cardiovasculares durante a pandemia de COVID-19. **Método:** estudo do tipo *online survey* de abrangência nacional. Os participantes foram recrutados via mídias sociais como *Facebook*[®], *Instagram*[®], *WhatsApp*[®] e por e-mails pessoais e institucionais. Um formulário *online* foi elaborado e disponibilizado para acesso *online* entre 8/11/2021 a 07/02/2022 com uso da plataforma *SurveyMonkey*[®]. As variáveis de interesse foram mensuradas pelas versões brasileiras dos instrumentos *Patient Activation Measure*[®] (PAM-13) e da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Para as análises estatísticas, foram utilizados os testes não paramétricos de Spearman, Mann-Whitney (consumo de álcool e tabagismo) e de Kruskal-Wallis (frequência de atividades físicas regulares). O nível de significância foi de 0,05. **Resultados:** A amostra final foi composta por 154 participantes. A maioria era do sexo feminino (66,9%;103), da cor branca (68,2%; 105), com mais de 48 anos (38,3%; 59), nível superior completo (40,9%; 63), vivendo com cônjuge ou companheiro(a) (68,8%; 106), provenientes do Sudeste do país (54,6%; 84) e com diagnóstico de hipertensão arterial (77,3%; 119). A média do escore de Ativação foi de 71,6 pontos (D.P.=12,6) com mediana de 69,2 (variando de 30,7 a 100). A maioria se encontrava no nível 4 (77,3%; 119), indicando o maior nível de Ativação. Quanto ao estado emocional, 81,2% (125) apresentaram sintomas de Ansiedade, com média de 10,2 (D.P.=2,7); enquanto 75,3% (116) mostraram sintomas de Depressão, com média de 9,0 (D.P.=2,1). Constatamos correlações negativas e de fracas magnitudes, entre Ativação e Ansiedade ($r_s = - 0,213$, $p=0,008$) e Ativação e Depressão ($r_s = - 0,025$, $p=0,76$). Houve associação estatisticamente significativa entre Ativação e uso de bebidas alcoólicas ($p=0,024$) e realização de atividades físicas regulares ao longo da semana ($p=0,013$) durante a pandemia. Participantes que faziam uso de bebidas alcoólicas e não realizavam atividades físicas possuíam menores escores medianos de Ativação. **Conclusões:** Embora a maioria dos participantes encontrasse-se no nível quatro de Ativação, tinham sintomas de Ansiedade e de Depressão. Embora a direcionalidade das correlações entre estas medidas fosse inversa/negativa, não constatamos correlações de grau moderado entre Ativação, Ansiedade e Depressão. Por outro lado, participantes com

maiores escores de Ativação apresentavam menor frequência de comportamentos nocivos à saúde (alcoolismo e sedentarismo).

Descritores: Doenças Cardiovasculares; COVID-19; Autocuidado; Ansiedade; Depressão; Comportamento Alimentar; Exercício Físico; Enfermagem.

ABSTRACT

MENDES, R. N. C. **Activation for self-care and anxious and depressive symptoms in adults with cardiovascular conditions under the COVID-19 pandemic.** 2022. 130p. Thesis (Graduate Program in Fundamental Nursing) – University of Sao Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirao Preto, Brazil, 2022.

Introduction: cardiovascular diseases are the world' main cause of mortality between Noncommunicable Diseases ever since before the pandemic course. Then, a global crisis demanded biological safety and set other diseases as secondary. Because of that, assessing the level of someone' disposition to get knowledge, skills and behaviors for taking care of their own health – or the Activation level – has been fundamental. The long periods of restrictions to health professionals and services, mandatory for biological safety, the change of habits and the psychological effects raised from the social changes could indicate major cardiovascular vulnerability. **Objective:** to analyze possible correlations between Activation, Anxiety and Depression measures, and to analyze associations between Activation and the presence of health risk behaviors in Brazilian adults with cardiovascular diseases during the COVID-19 pandemic. **Method:** an online survey was conducted with 154 participants through the SurveyMonkey® platform. The respondents were recruited in social media as Facebook®, Instagram® and WhatsApp® and by personal and institutional e-mails. The form was applied between November 2021 to February 2022. Patient Activation was measured by Patient Activation Measure® (PAM-13) with scores converted from 0 to 100, and the emotional symptoms was measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). For statistical analysis, we used nonparametric tests: Spearman, Mann-Whitney (smoking and use of alcoholic beverages), and Kruskal-Wallis (frequency of regular physical activity). The level of significance was 0.05. Results: most of the participants were female (66,9%;103), white (68,2%; 105), 48 years old or more (38,3%; 59), education level-graduation (40,9%; 63), having a partner (68,8%; 106), living in Southeast Brazil (54,6%; 84). The most prevalent cardiovascular disease was arterial hypertension (77,3%; 119). The average score for Patient Activation was 71,6 (SD=12.6) with a median of 69.2 (ranging from 30.7 to 100). Most were at level 4 (77.3%; 119), indicating the highest level of Activation. As for the emotional state, 81.2% (125) had anxiety symptoms, with an average of 10.2 (SD=2.7); while 75.3% (116) showed symptoms of depression, with an average of 9.0 (SD=2.1). We found negative and weak correlations between Activation and Anxiety ($r_s = -0.213$, $p=0.008$) and Activation and Depression ($r_s = -0.025$, $p=0.76$). There was a statistically significant association between Activation and use of alcoholic beverages ($p=0.024$) and regular physical activity ($p=0.013$) during the pandemic. Participants who consumed use of alcoholic beverages and did not perform physical activities had lower Activation scores. **Conclusions:** Although most participants were at level four of Activation, they had symptoms of Anxiety and Depression. Although the directionality of the correlations between these measures was inverse/negative, we did not find moderate degree correlations between Activation, Anxiety and Depression. On the other hand, participants with higher Activation scores had a lower frequency of harmful health behaviors (use of alcoholic beverages and sedentary lifestyle).

Keywords: Cardiovascular Diseases; COVID-19; Self Care; Anxiety; Depression; Feeding Behavior; Exercise; Nursing.

RESUMEN

MENDES, R. N. C. **Activación para el autocuidado y síntomas ansiosos y depresivos entre adultos con condiciones cardiovasculares durante la pandemia por la COVID-19.** 2022. 130p. Tesis (Doctorado en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2022.

Introducción: las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad entre las Enfermedades No Transmisibles en el mundo desde antes del curso de la epidemia. Luego, una crisis mundial exigió la seguridad biológica y colocó otras enfermedades como secundarias. Por eso, conocer el nivel de disposición de una persona para adquirir conocimientos, habilidades y comportamientos para el cuidado de su propia salud -o el nivel de Activación- ha sido fundamental. Los largos períodos de restricciones a los profesionales y servicios de salud, obligatorios para la seguridad biológica, el cambio de hábitos y los efectos psicológicos derivados de los cambios sociales podrían indicar una mayor vulnerabilidad cardiovascular. Objetivo: investigar posibles correlaciones entre los síntomas de Activación del Paciente, Ansiedad y Depresión y la presencia de comportamientos de riesgo para la salud en adultos brasileños con enfermedades cardiovasculares en la pandemia de COVID-19. Método: se realizó una encuesta en línea a 154 participantes a través de la plataforma SurveyMonkey®. Los encuestados fueron captados en redes sociales como Facebook®, Instagram® y WhatsApp® y por correos electrónicos personales e institucionales. El formulario se aplicó entre el 8 de noviembre de 2021 y el 7 de febrero de 2022. La medición se realizó mediante Patient Activation Measure® (PAM-13) con puntajes convertidos de 0 a 100, y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Para el análisis estadístico, se utilizaron las siguientes pruebas: Spearman no paramétrico, Mann-Whitney (consumo de alcohol y cigarrillos) y Kruskal-Wallis (para frecuencia de ejercicio). El nivel de significación fue de 0,05. Resultados: la mayoría de los participantes eran mujeres (66,9%; 103), blancas (68,2%; 105), con más de 48 años (38,3%; 59), graduadas (40,9%; 63), viviendo en pareja (68,8%; 106), del Sureste de Brasil (54,6%; 84) y con Hipertensión Arterial (77,3%; 119). La puntuación media de Activación del Paciente fue de 71,6 (DE=12,6) con una mediana de 69,2 (rango de 30,7 a 100). La mayoría estaban en el nivel 4 (77,3%; 119), lo que indica el nivel más alto de Activación. En cuanto al estado emocional, el 81,2% (125) presentó síntomas de ansiedad, con una media de 10,2 (DE=2,7); mientras que el 75,3% (116) presentó síntomas de depresión, con una media de 9,0 (DE=2,1). Encontramos correlaciones negativas y débiles entre Activación y Ansiedad ($r_s = -0,213$, $p=0,008$) y Activación y Depresión ($r_s = -0,025$, $p=0,76$). Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la Activación y el consumo de alcohol ($p=0,024$) y la actividad física regular a lo largo de la semana ($p=0,013$) durante la pandemia. Los participantes que consumían alcohol y no realizaban actividades físicas tenían puntajes de Activación más bajos. Conclusiones: Aunque la mayoría de los participantes se encontraban en el nivel cuatro de Activación, presentaban síntomas de Ansiedad y Depresión. Aunque la direccionalidad de las correlaciones entre estas medidas fue inversa/negativa, no encontramos correlaciones de grado moderado entre Activación, Ansiedad y Depresión. Por otro lado, los participantes con puntuaciones más altas en Activación tenían una menor frecuencia de comportamientos nocivos para la salud (alcoholismo y sedentarismo).

Descriptores: Enfermedades Cardiovasculares; COVID-19; Autocuidado; Ansiedad; Depresión; Conducta Alimentaria; Ejercicio Físico; Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Detalhamento dos impulsos do anúncio veiculados via página do <i>Facebook</i> [®] . Brasil, 2022.....	38
Quadro 2 - Descrição dos itens do formulário utilizado no presente estudo, segundo os itens correspondentes do questionário ConVid Pesquisa de Comportamentos. Brasil, 2022.....	40

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Estrutura teórica do *Patient Activation Measure*[®]. Brasil, 2022..... 28
- Figura 2** - Logomarca de divulgação do link do formulário da pesquisa, utilizado no perfil e na capa da página do *Facebook*[®]. Brasil, 2022... 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Alcance e cliques do anúncio veiculado via página do Facebook® nos dois ciclos de impulso de anúncio. Brasil, 2021 e 2022.....	45
Tabela 2 -	Número de pessoas que clicaram no anúncio e número de pessoas alcançadas pela divulgação no primeiro e no segundo ciclo de impulsos do anúncio: por sexo, faixa etária e região do Brasil. Brasil, 2021 e 2022.....	46
Tabela 3 -	Características sociais e demográficas dos 154 participantes com doenças cardiovasculares que responderam ao formulário de pesquisa online de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Brasil, 2021 e 2022.....	48
Tabela 4 -	Condições cardiovasculares auto referidas pelos 154 participantes que responderam ao formulário de pesquisa on-line de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Brasil, 2021 e 2022.....	49
Tabela 5 -	Caracterização dos participantes segundo a procura por atendimento médico relacionado à condição cardiovascular durante a pandemia. Brasil, 2021 e 2022.....	50
Tabela 6 -	Respostas 154 participantes sobre o diagnóstico da doença, necessidade de internação e vacinação contra à COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.....	51
Tabela 7 -	Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a presença de comportamentos nocivos à saúde (consumo de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo) durante a pandemia. Brasil, 2021 e 2022.....	52
Tabela 8 -	Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a frequência alimentar semanal de alimentos considerados pouco saudáveis: congelados, doces, embutidos e salgadinhos de pacote. Brasil, 2021 e 2022.....	53

Tabela 9 -	Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a frequência alimentar semanal de alimentos considerados saudáveis: feijão, frutas, integrais e verduras/legumes. Brasil, 2021 e 2022.....	54
Tabela 10 -	Distribuição das respostas dos 154 participantes segundo a avaliação geral do estado de saúde e a presença de mudanças decorrentes da pandemia da COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.....	55
Tabela 11 -	Distribuição dos 154 participantes, segundo os quatro níveis de Ativação, avaliado pelo <i>Patient Activation Measure</i> [®] (PAM-13). Brasil, 2021 e 2022.....	55
Tabela 12 -	Estatística descritiva das medidas da <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) e distribuição dos participantes segundo a presença de sintomas de Ansiedade e Depressão. Brasil, 2021 e 2022.....	56
Tabela 13 -	Tabela 13 – Comparação dos valores medianos da medida de ativação segundo comportamentos de risco à saúde dos 154 participantes durante a pandemia da COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DCTNs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
D.P.	Desvio Padrão
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HADS-A	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> - Ansiedade
HADS-D	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> - Depressão
PAM	<i>Patient Activation Measure</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
1.1 A PANDEMIA DE COVID-19 E SUA A INFLUÊNCIA NO CUIDADO ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	23
1.2 NÍVEL DE ATIVAÇÃO DO INDIVÍDUO ADULTO.....	25
1.3 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	29
2. OBJETIVOS	32
2.1 OBJETIVO GERAL.....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES.....	33
3. MÉTODO	34
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
3.2 PROTEÇÃO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	38
3.5.1 MEDIDA DE ATIVAÇÃO.....	41
3.5.2 MEDIDAS DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO.....	42
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	43
4. RESULTADOS	44
4.1 RESULTADOS DO PERFIL DEMOGRÁFICO, INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA SAÚDE DOS PARTICIPANTES	47
4.2 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO DURANTE A PANDEMIA .	54
4.3 -RESULTADOS DAS MEDIDAS DE ATIVAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PARTICIPANTES.....	55
4.4 RESULTADOS DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS MEDIDAS DE ATIVAÇÃO, SINTOMAS DE ANSIEDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO	56
4.5 – RESULTADOS DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE ATIVAÇÃO E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA SAÚDE.....	57
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	81
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82

APÊNDICE B – EMAIL SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE ITENS DO QUESTIONÁRIO CONVID PESQUISA DE COMPORTAMENTOS	84
APÊNDICE C – FORMULÁRIO COMPLETO DA PESQUISA.....	85
ANEXOS	106
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	107
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PARA UTILIZAR ITENS DO QUESTIONÁRIO DA CONVID PESQUISA DE COMPORTAMENTOS.....	112
ANEXO C – QUESTIONÁRIO CONVID PESQUISA DE COMPORTAMENTOS	113
ANEXO D – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA ESCALA <i>PATIENT ACTIVATION MEASURE</i> [®]	127
ANEXO E – LICENÇA PARA USO DA ESCALA <i>PATIENT ACTIVATION MEASURE</i> [®]	128
ANEXO F – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA <i>HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)</i>	129
FONTE: BOTEGA, N. ET AL. TRANSTORNOS DO HUMOR EM ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA E VALIDAÇÃO	129

1. INTRODUÇÃO

1.1 A PANDEMIA DE COVID-19 E SUA A INFLUÊNCIA NO CUIDADO ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Ao final de 2022 já somam-se mais de 6 milhões e meio de mortos pela *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) em todo o Mundo, com mais de 600 milhões de casos confirmados da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Segundo a página *Covid-19 tracking*, na América Latina e Caribe somam-se mais de 1 milhão e 700 mil mortes, com mais de 73 mil e 400 casos confirmados (REUTERS, 2022). Destes, só o Brasil já atingiu a marca dos 688.907 óbitos, com quase 35 mil casos confirmados acumulados desde o início da pandemia, segundo a página Painel Coronavírus do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2022a).

O primeiro caso confirmado no Brasil de COVID-19 foi de um homem de 61 anos de São Paulo que havia viajado à Itália a trabalho e retornou ao país em 21 de fevereiro de 2020, com início dos sintomas no dia 24, testando positivo dois dias depois (BRASIL, 2020). O vírus, denominado SARS-CoV-2, surgiu em 8 de dezembro de 2019 em Wuhan, capital da província de Hubei na China, relacionado epidemiologicamente ao *Huanan Seafood Wholesale Market*, um mercado local de peixes e animais selvagens (LI; LIU; GE, 2020). Este patógeno faz parte do gênero Coronavírus, da família *Coronaviridae*. Este gênero de vírus RNA de cadeia são encapsulados e possuem alta resistência à exposição ao ambiente, podendo durar de algumas horas até vários dias sobre diferentes tipos de superfícies, se não desinfetadas (FREDERIKSEN et al., 2020; MARQUES; DOMINGO, 2021).

Com estas características e causando grave dano alveolar com falência respiratória progressiva, o vírus, que se liga ao hospedeiro por meio de um receptor celular, a Enzima Conversora de Angiotensina 2 (DE SOUSA et al., 2021), ainda mostrou-se altamente contagioso, espalhando-se rapidamente pelo planeta desestruturando todos os sistemas de saúde, e levando a Organização Mundial da Saúde a decretar a existência de uma pandemia em 11 de março de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b). As fronteiras dos países se fecharam e medidas públicas exigiram o fechamento do comércio e de escolas e universidades em todo o mundo. Muitos serviços que eram voltados para aglomerados de pessoas - como casas noturnas, lojas de *shoppings*, bares e restaurantes - faliram. Isto causou um impacto direto no desemprego e, por sua vez, na renda da população (QUE et al., 2020).

Neste momento inicial, o isolamento social e as medidas preventivas drásticas foram as opções disponíveis, além do uso constante de máscaras e de soluções desinfetantes nas

mãos e nas superfícies, uma vez que não haviam agentes farmacológicos ou vacinas conhecidas (ARAÚJO; MACHADO, 2020; HALL et al., 2021). As medidas de isolamento social, restrição de serviços e adaptação de costumes eram consideradas como possíveis dificultadores para o manejo de doenças crônicas (CERCI et al., 2022; DRIGGIN et al., 2020; IMERI et al., 2021; MCILVENNAN et al., 2020).

Nos serviços de saúde, os atendimentos eletivos foram extremamente reduzidos ou mesmo interrompidos, restringindo o acesso aos profissionais de saúde e exames de rotina. Na época, também faltaram leitos e respiradores para os doentes acometidos pelo SARS-CoV-2, bem como Equipamentos de Proteção Individual para os trabalhadores (CERCI et al., 2022; SILVA; PENA, 2021). Os pacientes também se afastaram dos serviços de saúde por medo de contrair o novo vírus. Assim, sem conhecer a duração da pandemia de COVID-19, as pessoas passaram a considerar outros problemas de saúde, como as doenças crônicas, como secundários (QUE et al., 2020).

Apesar desta necessidade emergente da pandemia, estimava-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) seriam responsáveis por mais de 41 milhões de mortes por ano em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022c). Mesmo antes da pandemia, já eram consideradas devastadoras, não somente para os indivíduos, mas também para a sociedade, afetando a economia e as políticas públicas de saúde, particularmente para as pessoas mais carentes, sendo consideradas uma ameaça crescente ao desenvolvimento econômico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2022c).

