



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

Gabriela Gorelik Valente

**Efeitos do Exercício Físico não supervisionado na qualidade de vida de usuários na
atenção primária à saúde em Florianópolis-SC**

Florianópolis
2021

Gabriela Gorelik Valente

**Efeitos do Exercício Físico não supervisionado na qualidade de vida de usuários na
atenção primária à saúde em Florianópolis-SC**

Trabalho de Conclusão de Residência submetido ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência.

Orientador: Prof. Rodrigo Sudatti Delevatti, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração

Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

valente, gabriela gorelik

Efeitos do Exercício Físico não supervisionado na
qualidade de vida de usuários na atenção primária à saúde
em Florianópolis-SC / gabriela gorelik valente ;
orientador, Rodrigo Sudatti Delevatti, 2021.

29 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,
Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1.exercício não supervisionado. 3. qualidade de vida. 4.
isolamento social. 5. atenção primária à saúde. I. Sudatti
Delevatti, Rodrigo . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família.
III. Título.

Gabriela Gorelik Valente

Efeitos do Exercício Físico não supervisionado na qualidade de vida de usuários na atenção primária à saúde em Florianópolis-SC

O presente trabalho em nível especialização em Saúde da Família na modalidade Residência de foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Rodrigo Sudatti Delevatti, Dr.(a)

Orientador

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Cassiano Ricardo Rech, Dr.

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.(a) Keli Regina Dal Prá, Dr.(a)

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Sudatti Delevatti, Dr.(a)

Orientador

Florianópolis, 2021.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o efeito de um programa de exercícios não supervisionado na qualidade de vida de usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis, SC, entre diferentes rendas familiares. Trata-se de um ensaio clínico comparativo, elaborado de maneira remota (on-line) durante um período de isolamento social devido à pandemia da COVID-19, que afetou diretamente a sociedade, trazendo consequências para além do momento pandêmico. Para a pesquisa foi feita uma divisão entre integrantes que se encaixam no grupo de baixa renda (GB) com até três salários mínimos, na renda familiar e usuários com mais de três salários mínimos na renda familiar, que constituíram o grupo de média renda (GM). Os dados coletados estão inscritos desde o início do programa, apresentando variações de pré, quatro e oito meses. Por fim, os resultados obtidos apontam que ambos os grupos mantiveram suas percepções de saúde (GB pré $3,65 \pm 0,13$ e pós 8 meses $3,88 \pm 0,14$ e GM pré $4,15 \pm 0,18$ e pós 8 meses $4,00 \pm 0,30$) e de qualidade de vida (QV) (GB pré $3,71 \pm 0,13$ e pós 8 meses $4,00 \pm 0,10$ e GM pré $4,07 \pm 0,22$ e pós 8 meses $3,87 \pm 0,21$) assinaladas como boa, indicando que dos efeitos do programa na qualidade de vida, de todos os participantes, independente da renda familiar, se sobressaíram em relação, aos efeitos negativos do isolamento e da baixa renda, assim havendo uma manutenção na QV dos usuários.

Palavras-chave: Exercício físico não supervisionado. Qualidade de vida. Isolamento Social.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the effect of an unsupervised exercise program on the quality of life of users of Primary Health Care (PHC) in Florianópolis, SC, among different family incomes. This is a comparative clinical trial, developed remotely (online) during a period of social isolation due to the COVID-19 pandemic, which directly affected society, bringing consequences beyond the pandemic moment. For the research a division was made between members who fit into the low income group (GB) with up to three minimum wages in family income, and users with more than three minimum wages in family income, who constituted the middle income group (GM). The data collected are enrolled from the beginning of the program, presenting variations of pre, four, and eight months. Finally, the results obtained point out that both groups maintained their perceptions of health (GB pre 3.65 ± 0.13 and post 8 months 3.88 ± 0.14 and GM pre 4.15 ± 0.18 and post 8 months 4.00 ± 0.30) and quality of life (QL) (GB pre 3.71 ± 0.13 and post 8 months 4.00 ± 0.10 and GM pre 4.07 ± 0.22 and post 8 months 3.87 ± 0.21) marked as good, indicating that the effects of the program on the quality of life of all participants, regardless of family income, stood out in relation, to the negative effects of isolation and low income, thus having a maintenance in the QOL of users.

Keywords: Unsupervised physical exercise. Quality of life. Social isolation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes.....	17
Tabela 2. Percepção de saúde e de qualidade de vida nos grupos de baixa (gb) e média renda (gm) antes, 4 e 8 meses após o programa de treinamento não supervisionado:	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GB Grupo Baixa Renda

GM Grupo Média Renda

OMS Organização Mundial da Saúde

QV Qualidade de Vida

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 MÉTODOS	12
2.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA	12
2.1.1 Participantes.....	12
2.2 PROGRAMA DE TREINAMENTO FÍSICO NÃO SUPERVISIONADO	13
2.2.1 Funcionamento do grupo	13
2.2.2 Treinamentos.....	13
2.2.3 Motivação	14
2.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO E INSTRUMENTOS DE MEDIDAS.....	15
2.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS	15
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	16
2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA.....	16
3 RESULTADOS	16
4 DISCUSSÃO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE A	26
APÊNDICE B.....	27

1 INTRODUÇÃO

Em 2019 surgiram os primeiros casos da doença COVID-19 na China, causada pelo vírus *SARS-COV-19*, o novo CORONAVÍRUS. O vírus se alastrou rapidamente e por ser altamente contagioso, em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de pandemia mundial, apresentando uma série de recomendações para a contenção de sua disseminação. O vírus causara até aquele momento, cerca de 4.300 mortes no mundo inteiro. As principais estratégias de enfrentamento recomendadas pela OMS foram o distanciamento e o isolamento social. Tais ações trouxeram diversas mudanças para o cotidiano dos indivíduos que impactaram nos diferentes âmbitos da vida. Dentre esses impactos, destacam-se o comportamento sedentário e os transtornos relacionados à saúde mental, os quais inclusive podem se estender no pós pandemia (MARTINEZ; BROOKS; et al., 2020).

