

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação**  
**Escola Superior de Educação Física**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação Física**



Dissertação de Mestrado

**Projeto Vida Ativa: perfil do usuário e efeito das intervenções nos estilos de vida.**

**Larissa Brum de Quevedo**

Pelotas, 2021.

**Larissa Brum de Quevedo**

**Projeto Vida Ativa: perfil do usuário e efeito das intervenções nos estilos de vida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física (área do conhecimento: “Formação Profissional e Prática Pedagógica”).

Orientador: Dr. Alexandre Carriconde Marques

Pelotas, 2021

Larissa Brum de Quevedo

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

Q5p Quevedo, Larissa Brum de

Projeto Vida Ativa: perfil do usuário e efeito das intervenções nos estilos de vida. / Larissa Brum de Quevedo; Alexandre Carriconde Marques, orientador. — Pelotas, 2021.

72 f.: il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Atividade Física. 2. Políticas Públicas de saúde. 3. Programas sociais. I. Marques, Alexandre Carriconde, orient. II. Título.

CDD: 796

**Projeto Vida Ativa: perfil do usuário e impacto das intervenções nos estilos de vida**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

**Data da defesa:** 13 de agosto de 2021

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques (Orientador)

Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Rogerio da Cunha Voser

Doutor em Ciências da Saúde – Pontífice

Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Gabriel Bergmann

Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Dedico este trabalho a minha família, ao meu Orientador, aos meus amigos e a todos que fazem parte do Projeto Vida Ativa, sendo estes, alunos, professores e coordenadores, em especial, minha amiga e colega Kátia Berni. Gratidão!**

## RESUMO

QUEVEDO, Larissa Brum. **Projeto Vida Ativa: perfil do usuário e efeito das intervenções nos estilos de vida**. 2021. 72 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS. 2021

Esse estudo foi desenvolvido no Projeto Vida Ativa (PVA), que integra a Secretaria Municipal de Educação e Desporto (SMED) e propõe à comunidade de Pelotas/RS programas de Atividades Físicas (AF), focando na saúde e na qualidade de vida. O objetivo geral foi identificar o perfil dos alunos adultos participantes do PVA na zona urbana e rural da cidade de Pelotas/RS e o efeito deste em variáveis do estilo de vida. O estudo caracterizou-se por ser do tipo epidemiológico transversal. A amostra foi composta por 475 alunos com idades entre 19 e 85 anos, que frequentavam as aulas do PVA antes da Covid-19. Para a coleta de dados foi desenvolvido um questionário online semiestruturado através da ferramenta *Google Forms*, composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, estado nutricional, indicadores sociais, indicadores do estilo de vida (EV), variáveis relacionadas ao PVA e impactos da Covid-19. Os dados foram tratados no programa SPSS 22. A maior frequência de participantes era do sexo feminino (95,2%), de cor de pele branca (79,8%), casados (57,4%) e com 51 anos ou mais de idade (62,1%) e pertencentes às classes sociais mais baixas. Verificou-se que 89,3% frequentavam as atividades na zona urbana, enquanto 10,7%, na zona rural. Grande parte da amostra (70,3%) encontrava-se com sobrepeso ou obesidade e 4,6% dos participantes eram fumantes. Quanto às comorbidades, 41,7% dos alunos eram hipertensos e 13,5% tinham diabetes. Constatou-se que 60,6% dos participantes consumiam algum tipo de medicação, destes, 34,3% observaram uma diminuição no consumo de medicamentos após iniciar as atividades no PVA. A chegada da COVID-19 trouxe impactos negativos nas variáveis: percepção de saúde, prática de AF fora do PVA, e tempo sedentário. A AF compreende um papel indispensável na vida dos participantes, já que se o PVA não existisse, 68% dos participantes não realizariam AF e 62,7% afirmaram que antes do PVA não praticavam AF. Quanto à percepção de esforço, a maior parte da amostra considerou alto o nível de esforço realizado nas atividades. Quanto à participação, 96,4% mostraram-se satisfeitos com as atividades do PVA. Verificou-se uma associação significativa entre a variável renda com hipertensão ( $p=0,002$ ) e consumo de medicamentos ( $p=0,001$ ) onde as pessoas mais pobres apresentaram maiores níveis de hipertensão e fazem uso de mais medicamentos. Verificou-se associação significativa entre zona de moradia e hipertensão ( $p=0,005$ ), tabagismo ( $p=0,002$ ) e consumo de medicamentos ( $p=0,036$ ), onde as pessoas que moravam na zona rural apresentavam menores índices de hipertensão e praticamente não faziam uso de tabaco e medicamentos. Conhecer o perfil dos alunos nos seus diferentes contextos da vida atinge uma implicação importante na definição de políticas públicas, reafirmando a importância da manutenção e investimentos voltados à promoção de AF e saúde da população pelotense.