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* são os quatro grupos mais prevalentes de DCNTs no Brasil e no mundo (BRASIL, 2019, 2022b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). A Organização Mundial da Saúde estimava que, em 2020, as doenças crônicas seriam responsáveis por 73% de todas as mortes e 60% da carga de doenças mundial. E que, além disso, 79% das mortes por doenças crônicas ocorreriam em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2014, 2020b). Na região das Américas estimava-se que, anualmente, quatro milhões de pessoas morreriam por DCNTs, compreendendo 76% de todas as mortes. Mais de um terço destas mortes ocorreriam antes dos 70 anos, sendo consideradas prematuras e preveníveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, em 2016, 74% das mortes foram causadas por DCNTs, sendo as principais: DCV (28%), cânceres (18%), outras DCTNs (17%), doenças respiratórias crônicas (6%) e diabetes (5%). As doenças que acometeram o aparelho circulatório foram responsáveis por

1.151.522 óbitos em 2018, sendo que 200.760 mortes foram causadas pela insuficiência cardíaca (BRASIL, 2019).

No período de 2005 a 2016, as doenças cerebrovasculares e a doença isquêmica cardíaca foram as principais causas de morte entre os brasileiros de 70 anos ou mais, independente do sexo. Essas doenças também estiveram entre as principais causas de morte entre os indivíduos na faixa etária dos 30 aos 69 anos. Em 2016, a doença isquêmica cardíaca foi duas vezes maior nos homens do que nas mulheres (BRASIL, 2019).

Apesar do impacto, a pandemia é somente mais um fator que pode estar influenciando negativamente o manejo das DCTNs, pois mesmo antes já existiam fatores conhecidos, como a falta de autonomia dos pacientes e a presença de sintomas de Ansiedade e Depressão, potencialmente agravados desde então (MAGNEZI et al., 2014; MCCUSKER et al., 2019; STEPLEMAN et al., 2010). No cenário da pandemia pela COVID-19, observou-se que o SARS-CoV-2 age no sistema cardiovascular, aumentando a morbidade e a mortalidade devido à disfunção miocárdial entre pessoas com DCV prévias (ASKIN; TANRIVERDI; HUSNA, 2020; DRIGGIN et al., 2020). Injúria do miocárdio e arritmias foram as complicações cardiovasculares mais comuns da COVID-19, sendo as mais altas entre não sobreviventes (ZHAO et al., 2021). Durante o período de distanciamento/isolamento social ocorreu o atraso nos diagnósticos de várias doenças entre elas as DCV, como o Infarto e o Acidente Vascular Cerebral, com a procura tardia aos serviços de saúde e o agravamento do quadro clínico dessas pessoas, como havia sido pontuado por alguns pesquisadores (HALL et al., 2021; MCILVENNAN et al., 2020).

Portanto, o manejo das doenças cardiovasculares - e sua carga de morbimortalidade e impacto social - já era desafiador mesmo antes da pandemia pela COVID-19. Desde então, questionava-se como adultos com condições cardiovasculares estariam exercendo a autonomia para o cuidado de si (Nível de Ativação) diante de tantas mudanças, restrições e efeitos emocionais. Esta observação da realidade motivou a realização desta pesquisa.

1.2 NÍVEL DE ATIVAÇÃO DO INDIVÍDUO ADULTO

O constructo Ativação refere-se às crenças, ao conhecimento, à habilidade e à confiança de uma pessoa para manejar ativamente os cuidados relacionados à saúde, de acordo com o nível de capacidade percebida (HIBBARD, 2017; HIBBARD et al., 2004, 2005; HIBBARD; GREENE, 2013; MOSEN et al., 2007). É considerado como uma característica

modificável ao longo da vida (HIBBARD et al., 2005) apesar de pouco se saber sobre o seu curso natural e como essa característica se relacionada com o processo saúde-doença, o número e a duração das doenças na vida de cada pessoa (RIJKEN et al., 2014).

Há evidências de que as intervenções em saúde que visam estimular a Ativação dos pacientes sejam um primeiro passo para melhorar os comportamentos em indivíduos da população geral (NIJMAN et al., 2014) e com doenças crônicas (FOWLES et al., 2009), tais como Diabetes Mellitus (DM) (MAYBERRY; ROTHMAN; OSBORN, 2014; REMMERS et al., 2009), doenças mentais (LARA-CABRERA et al., 2016; SALYERS et al., 2009), Insuficiência Cardíaca (IC) (CHUBAK et al., 2012; SHIVELY et al., 2013) e múltiplas condições mórbidas (DIXON et al., 2009).

O instrumento *Patient Activation Measure*[®] (PAM) foi desenvolvido nos EUA para mensurar o construto Ativação (HIBBARD et al., 2004, 2005). A primeira versão continha 22 itens e que mais tarde foi reduzida para uma versão de 13 itens (CUNHA et al., 2018, 2019). Hoje também há uma versão de 10 itens disponível (INSIGNIA HEALTH, 2022). Trata-se de um instrumento para ser aplicado em entrevistas clínicas, e que foi elaborado baseando-se na Entrevista Motivacional e na Teoria da Autodeterminação (GAGNÉ, MARYLÈNE ; DECI, 2005; RYAN, R. M.; DECI, 2000).

A Entrevista Motivacional, como o próprio nome diz, visa motivar e provocar mudanças de comportamento enquanto o indivíduo é entrevistado, por meio da elaboração adequada das perguntas (ROLLNICK et al., 2008). Na Teoria da Autodeterminação ou Teoria da Motivação, assume-se que as ações de um outro podem variar desde uma forma mais autônoma ou autodeterminada, até formas mais dependentes do meio externo (RYAN, R. M.; DECI, 2000). Uma pessoa pode estar menos ou mais motivada com uma heterogeneidade de fatores, extrínsecos e intrínsecos. A motivação é considerada fundamental na terapêutica das condições crônicas, pois, de acordo com a teoria, para melhorar desfechos em saúde, é necessário estimular o indivíduo a estar engajado com o próprio cuidado, aumentando sua autonomia e interiorizando mudanças positivas (RYAN, R. M.; DECI, 2000).

A partir destes princípios, os itens do instrumento PAM foram construídos de forma hierárquica, e considerando os quatro níveis de Ativação: nível 1, estabelecido sobre crenças; nível 2, sobre conhecimento; nível 3, na construção de confiança; e nível 4, na demonstração de comportamentos (HIBBARD et al., 2004, 2005). A comunicação entre o indivíduo e os profissionais de saúde é fundamental para o progresso nos níveis de Ativação (REMMERS et al., 2009). A tese de doutorado da enfermeira Cunha (2016, p. 32), na qual foi feita a tradução

e validação para o Português brasileiro das versões de 22 e 13 itens do PAM, reúne uma apresentação dos quatro Níveis de Ativação:

Nível 1 (nível muito baixo de ativação): Envolve as crenças do indivíduo, referente à importância do seu papel na sua saúde. Apesar das suas limitações, o indivíduo está disposto à desempenhar um papel ativo. Ele acredita que possui um papel importante na gestão de sua saúde, apesar de ter pouco conhecimento sobre sua condição, sendo assim, um receptor passivo de cuidados e recomendações.

Nível 2 (nível baixo de ativação): O indivíduo ainda não tem uma ampla compreensão acerca de sua saúde e, por isso, depende muito de recomendações dos profissionais de saúde. Nesta fase, considera-se o conhecimento e a confiança do indivíduo para tomar medidas, tais como: conhecimento acerca dos medicamentos e as mudanças recomendadas no estilo de vida; a confiança para conversar com os profissionais de saúde e saber quando deve procurar ajuda. Além disso, em pontuações mais elevadas deste nível, o paciente tem confiança para seguir as recomendações, conhece as causas da sua doença e as diferentes opções de tratamento.

Nível 3 (nível médio de ativação): O indivíduo compreende os principais fatores que mantêm ou melhoram sua saúde e, com isso, começa a desempenhar comportamentos saudáveis. Ele está apto para tomar medidas acerca do estilo de vida, com o objetivo de evitar mais problemas na sua saúde e manejar os sintomas. Nesta fase, é necessário que o profissional tenha uma adequada comunicação com o paciente, motivando-o, cada vez mais, a autogestão da sua saúde.

Nível 4 (nível alto de ativação): O indivíduo apresenta amplo conhecimento sobre sua condição de saúde, a confiança para agir e as habilidades necessárias para realizar comportamentos e mudanças saudáveis no seu estilo de vida. Ele acredita que consegue manter a sua saúde, haja vista que apresenta comportamentos de autogestão e sabe lidar com os problemas de sua saúde (e não apenas com os sintomas), de forma independente.

De forma a facilitar a visualização, na Figura - 1 é possível observar a organização da estrutura teórica do PAM, de acordo com os seus atributos e os seus quatro níveis relacionados.



Figura 1 – Estrutura teórica do *Patient Activation Measure*. Brasil, 2022.

Fonte: adaptado de Cunha (2016) (HIBBARD et al., 2004, 2005).

Pessoas com doenças crônicas devem passar pelos quatro níveis de Ativação antes de se tornarem completamente ativos para o auto manejo de sua saúde (HIBBARD et al., 2004). Aqueles indivíduos com maior nível de Ativação são mais proativos na busca de informações sobre suas condições (FOWLES et al., 2009), aderem melhor ao tratamento (MOSEN et al., 2007; REMMERS et al., 2009) e possuem comportamentos mais saudáveis (HIBBARD et al., 2004; MOSEN et al., 2007; REMMERS et al., 2009). Os profissionais de saúde são um fator essencial no auto manejo, principalmente por apoiar a busca por informações (JONKMAN et al., 2016; MCCUSKER et al., 2019).

O objetivo do apoio dos profissionais da saúde, no auto manejo de condições crônicas, é ajudar pessoas a adquirir habilidades e confiança para administrar a própria saúde, e interagir adequadamente com seus provedores de cuidados (JONKMAN et al., 2016; MCCUSKER et al., 2019). Essas intervenções são baseadas em práticas de educação em saúde e visam melhorar a comunicação e a interação entre os pacientes e os profissionais da saúde, a fim de obter melhores resultados em saúde (HIBBARD, 2017; HIBBARD et al., 2007), como baixas taxas de hospitalização e redução de custos com saúde (GREENE et al., 2016; HIBBARD, 2017; HIBBARD; GREENE, 2013). Espera-se que pacientes mais ativados adotem hábitos de vida mais voltados para o autocuidado quando comparados aos menos ativados (HIBBARD,

2017; HIBBARD et al., 2004). Em se tratando das DCV, comportamentos como a prática insuficiente de atividade física em tempo livre e o uso de alimentos ultra processados são considerados hábitos nocivos à saúde, constituindo-se de fatores de risco para diversas doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM). Tais hábitos têm impactado na morbimortalidade de pessoas com essas doenças e na diminuição da expectativa de vida da população brasileira e mundial (BRASIL, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2014).

Antes da pandemia de COVID-19, um plano global já propunha a melhoria desses comportamentos, tendo como metas a redução de hábitos de vidas não saudáveis tais como: atividade física insuficiente, consumo inadequado de ingestão de sal ou sódio e redução do tabagismo, além de aumentar em 50% o oferecimento de tratamento farmacológico e aconselhamento em saúde e, em 80% a disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais (80%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Com a pandemia, além do impacto resultante da falta de acesso a profissionais e serviços de saúde, o isolamento social também pode ter tido impacto na redução da prática de atividades físicas e no aumento de hábitos alimentares prejudiciais, interferindo no nível de Ativação.

Nesse cenário, e somado a estes fatores, o estresse causado pelo risco de se adquirir a COVID-19, a incerteza econômica, principalmente nas populações de baixa e média rendas, podem ser fatores que contribuam para o aumento da incidência e/ou agravamento de condições como Hipertensão arterial, Síndrome Coronariana Aguda, Acidente Vascular Encefálico, entre outras condições cardiovasculares. De forma que se inicia um ciclo, em que as consequências econômicas da pandemia também podem levar a falta de apoio financeiro e a não manutenção dos hábitos saudáveis citados anteriormente, como alimentação (PAPANDREOU et al., 2020), prática de atividade física regular (MORRISON; JURAK; STARC, 2020), o uso de academias e aquisição dos medicamentos (ARAUJO; MACHADO, 2020; PAPANDREOU et al., 2020). Além disso, o sofrimento emocional agregado poderia também interferir negativamente no auto manejo das condições cardiovasculares (MAZZA et al., 2020; PAPANDREOU et al., 2020; TWENGE; JOINER, 2020).

1.3 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Pesquisadores têm referido um aumento de casos de Ansiedade, Depressão e de outras doenças advindas do isolamento social, as quais têm sido associadas ao agravamento das

doenças crônicas e à baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (MAZZA et al., 2020, 2021; PAPANDREOU et al., 2020; TWENGE; JOINER, 2020). Neste contexto, o auto manejo de condições crônicas é pior quando há sintomas de Ansiedade e Depressão como comorbidades (MAGNEZI et al., 2014; MCCUSKER et al., 2019; STEPLEMAN et al., 2010).

Indivíduos menos ativados eram os que apresentavam piores sintomas depressivos (MCCUSKER et al., 2019; ZIEGELSTEIN et al., 2000). Sintomas depressivos podem ser combatidos por comportamentos que são benéficos tanto para o estado emocional quanto para a prevenção do risco cardiovascular. Por exemplo, pesquisadores constataram que os escores médios da medida de Depressão, avaliada pela *Hospital Anxiety and Depression Scale – Depressão* (HADS-D) era maior entre os pacientes com infarto agudo do miocárdio que não se exercitavam do que aqueles que praticavam atividade física (SERPYTIS et al., 2018).

Portanto, além de ser um fator de proteção para as doenças cardiovasculares, a prática segura de atividade física durante a pandemia tem sido recomendada para manter a saúde física e mental (MORRISON; JURAK; STARC, 2020). Mesmo as atividades consideradas de leve intensidade podem ser benéficas para a saúde mental dos indivíduos idosos (CALLOW; ROBERTS, 2010). Um estudo brasileiro constatou que a prática de atividades físicas, moderadas ou vigorosas, está associada a baixa prevalência de Ansiedade e Depressão durante o isolamento decorrente dessa pandemia (SCHUCH et al., 2020).

Dessa forma, a pandemia de COVID-19 tem deixado vulneráveis os doentes cardiovasculares de diversas formas, tanto pela restrição no acesso a profissionais e serviços essenciais para o manejo de suas condições, quanto pela potencial dificuldade na prática de exercícios físicos e na manutenção de hábitos alimentares saudáveis oriundos do isolamento social (IMERI et al., 2021; MCILVENNAN et al., 2020; MORRISON; JURAK; STARC, 2020). Ainda, soma-se a isto o aparecimento de sintomas de Ansiedade e Depressão decorrentes das modificações sociais, sintomas estes que tornam o auto manejo ainda mais difícil (MAZZA et al., 2020; PAPANDREOU et al., 2020). Este período exige maiores níveis de Ativação dos indivíduos, para que possam sobreviver tanto à pandemia quanto à suas condições crônicas.

Diante do contexto apresentado, estabelecemos as seguintes questões de estudo:

- 1 - Qual o nível de Ativação de brasileiros adultos com doenças cardiovasculares após o surgimento da COVID-19?
- 2 - Qual é o estado emocional desses indivíduos?
- 3 - Há relação entre Ativação para o autocuidado em saúde e presença de sintomas de Ansiedade e de Depressão?
- 4 - Durante a pandemia, houve mudanças em comportamentos de risco para saúde (sedentarismo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e alimentos processados)?
- 5 - Há possíveis associações entre os níveis de Ativação, a presença de comportamentos de risco para saúde e a auto avaliação da saúde destas pessoas?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar possíveis relações entre Ativação, sintomas de Ansiedade e Depressão, de comportamentos de risco para saúde e a percepção do estado de saúde de adultos brasileiros com doenças cardiovasculares durante a pandemia de COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES

- (1) – Analisar o escore de Ativação e o nível de Ativação;
- (2) - Analisar a presença de sintomas de Ansiedade e de Depressão;
- (3) - Analisar a presença de comportamentos de risco para saúde (sedentarismo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e alimentos processados)
- (4) - Analisar o estado de saúde percebido;
- (5) - Analisar a presença de possíveis correlações entre as medidas das variáveis Ativação, sintomas de Ansiedade e sintomas de Depressão;

As hipóteses propostas e relacionadas ao objetivo eram:

- Há correlação negativa e, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ativação e de Ansiedade;
- Há correlação negativa e, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ativação e de Depressão;
- Há correlação positiva e, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ansiedade e de Depressão.

- (6) - Analisar a presença de possíveis associações entre as variáveis Ativação e comportamentos de risco para saúde (sedentarismo, tabagismo e uso de bebidas alcoólicas).

A hipótese proposta e relacionada ao objetivo era:

Há associação entre Ativação e comportamentos de risco para saúde. A medida de Ativação será menor entre os fumantes, os consumidores de bebidas alcoólicas e aqueles que não realizam atividades físicas regulares.

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de corte transversal, do tipo *online survey* ou *e-survey* (FAVORETTO et al., 2019; SCHUCH et al., 2020), de abrangência nacional. Estudos transversais são estudos eficientes em descrever variáveis por meio da sua distribuição e em um dado momento do tempo; e as suas medições são feitas em uma ocasião ou em um período curto de tempo (HULLEY et al., 2015).

O local de coleta de dados não foi determinado por se tratar de pesquisa realizada em ambiente virtual, pois os participantes poderiam ser inseridos na pesquisa independentemente da sua localização física, desde que tivessem acesso à internet por um dispositivo celular, tablete ou computador.

3.2 PROTEÇÃO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O projeto foi elaborado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil, e o Comunicado SEI/MS nº. 0019229966, que estabelece orientações para procedimentos em pesquisas no ambiente virtual (BRASIL, 2012, 2021). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo no parecer substanciado de nº 4.981.716, em 17 de setembro de 2021, sob o número CAAE 44382320.7.0000.5393 (ANEXO A).

Por ter se tratado de uma pesquisa do tipo *e-survey*, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), tipo virtual, era encaminhado ao potencial participante, e acessado pelo *link* do convite de pesquisa. Este documento era composto pelo esclarecimento sobre a pesquisa e a solicitação de autorização para o uso dos dados. O participante tinha que optar por uma destas opções: “Sim, estou esclarecido e aceito participar” ou “Não, estou esclarecido e não aceito participar”. A resposta à pergunta era obrigatória para prosseguir nas questões do formulário. Quando o participante aceitava participar, ele tinha acesso as demais das perguntas. Quando não havia o aceite, o respondente era direcionado à última página do questionário, na qual continha os agradecimentos pela participação (FALEIROS et al., 2016; ROWBOTHAM et al., 2013).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Além do acesso à internet, os outros critérios de elegibilidade estabelecidos foram: ser brasileiro ou residir no Brasil durante a pandemia, possuir domínio da língua portuguesa, ser adulto (18 anos ou mais anos) e ter sido diagnosticado com alguma das seguintes doenças cardiovasculares: acidente vascular encefálico, angina, hipertensão arterial, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, tromboembolismo de membros inferiores e tromboembolismo pulmonar. Os questionários que retornaram incompletos foram excluídos da análise dos dados.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Neste *e-survey*, um questionário *online* administrado via internet, ficou disponível para respostas no período de 8/11/2021 a 7/02/2022. Os participantes foram recrutados por mídias sociais como *Facebook*[®], *Instagram*[®], *WhatsApp*[®], e-mails pessoais e institucionais (EYSENBACH, 2004; FALEIROS et al., 2016; FAVORETTO et al., 2019; SCHUCH et al., 2020; STOKES et al., 2019; TASHKANDI et al., 2020).