Desse modo, o isolamento social e o distanciamento social consistem em medidas de prevenção, consideradas eficientes em relação à contenção da contaminação, especialmente quando realizadas de forma preventiva, que contribuem para o achatamento da curva de contaminação. Utilizadas também em outros países, além do Brasil, propõem a permanência absoluta nos ambientes domésticos, saídas apenas em casos de extrema necessidade, além de recomendarem uma distância mínima de aproximadamente dois metros entre pessoas nos ambientes públicos (CASACA; CORDES, et al., 2020).

Nesse período de isolamento, os programas do Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram que se adaptar às novas demandas e novas formas de trabalho. As equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) se reinventaram, introduzindo novos processos de trabalho de acordo com suas especialidades. Com essa nova configuração, as atividades com grupos que antes eram realizadas presencialmente, passaram a ser executadas por meios remotos, ou foram suspensas por tempo indeterminado.

As situações de isolamento e distanciamento entre indivíduos, afetam amplamente a sociedade, tendo impactos sobre aspectos físicos, psicológicos, econômicos, culturais e sociais, que conforme Prado e Cardoso (2016), quando autopercebidos com sucesso, correspondem a uma boa qualidade de vida (QV). Nesse debate é importante compreender que a qualidade de vida é compreendida de diversas formas e é diretamente atravessada pelas condições socioeconômicas do indivíduo e/ou de seu núcleo familiar (VAGETTI; MOREIRA, et al., 2013). A QV é percebida de maneira diferente, dependendo das condições socioeconômicas do

indivíduo e ou de sua família. Desse modo, verifica-se na sociedade brasileira um grande contingente populacional em condições econômicas desfavoráveis, conforme informações fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que constatam que no ano de 2019, a média do rendimento mensal domiciliar *per capita* foi inferior a dois salários mínimos (BRASIL-a, 2020).

O conceito de QV é bastante amplo, podendo ser entendido desde formas mais generalistas ou estratificadas em categorias. Um ponto determinante para o entendimento sobre a QV gira em torno de qual área de interesse, se considera o modo de vida, as satisfações pessoais, questões de saúde individuais e condições objetivas para a manutenção da vida. Para tal, é necessária a busca de informações sobre os diferentes aspectos que se relacionam às capacidades funcionais, renda e condições objetivas e subjetivas de saúde. Como resultado de uma avaliação de QV, pesquisam-se referências acerca da auto percepção em relação à cultura, objetivos, valores e outros aspectos que se tornam relevantes, seguros e que contemplem a vida numa perspectiva de totalidade, ou seja, que abranja suas múltiplas dimensões (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Contribuindo com essa discussão, Melo et al. (2005), concluíram que o exercício físico quando realizado de maneira correta, a partir de técnicas e de fundamentos teóricos, proporciona uma melhor QV, pois expressa benefícios físicos e emocionais para os praticantes. Nesse sentido, uma das estratégias para manter os integrantes ativos nos grupos das UBS, foi o treinamento não supervisionado. Tornou-se imprescindível pensar em outras formas de manter as atividades físicas, dessa forma, foram desenvolvidos treinamentos online, que buscassem abrangência e adesão principalmente da população mais vulnerável, que acaba por ser a mais afetada também nesse contexto pandêmico.

O programa de treinamento não supervisionado destinado aos grupos demonstraram benefícios no que se refere aos fatores que englobam a QV, proporcionando aos integrantes uma noção de pertencimento e reconhecimento, contribuindo para a adesão a um novo estilo de vida. A estratégia desenvolvida permitiu a adaptação do treino ao seu cotidiano e com isso, a possibilidade real de uma vida ativa e mais saudável. Os exercícios não supervisionados dispensam orçamentos elevados e não se diferenciam dos supervisionados em relação a seus resultados positivos.

Dessa forma, o presente estudo foi estruturado a partir da necessidade de readequação da oferta de serviços devido ao isolamento social, que buscou manter atividades essenciais para

a população frente às demandas impostas pela pandemia. Os exercícios não supervisionados tiveram o intuito de manter a população ativa dentro desse contexto, que apresenta desdobramentos negativos como a imprescindibilidade dos cuidados para garantir o acesso à uma vida ativa e desinente qualidade de vida. No entanto, é fundamental a análise dos efeitos desses treinamentos na qualidade de vida dos integrantes, que atingem de forma equânime os diferentes estratos socioeconômicos, para a apreensão sobre quais são as estratégias preferíveis de práticas de atividades físicas que juntamente compreendam segurança e prazer ao serem realizadas conforme a proposta.

Sabendo-se que a baixa renda influencia diretamente a manutenção da qualidade de vida, o exercício físico se torna ainda mais benéfico em um contexto de isolamento social como via de garantia de uma vida ativa e saudável. À vista disso, o presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos de um programa de exercício físico não supervisionado na qualidade de vida dos integrantes, acompanhados por duas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, compreendendo seus diferentes estratos socioeconômicos.

2 MÉTODOS

Esse estudo é conduzido pela técnica de Ensaio Clínico Comparativo, de abordagem pragmática que conforme Hochman, Nahas, et.al., (2005), prevê a pesquisa com seres humanos, comparando diferentes grupos, considerando seus contextos, fora de um ambiente controlado, no qual as intervenções representadas pelos exercícios físicos não supervisionados foram conduzidas de forma remota (online).