**Palavras chave:** Atividade Física. Políticas Públicas de saúde. Programas Sociais.

## ABSTRACT

QUEVEDO, Larissa Brum. **Active Life Project: user profile and effect of interventions on lifestyles**. 2021. 72 f. Masters dissertation. Postgraduate Program in Physical Education. Higher School of Physical Education. Federal University of Pelotas, Pelotas/RS. 2021

This study was developed in the Active Life Project (PVA), which is part of the Municipal Education and Sports Department (SMED) and proposes Physical Activity (PA) programs to the community of Pelotas/RS, focusing on health and quality of life. The general objective was to identify the profile of adult students participating in the PVA in urban and rural areas of the city of Pelotas/RS and its effect on lifestyle variables. The study was characterized as cross sectional epidemiological. The sample consisted of 475 students aged between 19 and 85 years, who attended PVA classes before Covid-19. For data collection, a semi-structured online questionnaire was developed using the Google Forms tool, consisting of demographic, socioeconomic, nutritional status, social indicators, lifestyle indicators (EV), variables related to PVA and Covid-19 impacts. Data were processed in the SPSS 22 program. The highest frequency of participants were female (95.2%), white (79.8%), married (57.4%) and aged 51 years or more of age (62.1%) and belonging to the lowest social classes. It was found that 89.3% attended activities in the urban area while 10.7% in the rural area. A large part of the sample (70.3%) was overweight or obese and 4.6% of the participants were smokers. As for comorbidities, 41.7% of the students were hypertensive and 13.5% had diabetes. It was found that 60.6% of the participants consumed some type of medication, of these, 34.3% observed a decrease in medication consumption after starting activities in the PVA. The arrival of the pandemic brought negative impacts on the variables: perception of health, practice of PA outside the PVA, and sedentary time. PA comprises an indispensable role in the participants' lives, since if the PVA did not exist, 68% of the participants would not perform PA and 62.7% stated that before the PVA they did not practice PA. As for the perception of effort, most of the sample considered the level of effort performed in the activities to be high. As for participation, 96.4% were satisfied with the PVA activities. There was a significant association between the variable income with hypertension ( $p=0.002$ ) and drug use ( $p=0.001$ ), where the poorest people had higher levels of hypertension and consume more drugs. There was a significant association between area of residence and hypertension ( $p=0.005$ ), smoking ( $p=0.002$ ) and consumption of medications ( $p=0.036$ ), where people who lived in rural areas had lower rates of hypertension and practically did not do it. tobacco and drug use. Knowing the profile of students in their different contexts of life has an important implication in the definition of public policies, reaffirming the importance of maintenance and investments aimed at promoting PA and the health of the population in Pelotas.

**Keywords:** Physical Activity. Public health policies. Social Programs.

## **Lista de Tabelas**

|           |                                                            |    |
|-----------|------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: | Relação de grupos de whatsapp das turmas do PVA            | 32 |
| Tabela 2: | Caracterização dos alunos do PVA                           | 38 |
| Tabela 3: | Estado Nutricional e Indicadores do Estilo de Vida         | 39 |
| Tabela 4: | Associação perfil, indicadores do EV e participação no PVA | 41 |
| Tabela 5: | Participação dos alunos nas atividades do PVA              | 43 |
| Tabela 6: | Participação nas aulas online durante a Pandemia           | 46 |



## **Lista de figuras**

|           |                                                                                                  |    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: | Percepção dos alunos sobre o nível de esforço realizado durante as aulas presenciais do PVA..... | 42 |
| Figura 2: | Percepção de saúde relatada pelos alunos antes e durante o período de COVID-19.....              | 44 |
| Figura 3: | Tempo sedentário durante o dia, excluindo o horário de sono, antes e durante a COVID-19.....     | 45 |
| Figura 3: | Prática de AF fora do PVA antes e durante a COVID-19.....                                        | 45 |
| Figura 4: | AF fora do PVA, antes e durante a COVID-19.....                                                  | 46 |

## **Abreviaturas/ Siglas**

|          |                                                           |
|----------|-----------------------------------------------------------|
| AF       | Atividade Física                                          |
| AVC      | Acidente Vascular Cerebral                                |
| BES      | Bem Estar Subjetivo                                       |
| CEP      | Comitê de Ética em Pesquisa                               |
| COVID 19 | Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus) – 2019       |
| DAC      | Doença Arterial Coronariana                               |
| DANT     | Doenças e Agravos não Transmissíveis                      |
| DCNT     | Doenças Crônicas não Transmissíveis                       |
| EF       | Educação Física                                           |
| ESEF     | Escola Superior de Educação Física                        |
| EV       | Estilo de Vida                                            |
| HV       | Hábitos de Vida                                           |
| MS       | Ministério da Saúde                                       |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                              |
| OPS      | Organização Pan-Americana de Saúde                        |
| PAC      | Programa Academia da Cidade                               |
| PELC     | Programa Esporte e Lazer da Cidade                        |
| PNPS     | Política Nacional de Promoção de Saúde                    |
| PVA      | Projeto Vida Ativa                                        |
| QV       | Qualidade de Vida                                         |
| SMED     | Secretaria Municipal de Educação e Desporto               |
| SNDEL    | Secretaria Nacional de Desenvolvimento do Esporte e Lazer |
| SOE      | Serviço de Orientação ao Exercício                        |
| UFPEL    | Universidade Federal de Pelotas                           |