A pesquisa foi divulgada junto aos participantes dos estudos realizados pelos pesquisadores colaboradores, membros do nosso grupo de pesquisa, Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de vida, atuais e egressos, que desenvolvem pesquisas com pessoas com doenças cardiovasculares. Além disso, os participantes eram incentivados a compartilharem o *link* com outras pessoas, também portadoras de doenças cardiovasculares, caracterizando o uso da técnica de *snowball sampling*. Estudos com coleta de dados via questionários *online* têm utilizado esta técnica em várias populações durante a pandemia (SCHUCH et al., 2020; TASHKANDI et al., 2020).

Uma página no *Facebook*[®] foi construída com a finalidade de divulgar a pesquisa e disseminar o convite via anúncios privados desta rede social. Um logotipo de divulgação foi elaborado por Bruno Frazon, arquiteto e produtor de conteúdo digital (Figura 2).

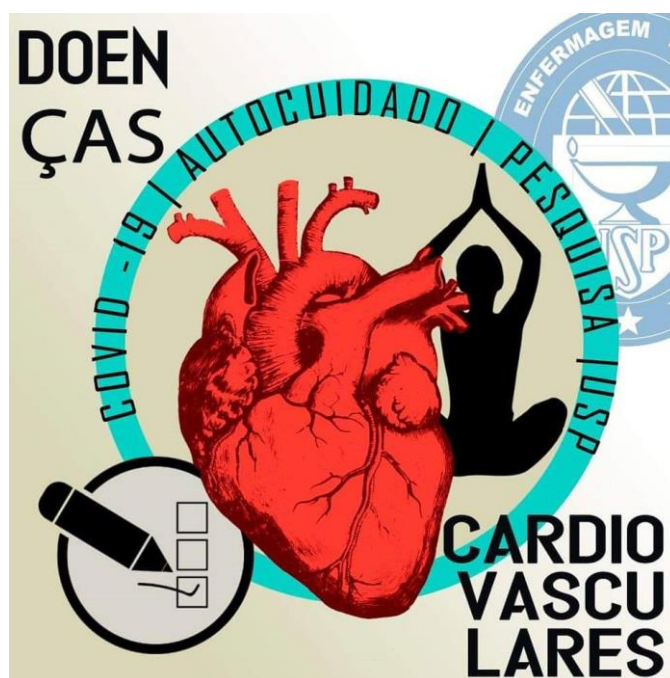


Figura 2 – Logomarca de divulgação do link do formulário da pesquisa, utilizado no perfil e na capa da página do *Facebook*[®]. Brasil, 2022.

Em seguida, uma publicação foi construída e “turbinada” duas vezes por meio de anúncios do *Facebook*[®] veiculados por meio da página “Pesquisa: autocuidado e estado emocional de doentes cardiovasculares”, criada em 18 de dezembro de 2021. O primeiro impulso do anúncio foi emitido em 18 de dezembro de 2021 e o segundo, em 22 de janeiro de 2022. Maiores detalhes sobre os impulsos da publicação podem ser vistos no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Detalhamento dos impulsos do anúncio veiculados via página do *Facebook*[®]. Brasil, 2022.

ANÚNCIO	1º IMPULSO	2º IMPULSO
DURAÇÃO E PERÍODO	23 dias (18/12/2021 a 10/01/2022)	10 dias (22/01/2022 a 01/02/2022)
PESSOAS ALCANÇADAS	56.224	90.535
CLIQUES NO LINK	1.192	1.870
POSICIONAMENTOS	<i>Facebook</i> [®] e <i>Instagram</i> [®]	
NOME DO PÚBLICO	“Pessoas que você escolhe por meio de direcionamento”	
LOCALIZAÇÃO – MORANDO EM	“Brasil: Acre (<i>state</i>); Alagoas; Amapá; Amazonas; Bahia; Brasília Federal District; Ceará; Espírito Santo; Goiás; Mato Grosso do Sul; Maranhão; Mato Grosso; Minas Gerais; Pará; Paraíba; Paraná; Pernambuco; Piauí; Rio de Janeiro (<i>state</i>); Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Rondônia; Santa Catarina; São Paulo (<i>state</i>); Sergipe; Tocantins”	
IDADE	18 a 65+	

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir de dados da página do *Facebook*[®], 2022.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Um instrumento de coleta dos dados foi construído e aplicado via plataforma *Survey Monkey*[®] (FALEIROS et al., 2016; FAVORETTO et al., 2019; GOPINATHANNAIR et al., 2020; TASHKANDI et al., 2020).

A construção do instrumento foi baseada no questionário criado para uso no *e-survey* intitulado de “Convid: pesquisa de comportamentos”, de autoria de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Em 21 de setembro de 2021, um *e-mail* foi encaminhado para as professoras Dra. Célia Szwarcwald (Fiocruz) e Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros (UNICAMP) (APÊNDICE B). A professora Célia Szwarcwald concedeu permissão para o uso do questionário, em *e-mail* recebido pelos pesquisadores no dia 22 de setembro (ANEXO B).

Este questionário encontra-se disponível no endereço eletrônico <https://convid.fiocruz.br/arquivos/QuestionarioConVidPesquisaDeComportamentos.pdf>.

No presente estudo, alguns itens foram retirados do referido questionário e outros foram elaborados para que o instrumento final atendesse aos objetivos do estudo (APÊNDICE C).

No quadro 2, temos a descrição dos itens que compuseram o formulário final e sua correspondência com os itens do questionário utilizado na *e-survey* “Convid: pesquisa de comportamentos”.

No formulário final, temos informações sobre o perfil demográfico dos participantes (do item 3 ao item 11), informações sobre sua saúde e comportamentos de risco para saúde (sedentarismo, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e alimentos processados), antes e durante a pandemia (item 2, do item 12 até o 49). Os itens 50 ao 62 referem-se à medida de Ativação e os itens 63 ao 76, aos sintomas de Ansiedade e de Depressão (APÊNDICE C).

Quadro 2 – Descrição dos itens do formulário utilizado no presente estudo, segundo os itens correspondentes do questionário ConVid Pesquisa de Comportamentos. Brasil, 2022.

ITENS DO FORMULÁRIO	QUESTIONÁRIO CONVID
Item 1 – TCLE com aceite virtual	-
Item 2 – Condições cardiovasculares auto referidas	-
Item 3 – Estado brasileiro de procedência	Item 2
Item 4 – Nível de escolaridade	-
Item 5 – Estado conjugal	Item 7
Item 6 – Raça/etnia	-
Item 7 – Sexo	Item 5
Item 8 – Data de nascimento	-
Item 9 – Idade referida	Item 4
Item 10 – Situação de trabalho	Item 9
Item 11 – Renda familiar	Item 10
Item 12 – Diagnóstico de COVID-19	-
Item 13 – Internação por COVID-19	Item 23
Item 14 – Estado vacinal contra COVID-19	-
Item 15 – Número de doses aplicadas da vacina	-
Item 16 – Laboratório da vacina	-
Item 17 – Restrição de contato com pessoas na pandemia	Item 25
Item 18 – Influência da pandemia na ocupação	Item 27
Item 19 – Volume de trabalho durante a pandemia	Item 29
Item 20 – Influência da pandemia na renda familiar	Item 30
Item 21 – Auto avaliação de saúde	Item 33
Item 22 – Influência da pandemia na saúde percebida	Item 34
Item 23 – Uso de plano de saúde privado	-
Item 24 – Atendimento médico cardiovascular durante a pandemia	-
Item 25 – Queixa cardiovascular que motivou atendimento	-
Item 26 – Atendimento na rede pública ou privada	Item 43
Item 27 – Necessidade de internação no atendimento	Item 44
Item 28 – Internação conseguida	Item 45

Continuação...

ITENS DO FORMULÁRIO	QUESTIONÁRIO CONVID
Item 29 – Dificuldades relacionadas aos cuidados à saúde	Item 46
Item 30 – Grau de dificuldade para realizar atividades do trabalho	Item 48
Item 31 – Influência da pandemia na qualidade do sono	Item 50
Item 32 – Sensação de isolamento na pandemia	Item 51
Item 33 – Tabagismo	Item 54
Item 34 – Consumo de cigarros durante a pandemia	Item 55
Item 35 – Consumo de cigarros durante a pandemia	Item 56
Item 36 – Fumo passivo	Item 57
Item 37 – Frequência do consumo de álcool antes da pandemia	Item 58
Item 38 – Consumo de álcool em doses antes da pandemia	Item 59
Item 39 – Hábito de consumo de álcool durante a pandemia	Item 60
Item 40 – Frequência semanal de consumo alimentar: verduras cruas	Item 61
Item 41 – Frequência semanal de consumo alimentar: frutas	Item 62
Item 42 – Frequência semanal de consumo alimentar: feijão	Item 63
Item 43 – Frequência semanal de consumo alimentar: alimentos integrais	Item 64
Item 44 - Frequência semanal de consumo alimentar: embutidos	Item 65
Item 45 - Frequência semanal de consumo alimentar: congelados	Item 66
Item 46 - Frequência semanal de consumo alimentar: chips	Item 67
Item 47 - Frequência semanal de consumo alimentar: chocolate	Item 68
Item 48 – Frequência semanal de exercício físico	Item 79
Item 49 – Duração do exercício físico	Item 80
	Concluído

Fonte: elaborado pelo pesquisador, 2022.

3.5.1 Medida de Ativação

O construto Ativação foi avaliado pelo instrumento *Patient Activation Measure*[®] - (PAM-13) (HIBBARD et al., 2004, 2005) em sua versão validada para o português do Brasil (CUNHA et al., 2018, 2019) (ANEXO D). A autorização para uso do PAM-13 foi solicitada no site da empresa *Insignia Health*[®], com licença obtida em 07 de outubro de 2020, sob o n°

1602122791-1633658791 (ANEXO E). Embora a validação das versões brasileiras do PAM, com 22 (CUNHA et al., 2018) e 13 itens (CUNHA et al., 2019), tenham sido validadas por pesquisadores do Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida, coordenado pela professora Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas, estas versões não são de domínio público.

Os 13 itens são avaliados em uma escala ordinal, com cinco opções de respostas: discordo totalmente (1 ponto), discordo (2 pontos), concordo (3 pontos), concordo totalmente (4 pontos) e não se aplica (0 pontos). Seus itens estão dispostos em ordem hierárquica, de acordo com os quatro níveis de Ativação, os quais foram estabelecidos com base nas crenças e no conhecimento, na capacidade, na confiança e na habilidade do indivíduo para realizar comportamentos saudáveis

Os valores do escore bruto obtidos foram categorizados nos quatro níveis de Ativação, propostos pelos autores: nível 1 (menor ou igual a 43 pontos), nível 2 (entre 43 e 49 pontos), nível 3 (50 e 51 pontos) e nível 4 (igual ou maior que 52 pontos)(HIBBARD et al., 2004). Obtidos os valores do escore bruto, estes foram convertidos em uma pontuação de Ativação, que varia de 0 a 100 pontos, sendo que maiores pontuações se referem a maior nível de Ativação (HIBBARD et al., 2004; IMERI et al., 2021).

No formulário *online*, o primeiro item do instrumento PAM-13 corresponde ao item 50, o segundo item ao item 51 e, assim sucessivamente, finalizando no item 62 (APÊNDICE C).

3.5.2 Medidas de sintomas de Ansiedade e de Depressão

Para avaliar a presença de sintomas de Ansiedade e Depressão utilizamos a versão validada para o português do Brasil (BOTEGA et al., 1995) da *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (ZIGMOND; SNAITH, 1983). É uma escala de 14 itens, dos quais sete se referem à sintomas de Ansiedade e sete de Depressão. Esse questionário se refere a sintomas somáticos e psicológicos e os itens são avaliados em escalas de quatro pontos, de 0 a 3. A soma das respostas pode variar entre zero e 21 pontos por sub escala, quanto maior o valor, maior o transtorno emocional (BOTEGA et al., 1995; ZIGMOND; SNAITH, 1983).

O primeiro item do instrumento HADS corresponde ao item 63 no formulário *online*, finalizando no item 76 (APÊNDICE C).

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram exportados da plataforma *SurveyMonkey*[®] diretamente em formato de banco de dados compatível com o programa *IBM SPSS*[®] *Statistics* versão 25.0 para *Windows*[®]. Todas as variáveis foram analisadas de forma descritiva.

Para investigar a presença de correlações entre as medidas de Ativação (PAM-13), sintomas de Ansiedade (HADS-A) e de Depressão (HADS-D) utilizamos o teste de correlação não paramétrico de Spearman. As magnitudes das correlações foram consideradas, segundo Ajzen e Fishbein (1998), como: fraca (para valores menores que 0,30, mesmo que estatisticamente significantes, não possuem significância clínica), moderada (para valores entre 0,30 e 0,50) e forte (para valores maiores que 0,50).

A presença de associação entre Ativação e comportamentos de risco para a saúde foi investigada comparando os escores medianos da medida de Ativação segundo a presença de tabagismo (sim ou não) e uso de bebidas alcoólicas (sim ou não) com o teste de Mann-Whitney. Para comparar os valores medianos de Ativação segundo a frequência da realização de atividades físicas semanais utilizamos o teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância adotado para os testes de hipóteses foi de 0,05.

4. RESULTADOS

Inicialmente, apresentaremos os resultados relacionados ao recrutamento *on-line* de participantes, com o intuito de fornecer contribuições e estímulo para outras pesquisas que envolvam o recrutamento de participantes *online*.

Na tabela 1, é possível visualizar a duração e o período dos ciclos de impulso do anúncio, o número de pessoas alcançadas e o número de cliques no anúncio. Vale ressaltar que as informações contidas nessa tabela se referem ao alcance do anúncio que recrutava participantes para responder ao formulário. E que os cliques aos quais se refere a tabela representam os participantes que visualizaram o anúncio e clicaram no mesmo, sendo conduzidos até a página do TCLE.

Tabela 1 – Alcance e cliques do anúncio veiculado via página do *Facebook*[®] nos dois ciclos de impulso de anúncio. Brasil, 2021 e 2022.

ANÚNCIO	1º IMPULSO	2º IMPULSO
DURAÇÃO E PERÍODO	23 dias (18/12/2021 a 10/01/2022)	10 dias (22/01/2022 a 01/02/2022)
PESSOAS ALCANÇADAS	56.224	90.535
CLIQES NO ANÚNCIO	1.192	1.870

Fonte: elaborado pelo pesquisador partir de dados da página do *Facebook*[®], 2022.

A rede social que administra os anúncios é o *Facebook*[®], veiculando-os também no *Instagram*[®] segundo a página. No anúncio desta pesquisa, que recebeu os dois ciclos de impulso, é possível para o pesquisador e criador da página “Pesquisa: autocuidado e estado emocional de doentes cardiovasculares” consultar algum detalhamento dos grupos de pessoas que foram alcançadas e também que clicaram no anúncio. Dessa forma, os resultados referentes aos grupos de pessoas atingidas pela divulgação da publicação estão descritos na Tabela 2. No primeiro impulso, a maioria das pessoas que clicaram no anúncio foi composta de mulheres (71,1%; 848), com mais de 55 anos (68%; 811), e da região Sudeste (46,8%; 558) e Sul (26,5%; 312) do Brasil. No segundo, o mesmo perfil se repetiu - com 69% (1.290) das pessoas do sexo feminino, 71,8% (1.343) com 55 anos ou mais, 45,8% (856) do Sudeste, seguidos por 25,6% (479) do Sul.

Apesar do *Facebook*[®] estimar um alto número de alcance do anúncio (146.759 pessoas), e dos 3.062 cliques efetivos, somente 389 (somando-se às demais formas de recrutamento) prosseguiram com o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desses 389 indivíduos, 100 (25,7%), no item 2 do formulário, informaram que não

possuíam doença cardiovascular e foram eliminados. Entre os 289 que assinalaram um ou mais dos diagnósticos cardiovasculares, 135 (46,7%) não completaram o preenchimento do formulário *online*. Assim, 154 (53,3%) finalizaram a pesquisa e fazem parte dos resultados apresentados a seguir.

Tabela 2 – Número de pessoas que clicaram no anúncio e número de pessoas alcançadas pela divulgação no primeiro e no segundo ciclo de impulsos do anúncio: por sexo, faixa etária e região do Brasil. Brasil, 2021 e 2022.

	1º IMPULSO		2º IMPULSO		
	CLIQUES % (N)	ALCANCE (N)	CLIQUES % (N)	ALCANCE (N)	
SEXO					
Feminino	71,1 (848)	70,9 (39.888)	Feminino	69,0 (1.290)	66,7 (60.351)
Masculino	28,9 (344)	29,0 (16.288)	Masculino	30,9 (578)	33,3 (30.104)
Omissos	-	0,1 (48)	Omissos	0,1 (2)	0,1 (80)
FAIXA ETÁRIA					
18-24	2,8 (33)	1,9 (1.088)	18-24	1,2 (23)	2,2 (1.983)
25-34	4,3 (51)	5,6 (3.136)	25-34	3,6 (67)	4,3 (3.903)
35-44	7,0 (83)	10,5 (5.888)	35-44	5,8 (109)	9,9 (8.974)
45-54	18,0 (214)	20,0 (11.264)	45-54	17,5 (328)	19,9 (17.995)
55-64	34,6 (413)	36,3 (20.384)	55-64	37,0 (692)	35,5 (32.135)
65+	33,4 (398)	25,7 (14.464)	65+	34,8 (651)	28,2 (25.545)
REGIÃO DO BRASIL					
Sudeste	46,8 (558)	42,5 (23.904)	Sudeste	45,8 (856)	42,2 (38.182)
Sul	26,5 (312)	24,7 (13.904)	Sul	25,6 (479)	25,1 (22.682)
Nordeste	15,4 (184)	20,3 (11.440)	Nordeste	17,4 (326)	18,9 (17.101)
Norte	6,0 (71)	7,2 (4.032)	Norte	6,0 (112)	7,7 (6.997)
C. Oeste*	5,6 (67)	5,2 (2.944)	C. Oeste*	5,2 (97)	6,1 (5.534)
-			Omissos	-	0,04 (39)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir de dados da página do *Facebook*®, 2022.

*Região Centro-Oeste.