2.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

2.1.1 Participantes

Fizeram parte da pesquisa usuários de dois centros de saúde de Florianópolis/SC: os integrantes do grupo de terceira idade da Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande, os integrantes do grupo de alongamento da mesma UBS e o grupo de caminhada da UBS do bairro Trindade. Cento e duas (102) pessoas integram os grupos descritos. Destas, foram contatadas com sucesso, sessenta e oito pessoas (68), dentre as quais quarenta e oito (48) responderam

positivamente à aderência ao Programa de Treinamento Físico Não Supervisionado. A ausência de contato se deu por informações cadastrais não atualizadas. A não adesão dos usuários contatados se deu por dificuldades de acesso às plataformas remotas e/ ou falta de interesse. Dessa forma, o universo pesquisado contabiliza o total de quarenta e oito (48) integrantes, que foram divididos em dois grupos por delimitações socioeconômicas, os quais seguem: Grupo Baixa Renda (GB), que compreende os usuários com renda familiar de até três salários mínimos e o Grupo Média Renda (GM) com usuários com renda familiar maior que três salários mínimos.

2.2 PROGRAMA DE TREINAMENTO FÍSICO NÃO SUPERVISIONADO

2.2.1 Funcionamento do grupo

Os grupos surgiram por meio de uma demanda criada devido à pandemia e a necessidade do isolamento social, já que os usuários que faziam parte das atividades presenciais não teriam como seguir com o acompanhamento presencial dos Centros de Saúde. Com o objetivo de manter os usuários ativos e conservar o vínculo já estabelecido presencialmente, buscou-se seguir com os hábitos saudáveis no período de isolamento, criando assim canais de comunicação que não fossem em desfavor das orientações acerca do distanciamento social.

O exercício físico não supervisionado se deu entre os meses de abril e novembro de 2020. Na primeira semana de cada mês de atividades, foram enviados, por meio do aplicativo on line de comunicação *WhatsApp*, vídeos de treinos combinados (aeróbico + fortalecimento) ou alongamento (para o grupo de alongamento). Na semana seguinte, foi encaminhado um vídeo de educação em saúde e na terceira semana entrou-se em contato com os participantes, mediante ligações telefônicas, para identificar as possíveis dificuldades e a percepção de esforço e prazer do treino realizado. Na última semana, lançamos um desafio lúdico, que contava com atividades como jogo de peteca e ‘3 marias’.

2.2.2 Treinamentos

Em reunião com a presença das profissionais residentes e do tutor que coordenam o grupo, foram planejados e organizados os exercícios a serem aplicados aos grupos. A partir

disso, desenvolveram-se os roteiros para a elaboração dos vídeos, os quais foram gravados, editados e enviados via *WhatsApp* para todos os integrantes.

Os treinos eram combinados de exercícios básicos de fortalecimento, como apoio na parede, remada curvada, sentar e levantar da cadeira e abdominais, todos já eram realizados nas UBS, os usuários faziam de 2 a 3 séries e de 8 a 15 repetições, dependendo do estágio de progressão do treino e, de exercícios aeróbicos, como caminhadas, polichinelos e danças. Iniciavam com um aquecimento, seguidos do objetivo principal e da volta à calma, que compreende um momento de relaxamento pós atividades. Os integrantes do programa realizavam três sessões por semana.

Os treinos de alongamento buscavam variar entre os exercícios e posições (em pé, sentada(o) no chão ou na cadeira e deitada (o) e contemplar todos os grupos musculares e articulações. Os usuários ficavam de 20 segundos a 45 segundos em cada posição, sempre exercícios estáticos.

As progressões dos treinos eram feitas de acordo com as respostas dadas pelos usuários no registro aplicado na terceira semana (apêndice A), em que se coletava informações como percepção de esforço subjetivo, sensação de prazer e possíveis desconfortos e dores durante os movimentos.

2.2.3 Motivação

Existem três estratégias motivacionais adotadas pelas profissionais para que haja maior vínculo com os usuários e que os instiguem a praticar exercício físico, São elas:

(1) Estimular que compartilhem fotos, vídeos, áudios dos momentos em que estão treinando, promovendo assim uma troca entre eles. Esse contato ocorreu todas as semanas, favorecendo e estimulando o vínculo entre os usuários e profissionais e entre os próprios usuários;

(2) Vídeos com desafios, que são atividades lúdicas, em que o usuário pode realizar a qualquer momento, até mesmo podendo incluir os familiares. Os vídeos são enviados uma vez por mês e também abrangeram a construção do material, utilizando elementos disponíveis no ambiente doméstico;

(3) Envio de vídeo formativo sobre educação em saúde.

A ideia da estratégia 3 surgiu após aplicação de um questionário, no qual a maioria dos participantes relataram que sua maior motivação para a realização dos exercícios estava

relacionada aos aspectos de saúde. O vídeo foi mais uma forma de estimulá-los, informando-os sobre os benefícios dos treinamentos físicos relacionados a diversos aspectos da saúde, como para a melhoria do sono, da respiração, das capacidades físicas e da redução dos sintomas de estresse e ansiedade, assim como os desafios, eram enviados uma vez por mês e tinham uma duração média de cinco minutos.

2.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO E INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

Construiu-se um questionário (apêndice B), dividido em cinco blocos, sendo o primeiro denominado sociodemográfico, seguido do bloco condições de saúde, após, qualidade de vida, o quarto, estado de humor e afetividade e por fim, o bloco de informações sobre o programa.

Para essa pesquisa, os blocos utilizados foram:

1) Bloco sociodemográfico

As questões desse bloco estão voltadas às condições sociodemográficas, buscando o conhecimento a respeito do sexo, idade, número de filhos, estado civil, escolaridade e renda familiar.