## SUMÁRIO

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Introdução.....</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>2 Objetivos.....</b>                                      | <b>14</b> |
| 2.1. Objetivo Geral.....                                     | 14        |
| 2.2. Objetivos Específicos.....                              | 14        |
| <b>3 Justificativa.....</b>                                  | <b>15</b> |
| <b>4 Fundamentação teórica.....</b>                          | <b>16</b> |
| 4.1. Políticas Públicas e Promoção da Saúde.....             | 16        |
| 4.1.1. Políticas Públicas e Prática de AF.....               | 17        |
| 4.2. Qualidade de Vida (QV).....                             | 20        |
| 4.3. Estilo de Vida (EV).....                                | 21        |
| 4.3.1. Bem Estar e Saúde.....                                | 22        |
| 4.3.2. AF e Saúde.....                                       | 23        |
| 4.4. Efeitos da COVID-19 na Prática de Atividade Física..... | 25        |
| <b>5 Materiais e Métodos.....</b>                            | <b>27</b> |
| 5.1. Tipo de estudo.....                                     | 27        |
| 5.2. População e Amostra.....                                | 27        |
| 5.3. Projeto Vida Ativa (PVA).....                           | 27        |
| 5.3.1. PVA em tempos de COVID-19.....                        | 30        |
| 5.4. Critérios de Inclusão.....                              | 31        |
| 5.5. Perdas e recusas.....                                   | 31        |
| 5.6. Logística.....                                          | 31        |
| 5.6.1. Procedimentos de coleta de Dados.....                 | 31        |
| 5.6.2. Coleta de dados.....                                  | 33        |
| 5.6.3. Limitações do estudo.....                             | 34        |

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.6.4. Estudo Piloto.....                                   | 34        |
| <b>6 Instrumento.....</b>                                   | <b>35</b> |
| <b>7 Análise dos Dados.....</b>                             | <b>37</b> |
| <b>8 Aspectos Éticos da Pesquisa.....</b>                   | <b>37</b> |
| <b>9 Resultados.....</b>                                    | <b>38</b> |
| <b>10 Discussão dos resultados.....</b>                     | <b>47</b> |
| <b>11 Considerações Finais.....</b>                         | <b>54</b> |
| <b>Referências.....</b>                                     | <b>65</b> |
| <b>Apêndices.....</b>                                       | <b>66</b> |
| Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 60        |
| Apêndice B: Questionário.....                               | 61        |

## 1 Introdução

A Constituição de 1988 instituiu a Seguridade Social como o padrão de proteção social no país, e, neste âmbito, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Desde então, as políticas públicas em saúde têm sido estruturadas através de ações e estratégias de promoção da saúde e implementadas através de práticas assistenciais, influenciando diretamente na qualidade de vida (QV) das pessoas.

O Brasil vive um processo de aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a prevenção e combate a esses agravos são consideradas um desafio para o setor da saúde já que estas correspondem a cerca de 75% das causas de morte no país (MORETI *et al.*, 2009; MALTA *et al.* 2017). A inatividade física acaba por agravar os fatores de risco para morbimortalidade dos indivíduos, tornando-se um problema de saúde pública. Esta condição evidencia a busca de novas estratégias que qualifiquem a vida dos indivíduos e grupos sociais (PEREIRA; *et al.*, 2016), como por exemplo, programas e projetos de atividade física (AF).

Os benefícios da prática de AF vão desde a redução do risco de desenvolver doenças crônicas, tais como doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer, até a preservação da função cognitiva (BLAIR, 2009). De modo geral, indivíduos fisicamente ativos possuem melhor QV e maior expectativa de longevidade, pois melhoram o estado mental e os níveis de humor, o que contribui para uma diminuição da depressão e consequentemente a inclusão em atividades, proporcionando mudanças positivas do estilo de vida (EV) dos praticantes (SOUZA *et al.*, 2015).

As literaturas científicas apresentam forte relação entre bem-estar e a AF, principalmente quando esta é praticada com regularidade e durante períodos ampliados da vida adulta. Esses fatos apontam a importância da realização de investimentos adequados aos indivíduos, de acordo com suas características: idade, gênero, saúde, personalidade e estilo de vida, bem como investimentos voltados a práticas relacionadas à saúde (DE VITTA, 2001).

O incentivo à prática de AF vem sendo apontado como importante ferramenta de promoção de saúde pública, ensejando iniciativas de larga abrangência populacional, na forma de programas e campanhas em favor de estilos de vida ativos (FERREIRA; NAJAR, 2005). Políticas públicas voltadas à melhoria da QV passam pela busca de hábitos de vida (HV) saudáveis. No Brasil,

há inúmeros programas que promovem intervenções de estímulo à AF para a população em larga escala, como por exemplo, o Programa Academia da Cidade (PAC) de Recife, o Programa CuritibAtiva, da cidade de Curitiba, Programa Academia da Cidade (PAC) de Aracaju, o Programa Agita São Paulo, entre outros.

Em Pelotas/RS, uma das estratégias que vem sendo utilizada para promoção de saúde por meio da AF, é a implementação do Projeto Vida Ativa (PVA), desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação e Desporto, que propõe às diversas comunidades, programas de AF em diferentes modalidades. O objetivo principal do programa é a promoção de AF, focando em seus benefícios e na melhoria da QV de crianças, adolescentes, adultos, idosos e grupos especiais. Ações como o PVA, procuram estimular uma maior aderência das pessoas à prática de AF, com vistas à prevenção e promoção da saúde (BERNI; QUEVEDO, 2019).