4.1 RESULTADOS DO PERFIL DEMOGRÁFICO, INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA SAÚDE DOS PARTICIPANTES

Entre os 154 participantes, a maioria era composta por mulheres (66,9%; 103), vivendo com cônjuge ou companheiro (68,8%; 106), na faixa etária de 48-58 anos (38,3%; 59) e residiam na região Sudeste (54,6%; 84) (Tabela 3) e 105 (68,2%) assinalaram a opção “branca” para o item raça/etnia.

Com relação à renda mensal, tivemos os seguintes resultados: menos de mil reais (9,1%; 14), entre mil e dois mil reais (19,5%; 30), dois e três mil reais (16,2%; 25), entre três e cinco mil reais (16,9%; 26), de cinco a dez mil reais (14,3%; 22) e 10 mil reais ou mais (18,2%; 28) e haviam participantes que estavam sem rendimento no momento da pesquisa (5,8%; 9). Quanto à influência da pandemia na renda, 51,3% (79) acreditavam que a mesma foi mantida igual.

Quanto ao tipo de trabalho realizado antes da pandemia, 25,3% (39) declararam-se servidores públicos, 20,1% (31) empregados pelo regime celetista, 18,2% (28) aposentados e 17,5% (27) eram autônomos. Tivemos também os que trabalhavam cuidando de casa (7,1%; 11), os que não trabalhavam por algum outro motivo (7,1%; 11), e os que trabalhavam sem carteira de trabalho assinada (3,9%; 6). Sobre o impacto da pandemia nas atividades ocupacionais, durante a pandemia, 32,5% (50) dos participantes referiram ter continuado a trabalhar normalmente; 30,5% (47) afirmaram que não trabalhavam antes da pandemia e continuavam sem trabalhar.

Trabalho em regime de *home office* foi informado por 34 participantes (22%), destes 23 referiram maior demanda de trabalho, enquanto os demais informaram estar com uma demanda menor de trabalho devido ao regime não presencial. De forma geral, 40,9% (63) possuíam a percepção de que estariam trabalhando menos do que o usual, e 25,3% (39) acreditavam que estavam trabalhando mais (21) e muito mais (18) durante a pandemia do que antes. Por outro lado, vinte (13%) afirmaram que ficaram sem trabalho devido ao curso pandêmico.

Tabela 3 – Características sociais e demográficas dos 154 participantes com doenças cardiovasculares que responderam ao formulário de pesquisa *online* de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Brasil, 2021 e 2022.

VARIÁVEIS	% (N)
SEXO FEMININO	66,9 (103)
VIVE COM CÔNJUGE (SIM)	68,8 (106)
FAIXA ETÁRIA (ANOS)	
26-36	7,8 (12)
37-47	14,9 (23)
48-58	38,3 (59)
59-69	25,3 (39)
70-80	9,1 (14)
81-88	2,6 (4)
<i>Omissos</i>	2,0 (3)
REGIÃO DO BRASIL	
Sudeste	54,6 (84)
Sul	22,1 (34)
Nordeste	14,3 (22)
Centro-Oeste	6,5 (10)
Norte	2,6 (4)
ESCOLARIDADE	
Ensino fundamental incompleto	6,5 (10)
Ensino fundamental completo	8,4 (13)
Ensino médio incompleto	6,5 (10)
Ensino médio completo	27,3 (42)
Ensino técnico	2,0 (3)
Ensino superior incompleto	6,5 (10)
Ensino superior completo	20,8 (32)
Pós graduação	20,1 (31)
Outro	2,0 (3)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

No que se refere às condições cardiovasculares auto referidas as mais frequentes foram: Hipertensão Arterial (77,3%; 119), seguida por Angina (24,7%; 38), Insuficiência Cardíaca (20,8%; 32) e Infarto (16,9%; 26) (Tabela 4).

Tabela 4 – Condições cardiovasculares auto referidas pelos 154 participantes que responderam ao formulário de pesquisa *on-line* de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Brasil, 2021 e 2022.

DOENÇA CARDIOVASCULAR REFERIDA*	% (N)
Hipertensão Arterial	77,3 (119)
Angina	24,7 (38)
Insuficiência Cardíaca	20,8 (32)
Infarto	16,9 (26)
Acidente Vascular Encefálico	6,5 (10)
Tromboembolismo de Membros Inferiores	1,3 (2)
Tromboembolismo Pulmonar	0,6 (1)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

*O participante poderia optar por mais de uma doença.

Constatamos que 71 (46,1%) dos respondentes tinham acesso aos planos de saúde complementar, como convênios médicos. Mais da metade (83; 53,9%) precisaram procurar atendimento médico durante o curso da pandemia devido às suas condições cardiovasculares, sendo que 50 deles (32,5%) procuraram um serviço público de saúde e os demais (21,4%) por um serviço de saúde privado. Os principais motivos para a procura por atendimento médico foram: mal-estar geral (38,3%; 59), alterações de frequência cardíaca (35,1%; 54), tontura (26%; 40) e angina (18,2%; 28). Vinte e dois (26,5%) necessitaram de internação (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos participantes segundo a procura por atendimento médico relacionado à condição cardiovascular durante a pandemia. Brasil, 2021 e 2022.

VARIÁVEIS	% (N)
NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO (SIM)	53,9 (83)
ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE (N=83)	
Público	32,5 (50)
Privado	21,4 (33)
MOTIVOS PARA PROCURAR ATENDIMENTO*	
Mas estar geral	38,3 (59)
Alteração de Frequência Cardíaca	35,1 (54)
Tontura	26,0 (40)
Angina	18,2 (28)
Edema de Membros Inferiores	7,8 (12)
Náusea	4,5 (7)
Paralisia da face ou membros	1,3 (2)
NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO (N=83)	
Não	73,5 (61)
Sim	26,5 (22)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

*O participante poderia responder mais de um motivo.

O diagnóstico confirmado de COVID-19 e outros aspectos referentes à pandemia também foram investigados. A maioria (72,7%; 112) referiu que não teve diagnóstico confirmado de COVID-19. Dos 42 participantes que foram diagnosticados com a doença, 26,2% (11) necessitaram de internação. No período da coleta dos dados, 96,1% (148) já estavam vacinados contra COVID-19, sendo que 44,2% (68) com a terceira dose (Tabela 6).

Tabela 6 – Respostas 154 participantes sobre o diagnóstico da doença, necessidade de internação e vacinação contra à COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.

VARIÁVEIS	% (N)
DIAGNÓSTICO DE COVID-19 (SIM)	27,3 (42)
INTERNAÇÃO POR COVID-19 (N=42) (SIM)	26,2 (11)
VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 (SIM)	96,1 (148)
ESQUEMA VACINAL (N=148)	
Duas doses completas	47,4 (73)
Terceira dose	44,2 (68)
Esquema incompleto (uma dose)	4,5 (7)
LABORATÓRIO DA VACINA (N=148)	
AstraZeneca	49,4 (76)
Coronavac	26,6 (41)
Pfizer	20,1 (31)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

Ainda sobre a pandemia de COVID-19, os participantes foram questionados sobre a realização de restrição de contato com as pessoas. Somente 20,8% (32) fizeram um isolamento social rigoroso; 44,8% (69) responderam que saíam de casa somente para compras; e, 39,6% (61) fizeram pouca restrição de contato. Vinte e um (13,6%) participantes sentiam-se mais seguros para estarem em grupo e três (1,9 %) nunca fizeram restrição de contato com outras pessoas.

Quanto aos resultados sobre comportamentos nocivos à saúde, observamos que 61 (39,6%) informaram fazer uso de bebidas alcoólicas, 15 (9,7%) estavam fumando durante a pandemia e a maioria não realizava atividades físicas regulares (n=83, 53,9%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a presença de comportamentos nocivos à saúde (consumo de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo) durante a pandemia. Brasil, 2021 e 2022.

VARIÁVEIS	% (N)
USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	
Não	60,4 (93)
Sim	39,6 (61)
Mesmo que antes	63,9 (39)
Mais do que antes	14,8 (9)
Menos do que antes	13,1 (8)
Havia parado e voltou	8,2 (5)
TABAGISMO	
Não	90,3 (139)
Sim	9,7 (15)
CONSUMO DE CIGARROS (N = 15)	
Menos que 1 por dia	6,7 (1)
De 1 a 9 cigarros	20,0 (3)
De 10 a 19 cigarros	33,3 (5)
De 20 a 29 cigarros	26,7 (4)
De 30 a 39 cigarros	6,7 (1)
40 ou mais cigarros	6,7 (1)
FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA	
Nenhum dia na semana	53,9 (83)
Pelo menos um dia	16,9 (26)
De dois a quatro dias	20,8 (32)
Cinco dias ou mais	8,4 (13)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

Investigamos a frequência do consumo de alguns alimentos considerados pouco saudáveis, como congelados, doces, embutidos e salgadinhos de pacote. Constatamos o consumo de doces (55,8%) e embutidos (50,6%) pela maioria dos participantes, pelo menos um dia na semana, enquanto congelados (62,3%) e salgadinhos de pacote (83,8%) não eram ingeridos qualquer dia da semana (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a frequência alimentar semanal de alimentos considerados pouco saudáveis: congelados, doces, embutidos e salgadinhos de pacote. Brasil, 2021 e 2022.

FREQUÊNCIA ALIMENTAR SEMANAL – ALIMENTOS POUCO SAUDÁVEIS				
	NENHUM DIA	PELO MENOS UM DIA	DOIS A QUATRO DIAS	CINCO DIAS OU MAIS
ALIMENTOS*	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Congelados	62,3 (96)	35,7 (55)	1,9 (3)	-
Doces	24,7 (38)	55,8 (86)	16,2 (25)	3,2 (5)
Embutidos	32,5 (50)	50,6 (78)	14,3 (22)	2,6 (4)
Salgadinhos de pacote	83,8 (129)	15,6 (24)	0,6 (1)	-

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

*No formulário, os participantes tinham como exemplificados os alimentos congelados: pizza, lasanha ou outro prato congelado; doces: chocolates, biscoitos doces, pedaços de torta; embutidos: presunto, salame, mortadela, salsicha, linguiça ou hambúrguer; salgadinhos de pacote: *cheetos*, *fandangos* e *ruffles*.

O consumo de alimentos considerados saudáveis (feijão, frutas, integrais e verduras/legumes) também foi investigado. A maioria referiu ingerir feijão (46,1%) e frutas (33,1%) cinco dias ou mais na semana. A frequência de consumo de alimentos integrais ficou mais dispersa, em que 54,6% (84) referiam consumir frequentemente, desde de dois a quatro dias (27,3%) a cinco dias ou mais (27,3%). Nas verduras/legumes, a maioria, ou 73,4% (113) referiram consumir com frequência, de a partir de dois a quatro dias (36,4%) a mais de cinco dias (37,0%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das respostas fornecidas pelos 154 participantes, segundo a frequência alimentar semanal de alimentos considerados saudáveis: feijão, frutas, integrais e verduras/legumes. Brasil, 2021 e 2022.

FREQUÊNCIA ALIMENTAR SEMANAL – ALIMENTOS SAUDÁVEIS				
	NENHUM DIA	PELO MENOS UM DIA	DOIS A QUATRO DIAS	CINCO DIAS OU MAIS
ALIMENTOS	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Feijão	7,8 (12)	21,4 (33)	24,7 (38)	46,1 (71)
Frutas	7,8 (12)	28,6 (44)	30,5 (47)	33,1 (51)
Integrais	20,1 (31)	25,3 (39)	27,3 (42)	27,3 (42)
Verduras/legumes	4,5 (7)	22,1 (34)	36,4 (56)	37,0 (57)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

4.2– RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO DURANTE A PANDEMIA

As questões 21 e 22 indagavam aos participantes, respectivamente, sobre a avaliação geral do seu estado de saúde e se a pandemia da COVID-19 havia provocado mudanças no estado de saúde.

Sobre a auto avaliação do estado geral de saúde, 69 (44,8%) avaliaram a própria saúde como moderada, 61 (39,6%) julgavam a sua saúde como excelente/boa e 24 (15,6%) como ruim ou péssima. Ao serem questionados sobre a influência da pandemia no estado de saúde, 72 (46,8%) responderam que a saúde piorou um pouco, 58 (37,7%) que a saúde ficou igual, 20 (13%) afirmaram que piorou muito e apenas quatro (2,6%) perceberam melhora na saúde (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição das respostas dos 154 participantes segundo a avaliação geral do estado de saúde e a presença de mudanças decorrentes da pandemia da COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.

VARIÁVEL	%	N
ESTADO GERAL DE SAÚDE		
Excelente	6,5	10
Bom	33,1	51
Moderado	44,8	69
Ruim	14,3	22
Péssimo	1,3	2
ESTADO DE SAÚDE DEVIDO À COVID-19		
Melhorou	2,6	4
Ficou igual	37,7	58
Piorou um pouco	46,8	72
Piorou muito	13,0	20

Fonte: elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados coletados, 2022.

4.3 -RESULTADOS DAS MEDIDAS DE ATIVAÇÃO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PARTICIPANTES

As medidas de Ativação obtidas dos participantes, no intervalo possível de zero a 100, foram: média de 71,6 (D.P.=12,6) e mediana de 69,2 (variando de 30,7 a 100). Ao classificarmos os participantes segundo os quatro níveis de Ativação, observamos que a maioria se encontrava no nível 4 (77,3%; 119) (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos 154 participantes, segundo os quatro níveis de Ativação, avaliado pelo *Patient Activation Measure*[®] (PAM-13). Brasil, 2021 e 2022.

NÍVEIS DE ATIVAÇÃO	% (N)
NÍVEL 1	3,9 (6)
NÍVEL 2	18,8 (29)
NÍVEL 3	-----
Nível 4	77,3 (119)

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

Os resultados relacionados à avaliação da presença de sintomas de Ansiedade e de Depressão encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12 – Estatística descritiva das medidas da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e distribuição dos participantes segundo a presença de sintomas de Ansiedade e Depressão. Brasil, 2021 e 2022.

HADS	MÉDIA (D.P.)*	MEDIANA (MÍNIMO – MÁXIMO)
SUBESCALA ANSIEDADE	10,2 (2,7)	11 (2-15)
ANSIEDADE		
Sem sintomas (0 a 7 pontos) [% (N)]	18,8	(29)
Com sintomas (8 a 21 pontos) [% (N)]	81,2	(125)
SUBESCALA DEPRESSÃO	9,0 (2,1)	9,0 (2-16)
DEPRESSÃO		
Sem sintomas (0 a 7 pontos) [% (N)]	24,7	(38)
Com sintomas (8 a 21 pontos) [% (N)]	75,3	(116)

*(D.P.): Desvio Padrão

Fonte: elaborado pelo pesquisador a partir dos dados coletados, 2022.

4.4 RESULTADOS DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS MEDIDAS DE ATIVAÇÃO, SINTOMAS DE ANSIEDADE E SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Para investigar a presença de correlações entre as medidas de Ativação (PAM-13), sintomas de Ansiedade (HADS-A) e de Depressão (HADS-D) fizemos o teste de correlação não paramétrica de Spearman.

Havíamos estabelecido as seguintes hipóteses: 1 - existência de correlações negativas, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ativação e de Ansiedade; 2 - existência de correlações negativas, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ativação e Depressão.

Constatamos correlações positivas e de fraca magnitudes entre Ativação e Ansiedade ($r_s = 0,213$, $p=0,008$) e, também, entre Ativação e Depressão ($r_s = -0,025$, $p=0,76$). As análises dos resultados não confirmaram as hipóteses estabelecidas.

A terceira que estabelecia a presença de correlação positiva e, no mínimo, de grau moderado entre as medidas de Ansiedade e de Depressão também não foi confirmada na amostra investigada ($r_s = 0,025$, $p=0,76$).

4.5 – RESULTADOS DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE ATIVAÇÃO E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA SAÚDE

Como informado inicialmente, nossa hipótese estabelecia a associação entre a Ativação para o autocuidado em saúde e os comportamentos de risco. Assim, a medida de Ativação seria menor entre os fumantes, os consumidores de bebidas alcoólicas e que não realizavam atividades físicas regulares.

Na Tabela 13 apresentamos as comparações dos valores medianos da medida de Ativação dos participantes segundo a presença destes comportamentos. Os resultados confirmaram a nossa hipótese quando comparamos os participantes segundo o uso de bebidas alcoólicas durante a pandemia ($p=0,024$) e não realização de atividades físicas ao longo da semana ($p=0,013$).

Tabela 13 – Comparação dos valores medianos da medida de Ativação segundo comportamentos de risco à saúde dos 154 participantes durante a pandemia da COVID-19. Brasil, 2021 e 2022.

COMPORTAMENTOS	MEDIANA	VALORES	
		MÍNIMOS E MÁXIMOS	VALOR DE P*
TABAGISMO			0,17
Sim (N=15)	52,9	38,7 – 82,8	
Não (N=139)	60,0	31 - 100	
USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS			0,024
Sim (N=93)	60,0	31 - 100	
Não (N=61)	66,0	38,7 – 100	
ATIVIDADES FÍSICAS			0,013
Nunca (N=83)	56,4	31 - 100	
Pelo menos uma vez na semana (N=26)	60,0	43,4 – 80	
Entre 2 e 4 dias na semana (N=32)	64,6	49,0 – 100	
Cinco ou mais dias na semana (N=13)	66,0	52,9 – 82,8	

*Valores de p provenientes do Teste de Mann-Whitney para as variáveis Tabagismo e Uso de Bebidas alcoólicas e do Teste de Kruskal-Wallis para a variável Atividades Físicas.

Fonte: elaborado pelos pesquisadores a partir dos dados coletados, 2022.

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, o perfil das pessoas que mais clicaram no anúncio da pesquisa se caracterizou por maior presença de mulheres, com mais de 55 anos de idade e moradores das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Quando comparamos com o perfil dos 154 participantes que completaram o preenchimento dos formulários, ainda temos uma maior presença de mulheres, residentes na região Sudeste do país, mas com menos idade. A presença majoritária do sexo feminino foi parecida com o encontrado no *survey* Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL BRASIL 2021), em que, das mais de 27 mil entrevistas por telefone, 64% foram realizadas com mulheres, entretanto tinham 65 anos ou mais (BRASIL et al., 2022).

Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa ConVid, com 45.161 questionários respondidos, a maioria dos participantes também foi encontrada entre as mulheres (53%), de 40 anos até mais de 60 (54,3%) e da região Sudeste do país (45,3%). Dos 154 participantes, a maioria (68,2%) optou pela alternativa “branca” ao responder sobre raça/etnia, resultado que difere daqueles obtidos no estudo ConVid, com 44,7% respondendo serem brancos (SZWARCOWALD et al., 2021a)

Em nosso estudo, 49,9% (63) dos participantes possuíam nível superior, dos quais 31 possuíam pós-graduação. No VIGITEL 2021 a escolaridade foi avaliada em anos de estudo, mas a maioria (37,8%) dos participantes possuíam doze ou mais anos de estudo, seguidos pelos que possuíam de 9 a 11 anos de estudo (35,4%) (BRASIL et al., 2022). Já na pesquisa ConVid a maioria dos participantes possuía ensino médio completo (83,6%) (SZWARCOWALD et al., 2021a).