2) Bloco de qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento de 26 questões, o *WHOQOL-BREF*, validado para o Brasil (FLECK et al., 2000). Entretanto, para esse bloco foram utilizadas as duas primeiras perguntas, referentes a qualidade de vida e autossatisfação com a saúde, no período das duas semanas anteriores a aplicação do questionário.

2.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

O questionário foi aplicado em três momentos. O primeiro se deu no início da criação do Programa. O segundo após quatro meses de implantação do programa, correspondente ao mês de julho/2020. O terceiro e último ocorreu ao completar oito meses de implementação do programa, correspondente a novembro/2020. Todos os questionários foram aplicados via ligação telefônica, em função das medidas de segurança sanitária.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se a análise dos dados sociodemográficos no programa estatístico *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS®), versão 21.0. As análises descritivas foram obtidas por meio da frequência absoluta e percentual, bem como de média e desvio-padrão, para variáveis categóricas e contínuas, respectivamente. Já o desfecho qualidade de vida foi descrito de acordo com média e erro padrão, analisado pelo uso das Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), com *post-hoc* de Bonferroni, adotando-se um nível de significância de 5%.

2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA

O estudo foi realizado mediante os princípios éticos registrados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (nº 4.532.252).

3 RESULTADOS

O estudo contou com 48 pessoas que aceitaram participar do programa e responder às questões envolvidas. Trinta e cinco delas fazem parte do grupo de baixa renda e treze pessoas do grupo de média renda. Duas pessoas que aderiram ao grupo, mas não responderam, no questionário, a questão referente à renda e ou percepção de saúde e qualidade de vida, foram excluídas das análises.

Os resultados sociodemográfico apontam que a média de idade, tanto no GB como no GM é de aproximadamente 64 anos, no qual a maioria dos indivíduos são do sexo feminino com a escolaridade de até oito anos de estudos e com doenças crônicas (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos participantes:

	Geral (n=48)	GB	GM
	48	35	13
Idade (Anos)	64,9 ± 8,6	64,7 ± 9,9	64,0 ± 13,0
Sexo			
<i>Masculino</i>	5 (10,4%)	1 (2,9%)	4 (30,8%)
<i>Feminino</i>	43 (89,6%)	34 (97,1%)	9 (69,2%)
Escolaridade			
<i>0 a 8</i>	24 (50,0%)	19 (54,3%)	5 (38,5%)
<i>9 a 11</i>	9 (18,8%)	6 (17,1%)	3 (23,1%)
<i>12 e mais</i>	1 (2,1%)	1 (2,9%)	-
<i>Não soube responder</i>	14 (29,2%)	9 (25,7%)	5 (38,5%)
Doenças			
<i>Sim</i>	40 (83,3%)	29 (82,9%)	11 (84,6%)
<i>Não</i>	8 (16,7%)	6 (17,1%)	2 (15,4%)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Notas: GB= Grupo baixa renda; GM= Grupo média renda. Os dados de idade são descritos por média e desvio-padrão, enquanto os demais dados são descritos por frequência absoluta e relativa.

Os resultados apontaram que os dois grupos (GB e GM) apresentaram uma boa percepção de saúde e qualidade. A satisfação de saúde (grupo, p: 0,116; tempo, p: 0,891 e grupo*tempo, p: 0,141) e a qualidade de vida (grupo, p: 0,093; tempo, p:0,526 e grupo*tempo, p: 0,153), se mantiveram boas desde a primeira até a última coleta de dados.

Tabela 2. Percepção de saúde e de qualidade de vida nos grupos de baixa (gb) e média renda (gm) antes, 4 e 8 meses após o programa de treinamento não supervisionado:

Satisfação com saúde	Pré-treinamento	4 meses	8 meses
GB (n=35)	3,65 ± 0,13	3,72 ± 0,16	3,88 ± 0,14
GM (n=13)	4,15 ± 0,18	4,00 ± 0,18	4,00 ± 0,30
Satisfação com a qualidade de vida			
GB (n=35)	3,71±0,13	3,82 ± 0,12	4,00 ±0,10
GM (n=13)	4,07 ± 0,22	4,27± 0,13	3,87 ± 0,21

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Durante o Programa de Treinamento Físico Não Supervisionado, sete alunos relataram alguma dor ou desconforto referente a algum exercício, os demais realizaram os treinamentos sem efeitos adversos.

4 DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar os efeitos do programa de exercício físico não supervisionado na qualidade de vida em dois grupos com rendas familiares distintas, de duas Unidades Básicas de Saúde no município de Florianópolis/SC, no contexto do isolamento social devido à pandemia do vírus SARS-COV-2.

Os resultados obtidos apontaram que estatisticamente os dois grupos (GB e GM) apresentaram os mesmos efeitos em todos os momentos de coleta, mantendo a QV como “boa” desde o início da implementação do programa.

É importante ressaltar que os participantes já praticavam os exercícios de forma presencial nas UBS antes da necessidade de isolamento e da mudança no processo de trabalho, onde os treinamentos deixaram de ser presenciais e supervisionados e passaram a ser realizados

de forma não supervisionada, por meio do programa supracitado. Com essas mudanças, a tendência seria que a qualidade de vida dos usuários decaísse, pois, o isolamento social afeta diversos aspectos da QV, principalmente nos indivíduos de baixa renda, como grande parte do universo pesquisado. A qualidade de vida possui múltiplas conceituações, contudo, Vagetti

(2013), afirma que existe uma relação intrínseca com a saúde¹, que se relaciona a autonomia funcional.