Entretanto, no ano de 2020, o mundo inteiro foi impactado pelo surgimento da COVID 19 (doença causada pelo SARS-CoV-2), que trata-se de um vírus de altíssimo potencial de contágio, que chegou de maneira avassaladora, ceifando vidas e impondo grandes mudanças no cotidiano das pessoas. Na tentativa conter a disseminação da doença e preservar principalmente pessoas pertencentes aos grupos de risco, algumas medidas tornaram-se indispensáveis, entre essas, o fechamento de inúmeros locais de comum circulação, como por exemplo, espaços destinados à práticas de atividades físicas. Desse modo, nesse período as aulas presenciais do PVA precisaram ser suspensas e as atividades passaram a ser desenvolvidas de maneira remota através de redes sociais.

Ao analisar a literatura científica, pode-se observar muitos programas de promoção de saúde de diferentes cidades, mas poucos estudos evidenciam as percepções dos participantes (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012). A rápida expansão destes programas não tem sido acompanhada da avaliação e compreensão sobre as características, os tipos de ações, implementação, resultados e outros aspectos que compõem estas iniciativas (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016). Corroborando tais afirmativas, para Amorim *et al.* (2013), os estudos nacionalmente abrangentes são baseados na descrição dos gestores, não relatando a percepção da população-alvo atingida.

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

O presente estudo teve como objetivo geral descrever o perfil dos alunos participantes do PVA e o efeito deste em variáveis dos estilos de vida (EV).

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Cadastrar e caracterizar os dados demográficos dos participantes do PVA realizado na cidade de Pelotas/RS;
2. Descrever o EV dos participantes do PVA realizado na cidade de Pelotas/RS;
3. Verificar se existem diferenças entre as variáveis de EV de acordo com as características sociodemográficas dos participantes do PVA realizado na cidade de Pelotas/RS;
4. Identificar a percepção dos participantes quanto aos possíveis benefícios proporcionados pelo PVA realizado na cidade de Pelotas/RS;
5. Descrever a percepção dos participantes quanto à satisfação com trabalho desenvolvido pelo PVA realizado na cidade de Pelotas/RS;
6. Verificar o impacto do isolamento social (COVID-19) na percepção de saúde, prática de AF e comportamento sedentário.

### 3 Justificativa

O interesse em estudar as ações do PVA surgiu a partir da relação da pesquisadora com o mesmo, já que ela integra a equipe de coordenação do PVA e acompanha o seu desenvolvimento há seis anos. Além do mais, apesar das inúmeras intervenções, ainda são poucas e vagas as informações sobre os alunos do PVA. Analisar o perfil dos participantes, bem como, investigar os motivos que levam a permanecerem no programa e mensurar a efetividade das ações dessa intervenção possivelmente levantará evidências que demonstrem resultados do que está sendo feito junto à população, não só para que se tenha um controle, mas também para a possibilidade de desenvolvimento de novas estratégias e uma reflexão sobre o que, de fato, está funcionando e o que deve ser corrigido, reestruturado.

Ao longo dos anos, acompanhando o PVA, foi possível perceber um crescimento contínuo do número de participantes, e, conseqüentemente, o aumento de nível de AF da população Pelotense. Essas percepções instigaram o interesse da pesquisadora em mensurar as ações desse programa que está nas comunidades de Pelotas/RS há seis anos. Apesar disso, um estudo realizado para mensurar a prevalência e os fatores associados à prática de AF de lazer, em uma amostra populacional de adultos jovens em Pelotas/RS, apontou que somente 25,3% dos entrevistados foram considerados ativos (NASSER *et al.*, 2016). Dessa maneira, é relevante que as percepções dos alunos adultos participantes de um Projeto de AF Municipal, sejam analisadas para que se possam identificar os principais motivos de tais participações e possivelmente justificar o crescimento da adesão de alunos ao Programa.

Espera-se que ao aplicar essa pesquisa científica, os resultados apresentados neste estudo, possam não somente fortalecer as ações de promoção de saúde e QV, mas também inspirar o desenvolvimento de políticas públicas permanentes de AF. Portanto, ampliar os atendimentos e oportunizar uma aproximação aos demais profissionais de Educação Física (EF) às ações como o PVA, possibilitando novas experiências e estreitando o elo com a área da saúde.



## **4 Fundamentação teórica**

### **4.1 Políticas Públicas e Promoção da Saúde**

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (LUCCHESI, 2004). São programas, ações e atividades produzidas pelo estado diretamente ou indiretamente, de participações públicas ou privadas, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. De acordo com o ministério da saúde, as políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais (PNPS, 2006).

As políticas públicas de saúde são ações que objetivam a promoção da saúde da população com a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, municipais, a iniciativa privada e a sociedade como um todo. A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual, se proporciona visibilidade aos aspectos que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país. Tal estratégia visa a criação e implementação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade social, e defendem radicalmente a equidade incorporando a participação e o controle social (PNPS, 2010).

Desde a Constituição de 1988, as políticas de saúde vêm estruturando-se em componentes para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Princípios como universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, tendo como centro a QV (PNPS, 2010). Conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos. (MOYSES; MOYSES; KREPEL, 2004). Desde então, debates realizados no mundo inteiro vêm contribuindo para a construção do novo paradigma do processo saúde-doença.