Quanto à influência da pandemia na renda, 51,3% (79) acreditavam que a renda familiar foi mantida igual; seguidos pelos 42,9% (66) que relataram que diminuiu: um pouco (24,7%; 38) ou muito (18,2%; 28). Com relação à renda familiar, 51,3% (79) informaram que estava igual; seguidos pelos 42,9% (66) que relataram que diminuiu: um pouco (24,7%; 38) ou diminuiu muito (18,2%; 28). Sobre o impacto da pandemia nas atividades ocupacionais, 32,5% (50) dos participantes referiram ter continuado a trabalhar normalmente. Uma parte dos que estavam trabalhando (22%; 34) estava trabalhando em *home office*, dos quais 23 (67,6% dos 34) percebiam que estavam com uma maior demanda de trabalho por conta deste regime. Este regime de trabalho imposto pelas necessidades da cadeia produtiva invadiram o espaço do convívio doméstico, pessoal e familiar, levando o trabalho a um espaço que antes não o pertencia. A presença de colegas de trabalho foi substituída pela presença constante de

filhos e cônjuge, com sobrecarga e sobreposição de tarefas (LEMOS; BARBOSA; MONZATO, 2020).

Entre as doenças cardiovasculares auto referidas, a mais prevalente entre os 154 participantes foi a Hipertensão Arterial (77,3%; 119), valor superior aos constatados em outros estudos nacionais. Na amostra do VIGITEL, a Hipertensão foi referida por 26,3% dos respondentes (BRASIL et al., 2022). Na pesquisa ConVid, na qual a proporção de hipertensos era um indicador de interesse, a doença foi referida por 18,6% dos participantes (SZWARCOWALD et al., 2021a). Em estudo realizado nos Estados Unidos sobre auto manejo de doenças crônicas durante a Pandemia, a proporção de hipertensos foi de 16% (IMERI et al., 2021).

No contexto pandêmico, estudos que analisaram o número de internações, óbitos e letalidade intra-hospitalares por Doenças Cardiovasculares (DCVs) no Brasil, observou-se que, entre janeiro e maio de 2020, houve na realidade uma diminuição de 15% nas taxas de internações hospitalares por DCVs, e uma redução de 9% no total de óbitos por estas causas, quando comparado com o mesmo período em 2019. Apesar disso, a letalidade pelas DCVs tornou-se 15% maior. Os autores também referem que houveram mais de 1 milhão e 300 mil internações por DCVs no período, em que a Insuficiência Cardíaca (IC) foi responsável pela maior taxa de internação, com 29,9% (399.416 internações) (ARMSTRONG et al., 2022; NORMANDO et al., 2021).

Nesta pesquisa, 83 (53,9%) participantes procuraram atendimento médico durante a pandemia devido à sua condição cardiovascular, sendo que a maioria não precisou de internação (73,5%; 61) e buscou atendimento em serviços públicos de saúde (n=50; 60,2%). Os principais motivos para o atendimento de saúde foram: mal-estar geral, alterações da frequência cardíaca, tontura e angina.

Cento e doze (72%) participantes informaram que não tiveram o diagnóstico confirmado de COVID-19. Dos 42 participantes que foram diagnosticados com a doença, 11 (26,2%) necessitaram de internação devido ao quadro respiratório. Estes resultados diferem da pesquisa realizada por IMERI e colaboradores (IMERI et al., 2021). Entre os 300 indivíduos investigados, 87,7% não tiveram o diagnóstico confirmado de COVID-19. Dos 29 com diagnóstico confirmado, 22 (75,8%) necessitaram de internação em decorrência de problemas respiratórios.

Nesta pesquisa, 96,1% (148) dos participantes já estavam vacinados contra COVID-19 e mais de 40% já haviam tomado a terceira dose da vacina. No Brasil, um dos epicentros

da pandemia na América Latina e Caribe, o enfrentamento e responsabilização governamental na pandemia foram considerados falhos. O início da vacinação no Brasil foi considerado atrasado. Além da postura anti-vacinação e anticientífica por parte de lideranças, há o relato de uma recusa governamental de uma oferta do laboratório Pfizer que permitiria a aquisição de 100 milhões de doses da vacina mais precocemente em 2020, com preço inferior ao cobrado a outros países (KNAUL et al., 2021).

No quesito isolamento social, 61 (39,6%) referiram que fizeram pouca restrição de contato; somente 32 (20,8%) afirmaram ter feito isolamento social rigoroso. Nos resultados do estudo ConVid, 1,5% levavam vida normal, sem restrições; 24,2% fizeram pouca restrição, e 59,2% fizeram intensa restrição de contato. Os autores constataram maior adesão das mulheres quando comparadas aos homens, e entre mais jovens e idosos do que entre pessoas de faixas etárias medianas (SZWARCOWALD et al., 2020).

Comportamentos de risco para a saúde foram investigados com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e sedentarismo durante a pandemia. O comportamento de risco mais frequente foi o sedentarismo, avaliado pela ausência de atividades físicas regulares durante a semana (53,9%). Por outro lado, a maioria referiu não ingerir bebidas alcoólicas (60,4%) e não fumar (90,3%).

Entre os participantes, 45 (29,2%) referiram realizar atividades físicas regulares (duas ou mais vezes por semana), resultado inferior ao observado na pesquisa ConVid, cujo percentual de realização de atividade física recomendado foi de 35,2% (MALTA et al., 2020; SZWARCOWALD et al., 2021a). No VIGITEL 2021 a frequência de realização de 150 minutos de atividade física moderada por semana foi de 36,7 % (BRASIL et al., 2022). A prática de atividade física é benéfica para a homeostase cardiovascular, pois estimula a produção e ativação de enzimas e ciclos que contribuem para uma boa pressão sanguínea, reduzindo a morte celular e acúmulo de colágeno no tecido cardíaco; e modulando genes responsáveis pela produção de mitocôndrias (DE SOUSA et al., 2021).

Além dos benefícios celulares, a realização de exercício físico está relacionada com menores prevalência e incidência de Depressão e Ansiedade (DE SOUSA et al., 2021; SCHUCH et al., 2020). No Japão, em um ano de seguimento com pacientes idosos hipertensos durante a pandemia, percebeu-se que o hábito de se exercitar foi mantido adequadamente entre o grupo. Contudo, a redução da realização de atividade física naquele contexto esteve associada com sintomas de Depressão e risco de quedas em mulheres (YASUNOBE et al., 2022). Em um ensaio clínico controlado e aleatorizado realizado com adultos jovens, a

plataforma de vídeos Youtube® foi utilizada para veicular uma intervenção de exercício físico. Como resultado, observou-se efeitos sobre a eficiência do sono, fortalecimento muscular, frequência de atividade física, motivação para a atividade física relatada e barreiras para a atividade física percebidas (MCDONOUGH et al., 2022).

O consumo de álcool era realizado por 39,6% (61) dos participantes desta pesquisa, valor superior aos 18,3% obtidos no relatório do VIGITEL (BRASIL et al., 2022) e de 6,7% da pesquisa ConVid. Entre os participantes, 9,7% fumavam. No estudo ConVid, a prevalência de tabagismo foi de 12,3% (SZWARCOWALD et al., 2021a) e no inquérito VIGITEL 2021, este percentual foi de 9,1% (BRASIL et al., 2022).

Comportamentos alimentares saudáveis também foram investigados tais como o consumo de feijão (46,1%), frutas (33,1%) e verduras/legumes (37%) cinco dias ou mais na semana. No estudo ConVid o percentual de consumo de feijão foi de 42,4% em cinco dias ou mais, e o consumo de frutas e hortaliças ficou em 22,1% (SZWARCOWALD et al., 2021a). No VIGITEL 2021 o consumo de frutas e hortaliças também foi de 22,1%, já o consumo de feijão neste inquérito foi maior, com 60,4% (BRASIL et al., 2022).

A maioria dos pesquisados consumia doces (55,8%) e embutidos (50,6%) pelo menos uma vez na semana. Uma revisão sistemática de estudos longitudinais reuniu achados de que houveram modificações nos hábitos alimentares durante a pandemia, com o aumento da frequência de consumo de petiscos, e a preferência por doces e alimentos ultra processados no lugar de frutas, vegetais e comida menos processada (GONZÁLEZ-MONROY et al., 2021). Os salgadinhos de pacote (83,8%) e pratos congelados (62,3%) não eram ingeridos, mesmo que apenas em um dia na semana pela maioria dos participantes desta pesquisa.

Quanto à auto avaliação do estado geral de saúde, 69 (44,8%) avaliaram como moderado o seu estado de saúde, seguidos pelos 61 (39,6%) respondentes que o percebiam como excelente/bom, enquanto 24 (15,6%) classificaram como ruim/péssimo. Para a questão relacionada à influência da pandemia no estado geral de saúde, a resposta mais frequente foi que piorou um pouco (46,8%).

No inquérito VIGITEL 2021, só 4,7% avaliaram negativamente a própria saúde (BRASIL et al., 2022). Esta porcentagem foi de 26% entre os participantes do estudo ConVid, os quais avaliaram como regular/ruim e 29,4% referiam uma piora na auto avaliação de saúde com a pandemia (SZWARCOWALD et al., 2021b). Segundo os pesquisadores, uma pior auto avaliação de saúde foi encontrada entre aqueles que possuíam menor renda familiar (SZWARCOWALD et al., 2021b).

Sobre o nível de Ativação, o escore médio dos participantes foi de 71,6 pontos (D.P.=12,6), com a maioria dos participantes classificados como mais ativados, encontrando-se no nível 4 (77,3%; 119). Este resultado foi maior do que o obtido em estudo com pessoas com diferentes condições crônicas de saúde cujo o escore médio foi de 68,8 (D.P.=14,5) (IMERI et al., 2021).

Pessoas com elevado escore de Ativação deveriam apresentar comportamentos benéficos em relação ao auto manejo de suas condições cardiovasculares (HIBBARD et al., 2004, 2005). Estudo realizado no Reino Unido avaliou a influência de uma plataforma educativa digital chamada Active⁺ no nível de Ativação de pacientes em reabilitação cardiovascular. Os autores observaram que, após uma semana de acesso à plataforma, as médias de Ativação aumentaram de 65,5 para 70,2 (FRITH et al., 2021).

Em um estudo da China realizado com idosos com Doença Arterial Coronariana (DAC), o escore médio de Ativação encontrado entre os 451 participantes foi de 33,4 (D.P.=4,5) (ZHU et al., 2022). Em outro estudo, um quase-experimento realizado no Irã com doentes cardiovasculares, no *baseline* as médias no escore de Ativação eram 38,4 e 35,0 nos grupos de intervenção e controle, respectivamente. A intervenção, que foi um programa educativo sobre auto manejo com seguimento por telefone, aumentou significativamente o escore médio de Ativação do grupo de intervenção em 6,04 pontos (GHOLAMI et al., 2021).

Em um ensaio clínico controlado e aleatorizado realizado com 647 indivíduos com fatores de risco cardiovasculares (dislipidemia, HA e DM) nos EUA, o grupo de intervenção recebeu uma intervenção comportamental em grupo, focada na Ativação e no engajamento do paciente. Após o seguimento de um ano, os participantes apresentaram melhora estatisticamente significativa no nível de Ativação, apesar de não ter havido diferenças entre os grupos em relação ao controle do fator de risco cardiovascular ao final do seguimento (ITURRALDE et al., 2019).

Quanto aos sintomas de Ansiedade e Depressão, 81,2% (125) dos participantes apresentaram sintomas de Ansiedade e 75,3% (116), sintomas depressivos. As médias dos escores de Ansiedade e Depressão foram, respectivamente, 10,2 (D.P.=2,7) e 9,0 (D.P.=2,1). Sintomas emocionais têm sido relacionados com pior autocuidado em pessoas com doenças cardiovasculares por interferir na motivação para cuidarem de si mesmas (MAGNEZI et al., 2014; SERPYTIS et al., 2018; TWENGE; JOINER, 2020).

Em um estudo longitudinal com doentes crônicos que possuíam sintomas depressivos como comorbidade, a média de pontuação no PAM era de 59,4 (D.P.=13,8) no *baseline* e

melhorou para 70,6 (D.P.=16,4) após seis meses de seguimento, observando-se a influência de consultas com profissionais de saúde sobre a melhora do nível de Ativação (MCCUSKER et al., 2019). Os autores constataram que pacientes, com sintomas mentais mais graves ou com alterações cognitivas, tinham a percepção de que receberam pouca informação dos profissionais (MCCUSKER et al., 2019).

Não encontramos correlações, clinicamente importantes, entre as medidas de Ativação e os sintomas de Ansiedade e de Depressão dos participantes do *e-survey*. Pesquisa realizada nos EUA investigou a relação entre Ativação de pessoas com sintomas depressivos e risco cardiovascular. Os autores observaram que a presença de sintomas depressivos esteve associada com uma pior percepção de si mesmos e uma pior confiança para manter mudanças no estilo de vida (LEE et al., 2022). Em outro estudo, realizado com hipertensos, foram encontradas associações significativas entre sintomas depressivos e pior adesão ao tratamento farmacológico, analisando-se a influência de experiências adversas na infância. E quanto mais experiências adversas, maiores escores de sintomas depressivos eram encontrados (ALVAREZ et al., 2022).

Nossos resultados apontaram que, no grupo investigado, havia associação entre o escore de Ativação e a presença de comportamentos de risco à saúde. O valor mediano foi menor entre as pessoas que referiam consumo de álcool durante a pandemia, quando comparado ao valor do grupo que não consumia bebidas ($p=0,024$). Resultado semelhante foi observado entre o grupo que não realizava exercício físico regular e aquele com prática regular semanal ($p=0,013$). Contrariando a nossa hipótese, não constatamos associação entre Ativação e tabagismo.

Um importante aspecto a ser discutido foi o uso de delineamento tipo *survey* em ambiente virtual.

A pandemia pela COVID-19 fez com que as restrições sociais aprofundassem o uso dos meios de comunicação, precipitando uma existência virtual temporária e que evocava a intensificação do uso das ferramentas digitais já existentes, enquanto propulsionava a criação de novas, de acordo com as necessidades do novo espaço social (NIMROD, 2020; SZWARCOWALD et al., 2021a). Assim, o uso da internet na coleta de dados em pesquisa ainda era pouco explorado antes da pandemia, apesar de já existir. Por exemplo, a plataforma utilizada para a veiculação dos formulários desta pesquisa já existia desde 1999 (MONKEY, 2022).

Apesar disso, devido a este ter sido um espaço de pouca familiaridade para o grupo de pesquisadores, algumas preocupações surgiram em relação à coleta de dados *online*. Por exemplo, no planejamento preocupava-se: sobre se a mesma pessoa conseguiria responder ao formulário mais de uma vez; ou sobre se o auto enquadramento no grupo de interesse seria fidedigno (uma vez que o participante se auto refere com determinada condição e não é recrutado em locais tradicionais, como ambulatórios ou hospitais).

Felizmente, o uso de uma plataforma para a coleta de dados *online* usualmente oferece recursos protetores para impedir o preenchimento do formulário mais de uma vez pelo mesmo dispositivo (MONKEY, 2022). Sobre o auto enquadramento no grupo de interesse, não há atualmente formas de se controlar isto em um questionário auto preenchido. Por conta disso, optou-se por adotar a pergunta eliminatória na primeira questão após o aceite do TCLE, em que o participante, entre oito opções de patologias, declarava que não possuía nenhuma doença cardiovascular. Esta estratégia resultou na eliminação de cem pessoas.

Além disso, a adesão à participação na pesquisa foi um desafio apesar da presença das pessoas na internet em redes sociais. Esperávamos, empiricamente, que um alto número de participantes seria rapidamente obtido. Contudo, descobriríamos o quanto seria árduo conquistar participantes do grupo de interesse por meio de e-mails, grupos de *WhatsApp*[®], e por meio de grupos, páginas e anúncios do *Facebook*[®]. Estes anúncios teriam obtido mais de 3 mil cliques segundo a página, apesar dos somente 389 aceites do TCLE (inclui os participantes que chegaram até o formulário por todas as formas de recrutamento).

Imagina-se que o alto número de cliques em relação ao baixo número dos que realmente completaram o questionário pode sofrer influência de alguns aspectos - da elaboração: como apresentação visual, duração do preenchimento e usabilidade do formulário; e aspectos do dispositivo e usuário: possível dificuldade no manejo de dispositivos eletrônicos devido ao maior público etário ser composto de participantes de gerações anteriores, o que reflete o perfil dos doentes cardiovasculares brasileiros (BRASIL, 2017).

Como contribuição para estudos posteriores realizados na forma *online*, recomenda-se que, nos formulários de pesquisa, conste uma pergunta sobre a forma como o participante chegou até o questionário, para poder identificar quais estratégias de recrutamento são mais efetivas em detrimento de outras, resultando em melhor direcionamento de recursos. Também recomenda-se considerar o uso de anúncios em redes sociais como estratégia de suporte na divulgação do formulário de pesquisa. Uma vantagem, além do aumento do número de

questionários respondidos, é conhecer estimativas de alcance da divulgação e de quais grupos interessaram-se pelo anúncio.

6. CONCLUSÕES

Em síntese, a maioria das pessoas que foram representadas nesta pesquisa eram mulheres em idade madura, hipertensas, em relação conjugal, autodeclaradas brancas, com nível superior e com aporte financeiro a partir de 5 mil reais mensais; e que possuíam habilidade tecnológica para responder um questionário *online* por um *smartphone*, tablete ou computador. Isto pode significar que nem todos os doentes cardiovasculares do Brasil estiveram representados neste estudo, mas significa que um segmento destes doentes foi representado. Após testarmos as hipóteses levantadas, concluímos que:

- ✓ A maioria dos pesquisados encontrava-se no nível mais alto de Ativação.
- ✓ Sintomas ansiosos e depressivos foram encontrados na maior parte do grupo estudado.
- ✓ Não encontramos correlações, no mínimo, de força moderada, entre as medidas de Ativação, Ansiedade e Depressão. Embora a relação entre elas fosse negativa, como havíamos hipotetizado inicialmente.
- ✓ Encontramos associação estatisticamente significativa entre Ativação e os comportamentos de risco à saúde, consumir bebidas alcoólicas e não realizar atividades físicas regulares, como hipotetizamos, inicialmente. Esta associação não se confirmou com o tabagismo.

REFERÊNCIAS

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. [s.l: s.n.].

ALVAREZ, C. et al. Adverse Childhood Experiences, Depression, Patient Activation and Medication Adherence Among Patients with Uncontrolled Hypertension. p. 1–76, 2022.