Nesse sentido, a qualidade de vida pode ser classificada como o próprio indivíduo se percebe em relação a valores, culturas, objetivos, expectativas e preocupações, que envolvem questões de saúde física e psicológica, capacidades funcionais, entre outras. Sendo assim, a QV pode ser compreendida como um indicador de saúde devido a característica multidimensional. Enquanto promotora de saúde é relevante que seja avaliada (ALMEIDA, et al. 2017).

Compreende-se a QV ligada à diversas determinações sociodemográficas, culturais e econômicas, impostas aos indivíduos, é basilar levar em consideração todas as subjetividades destes contextos para que se possa apreender a totalidade dos aspectos que envolvem a qualidade de vida consideradas neste estudo (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011).

Considerando a desigualdade socioeconômica estruturante da sociedade brasileira, podemos observar que grande parte do universo pesquisado possui renda familiar de até três salários mínimos. Para Ribas e Calais, et. al. (2016), a situação econômica de baixa renda é um fator de risco para o agravamento de doenças de saúde mental como estresse e depressão e todos esses pontos fazem parte do contexto de um entendimento sobre qualidade de vida.

As dificuldades encontradas por grande parte da população brasileira como alimentação, condições de habitação e de trabalho, colocam os fatores econômicos como sobressalentes às demais questões, de acordo com o afirmado Medeiros et al. (2017). Contudo, apesar das condições de acesso à renda influenciarem negativamente a percepção da qualidade de vida, nesse estudo foi observado que as diferenças dos estratos pesquisados não tiveram significância nos resultados, pelo contrário, mesmo sem relevância estatística o GB teve um aumento tanto em relação a percepção de saúde como de qualidade de vida, se comparar as primeiras respostas pré treinamento e após 8 meses de programa, o contrário ocorreu com o GM, que teve suas percepções levemente reduzidas.

¹ Vagetti, (2013), conceitua a percepção de saúde como a visão do indivíduo em relação a saúde e bem estar.

O ponto chave desse achado é que ainda que no período de isolamento social, uma temporada de mudanças drásticas, a qualidade de vida dos participantes se manteve estável. Mesmo não tendo um grupo controle, acredita-se que o treinamento proposto teve influência na percepção da QV, visto que o programa pôde ser realizado de forma efetiva e com baixo custo, contribuindo para a promoção da saúde.

Entender a significância da atividade física para uma melhor qualidade de vida é tratar a QV de forma integral, assim como a saúde, compreendendo que cada indivíduo tem sua subjetividade e está inserido em um contexto particular. Durante o período de isolamento diversos autores recomendaram que a população se mantivesse ativa, contudo, não existiu um protocolo fechado, mas sim uma recomendação do Colégio Americano de Medicina do Esporte (2020) de 150 a 300 minutos por semana de aeróbico moderado e dois treinos de força, por semana. Diferente do programa que foi utilizado, todavia, mesmo com um volume menor, obteve bons resultados referentes à QV.

Com o intuito do não desamparo aos integrantes e de não possibilitar a volta ao sedentarismo, montou-se o programa apresentado buscando mantê-los saudáveis e com qualidade de vida, favorecendo também o fortalecimento dos vínculos com os profissionais da saúde.

Silva, et al. (2010), afirmam que a QV também abrange a ausência de doenças e a capacidade de superá-las. Para tal, o exercício físico é fundamental, pois mantém o indivíduo distante de uma vida sedentária. Compreendemos que os benefícios dos exercícios para a saúde já são comprovados cientificamente, como uma forma de lazer e distração da rotina e que por outro lado, o estilo de vida sedentário pode agravar algumas doenças e desenvolver outras. Dessa maneira, as consequências de adesão a um Programa de Treinamento Físico Não Supervisionado são favoráveis a uma vida ativa e saudável.

Esse estudo identifica o território e o vínculo como fatores determinantes na similaridade das respostas ao questionário aplicado, visto que todos os integrantes do projeto moram em territórios com características semelhantes.

Merhy (2013), considera o cuidado como um acontecimento em que há presença de ‘valises tecnológicas múltiplas’. Dessa forma, propõe como imagem para entendimento dessas valises o encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, considerando que para o trabalhador atuar podem ser utilizadas de três tipos de valises.

A primeira está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, manusear um estetoscópio e outros equipamentos que permitem perscrutar, bem como uma caneta, papéis, exames laboratoriais expressando uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”. A segunda valise está relacionada a forma do olhar do trabalhador sobre o usuário. Olhar este que é construído por saberes bem estruturados, como a clínica ou a epidemiologia, chamando-os de “tecnologias leve-duras”. E, por fim, a caixa de ferramenta que contém “tecnologias leves”, relacionais, que acontecem em ato.

Nesse sentido, a pesquisa aponta a importância das tecnologias leves no cuidado em saúde. Segundo o autor, as tecnologias leves estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário por meio da escuta, do interesse, da confiança, da construção de vínculos. É, também, neste espaço relacional que o usuário tem maior possibilidades de atuar e de imprimir sua marca singular (MERHY, 2013).

Devido às diferenças entre os estratos socioeconômicos e as consequências da inatividade para a qualidade de vida, devemos garantir o acesso às políticas e atividades de promoção de saúde que abranjam a população de forma equânime, atendendo as individualidades e os contextos, valorizando os espaços e conquistando novos meios de promoção programas de exercício físico de forma profissionalizada.

Como limitação do estudo, não foram analisadas a quantidade de pessoas que contam com a mesma renda familiar, podendo assim, existir pessoas que tenham mais dependentes e uma renda igual a quem tem menos. Outra limitação é que em função da pandemia, a coleta foi feita por telefone, não sendo possível comparar modelos de treinamento e até mesmo participantes que não aderiram ao treinamento, mas responderam ao questionário; essas duas comparações não puderam ser feitas, devido à falta de tempo, inexistência de estudos específicos como base e pelo baixo n amostral.