De acordo com Sabroza (2009), ao final da década de 80, a saúde deixou de ser um estado e passou a ser um “Projeto”. A Organização Pan-Americana de

Saúde reitera que esse Projeto deve ser definido em cada nação, ou cada grupo social, conforme sua possibilidade econômica, técnica, política e cultural: “Cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade” (OPS, 1992). A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (MINAYO; MIRANDA, 2002).

A promoção da saúde lida com EV, com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde a população abre mão de uma vida saudável e passa viver de maneira sedentária e estressante, consumindo alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, abusando de drogas lícitas ou ilícitas, que são determinantes fundamentais na geração de doenças (PNPS, 2002). Ações que promovem saúde contribuem para a melhoria da QV e para o exercício da cidadania, tornando-as um direito de todos os brasileiros (PNPS, 2006). A promoção da saúde deve ser observada como uma importante estratégia de saúde coletiva, contrapondo-se à medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde.

#### **4.1.1 Políticas Públicas e Prática de AF**

A prática de AF, além de promover saúde, é considerada uma importante forma de prevenção no tratamento de doenças crônicas, um problema enfrentado na saúde pública atual (LEE *et al.*, 2012). O impacto de uma intervenção de promoção à saúde desenvolvida por meio de práticas corporais, certamente refletirá na redução de enfermidades e mortes evitáveis, na melhoria da QV da população e na compreensão de que manter a saúde é uma tarefa que exige um esforço em conjunto, uma mobilização individual e comunitária (MORETI *et al.*, 2009).

No Brasil, uma das primeiras iniciativas em larga escala na área de saúde e AF, surgiu em 1986, através dos Ministérios da Educação e Desporto e da Saúde e foi denominado “Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte”. Ele surgiu com objetivo de contribuir para o aumento da prática desportiva e de AF pela população, conscientizando-a sobre a importância da AF como fator de saúde e estimulando o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida (NAJAR; FERREIRA, 2005).

Logo após, entre os anos 1990 e 2000, surgiram novos programas de promoção de AF, como, o “Agita São Paulo”, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul que, embora tenha sido inicialmente desenvolvido no estado de São Paulo, alcançou abrangência em outros estados. O objetivo do programa é aumentar o nível de conhecimento sobre os benefícios da AF para saúde e o nível de AF da população do Estado de São Paulo, tornando as pessoas mais ativas em casa, no trabalho e no tempo livre (MATSUDO, 2003).

Nessa mesma perspectiva, no estado de Pernambuco, no ano de 2002, foi implementado o “Programa Academia da Cidade” (PAC) e tem expandindo-se para outras localidades, como Aracaju/SE, tendo foco na criação de espaços públicos de lazer, a mobilização social e a orientação para a prática de AF (SIMÕES *et al.*, 2009). Em Vitória/ES, desde 1990 o programa “Serviço de Orientação ao Exercício” (SOE) vem informando, orientando e oferecendo AF em espaços públicos como parques e praças (VENTURIM; MOLINA, 2005).

Além destas ações, na Cidade de Curitiba, no Paraná, existe o Programa “CuritibaAtiva”, com início em 1998, coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), que tem como característica o uso de mensagens curtas sobre a AF e seus benefícios, orientações face a face, avaliações de parâmetros da aptidão física, distribuição de material educativo de incentivo à AF, organizações de eventos como corridas, rústicas, jogos, noite da bicicleta, dança em Curitiba e além de oferta de atividades orientadas regulares e esporádicas (HALLAL *et al.*, 2009).

No ano de 2004, a OMS introduziu para o mundo um instrumento de promoção de saúde e de prevenção do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis. Tratava-se de uma estratégia global para alimentação, AF e saúde, onde uma das suas recomendações integrava níveis adequados de AF e orientava que esse comportamento fosse mantido com regularidade na maioria dos ciclos de vida (MORETI *et al.*, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro difundiu uma Política Nacional de Promoção da Saúde com o intuito de organizar e facilitar o planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde. O objetivo é “promover a QV e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Essa política sugere

que sejam implementadas práticas corporais de AF desenvolvidas através de ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento/divulgação; ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros e ações de monitoramento e avaliação (MORETI *et al.*, 2009).

No ano de 2009, o Plano Nacional de AF foi elaborado em conjunto com o Ministério do Esporte e objetivava ampliar de 450 para 1000 o número de municípios que fazem parte da Rede Nacional de Práticas Corporais. Os municípios que fazem parte têm acesso a projetos de incentivo ao lazer e atividades esportivas, como a construção de ciclovias e reforma de espaços públicos para a construção de locais para AF, denominados Academia das Cidades. Em 2010, o Ministério da Saúde financiou uma rede de mais 500 secretarias de Saúde municipais e estaduais para o desenvolvimento de programas de promoção da AF (PRATT *et al.*, 2010).

Apesar dos esforços destes e demais programas na área de promoção de AF, desenvolver um EV ativo segue sendo um desafio no Brasil. Uma pesquisa realizada entre 2014 e 2015, apresentou que apenas 17,4% da população brasileira (jovens e adultos com 15 anos ou mais de idade) praticavam AF no período de referência. A taxa de prática de atividade AF entre as mulheres foi 18,5% e entre os homens, 16,1%. A Região Sul apresentou a maior taxa (19,1%), seguida pelas Regiões Sudeste (18,1%), Nordeste (16,9%), Centro-Oeste (16,8%) e Norte (12,7%) (IBGE, 2015).