ARAUJO, L. F. S. C. DE; MACHADO, D. B. Impact of covid-19 on mental health in a low and middle-income country. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, p. 2457–2460, 2020.

ARMSTRONG, C. et al. Excesso de Mortalidade Hospitalar por Doenças Cardiovasculares no. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 1, p. 37–45, 2022.

ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; HUSNA, S. A. O Efeito da Doença de Coronavírus 2019 nas Doenças Cardiovasculares. v. 2, n. 1, p. 817–822, 2020.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359–363, 1995.

BRASIL et al. **VIGITEL BRASIL 2021 VIGITEL BRASIL 2021**. [s.l: s.n.].

BRASIL, C. N. DE S. **Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL, C. N. DE S. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/media/news/files/Comunicado_0019229966.html>.

BRASIL, M. DA S. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados br**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf>.

BRASIL, M. DA S. **Boletim Epidemiológico 40**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/16/Boletim-epidemiologico->

SVS-40-v2.pdf>.

BRASIL, M. DA S. Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença. 2020.

BRASIL, M. DA S. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.

BRASIL, M. DA S. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus)**. Disponível em: <<http://www2.datapus.gov.br/>>.

CALLOW, N.; ROBERTS, R. Imagery research: An investigation of three issues. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 11, n. 4, p. 325–329, 2010.

CERCI, R. J. et al. O Impacto da COVID-19 no Diagnóstico de Doenças Cardíacas na América Latina Uma Subanálise do INCAPS COVID. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 4, p. 745–753, 2022.

CHUBAK, J. et al. Predictors of 1-year change in patient activation in older adults with diabetes mellitus and heart disease. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 7, p. 1316–1321, 2012.

CUNHA, C. M. Patient Activation Measure (PAM): Adaptação e validação das versões de 22 e de 13 itens em uma amostra de brasileiros com doenças crônicas. p. 197, 2016.

CUNHA, C. M. et al. Adaptação cultural e validação da versão brasileira do Patient Activation Measure -22 itens. v. 71, n. 4, p. 2002–2009, 2018.

CUNHA, C. M. et al. Validation of the Brazilian Version of the Patient Activation Measure 13. **Journal of Nursing Measurement**, v. 27, n. 1, p. 97–113, 1 abr. 2019.

DE SOUSA, R. A. L. et al. Physical exercise effects on the brain during COVID-19 pandemic: links between mental and cardiovascular health. **Neurological Sciences**, v. 42, n. 4, p. 1325–1334, 2021.

DIXON, S. R. et al. A Prospective Feasibility Trial Investigating the Use of the Impella 2.5 System in Patients Undergoing High-Risk Percutaneous Coronary Intervention (The PROTECT I Trial). Initial U.S. Experience. **JACC: Cardiovascular Interventions**, v. 2, n. 2, p. 91–96, 2009.

DRIGGIN, E. et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and

Health Systems During the COVID-19 Pandemic. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 75, n. 18, p. 2352–2371, 2020.

EYSENBACH, G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). **Journal of Medical Internet Research**, v. 6, n. 3, p. 1–6, 2004.

FALEIROS, F. et al. Uso De Questionário Online E Divulgação Virtual Como Estratégia De Coleta De Dados Em Estudos Científicos. **Artigo Original Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, p. 3–8, 2016.

FAVORETTO, N. et al. Online Health Forum As a Support for People Who Perform Intermittent Vesical Catheterization. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. 1–15, 2019.

FOWLES, J. B. et al. Measuring self-management of patients' and employees' health: Further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. **Patient Education and Counseling**, v. 77, n. 1, p. 116–122, 2009.

FREDERIKSEN, L. S. F. et al. The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. **Frontiers in Immunology**, v. 11, n. July, p. 1–26, 2020.

FRITH, G. et al. Changes in patient activation following cardiac rehabilitation using the Active+me digital healthcare platform during the COVID-19 pandemic: a cohort evaluation. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1–12, 2021.

GAGNÉ, MARYLÈNE ; DECI, E. L. Self-determination theory and work motivation. **Journal of organizational behavior**, v. 26, n. 4, p. 331–362, 2005.

GHOLAMI, M. et al. The effect of self-management support program on patient activation and inner strength in patients with cardiovascular disease. **Patient Education and Counseling**, v. 104, n. 12, p. 2979–2988, 2021.

GONZÁLEZ-MONROY, C. et al. Eating behaviour changes during the COVID-19 pandemic: A systematic review of longitudinal studies. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 21, 2021.

GOPINATHANNAIR, R. et al. COVID-19 and cardiac arrhythmias: a global perspective on arrhythmia characteristics and management strategies. **Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology**, v. 59, n. 2, p. 329–336, 2020.

GREENE, J. et al. Supporting patient behavior change: Approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation levels. **Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 2, p. 148–154, 2016.

HALL, M. C. et al. Beyond panic buying: consumption displacement and COVID-19. **Journal of Service Management**, v. 32, n. 1, p. 113–128, 2021.

HIBBARD, J. H. et al. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, v. 39, n. 4 I, p. 1005–1026, 2004.

HIBBARD, J. H. et al. Development and testing of a short form of the patient activation measure. **Health Services Research**, v. 40, n. 6 I, p. 1918–1930, 2005.

HIBBARD, J. H. et al. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? **Health Services Research**, v. 42, n. 4, p. 1443–1463, 2007.

HIBBARD, J. H. Patient activation and the use of information to support informed health decisions. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 5–7, 2017.

HIBBARD, J. H.; GREENE, J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. **Health Affairs**, v. 32, n. 2, p. 207–214, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. [s.l.] Artmed Editora, 2015.

IMERI, H. et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Management of Chronic Conditions. **Journal of Patient Experience**, v. 8, p. 1–6, 2021.

INSIGNIA HEALTH. **Patient Activation Measure**. Disponível em:
<<https://www.insigniahealth.com/products/pam>>.

ITURRALDE, E. et al. Changing Results—Engage and Activate to Enhance Wellness: A Randomized Clinical Trial to Improve Cardiovascular Risk Management. **Journal of the**

American Heart Association, v. 8, n. 23, p. 1–10, 2019.

JONKMAN, N. H. et al. Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. **Circulation**, v. 133, n. 12, p. 1189–1198, 2016.

KNAUL, F. M. et al. Punt Politics as Failure of Health System Stewardship: Evidence from the COVID-19 Pandemic Response in Brazil and Mexico. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 4, p. 100086, 2021.

LARA-CABRERA, M. L. et al. The effect of a brief educational programme added to mental health treatment to improve patient activation: A randomized controlled trial in community mental health centres. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 5, p. 760–768, 2016.

LEE, C. et al. A Network Analysis of the Association Between Depressive Symptoms and Patient Activation Among Those With Elevated Cardiovascular Risk. **Global Advances In Health and Medicine**, v. 11, p. 1–11, 2022.

LEMOS, A. H. D. C.; BARBOSA, A. D. O.; MONZATO, P. P. Mulheres Em Home Office Durante a Pandemia Da Covid-19 E As Configurações Do Conflito Trabalho-Família. **Revista de Administração de Empresas**, v. 60, n. 6, p. 388–399, 2020.

LI, H.; LIU, Z.; GE, J. Scientific research progress of COVID-19 / SARS-CoV-2 in the first five months. **Journal of Cellular and Molecular Medicine**, n. April, p. 6558–6570, 2020.

MAGNEZI, R. et al. Patient activation, depression and quality of life. **Patient Education and Counseling**, v. 94, n. 3, p. 432–437, 2014.

MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 29, n. 4, p. e2020407, 2020.

MARQUES, M.; DOMINGO, L. Contamination of inert surfaces by SARS-CoV-2 : Persistence , stability and infectivity . A review. **Environmental Research**, v. 193, n. November 2020, 2021.

MAYBERRY, L. S.; ROTHMAN, R. L.; OSBORN, C. Y. Family members' obstructive

behaviors appear to be more harmful among adults with type 2 diabetes and limited health literacy. **Journal of Health Communication**, v. 19, p. 132–143, 2014.

MAZZA, C. et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 9, p. 1–14, 2020.

MAZZA, M. et al. What about heart and mind in the COVID-19 era? **Minerva Cardiology and Angiology**, v. 69, n. 2, p. 222–226, 2021.

MCCUSKER, J. et al. Self-management support in primary care is associated with improvement in patient activation. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 3, p. 571–577, 2019.

MCDONOUGH, D. J. et al. Effects of a remote, YouTube-delivered exercise intervention on young adults' physical activity, sedentary behavior, and sleep during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. **Journal of Sport and Health Science**, v. 11, n. 2, p. 145–156, 2022.

MCILVENNAN, C. K. et al. Changes in Care Delivery for Patients with Heart Failure During the COVID-19 Pandemic: Results of a Multicenter Survey. **Journal of Cardiac Failure**, v. 26, n. 10, p. S74–S75, 2020.

MEIRELES, C. Antologia poética - Cecília Meireles. Global Editora, 336p., 2020.

MONKEY, S. **Survey Monkey**. Disponível em:

<https://pt.surveymonkey.com/?ut_source=homepage&ut_source3=header>.

MORRISON, S. A.; JURAK, G.; STARC, G. Responding to a global pandemic: Republic of Slovenia on maintaining physical activity during self-isolation. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v. 30, n. 8, p. 1546–1548, 2020.

MOSEN, D. M. et al. Is Patient Activation Associated With Outcomes of Care for Adults With Chronic Conditions? **The Journal of ambulatory care management**, v. 30, n. 1, p. 21–29, 2007.

NIJMAN, J. et al. Patient activation and health literacy as predictors of health information

use in a general sample of Dutch health care consumers. **Journal of Health Communication**, v. 19, n. 8, p. 955–969, 2014.

NIMROD, G. Changes in Internet Use When Coping With Stress: Older Adults During the COVID-19 Pandemic. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 10, p. 1020–1024, 2020.

NORMANDO, P. G. et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 2020, n. May, 2021.

PAPANDREOU, C. et al. Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID-19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 6, p. 836–846, 2020.

QUE, J. et al. Psychological impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. **General Psychiatry**, v. 33, n. 3, p. 1–12, 2020.

REMMERS, C. et al. Is Patient Activation Associated With Future Health Outcomes and Healthcare Utilization Among Patients With Diabetes? **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 4, p. 320–327, 2009.

REUTERS. **COVID-19 TRACKER**. Disponível em: <<https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/regions/latin-america-and-the-caribbean/>>.

RIJKEN, M. et al. Developments in patient activation of people with chronic illness and the impact of changes in self-reported health: Results of a nationwide longitudinal study in The Netherlands. **Patient Education and Counseling**, v. 97, n. 3, p. 383–390, 2014.

ROLLNICK, S. et al. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 5, n. 3, p. 203–203, 2008.

ROWBOTHAM, M. C. et al. Interactive Informed Consent: Randomized Comparison with Paper Consents. **PLoS ONE**, v. 8, n. 3, 2013.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic

motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68–78, 2000.

SALYERS, M. P. et al. Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. **Psychiatric Services**, v. 60, n. 4, p. 483–490, 2009.

SCHUCH, F. B. et al. Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Brazil. **Psychiatry Research**, v. 292, n. May, p. 113339, 2020.

SERPYTIS, P. et al. Gender-based differences in anxiety and depression following acute myocardial infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 5, p. 676–683, 2018.

SHIVELY, M. J. et al. Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients With Heart Failure. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 28, n. 1, p. 20–34, 2013.

SILVA, S. J. R. DA; PENA, L. Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. **One Health**, v. 13, n. June, p. 100287, 2021.

STEPLEMAN, L. et al. Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care. **Disability and Rehabilitation**, v. 32, n. 19, p. 1558–1567, jan. 2010.

STOKES, Y. et al. Using Facebook and LinkedIn to Recruit Nurses for an Online Survey. **Western Journal of Nursing Research**, v. 41, n. 1, p. 96–110, 2019.

SZWARCWALD, C. L. et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020432, 2020.

SZWARCWALD, C. L. et al. ConVid - Behavior Survey by the Internet during the COVID-19 pandemic in Brazil: Conception and application methodology. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 3, 2021a.

SZWARCWALD, C. L. et al. Factors affecting Brazilians' self-rated health during the

COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 3, 2021b.

TASHKANDI, E. et al. Virtual management of patients with cancer during the COVID-19 pandemic: Web-based questionnaire study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 6, p. 1–11, 2020.

TWENGE, J. M.; JOINER, T. E. U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. **Depression and Anxiety**, v. 37, n. 10, p. 954–956, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Archived: WHO Timeline-COVID-19**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-\(pen\)-disease-interventions-for-primary-health-care](https://www.who.int/publications/i/item/who-package-of-essential-noncommunicable-(pen)-disease-interventions-for-primary-health-care)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>.

YASUNOBE, Y. et al. The relationship between changes in exercise habits and psychosomatic activities in older hypertensive patients during the COVID-19 pandemic.

Hypertension Research, p. 7–12, 2022.

ZHAO, Y. H. et al. Cardiovascular complications of SARS-CoV-2 infection (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. **Reviews in Cardiovascular Medicine**, v. 22, n. 1, p. 159–165, 2021.

ZHU, Y. et al. Relationships among patient activation, social support and online health information seeking of community-dwelling older adults living with coronary heart disease. **Journal of Advanced Nursing**, n. August, p. 1–9, 2022.

ZIEGELSTEIN, R. C. et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 12, p. 1818–1823, 2000.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361–370, jun. 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



QUESTIONÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

* 1.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Pessoas com doenças crônicas cardiovasculares: autocuidado, ansiedade e depressão durante a pandemia pela covid-19”**, realizada por pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sua colaboração permitirá conhecer como tem sido o autocuidado das pessoas com doenças cardiovasculares durante a pandemia da COVID-19, além da presença de sintomas de ansiedade e depressão. Esta pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que tem a finalidade de proteger os participantes de pesquisas com seres humanos e animais, sob o número do parecer 4.981.716.

Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto, SP. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas.

Sua participação tem caráter voluntário e, caso aceite o nosso convite, clique na opção **“Estou esclarecido e aceito participar do estudo”** e terá acesso ao questionário da pesquisa. Caso não queira participar, clique na opção **“Estou esclarecido e não aceito participar do estudo”** e o questionário será finalizado imediatamente.

A participação consiste no preenchimento de um questionário. Este questionário é anônimo e todas as informações fornecidas são sigilosas. Suas respostas serão analisadas com aquelas fornecidas pelos demais participantes. Os resultados do estudo serão apresentados de forma conjunta, em eventos e revistas científicas, impossibilitando a identificação dos participantes da pesquisa.

Durante o preenchimento do questionário, você responderá questões sobre a sua pessoa, sua doença cardiovascular, aspectos da sua saúde física e mental, bem como a presença de hábitos de vida saudáveis, durante a pandemia causada pelo novo coronavírus. Para responder as perguntas, você levará em torno de 20 minutos e poderá realizar a pesquisa em qualquer local com acesso à internet.

Há a possibilidade de você sentir-se desconfortável para responder algumas das nossas questões. Caso isso ocorra, lembre-se que você pode não responder essas questões. Além disso, poderá entrar em contato

com os pesquisadores, para que possa ser encaminhado à algum serviço de psicologia do Sistema Único de Saúde para uma avaliação.

Você pode, também, deixar de participar a qualquer momento do estudo, sem justificativas, retirando seu consentimento a qualquer momento sem quaisquer prejuízos. Além disso, garantimos o direito à indenização/reparação em caso de danos decorrentes da pesquisa, conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que os benefícios de participação no estudo são indiretos e voltados para a sociedade, por meio dos conhecimentos sobre a ativação para o auto manejo das doenças cardiovasculares crônicas durante a pandemia pela COVID-19, bem como os hábitos de atividade física e de comportamento alimentar dessas pessoas, durante a pandemia. Reforça-se que não há ganhos financeiros para a particip

- Sim, Estou esclarecido e aceito participar.
- Não, Estou esclarecido e não aceito participar

APÊNDICE B – EMAIL SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE ITENS DO QUESTIONÁRIO CONVID PESQUISA DE COMPORTAMENTOS

20/11/2022 20:45

Universidade de São Paulo Mail - Autorização para uso de instrumento de coleta de dados



Rodrigo Nonato Coelho Mendes <rodrigo.eerp@usp.br>

Autorização para uso de instrumento de coleta de dados

Rodrigo Nonato Coelho Mendes <rodrigo.eerp@usp.br>

Tue, Sep 21, 2021 at 4:01 PM

To: celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br, marilisa@unicamp.br, Rosana Aparecida Spadoti Dantas <rsdantas@eerp.usp.br>

Prezadas profas. Célia e Marilisa,

Me chamo Rodrigo e sou enfermeiro e aluno do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP/USP, sob a orientação da Profa Rosana A. S. Dantas. Meu projeto de pesquisa tem como objetivo geral "Investigar possíveis relações entre o nível de ativação, sintomas de ansiedade e depressão, comportamento alimentar e prática regular de exercício físico em brasileiros com doenças cardiovasculares no contexto da pandemia de COVID-19". Na minha revisão, encontrei o artigo de suas autorias (MALTA et al. 2020; Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29(4):e2020407, 2020), e por meio deste cheguei ao instrumento utilizado na coleta de dados (<https://convid.fiocruz.br/arquivos/QuestionarioConVidPesquisaDeComportamentos.pdf>). Gostaríamos de utilizar algumas questões deste questionário as quais permitirão responder os objetivos do nosso estudo. Caso essa autorização seja dada, nos comprometemos a fazer a referência do trabalho em todos os locais pertinentes da tese e de futuras publicações. Agradecemos antecipadamente pela atenção.

Att,

Rodrigo Nonato Coelho Mendes

APÊNDICE C – FORMULÁRIO COMPLETO DA PESQUISA

QUESTIONÁRIO

* 3. Em que estado brasileiro você mora?

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

* 4. Qual o nível de escolaridade mais alto que você completou?

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino técnico
- Ensino superior completo
- Pós-graduação
- Outro (especifique)

* 5. Você vive com alguma pessoa significativa: conjuge ou companheiro?

- Sim
- Não

* 6. Qual raça/etnia melhor descreve a sua ascendência? (Escolha somente uma resposta.)

- Asiática
- Branca
- Indígena
- Negra
- Parda/Mestiça

* 7. Qual o seu sexo

- Feminino
- Masculino

* 8. Qual é a sua data de nascimento?

Digite sua Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)

Data

DD/MM/AAAA

* 9. Qual é a sua idade?

* 10. Antes do início da pandemia do novo coronavírus, qual era a sua principal situação de trabalho?

- Servidor público
- Empregado com carteira de trabalho
- Empregado sem carteira de trabalho
- Dono (a) de empresa
- Trabalhava por conta própria
- Trabalhava sem remuneração
- Trabalhava cuidando da própria casa
- Procurou mas não encontrou trabalho
- Não trabalhava por ser estudante
- Não trabalhava por ser aposentado
- Não trabalhava por outro motivo

* 11. Antes do início da pandemia do novo coronavírus, qual era a renda total das pessoas que moravam no mesmo domicílio?