Como pontos fortes, este estudo viabilizou a criação de um banco de dados que pode ser utilizado posteriormente para futuras pesquisas sobre qualidade de vida, exercício físico não supervisionado e isolamento social, proporcionando também um protocolo de treinamento que se mostrou eficiente e pode ser aplicado na atenção básica à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi realizado em um momento de pandemia e isolamento social, que ocasionaram mudanças nas vidas das pessoas, alterando o cotidiano, cultura, economia, saúde, educação cujas consequências de seus impactos perdurarão no cenário pós pandemia. A QV já era percebida de forma desigual entre os diferentes estratos socioeconômicos. No entanto, os resultados obtidos por esse estudo apontaram que a percepção da qualidade de vida por parte dos usuários das UBS, iniciaram e se mantiveram como “boa” mesmo após oito meses de vivência nesse contexto. Os grupos GB e GM apresentaram as mesmas respostas nos questionários aplicados.

O exercício físico oferece vantagens à saúde e às capacidades funcionais de quem os pratica, melhorando assim a qualidade de vida, portanto, faz-se necessário manter-se ativo, mesmo diante de condições adversas. Sabendo os malefícios que o isolamento social pode vir a trazer para a saúde física e mental, a manutenção da percepção de qualidade de vida, de forma positiva apresentada pelos participantes, representa um bom resultado, confirmando a importância do exercício físico.

Com isso, conclui-se que o treinamento físico, mesmo não supervisionado, é um instrumento valioso para a melhoria e manutenção da qualidade de vida e que a forma mais adequada de garantir um acesso igualitário, possibilitando que toda população saia de um comportamento sedentário e, assim, tenha uma melhor qualidade de vida, é por meio da valorização da promoção de saúde através do SUS.

Por fim, o trabalho apresentado pode servir como instrumento de fundamentação para a estruturação de diversos programas de treinamento físico não supervisionado, bem como para possíveis criações de políticas públicas que englobem atividade física e saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C. B; SILVEIRA, M.R.et al. **Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Revista Ciência e saúde coletiva. V. 22, n. 5, p. 1705-1716. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501705&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08/02/2021.
- ACSM. **Staying Active During the Coronavirus Pandemic.** American College of Sports Medicine, 2020. Disponível em: <https://www.acsm.org/read-research/newsroom/news-releases/news-detail/2020/03/16/staying-physically-active-during-covid-19-pandemic>. Acesso em: 20/11/2020.
- BALANZÁ, V.M; ATIENZA.C. B; KAPCZINSKI F.B. **Lifestyle behaviours during the COVID-19 – time to connect.** Acta Psychiatr Scand, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324252/>. Acesso em 20/11/2020.
- BRASIL-a. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2019.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26956-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2019>. Acesso em: 17/11/2020.
- BRASIL-b. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 12/09/2020.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI. A. F. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis, v. 17, n. 1, p. 77-93. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17/11/2020.

CASACA, M. C. G.; CORDES, M.F. et al. **Comparação de dados de infecções e mortes pelo novo Coronavírus de diferentes países do mundo com os dados brasileiros desde o primeiro infectado até o final da primeira quinzena de Abril de 2020**. Brazilian Journal of Health Review, 2020. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8950>. Acesso em 17/11/2020.

PRADO, M.C.R; CALAIS, S.L.; CARDOSO, H.F. **Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda**. Interação em Psicologia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/35133>. Acesso em: 20/11/2020.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN; et al. **Desafio a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción**. Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. São Paulo, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652003000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/11/2020.

FLECK, M. P; LOUZADA, S.; XAVIER, M. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"**. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 178-83, 2000. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em: 17/11/2020.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto n. 21.340, de 13 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19) e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico do Município de Florianópolis, Florianópolis, SC, n. 2646, p. 13. 13 março. 2020. Disponível em:

https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/site/?r=site/covid19&AtosDocument_sort=acervo_ti&AtosDocument_page=13. Acesso em:05/12/2020.

GONCALVES, Ana Katherine da Silveira et al . **Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia idade: estudo de base populacional**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro , v. 33, n. 12, p. 408-413, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02/02/2021.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F.X.; et. al. **Desenhos de pesquisa**. Programa de Pós Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em:

[file:///C:/Users/Aline/Downloads/Desenhos%20de%20pesquisa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Aline/Downloads/Desenhos%20de%20pesquisa%20(1).pdf). Acesso em: 02/02/2021.

KAMAKURA, W.; MAZZON, J.F.; **Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil**. Revista de Administração de Empresas São Paulo , v. 56, n. 1, p. 55-70, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902016000100055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17/11/2020.

KROENKE, K; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. **The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener.** National Library of Medicine – Center for Biotechnology Information, MedCare. 2003;41(11):1284-1292.

MEDEIROS, R.C.S.C.; MEDEIROS, J.A.; SILVA, T.A.L.; et al. **Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids.** Revista Saúde Pública, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006266.pdf . Acesso em: 18/11/2020.

MELLO, M.T.; BOSCOLLO, R.A.; et al. **O exercício físico e os aspectos psicobiológicos.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. São Paulo, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/11/2020.

MERHY, E.E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. (orgs). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: Hucitec, 2013.

NUNES, A.P.O.P.; et al. **Efeitos de um programa de exercício físico não-supervisionado e acompanhado a distância, via internet, sobre a pressão arterial e composição corporal em indivíduos normotensos e pré-hipertensos.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, 2006. Apr. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2006000400009&lng=e&nrm=iso. Acesso em: 29/01/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doença de coronavírus (COVID-19) Pandemia.** 2020 Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>. 2020. Acessado em: 12/09/2020.