Na cidade de Pelotas/RS, um estudo realizado no final de 2007 e início de 2008 investigou a proporção de adultos sedentários. Os resultados mostraram que a prevalência de adultos considerados sedentários (aqueles que não atingiram 150 min semanais de AF) aumentou de 41% para 52% na cidade entre os anos de 2002 e 2008. Além disso, os dados identificaram que 36% dos adultos não fazem qualquer AF. A pesquisa mostrou ainda, aumento 70% de níveis de sedentarismo na classe mais pobre, bem como, em indivíduos de baixa escolaridade (KNUTH, 2008).

Estudos anteriores que avaliaram perfil dos participantes de programas de AF no Brasil indicam que os usuários desses serviços são, principalmente, mulheres, idosos e pessoas acometidas por alguma doença crônica (AMORIM *et al.*, 2013; KNUTH *et al.*, 2012). A participação maior de mulheres nos programas era prevista, visto que levantamentos nacionais referentes à intervenções de atividade física expõem essa disparidade entre homens e mulheres que frequentam esses locais.

Esse fato pode estar relacionado ao tipo de atividades ofertadas, com características mais atrativas ao público feminino (SILVA *et al.*, 2019)

Além disso, a maioria dos participantes de programas de AF residem em áreas urbanas, são casados ou vivem com companheiros e possuem emprego. No geral, usuários consideram a saúde boa e acreditam que as intervenções contribuem para a saúde, avaliando os programas de maneira positiva (SILVA *et al.*, 2019). Além disso, pesquisas anteriores apresentam que os usuários desses tipos de atividade residem próximos aos núcleos de atividades, possuem nível de escolaridade baixo, costumam praticar AF fora das aulas ofertadas, sendo a maior parte com sobrepeso ou obesidade (LOCH; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2013).

No que se refere à faixa etária, os programas e as intervenções são voltados principalmente para a população idosa, seguidos pelos que atendem ao público adulto (AMORIM, 2013). Além disso, foi observado que as intervenções costumam ocorrer nos horários que o acesso de uma parcela da população fica prejudica por estar estudando ou trabalhando nesse horário (SILVA *et al.*, 2020). As principais barreiras associadas à prática de AF encontradas na literatura, frequentemente estão associadas as condições específicas de saúde (CARDOSO, 2008; NASCIMENTO 2008).

Desse modo, as políticas públicas de AF podem ser consideradas como importantes indicadores de qualidade de vida de uma população, uma vez que a democratização do acesso à programas de promoção de saúde e AF possibilite a participação de todos. Isto implica na necessidade do reconhecimento sobre a relevância de tais ações na construção do direito à saúde e na inevitabilidade destas serem percebidas de maneira não superficiais por gestores e pela sociedade em geral.

#### **4.2 Qualidade de Vida (QV)**

A literatura indica inúmeras definições sobre o conceito “qualidade de vida”, porém, existe consenso em torno da ideia de que são múltiplos os fatores que determinam a QV de pessoas ou comunidades. Em geral, ela é associada a fatores como: estado de saúde, longevidade, educação de qualidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer, alimentação adequada, moradia digna e espiritualidade. A QV pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais e, portanto, ela pode ser definida, como: a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e

socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2013)

A QV pode ser caracterizada como uma noção humana e relativa de vida, pelo menos, ao contexto histórico, cultural e de classes sociais, interligada ao grau de satisfação pessoal, ao conforto e ao bem-estar. Ela integra os mais diferentes olhares, sejam eles objetivos ou subjetivos, da ciência, de outras disciplinas, do senso comum, da coletividade ou do indivíduo e quando direcionada à saúde, reflete a capacidade de viver sem doenças, superar dificuldades, estados e condições de morbidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Dessa maneira, a QV deve ser considerada tanto na perspectiva individual quanto coletiva. Para grupos sociais, geralmente são utilizados indicadores que a caracterizam por níveis, por exemplo: expectativa de vida, índices de mortalidade e morbidade, níveis de escolaridade e alfabetização dos adultos, a renda, nível de desemprego, desnutrição e obesidade (NAHAS, 2013). Ela pode ser considerada como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Assim, estudos demonstram que para obtenção de um melhor nível de qualidade de vida e promoção da saúde, existe a necessidade da predominância de comportamentos saudáveis entre os indivíduos dentre estes, a prática regular de AF e a dedicação ao lazer não sedentário se destacam (PUCCI *et al.*, 2012). Essa afirmativa é reiterada em um estudo realizado por Mendes Netto *et al.*, (2012), que indica que a realização de AF está relacionada aos valores de qualidade de vida nos domínios físico e psicológico para ambos os sexos.

### **4.3 Estilo de Vida (EV)**

A OMS define EV como: conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Tais hábitos e costumes incluem o uso de substâncias, como: álcool, fumo, chá, café e dietéticos. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas.