- Sem rendimento
- Até R\$1.000,00
- De R\$1.000,00 até R\$2.000,00
- De R\$2.000,00 até R\$3.000,00
- De R\$3.000,00 até R\$5.000,00
- De R\$5.000,00 até R\$10.000,0
- R\$10.000,00 ou mais

* 12. Você teve diagnóstico confirmado de Covid-19?

- Sim
- Não

* 13. Se Sim, você precisou ficar Internado(a)?

- Sim
- Não

* 14. Você foi vacinado(a) contra Covid-19?

- Sim
- Não



QUESTIONÁRIO

15. Se sim, você tomou quantas doses?

- Somente uma e perdi a segunda dose
- Somente uma mas minha vacina era dose única (Jansen)
- Tomei o esquema completo de duas doses
- Já tomei a terceira dose

16. Qual vacina contra Covid-19 você tomou?

- Astrazeneca/Oxford
- Coronavac
- Jansen
- Pfizer

* 17. Durante a pandemia do novo coronavírus, em que intensidade você fez (ou ainda está fazendo) restrição do contato com as pessoas? Você pode selecionar mais de uma opção.

- Não fiz nada, levei vida normal
- Procurei tomar cuidados, ficar à distância das pessoas, reduzir um pouco o contato, não visitar idosos, mas continuei trabalhando e saindo
- Fiquei em casa só saindo para compras em supermercado e farmácia.
- Fiquei rigorosamente em casa, saindo só por necessidades de atendimento à saúde.
- Agora já me sinto mais seguro(a) para sair e encontrar pessoas

* 18. Como a pandemia afetou a sua Ocupação/trabalho?

- Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar
- Continuei trabalhando
- Continuei trabalhando, mas em casa (home office) com **maior** demanda
- Continuei trabalhando, mas em casa (home office) com **menor** demanda
- Comecei a trabalhar após a pandemia
- Perdi o emprego
- Fiquei sem trabalhar

* 19. Durante a pandemia:

- Trabalhei mais que usualmente
- Trabalhei muito mais que usualmente
- Trabalhei da mesma forma que costumava
- Trabalhei menos do que usualmente

* 20. Como a pandemia afetou a Renda da família?

- Aumentou
- Foi mantida igual
- Diminuiu um pouco
- Diminuiu muito
- Ficamos sem rendimento

* 21. Em geral, como você avalia sua saúde?

- Excelente
- Boa
- Moderada
- Ruim
- Péssima

* 22. Você acha que a pandemia provocou mudanças no seu estado de saúde?

- Ficou igual
- Melhorou
- Piorou um pouco
- Piorou muito

* 23. Você possui plano de saúde?

- Sim
- Não

* 24. Durante a pandemia, você precisou procurar atendimento médico por conta da sua doença cardiovascular?

- Sim
- Não

25. Por qual(is) motivo(s) você precisou procurar atendimento médico?

- Alteração dos batimentos cardíacos
- Angina (dor no peito)
- Mal-estar geral
- Náuseas
- Paralisia da face e/ou membros
- Pernas inchadas
- Tontura



QUESTIONÁRIO

26. Seu atendimento foi público ou privado?

- Público
- Privado

27. Para esse(s) problema(s), precisou de internação?

- Sim
- Não



QUESTIONÁRIO

28. Conseguiu a internação?

- Sim
- Não

* 29. No período da pandemia, você teve alguma dessas dificuldades relacionadas aos cuidados à sua saúde? (Pode marcar mais de uma opção de resposta)

- Marcar consulta
- Conseguir atendimento de saúde
- Conseguir medicamentos
- Realizar exames solicitados
- Realizar intervenções programadas
- Conseguir vaga para internação
- Cancelamento de consulta
- Cancelamento de cirurgia
- Nenhuma dificuldade

* 30. No período da pandemia, que grau de dificuldade você teve para realizar as atividades de trabalho?

- Nenhum
- Pouco
- Moderado
- Muito
- Não se aplica (aposentados, donas de casa, estudantes)

* 31. A pandemia afetou a qualidade do seu sono?

- Não afetou, continuo dormindo bem
- Comecei a ter problemas de sono
- Continuei tendo os mesmos problemas de sono
- Eu já tinha problemas de sono e eles pioraram bastante
- Eu já tinha problemas de sono, mas eles diminuíram

* 32. No período da pandemia, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

* 33. Você é fumante?

- Sim
- Não



QUESTIONÁRIO

34. Antes da pandemia, em média, quantos cigarros você costumava fumar por dia?

- Não fumava cigarros, só outros produtos de tabaco
- Menos que 1 por dia
- De 1 a 9 cigarros
- De 10 a 19 cigarros
- De 20 a 29 cigarros
- De 30 a 39 cigarros
- 40 ou mais cigarros

35. Durante da pandemia, em média, quantos cigarros você passou a fumar por dia?

- Não fumo cigarros, só outros produtos de tabaco
- Menos que 1 por dia
- De 1 a 9 cigarros
- De 10 a 19 cigarros
- De 20 a 29 cigarros
- De 30 a 39 cigarros
- 40 ou mais cigarros

36. Durante a pandemia, algum morador fuma/fumou dentro do domicílio?

- Não
- Sim, com maior frequência do que usualmente
- Sim, com menor frequência do que usualmente

* 37. Antes da pandemia, quantos dias por semana você costumava tomar alguma bebida alcoólica?

- Nunca ou menos de uma vez por semana
- 1 a 2 dias
- 1 a 4 dias
- 5 ou mais dias



QUESTIONÁRIO

* 38. Antes da pandemia, no dia que você bebia, quantas doses de bebida alcoólica costumava consumir?
(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

- Não bebia
- 1 dose
- 2 doses
- 3 doses
- 4 doses
- 5 doses
- 6 doses
- 7 doses ou mais

* 39. **Durante** a pandemia:

- Não consumi bebida alcoólica
- Continuei bebendo/bebia com a mesma frequência
- Estou bebendo/bebia mais do que costumava
- Estou bebendo/bebia menos do que costumava
- Tinha parado de beber, mas comecei a beber novamente

* 40. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come verduras/legumes crus ou cozidos?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 41. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come frutas?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 42. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come feijão?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 43. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come alimentos integrais (pães, arroz, biscoitos, macarrão, grãos integrais, aveia, granola, linhaça)?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 44. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come presunto, salame, mortadela, salsicha, linguiça ou hambúrguer?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 45. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come pizza congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 46. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come salgadinhos "de pacote" (Ex. Ruffles, Cheetos, Fandangos)?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 47. Quanto à sua alimentação durante a pandemia, em quantos dias da semana você come chocolates, biscoitos doces, pedaços de torta?

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais

* 48. Quanto à sua prática de atividade física durante a pandemia, em quantos dias por semana você pratica algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)

- nenhum dia
- pelo menos um dia
- de dois a quatro dias
- cinco dias ou mais



QUESTIONÁRIO

49. Quanto tempo durava esta atividade física?

- Menos de 30 minutos
- 30 a 45 minutos
- 46 a 60 minutos
- Uma hora ou mais



QUESTIONÁRIO

Nível de Ativação

Abaixo apresentamos algumas frases que as pessoas frequentemente usam quando falam sobre a sua saúde. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda com cada frase clicando na resposta que se refere à você e sua saúde. Suas respostas devem ser o que é verdadeiro para você e não aquilo que você acha que o profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista etc) quer que você responda. Se a frase não se aplica a você, responda N/A (não se aplica).

* 50. No final das contas, você é a pessoa responsável por cuidar de sua saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 51. A sua participação ativa no cuidado de sua saúde é a coisa mais importante que influencia sua saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 52. Você tem confiança de que pode ajudar prevenir ou reduzir problemas ligados à sua saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 53. Você sabe para que serve cada um dos medicamentos que lhe foram prescritos.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 54. Você tem confiança de que sabe quando precisa ir ao médico ou serviço de saúde ou se você mesmo(a) consegue cuidar de um problema de saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 55. Você tem confiança de que pode contar suas preocupações ao profissional da saúde mesmo quando ele não lhe pergunta.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 56. Você tem confiança de que é capaz de seguir os tratamentos de saúde que você precisa fazer em sua casa.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 57. Você entende os seus problemas de saúde e as causas desses problemas.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 58. Você sabe quais são os tratamentos disponíveis para seus problemas de saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 59. Você tem conseguido manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente ou fazer exercícios.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 60. Você sabe como prevenir problemas com sua saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 61. Você tem confiança de que consegue encontrar soluções quando surgem novos problemas com sua saúde.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica

* 62. Você tem confiança de que consegue manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente e fazer exercícios, mesmo períodos de estresse (situações desfavoráveis).

- Discordo totalmente
- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não se Aplica



QUESTIONÁRIO

Leia todas as frases. Clique na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

* 63. Eu me sinto tenso ou contraído

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Nunca

* 64. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que antes
- Não tanto quanto antes
- Só um pouco
- Já não sinto mais prazer em nada

* 65. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não sinto nada disso

* 66. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

* 67. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

* 68. Eu me sinto alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

* 69. Consigo me sentar à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

* 70. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

* 71. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

* 72. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- Completamente
- Não estou mais me cuidando como deveria
- Um pouco
- Me cuido do mesmo jeito que antes

* 73. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais
- Bastante
- Um pouco
- Não me sinto assim

* 74. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- Do mesmo jeito que antes
- Um pouco menos do que antes
- Bem menos do que antes
- Quase nunca

* 75. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

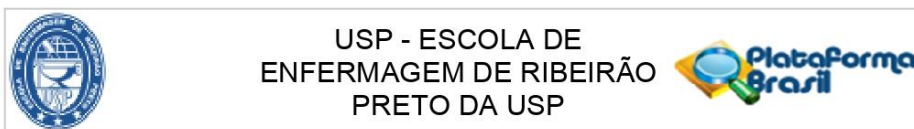
- A quase todo momento
- Várias vezes
- De vez em quando
- Não sinto isso

* 76. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- Quase sempre
- Várias vezes
- Poucas vezes
- Quase sempre

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pessoas com doenças crônicas cardiovasculares: autocuidado, ansiedade e depressão durante a pandemia pela covid-19

Pesquisador: Rodrigo Nonato Coelho Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44382320.7.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.981.716

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.610.089, de 24 de março de 2021, referente a projeto de pesquisa de doutorado para investigar questões de autocuidado, ansiedade e depressão em pessoas com doenças crônicas cardiovasculares durante a pandemia pela COVID-19, por meio de um estudo descritivo, de corte transversal, tipo online survey, com critérios de elegibilidade: ter acesso à internet, ser brasileiro ou residir no Brasil durante a pandemia, ter domínio da língua portuguesa, ser adulto (18 anos ou mais) e ter sido diagnosticado com angina, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, valvulopatias, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico. Serão excluídos os formulários que retornarem incompletos. O recrutamento será por meio das redes sociais como Facebook, Instagram, Whatsapp, e-mails, sites e fóruns virtuais, com a amostra de 500 indivíduos, sendo os questionários aplicados por meio de um formulário na plataforma REDcap®, com acesso por um link compartilhável e duração de aproximadamente 20 minutos para respondê-los. A amostragem será não probabilística e, como o link é compartilhável, também espera-se a amostragem por snowball sampling. Os instrumentos para coleta de dados serão um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a versão de 13 itens validada em português brasileiro do Patient Activation Measure® (PAM® 13) e a versão em português brasileiro da Hospital Anxiety and Depression Symptoms Scale (HADS). O link ficará disponível para acesso pelos respondentes de

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.981.716

maio a junho de 2021. Será disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online para os participantes, com aceite virtual. Os dados serão exportados para o Social Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25, onde pretende-se aplicar os testes qui-quadrado, exato de Fisher e t de Student.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral consiste em investigar correlações entre nível de ativação, sintomas de ansiedade e depressão, comportamento alimentar e prática regular de exercício físico durante a pandemia de COVID-19. Os objetivos específicos são:

1. Avaliar qual o nível de ativação utilizando a versão adaptada e validada para o português brasileiro da Patient Activation Measure® (PAM®-13) e sintomas de ansiedade e depressão, medidos por meio da versão em português brasileiro da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de brasileiros com doenças cardiovasculares crônicas no contexto da pandemia pela COVID-19;
2. Investigar mudanças nos comportamentos alimentares e de exercício físico regular de brasileiros com doenças cardiovasculares crônicas antes e durante a pandemia de COVID-19;
3. Analisar a relação entre nível de ativação, ansiedade e depressão, prática de exercício físico regular e comportamentos alimentares saudáveis de brasileiros com doenças cardiovasculares crônicas no contexto dessa pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em termos dos riscos, segundo os pesquisadores, "um participante que se concentre em um aparelho de celular ou computador para responder um questionário pode estar sujeito a acidentes pessoais ou de pessoas ou animais sob seus cuidados. Para evitar que isso ocorra, pediremos que o participante responda às perguntas em um ambiente seguro, e que se certifique de que, durante o tempo destinado a responder a pesquisa, nenhuma pessoa ou outro ser vivo que dependa do participante fique sem supervisão. Além disso, podem sentir-se desconfortáveis com as perguntas e, por conta disso, serão previamente orientados a desistir de responder à pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus ou danos".

Com relação aos benefícios ao participante, os pesquisadores descrevem que "os benefícios serão indiretos, por meio dos avanços no conhecimento sobre a ativação para o auto manejo das doenças cardiovasculares crônicas durante a pandemia de COVID-19, bem como os hábitos de atividade física e comportamento alimentar antes e após a pandemia e, ainda, as informações obtidas poderão subsidiar a tomada de decisão por gestores de saúde pública, chamando a

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.981.716

atenção para importância de considerar o manejo dessas condições, pois a pandemia tem se estendido a um ponto em que as complicações das doenças crônicas podem estar oferecendo riscos de incapacidade e morte, tão significativos quanto a própria pandemia".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios foram apresentados de forma adequada.

Recomendações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência 1:

Com relação ao TCLE, solicita-se:

1.1 Solicita-se inserir no documento a forma de manejo dos riscos por parte das pesquisadoras, ou seja explicitar como será o apoio dos pesquisadores se isso acontecer. O direito de retirar o consentimento pelos participantes não é um manejo, e sim um preceito ético garantido independente da apresentação do desconforto pelo participante ou não.

Resposta do pesquisador: Foi inserido no documento a forma de manejo dos riscos por parte dos pesquisadores

Pendência ATENDIDA.

1.2- Inserir os benefícios da participação na pesquisa;

Resposta do pesquisador: Foram introduzidos os benefícios da participação na pesquisa

Pendência ATENDIDA.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.981.716

1.3- Incluir de forma explícita a garantia de direito de recusa à participação ou de saída do estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante;

Resposta do pesquisador: Aprimorou-se a redação do direito de recusa a qualquer momento, sem prejuízos ao participante;

Pendência ATENDIDA.

1.4- Inserir a garantia de indenização e/ou reparação em caso de dano decorrente da participação na pesquisa, conforme a legislação vigente no país;

Resposta do pesquisador: Foi explicitada a garantia de indenização e/ou reparação em caso de dano decorrente da participação na pesquisa;

Pendência ATENDIDA.

1.5- Inserir uma breve descrição da função do CEP (por exemplo: essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante) visto ser esta uma orientação CONEP.

Resposta do pesquisador: Foi incluída a descrição da função do CEP;

Pendência ATENDIDA.

1.6- Corrigir o horário de atendimento e o telefone deste CEP. Por exemplo: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (CEP-EERP/USP), sob o número do parecer: _____. Caso você tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto, SP. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas.

Resposta do pesquisador: Corrigiu-se o horário de atendimento e o telefone do CEP da EERP/USP;

Pendência ATENDIDA.

1.7- Solicita-se incluir no Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).” – parecer consubstanciado 4.610.089 (24/03/2021).

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

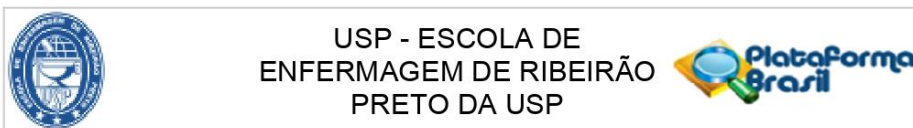
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.981.716

Resposta do pesquisador: Foi incluído o compromisso do pesquisador de divulgar os resultados da pesquisa;

Pendência ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado "ad referendum".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1657652.pdf	30/08/2021 00:18:01		Aceito
Outros	oficiopendenciasresolvidas21082021.pdf	21/08/2021 10:40:29	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERetificado2.pdf	22/06/2021 11:12:06	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PojetoCEPRNCM.pdf	09/03/2021 21:28:41	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/03/2021 21:19:53	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/03/2021 21:19:40	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoRNCM.pdf	09/11/2020 14:11:10	Rodrigo Nonato Coelho Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 17 de Setembro de 2021

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PARA UTILIZAR ITENS DO QUESTIONÁRIO DA CONVID
PESQUISA DE COMPORTAMENTOS

20/11/2022 20:46

Universidade de São Paulo Mail - Autorização para uso de Instrumento de coleta de dados



Rodrigo Nonato Coelho Mendes <rodrigo.eerp@usp.br>

Autorização para uso de instrumento de coleta de dados

Celia landmann <celia_ls@hotmail.com>

Wed, Sep 22, 2021 at 8:15 PM

To: "rodrigo.eerp@usp.br" <rodrigo.eerp@usp.br>, "marilisa@unicamp.br" <marilisa@unicamp.br>, "rsdantas@eerp.usp.br" <rsdantas@eerp.usp.br>

Olá Rodrigo, boa noite. Pode usar sem problemas. Para isso, basta que você cite a fonte e o DOI conforme links dos questionários de adultos e adolescentes:

https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=questionario_adulto

https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=questionario_adolescente

Abraços, Célia

De: celia.szwarzwald@icict.fiocruz.br <celia.szwarzwald@icict.fiocruz.br>

Enviado: quarta-feira, 22 de setembro de 2021 08:22

Para: Celia Landmann <celia_ls@hotmail.com>

Assunto: Fwd: Autorização para uso de instrumento de coleta de dados

----- Mensagem encaminhada -----

De: Rodrigo Nonato Coelho Mendes <rodrigo.eerp@usp.br>

Data: 21 de set. de 2021 16:01

Assunto: Autorização para uso de instrumento de coleta de dados

Para: celia.szwarzwald@icict.fiocruz.br, marilisa@unicamp.br, Rosana Aparecida Spadoti Dantas <rsdantas@eerp.usp.br>

Cc:

[Quoted text hidden]

ANEXO C – QUESTIONÁRIO CONVID PESQUISA DE COMPORTAMENTOS

Confidential

Page 1 of 14

ConVid Pesquisa de Comportamentos

DOI : 10.7303/syn22250673.1

Prezado (a) Sr. (a),

A chegada da pandemia provocada pelo novo coronavírus no Brasil levou a uma série de iniciativas e de recomendações para a proteção das pessoas, que incluiu o isolamento social/quarentena. A presente pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, realizada em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, e a Universidade Estadual de Campinas tem a finalidade de verificar como a pandemia afetou ou mudou a sua vida.