PEREIRA, É.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação.** Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. São Paulo, 2012. v. 26, n. 2, p. 241-250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180755092012000200007&lng=p&nrm=iso. Acesso em: 21/11/2020.

PEREIRA, K.C.R.; ALVAREZ, A.M.; TRAEBERT, J.F. **Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000100010&lng=e&nrm=iso. Acesso em: 26/01/2021.

SILVA, R.S.; SILVA, I.; SILVA, R.A.; SOUZA, L.T.E. **Atividade física e qualidade de vida.** Ciência e Saúde Coletiva. 2010. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000100017&script=sci_abstract&lng=pt . Acesso em: 26/01/2021.

VAGETTI, G.C.; MOREIA, N.B.M.; FILHO, V.C.B. **Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil.** Ciência & Saúde

Coletiva. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013001200005&lng=ennm=iso. Acesso em: 26/01/2021.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

Avaliador: _____

Avaliado: _____

Grupo: _____

1. Teve acesso aos vídeos (vídeo de aquecimento, parte principal e o áudio com a meditação)?
2. Gostou dos vídeos com os exercícios? Tem algum sugestão para os vídeos ou exercícios?
3. Está fazendo os exercícios? Se não, Por quê? Pretende fazer os exercícios?
4. Conseguiu fazer todos os exercícios (incluindo aquecimento)? Se não, Quais não conseguiu?
5. Teve dificuldade para realizar algum exercício ou ficar em alguma posição? Se sim, quais?
6. Sentiu dor ou desconforto a realizar os exercícios? Se sim, quais e onde?
7. Conseguiu executar o movimento por 20 ou 30 segundos (grupo alongamento) 15 repetições ou 1 minuto (grupo de caminhada e idoso)? Se não, ficou quanto tempo ou fez quantas repetições?
8. Teve algum exercício que mais gostou e/ou achou mais fácil?
9. Teve algum que achou mais difícil?
10. De 1 a 10 o quanto de esforço (ofegante) você fez (ficou) no momento que fez os exercícios? (explica pra eles como cada um funciona, está descrito na tabela abaixo).

ESCALA DE ESFORÇO PERCEBIDO			
Escala	Esforço	Nível	Provável efeito na respiração
1	Nenhuma Atividade Física	Iniciante	Respiração Natural
2 - 3	Atividade Leve	Iniciante	Respira com Facilidade
4 - 6	Atividade Moderada	Intermediário	Consigo conversar
7 - 8	Atividade Vigorosa	Intermediário	Falta fôlego, mas consigo falar algumas frases.
9	Atividade Forte	Avançado	Consigo falar apenas uma palavra por vez
10	Atividade Intensa	Avançado	Sem fôlego, não consigo falar nada.

1.O exercício realizado está proporcionando sensação de prazer ou desprazer, ou neutro? (explicar para eles como funciona, está descrito abaixo. Frisar que é sobre os vídeos enviados recentemente).

- Se for prazer: de 1 a 5, o quanto de prazer você sente? 1 e 2 (levemente bom), 3 (bom), 4 e 5 (muito bom).

- 0 (neutro).

- 1 e 2 (levemente ruim); 3 (ruim), 4 e 5 (muito ruim).

APÊNDICE B

Entrevistador (a): _____

Data: ___/___/___

Horário: ___ h ___ min

Centro de Saúde: _____

Distrito:

Avaliação: ¹[] 1ª avaliação ²[] 2ª avaliação ³[] 3ª avaliação ⁴[] 4ª avaliação

Grupo: ¹[] Caminhada – CST ²[] Idoso – CSSG ³[] Alongamento – CSSG – (Turno: ¹[] M ²[]

V) ⁴[] não pratica

Bloco 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome	Completo:

Q1. Sexo: ¹ [] Masculino ² [] Feminino ³ [] Outro	
Q2. Você considera que a sua cor da pele, raça ou etnia é: ¹ [] Branca ² [] Preta ³ [] Amarela ⁴ [] Parda ⁵ [] Indígena	
Q3. Qual é sua data de nascimento: ___/___/___	
Q4. Idade: _____ anos completos.	
Q5. Qual o seu estado civil: ¹ [] Casado(a)/união consensual ² [] Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a) ³ [] Solteiro(a) ⁴ [] Viúvo (a)	
Q6. Você tem filhos? Quantos filhos? ⁰ [] 0 ¹ [] 1 ² [] 2 ³ [] 3 ⁴ [] 4 ⁵ [] 5 ⁶ [] 6 ⁷ [] ≥7	

Q7. Qual seu nível de escolaridade? ¹ [] Analfabeto/sem escolaridade ² [] Fundamental incompleto ³ [] Fundamental completo ⁴ [] Médio incompleto ⁵ [] Médio completo ⁶ [] Superior incompleto ⁷ [] Superior completo ⁸ [] Pós-graduação completa
Q8. Quantos anos você estudou? _____ anos de estudo.
Q9. Qual é a sua ocupação atual? ¹ [] Do lar ² [] Desempregado(a) ³ [] Aposentado(a) ⁴ [] Outra: _____
Q10. Qual a renda mensal total de sua família? ¹ [] Nenhuma renda ² [] Até 1 salário mínimo ³ [] De 1 a 3 salários mínimos ⁴ [] 3 a 6 salários mínimos ⁵ [] De 6 a 9 salários mínimos ⁶ [] De 9 a 12 salários mínimo ⁷ [] De 12 a 15 salários mínimos ⁸ [] Mais de 15 salários mínimos ⁹⁹⁹ [] Não respondeu
Q11. Quantas pessoas dependem desta renda para viver? _____
Q12. Qual é o grau de escolaridade do responsável financeiro da sua família? ¹ [] Analfabeto/sem escolaridade ² [] Fundamental incompleto ³ [] Fundamental completo ⁴ [] Médio incompleto ⁵ [] Médio completo ⁶ [] Superior incompleto ⁷ [] Superior completo ⁸ [] Pós-graduação completa
*Q13. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você? _____ (Se mora sozinho pule para questão 15)
Q14. Com que você mora? ¹ [] Filhos ² [] Pais ³ [] Netos ⁴ [] Outros _____
Q15. Está sozinho ^(a) no período de isolamento? ¹ [] Sim ² [] Não
Q16. Com quem você está? ¹ [] Filhos ² [] Pais ³ [] Netos ⁴ [] Outros _____