O EV pode ser definido como uma associação das formas de ser, de estar e de pensar indissociáveis do grupo social de pertencimento. Ele remete para a forma pela qual um indivíduo ou um grupo de indivíduos vivenciam o mundo e, conseqüentemente, se comporta e faz escolhas. Tais escolhas relacionam-se com a alimentação, a AF, o lazer, a adoção de medidas promotoras da saúde e preventivas de doença, a obesidade, o tabagismo, o sono, o stress, enfim, fatores que afetam (negativa ou positivamente) a saúde individual (MARQUES; MENDES; SERRA, 2017). Isto é, o EV vida pode contribuir ou prejudicar a QV. Nesse contexto, fazem parte a prevenção e os comportamentos ativos em relação à preservação da saúde, por meio dos quais as pessoas exercem controle sobre a vitalidade e sobre a qualidade de sua saúde (NERI, 2006).

Desse modo, o EV adotado pelas pessoas determina a qualidade de seu envelhecimento, pois a escolha dos alimentos e do tempo gasto com atividades pessoais, sociais e AF exerce influência sobre o funcionamento físico, mental e também no engajamento do indivíduo com a vida (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Estudos científicos indicam que a saúde está mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à sua determinação genética e biológica. Hábitos sedentários, alimentação não saudável, consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade e o isolamento social são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas (PNPS, 2002).

#### **4.3.1 Bem Estar e Saúde**

Considera-se que o Bem-Estar Subjetivo (BES) envolve um conjunto de categorias com componentes cognitivos e emocionais utilizados pelas pessoas para avaliar sua própria vida. Não se trata de uma avaliação objetiva feita por observadores com relação à QV de uma pessoa, mas de uma avaliação pessoal, subjetiva, de cada indivíduo sobre a qualidade de sua própria vida, sobre a satisfação vivenciada no cotidiano. Assim, BES representa uma avaliação pessoal sobre quão feliz o indivíduo se sente, independentemente do contexto e condições sócio econômicas, saúde, sucesso e outras variáveis que poderiam permitir uma avaliação objetiva de QV (NUNES; HUTZ; GIACAMONI, 2009).

O bem-estar físico está relacionado à ausência ou a mínimos graus de doença, incapacidade e desconfortos corporais. Possuir uma boa saúde física é uma

qualidade vital que favorece a boa aparência, a sentir-se bem, além de ser um dos mais poderosos preditores de bem-estar psicológico (DE VITTA, 2001). A OMS caracteriza saúde como: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Portanto, pode-se considerar que a saúde está diretamente relacionada com o processo de bem-estar físico.

Bowling e Windsor (2001) consideram que os conceitos de QV, bem-estar e felicidade confundem-se entre si, sendo na maioria das situações indistintos e indefinidos. A OMS considera a saúde mental como indispensável para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, relacionando-a com a sua saúde física e social. Para Nahas (2013), a percepção de bem estar pode distinguir-se entre pessoas com características individuais e condições de vida similares, sugerindo a existência de um filtro pessoal na interpretação dos indicadores individuais de qualidade de vida.

#### **4.3.2 AF e Saúde**

O Ministério da Saúde, em 2002, define saúde como:

Um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Podemos dizer que é a busca de uma relação harmoniosa que nos permita viver com qualidade, que depende de um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãos com o Estado e relação de extremo respeito à natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida sobre a terra e com o futuro. Estas relações significam construir saúde em seu sentido mais amplo, radicalizar na luta contra as desigualdades e participar na construção de cidadania e da constituição de sujeitos. Sujeitos que amam, sofrem, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e desejos.

A AF pode ser entendida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético (NAHAS, 2013), tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (PITANGA, 2002).

A AF influencia positivamente a saúde física e psicossocial. Ela é importante em todos os estágios da vida, desde a infância até as idades mais avançadas. Trazendo benefícios a maior parte dos componentes estruturais e funcionais do sistema musculoesquelético, aumentando a capacidade funcional e, conseqüentemente, melhorando a QV (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001). Pessoas fisicamente ativas, além de possuírem maior possibilidade de condicionamento corporal, apresentam menores chances de desenvolver



enfermidades como: doença arterial coronariana (DAC), hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, câncer de cólon e de mama, depressão, fraturas de quadril ou vértebras (NAHAS, 2013).

Evidências científicas também mostram que AF pode ser usada no sentido de retardar, e até mesmo atenuar, o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento (NELSON; *et al.*, 2007). Por outro lado, a ausência de AF está relacionada com as mudanças no EV das pessoas, associadas às facilidades advindas da revolução tecnológica, como a utilização de automóveis, escadas rolantes e elevadores e pelo lazer hipocinético, como assistir televisão, usar computadores e videogames (JESUS; JESUS, 2012). Fatores como nível socioeconômico, sexo, escolaridade, idade e aspectos étnicos também vêm sendo relatados na literatura como determinantes da prática de AF em seus diferentes domínios (PITANGA, 2005). Em geral, a inatividade física é atribuída a 6% das mortes mundiais, a 21% a 25% dos casos de câncer de cólon e de mama, 27% dos casos de diabetes e 30% de doenças cardíacas isquêmicas (NAHAS, 2013).

Em 2016, uma pesquisa de revisão analisou os custos mundiais relacionados à inatividade física nas últimas décadas. Os resultados mostraram que a inatividade física é diretamente responsável pelo alto investimento de medicamentos, internação hospitalar e consultas clínicas. Os gastos com indivíduos sedentários, acometidos por doenças crônicas, estão entre os principais integrantes dos custos totais em saúde pública (BUENO *et al.*, 2016).