Você foi convidado para participar dessa pesquisa. A sua participação consiste no preenchimento de um questionário por meio de celular ou computador com acesso à internet e levará em torno de quinze minutos. As informações serão coletadas diretamente pela internet e armazenadas, sem seu nome ou qualquer outro tipo de identificação, no servidor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICT/FIOCRUZ).

As informações fornecidas serão totalmente confidenciais, e analisadas em conjunto com as respostas dos outros participantes para descrever as mudanças nos estilos de vida dos brasileiros provocadas pela pandemia de coronavírus. Se o (a) Sr. (a) sentir constrangimento ao responder a alguma pergunta, terá liberdade para não responder ou para interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, durante a sua participação ou posteriormente, o (a) Sr. (a) pode entrar em contato conosco por meio dos contatos que estão dispostos abaixo.

Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde.

Se você quiser guardar uma cópia do seu Termo de Consentimento em participar da pesquisa, por favor CLIQUE AQUI.

Coordenação da Pesquisa

Dr.ª Célia Landmann Szwarcwald - Pesquisadora Titular

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde / Fundação Oswaldo Cruz (ICT/FIOCRUZ)
- Av. Brasil, 4635 - Pavilhão Haity Moussatché - Sala 225 - Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - CEP 21045-360 - Tel.: (21) 97670-6852 - E-mail: celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo do Ministério da Saúde, Ala B, 1º andar - Sala 103B - 70058-900 - Brasília, DF - Tel.: (61) 3315-5877 - E-mail: conep@saude.gov.br

Você aceita participar?

- Sim
 Não

Em que estado do Brasil você mora?

- Acre
 Alagoas
 Amapá
 Amazonas
 Bahia
 Ceará
 Distrito Federal
 Espírito Santo
 Goiás
 Maranhão
 Mato Grosso
 Mato Grosso do Sul
 Minas Gerais
 Pará
 Paraíba
 Paraná
 Pernambuco
 Piauí
 Rio de Janeiro
 Rio Grande do Norte
 Rio Grande do Sul
 Rondônia
 Roraima
 Santa Catarina
 São Paulo
 Sergipe
 Tocantins

Em qual cidade?

Idade (em anos):

Sexo:

- Masculino
 Feminino
 Outro

Cor ou raça:

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena

Vive com cônjuge ou companheiro(a)?

- Sim
 Não

Qual foi o curso mais elevado que completou?

- Elementar incompleto
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Ensino médio completo
 Superior completo ou mais

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o seu trabalho

Antes do início da pandemia do novo coronavírus, qual era a sua principal situação de trabalho?

- Servidor público
 Empregado com carteira de trabalho
 Empregado sem carteira de trabalho
 Dono (a) de empresa
 Trabalhava por conta própria
 Trabalhava sem remuneração
 Procurou mas não encontrou trabalho
 Não trabalhava por ser estudante
 Não trabalhava por ser dona de casa
 Não trabalhava por ser aposentado
 Não trabalhava por outro motivo

Antes do início da pandemia do novo coronavírus, qual era a renda total do domicílio?

- Sem rendimento
 Até R\$1.000,00
 De R\$1.000,00 até R\$2.000,00
 De R\$2.000,00 até R\$3.000,00
 De R\$3.000,00 até R\$5.000,00
 De R\$5.000,00 até R\$10.000,00
 R\$10.000,00 ou mais
 Não quero informar

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio

No seu domicílio, qual é o número de cômodos?
(São considerados cômodos, os quartos e salas do seu domicílio)

- 1 cômodo
 2 cômodos
 3 cômodos
 4 cômodos
 5 cômodos
 6 cômodos
 7 cômodos
 8 cômodos ou mais

Confidential

Page 4 of 14

No seu domicílio, qual é o número de moradores?

- 1 morador
- 2 moradores
- 3 moradores
- 4 moradores
- 5 moradores
- 6 moradores
- 7 moradores
- 8 moradores ou mais

Quantos moradores têm menos de 10 anos?

- Nenhum morador
- 1 morador
- 2 moradores
- 3 moradores
- 4 moradores ou mais

Quantos moradores são idosos (60 anos ou mais de idade)?

- Nenhum morador
- 1 morador
- 2 moradores
- 3 moradores
- 4 moradores ou mais

Alguns dos moradores idosos do domicílio precisam de ajuda para realizar as atividades de vida diária, tais como comer, se vestir, ir ao banheiro, se locomover em casa, tomar banho?

- Sim
- Não

Antes da pandemia, a ajuda era dada por um cuidador contratado?

- Sim
- Não

Depois da pandemia, o cuidador contratado continuou a trabalhar?

- Sim
- Não

Como a pandemia afetou/modificou o trabalho de cuidar dessa pessoa?

- Aumentou um pouco
- Aumentou muito
- Persistiu igual
- Diminuiu

Agora vamos fazer uma série de perguntas para saber como essa pandemia afetou/mudou a sua vida:**Em relação à infecção pelo novo coronavírus:**

Após a chegada da pandemia ao Brasil, apresentou algum sintoma de gripe?

- Sim
 Não

Você apresentou algum desses sintomas?
(pode marcar mais de uma opção)

- Febre
 Calafrios
 Dor de cabeça
 Tosse seca
 Tosse com catarro
 Falta de ar
 Fadiga ou cansaço
 Dor de garganta
 Coriza
 Congestão nasal
 Náusea ou Vômitos
 Diarreia
 Dores nas articulações
 Nenhum desses sintomas

Você fez o teste para saber se estava infectado?

- Sim
 Não

O resultado do teste foi positivo?

- Sim
 Não
 Não recebi o resultado

Precisou de internação por conta do novo coronavírus?

- Sim
 Não

Algum familiar ou amigo próximo ou colega de trabalho teve caso grave de doença causada pelo novo coronavírus ou faleceu?

- Sim
 Não

Durante a pandemia do novo coronavírus, em que intensidade você fez (ou ainda está fazendo) restrição do contato com as pessoas?

- Não fiz nada, levei vida normal
 Procurei tomar cuidados, ficar à distância das pessoas, reduzir um pouco o contato, não visitar idosos, mas continuei trabalhando e saindo
 Fiquei em casa só saindo para compras em supermercado e farmácia.
 Fiquei rigorosamente em casa, saindo só por necessidades de atendimento à saúde.

Até agora, por quanto tempo ficou em distanciamento ou isolamento social?
Ou se já interrompeu, quanto tempo ficou em isolamento social?

- Menos de 1 semana
- 1 a 2 semanas
- 15 dias a 1 mês
- 1 a 2 meses
- 2 meses ou mais

Como a pandemia afetou a sua Ocupação/trabalho:

- Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar
- Continuei trabalhando
- Continuei trabalhando, mas em casa (home office)
- Comecei a trabalhar após a pandemia
- Tive férias remuneradas
- Perdi o emprego
- Fiquei sem trabalhar

Durante a pandemia, você exerceu alguma atividade considerada essencial (assistência à saúde, segurança, transporte, serviço bancário, outro)?

- Sim
- Não

Durante a pandemia:

- Trabalhei mais que usualmente
- Trabalhei muito mais que usualmente, me senti sobrecarregado
- Trabalhei da mesma forma que costumava
- Trabalhei menos do que usualmente

Como a pandemia afetou a Renda da família?

- Aumentou
- Foi mantida igual
- Diminuiu um pouco
- Diminuiu muito
- Ficamos sem rendimento

Alguém do domicílio recebeu algum benefício financeiro do governo relacionado à pandemia do novo coronavírus?

- Sim
- Não

A pandemia afetou/modificou a quantidade e tipo do seu trabalho doméstico?

- Persistiu igual
- Aumentou
- Aumentou muito
- Diminuiu

Agora vou lhe fazer perguntas sobre a sua saúde, em geral, e os problemas que você enfrentou durante ou após a pandemia do novo coronavírus.

Em geral, como você avalia sua saúde?

- Excelente
- Boa
- Moderada
- Ruim
- Péssima

Você acha que a pandemia provocou mudanças no seu estado de saúde?

- Ficou igual
- Melhorou
- Piorou um pouco
- Piorou muito

Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma dessas doenças?
(Pode marcar mais do que uma opção.)

- Diabetes
- Hipertensão
- Asma / Enfisema/ Doença respiratória crônica ou outra doença do pulmão
- Doença do coração
- Depressão
- Câncer
- Nenhuma das doenças acima

Você tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?

- Sim
- Não

Durante a pandemia, as mudanças nas suas atividades habituais afetaram a dor de coluna?

- Permaneceu igual
- Aumentou um pouco
- Aumentou muito
- Diminuiu

Durante a pandemia, com as mudanças nas suas atividades habituais, você passou a ter alguma dor nas costas ou na coluna?

- Sim, um pouco
- Sim, bastante
- Não

Vamos fazer perguntas sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde no período da pandemia

Você tem plano de saúde?

- Sim, como titular
- Sim, como dependente
- Não

Confidential

Page 8 of 14

Durante a pandemia do novo coronavírus você procurou atendimento de saúde com um médico, dentista ou outro profissional de saúde?

- Sim
 Não

Qual o principal motivo para você ter procurado atendimento de saúde?

- Suspeita do novo coronavírus ou infecção respiratória
 Doença ou outro problema de saúde
 Continuação de tratamento ou terapia
 Consulta pré-natal
 Parto
 Problema de saúde mental
 Problema odontológico
 Lesão provocada por acidente doméstico
 Lesão por acidente de trânsito ou outro tipo de acidente
 Lesão provocada por agressão ou outra violência

Você conseguiu o atendimento?

- Sim
 Não

Seu atendimento foi público ou privado?

- Público
 Privado

Para esse problema, precisou de internação?

- Sim
 Não

Conseguiu a internação?

- Sim
 Não

No período da pandemia, você teve alguma dessas dificuldades relacionadas aos cuidados à sua saúde?

(Pode marcar mais de uma opção de resposta)

- Marcar consulta
 Conseguir atendimento de saúde
 Conseguir medicamentos
 Realizar exames solicitados
 Realizar intervenções programadas
 Conseguir vaga para internação
 Cancelamento de consulta
 Cancelamento de cirurgia
 Nenhuma dificuldade

Agora vamos perguntar sobre as dificuldades que você teve que enfrentar durante a pandemia do novo coronavírus.

No período da pandemia, que grau de dificuldade você teve para realizar as atividades de rotina?

- Nenhum
- Um pouco
- Moderado
- Muito

No período da pandemia, que grau de dificuldade você teve para realizar as atividades de trabalho?

- Nenhum
- Um pouco
- Moderado
- Muito

No período da pandemia você tem/teve alguém a quem recorrer quando precisa/precisou de ajuda?

- Sim
- Não

A pandemia afetou a qualidade do seu sono?

- Não afetou, continuo dormindo bem
- Comecei a ter problemas de sono
- Continuei tendo os mesmos problemas de sono
- Eu já tinha problemas de sono e eles pioraram bastante
- Eu já tinha problemas de sono, mas eles diminuíram

Em relação ao estado de ânimo durante a pandemia do novo coronavírus:

No período da pandemia, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

No período da pandemia, com que frequência você se sentiu triste ou deprimido(a)?

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

No período da pandemia, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- Sempre

Agora vamos fazer perguntas sobre mudanças de hábitos durante a pandemia**Quanto ao Tabagismo:**

Você é fumante?

- Sim
 Não

Antes da pandemia, em média, quantos cigarros você costumava fumar por dia?

- Não fumava cigarros, só outros produtos de tabaco
 Menos que 1 por dia
 De 1 a 9 cigarros
 De 10 a 19 cigarros
 De 20 a 29 cigarros
 De 30 a 39 cigarros
 40 ou mais cigarros

Durante da pandemia, em média, quantos cigarros você passou a fumar por dia?

- Não fumo cigarros, só outros produtos de tabaco
 Menos que 1 por dia
 De 1 a 9 cigarros
 De 10 a 19 cigarros
 De 20 a 29 cigarros
 De 30 a 39 cigarros
 40 ou mais cigarros

Quanto ao fumo passivo:

Durante a pandemia, algum morador fuma/fumou dentro do domicílio?

- Não
 Sim, com maior frequência do que usualmente
 Sim, com menor frequência do que usualmente

Quanto ao consumo de álcool

Antes da pandemia, quantos dias por semana você costumava tomar alguma bebida alcoólica?

- Nunca ou menos de uma vez por semana
 1 a 2 dias
 3 a 4 dias
 5 ou mais dias

Antes da pandemia, no dia que você bebia, quantas doses de bebida alcoólica costumava consumir?
(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

- 1 dose
 2 doses
 3 doses
 4 doses
 5 doses
 6 doses
 7 doses ou mais

Durante a pandemia:

- Não consumi bebida alcoólica
- Continuei bebendo/bebia com a mesma frequência
- Estou bebendo/bebia mais do que costumava
- Estou bebendo/bebia menos do que costumava
- Tinha parado de beber, mas comecei a beber novamente

Quanto à sua alimentação:

Usualmente, antes da pandemia, em quantos dias da semana costumava comer esses alimentos?

Verduras/legumes crus ou cozidos

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Frutas

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Feijão

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Alimentos integrais (pães, arroz, biscoitos, macarrão, grãos integrais, aveia, granola, linhaça)

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Presunto, salame, mortadela, salsicha, linguiça ou hamburguer

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Pizza congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Salgadinhos "de pacote" (Ex. Ruffles, Cheetos, Fandangos)

- 1 dia ou menos
- De 2 a 4 dias
- 5 dias ou mais

Você sabe a sua altura (em centímetros)?
(Mesmo que seja valor aproximado)

(Digite 0 (zero) se não souber a sua altura)

Quanto à prática de atividade física:

Antes da pandemia do novo coronavírus, quantos dias por semana você praticava algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)

- Menos de um dia por semana
- 1 a 2 dias
- 3 a 4 dias
- 5 ou mais dias

Quanto tempo durava esta atividade?

- Menos de 30 minutos
- 30 a 45 minutos
- 46 a 60 minutos
- Uma hora ou mais

Durante a pandemia do novo coronavírus, quantos dias por semana você pratica/praticava exercício físico ou esporte?

- Menos de um dia por semana
- 1 a 2 dias
- 3 a 4 dias
- 5 ou mais dias

Durante a pandemia, quanto tempo dura/durava esta atividade?

- Menos de 30 minutos
- 30 a 45 minutos
- 46 a 60 minutos
- Uma hora ou mais

Antes da pandemia, quantas horas por dia você costumava ficar assistindo televisão?

- Não assistia televisão
- Menos de 1 hora
- Entre 1 hora e menos de 2 horas
- Entre 2 horas e menos de 3 horas
- Entre 3 horas e menos de 4 horas
- Entre 4 horas e menos de 5 horas
- Entre 5 horas e menos de 6 horas
- 6 horas ou mais

Durante a pandemia, quantas horas por dia você tem assistido/assistia televisão?

- Não tenho assistido/assistia televisão
- Menos de 1 hora
- Entre 1 hora e menos de 2 horas
- Entre 2 horas e menos de 3 horas
- Entre 3 horas e menos de 4 horas
- Entre 4 horas e menos de 5 horas
- Entre 5 horas e menos de 6 horas
- 6 horas ou mais

Confidential

Page 14 of 14

Antes da pandemia, quantas horas por dia você costumava usar computador ou tablet?

(Digite 0 (zero) se você não usava computador ou tablet)

Durante a pandemia, quantas horas por dia você tem feito uso do computador ou tablet?

(Digite 0 (zero) se você não faz uso de computador ou tablet)

ANEXO D – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA ESCALA *PATIENT ACTIVATION MEASURE*[®]**Medida de Ativação do Paciente**

Abaixo apresentamos algumas frases que as pessoas frequentemente usam quando falam sobre a sua saúde. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda com cada frase fazendo um círculo na resposta que se refere à você e sua saúde. Suas respostas devem ser o que é verdadeiro para você e não aquilo que você acha que o profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista etc) quer que você responda.

Se a frase não se aplica a você, responda N/A (não se aplica).

1.	No final das contas, você é a pessoa responsável por cuidar de sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
2.	A sua participação ativa no cuidado de sua saúde é a coisa mais importante que influencia sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
3.	Você tem confiança de que pode ajudar prevenir ou reduzir problemas ligados à sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
4.	Você sabe para que serve cada um dos medicamentos que lhe foram prescritos?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
5.	Você tem confiança de que sabe quando precisa ir ao médico ou serviço de saúde ou se você mesmo(a) consegue cuidar de um problema de saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
6.	Você tem confiança de que pode contar suas preocupações ao profissional da saúde mesmo quando ele não lhe pergunta?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
7.	Você tem confiança de que é capaz de seguir os tratamentos de saúde que você precisa fazer em sua casa?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
8.	Você entende os seus problemas de saúde e as causas desses problemas?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
9.	Você sabe quais são os tratamentos disponíveis para seus problemas de saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
10.	Você tem conseguido manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente ou fazer exercícios?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
11.	Você sabe como prevenir problemas com sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
12.	Você tem confiança de que consegue encontrar soluções quando surgem novos problemas com sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
13.	Você tem confiança de que consegue manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente e fazer exercícios, mesmo períodos de <u>estresse (situações desfavoráveis)</u> ?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A

Insignia Health, LLC

Confidential

Not for use with a valid copyright license only

Insignia Health. "Patient Activation Measure; Copyright © 2003-2017, University of Oregon. All Rights reserved."

Contact Insignia Health at www.insigniahealth.com

ANEXO E – LICENÇA PARA USO DA ESCALA *PATIENT ACTIVATION MEASURE*[®]

21/11/2022 12:30

Insignia Health (en-US)



MY ACCOUNT

Welcome back! [LOGOUT](#)**ACCOUNT INFO**EMAIL ADDRESS
rodrigo.eerp@usp.br[CHANGE PASSWORD](#)**LICENSE NUMBER: 1602122791-1633658791**LICENSE STATUS
Your license will automatically renew on 2022-10-07. To cancel, please contact us directly.ORGANIZATION
University of Sao Paulo at Ribeirao Preto School of NursingPRIMARY CONTACT
Rodrigo MendesLICENSE TYPE
ResearchPAM SCORING OPTION
PAM 13PAM POPULATION SIZE
75 to 500PAM VERSION
Patient Activation Measure (PAM) 13<https://insigniahealth.com/account>

1/2

ANEXO F – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO DA *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE*
(HADS)

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas **uma** resposta para cada pergunta:

A) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

Fonte: BOTEGA, N. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.*, v.29, n.5, p.355-363,1995.

A) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 2 () Quase nunca