Bloco 2 – CONDIÇÃO DE SAÚDE

Q17. Como você considera o seu estado de saúde atual? ¹ [] Muito ruim ² [] Ruim ³ [] Regular ⁴ [] Bom ⁵ [] Muito bom
Q18. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma dessas doenças? ¹ [] Não ² [] Sim
Q19. Doença cardíaca ¹ [] Não ² [] Sim
Q20. Hipertensão Arterial (pressão alta) ¹ [] Não ² [] Sim
Q21. Sequela de acidente vascular ¹ [] Não ² [] Sim
Q22. Osteoartrose (desgaste nas articulações) ¹ [] Não ² [] Sim
Q23. Artrite (inflamação nas articulações) ¹ [] Não ² [] Sim
Q24. Osteoporose ¹ [] Não ² [] Sim
Q25. Osteopenia (início da osteoporose) ¹ [] Não ² [] Sim
Q26. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (asma, bronquite, enfisema) ¹ [] Não ² [] Sim

Q27. Colesterol elevado Sim	¹ [] Não ² []
Q28. Triglicerídeo elevado Sim	¹ [] Não ² []
Q29. Fibromialgia (dores no corpo e sensibilidade muscular crônica) Sim	¹ [] Não ² []
Q30. Depressão Sim	¹ [] Não ² []
Q31. Diabetes Mellitus Sim	¹ [] Não ² []
Q32. Outra : Cite-as Sim	¹ [] Não ² []
Q33. Atualmente, você fuma?] Sim	¹ [] Não ² []
Q34. Seu estado de saúde atual dificulta a realização de atividade física? ² [] Sim	¹ [] Não

Bloco 3 – QUALIDADE DE VIDA

Q35. Tomando como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito você está com a sua saúde? ¹ [] Muito insatisfeito ² [] Insatisfeito ³ [] Nem satisfeito nem insatisfeito ⁴ [] Satisfeito ⁵ [] Muito satisfeito
Q36. Tomando como referência as duas últimas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida? ¹ [] Muito ruim ² [] Ruim ³ [] Nem ruim nem boa ⁴ [] Boa ⁵ [] Muito boa

Bloco 4 – SINTOMAS DEPRESSIVOS

Nas duas últimas semanas, com que frequência você se incomodou com os seguintes problemas?

Q37. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas...

¹[] Nunca ²[] Alguns dias ³[] Mais da metade dos dias ⁴[] Quase todos os dias

Q38. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança...

¹[] Nunca ²[] Alguns dias ³[] Mais da metade dos dias ⁴[] Quase todos os dias

Bloco 5 – TREINAMENTO NÃO SUPERVISIONADO

Q39. Você está participando do programa de treinamento via whatsapp? ¹ [] Sim (pule para questão 41) ² [] Não
Q40. Por quê? (Encerra o questionário para quem responder que não está participando e o incentiva a participar do grupo)
Q41. Qual foi o motivo que levou a participar do programa de treinamento via whatsapp?
Q42. O que você está achando do programa de treinamento via whatsapp? ¹ [] Ruim ³ [] Nem ruim nem bom ⁴ [] Bom ⁵ [] Muito bom Por quê?
Q43. Você está fazendo os exercícios enviados no programa de treinamento via whatsapp? ¹ [] sim (pule pra questão 45) ² [] Não
Q44. Por que não está fazendo?

Q45. Está tendo alguma dificuldade em realizar os exercícios físicos? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Mais ou menos ³ [<input type="checkbox"/>] Não (pule para questão 46)
Q46. Quais são as dificuldades de realizar os exercícios físicos?
Q47. Sentiu alguma dor ou desconforto ao realizar os exercícios físicos? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não (pule para questão 49)
Q48. Onde e quais foram às dores ou desconfortos ao realizar os exercícios físicos?
Q49. Você se sente motivado para realizar os exercícios físicos em casa? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não (pule para questão 51)
Q50. Qual sua maior motivação para realizar os exercícios físicos em casa? (Pule para 52)
Q51. Por que você se sente desmotivado?
Q52. A sua desmotivação te leva a não realizar os exercícios físicos em casa? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não
Q53. Você tem espaço em casa para realizar os exercícios físicos? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim (pule para questão 55) ² [<input type="checkbox"/>] Não
Q54. A falta de espaço dificulta a realização dos exercícios físicos? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não
Q55. Alguém da sua família está fazendo os exercícios físicos com você? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não (pule para questão 57)
Q56. Qual o grau de parentesco? ? ¹ [<input type="checkbox"/>] Filhos ² [<input type="checkbox"/>] Pais ³ [<input type="checkbox"/>] Netos ⁴ [<input type="checkbox"/>] Outro
Q57. Você tem alguma sugestão para o grupo/vídeos? ¹ [<input type="checkbox"/>] Sim ² [<input type="checkbox"/>] Não
Q58. Quais são as sugestões?

Horário final: _____ h _____ min.

MUITO OBRIGADO(A) por participar da pesquisa!