Bielemann, Knuth e Hallal (2010), pesquisaram os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre doenças ligadas à falta de AF na cidade de Pelotas/RS, e concluíram que aproximadamente 2,2 milhões de reais poderiam ser economizados pelo poder público ao ano, se a população inativa da cidade modificasse seu comportamento. Portanto, os riscos associados à inatividade física são claros e demandam atenção. No entanto, promover ações por meio de intervenções direcionadas à prática de AF deve ser considerada prioridade pelos órgãos públicos, já que está comprovado que desenvolver o comportamento ativo apresenta relação direta com a saúde e qualidade de vida da população.

Além disso, os professores passaram a enviar aulas previamente gravadas para seus alunos, através dos grupos de whatsapp pré-estabelecidos nas turmas. Além destas ações, o PVA passou a oferecer desafios semanais, nos quais,

estimulavam os alunos a compartilharem vídeos em suas redes sociais realizando as atividades.

Outra iniciativa adotada pelo PVA foi à disponibilização de lives com conteúdos diversos, com temas como: modalidades esportivas, saúde mental, qualidade de vida, ansiedade, nutrição, envelhecimento ativo, etc., onde os alunos poderiam assistir e questionar sobre o assunto que estava sendo apresentado, interagindo com os professores do PVA e convidados especialistas.

#### **4.4. Efeitos da Covid-19 na prática de AF**

Apesar dos inúmeros esforços para conter o avanço da Covid-19 o Brasil vive um momento extremamente complexo. Uma das alternativas encontradas para controlar a disseminação desse vírus (altamente contagioso) é o distanciamento social. Tais medidas têm impactado diretamente a vida da população em inúmeros segmentos, já que, grande parte da população brasileira apoiou e aderiu ao movimento do isolamento social com o objetivo de se prevenir contra o vírus e de colaborar com a atenuação da curva de contágio no país (GARCIA; DUARTE, 2020).

A prática regular de exercícios físicos além de ser considerada uma importante estratégia para o tratamento e prevenção de diversas doenças, sejam elas de caráter metabólico, físico e/ou psicológico (LUAN *et al.*, 2019), ainda é capaz de fortalecer o sistema imunológico, inclusive diminuindo a incidência de doenças transmissíveis como as infecções virais (Campbell; Turner, 2018). Dessa forma, manter-se ativo fisicamente exercitando-se rotineiramente em um ambiente doméstico seguro é uma estratégia importante para manutenção da saúde durante o período de contágio do coronavírus.

O Colégio Americano de Medicina do Esporte divulgou recentemente um guia em que sugere que os níveis de AF moderada devem ser mantidos no período de quarentena em função do SARS-CoV-2 (ACSM, 2020). Salientando que, as recomendações da OMS para indivíduos saudáveis e assintomáticos são de, no mínimo, 150 minutos de AF por semana para adultos e 300 minutos de AF por semana para crianças e adolescentes (OMS, 2020).

Diante desse cenário, onde os exercícios físicos ao ar livre e em ambientes fechados como clubes e academias estão suspensos, os recursos virtuais mostraram-se importantes aliados, pois, além de permitirem a transmissão em tempo real do conteúdo por instrutores e professores, permitem também a interação

entre os participantes. Ou seja, a alternativa encontrada é o uso da tecnologia como ferramenta de incentivo e desenvolvimento da prática da AF, em detrimento do sedentarismo (COSTA; VIGÁRIO, 2020).

Estudos relacionando os impactos da Covid 19 sobre a saúde dos indivíduos apontam que o período de pandemia ocasionou um aumento nos níveis de comportamentos de risco à saúde. Os resultados indicam que os brasileiros reduziram as praticas de atividade física, aumentaram o tempo dedicado às telas (TV, *tablet* e/ou computador), diminuíram a ingestão de alimentos saudáveis intensificaram o consumo de ultra processados, cigarros e bebidas alcoólicas, em decorrência das restrições sociais impostas pela pandemia (MALTA *et al.*, 2020).

## **5 Materiais e Métodos**

### **5.1. Tipo de estudo**

O estudo caracterizou-se por ser do tipo epidemiológico transversal (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

### **5.2. População e Amostra**

A população foi formada pelos alunos do PVA de Pelotas/RS.

A amostra do estudo foi composta por 475 alunos (o equivalente a 31,67% do número total de alunos adultos) com idades entre 19 e 85 anos, que frequentavam as aulas do PVA antes da COVID-19, na zona urbana e rural, da cidade de Pelotas/RS.

A seleção da amostra foi do tipo intencional, onde todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que frequentavam as aulas do PVA da cidade de Pelotas/RS, poderiam participar do estudo.

### **5.3. Projeto Vida Ativa (PVA)**

A criação do PVA, inicialmente, inspirou-se em um Programa ofertado pelo governo federal, o PELC (Programa Esporte e Lazer da Cidade), que se trata de um programa criado em 2003 pelo Ministério do Esporte, inscrito no Plano Plurianual 2004-2007, sendo implantado e gerenciado pela Secretaria Nacional de Desenvolvimento do Esporte e do Lazer (SNDEL). Entre outros, os objetivos desse programa buscam democratizar o acesso ao lazer e esporte recreativo, privilegiando as comunidades menos favorecidas. A cidade de Pelotas/RS recebeu os recursos da esfera federal para o desenvolvimento desta política pública por três anos consecutivos, mediante a inscrição e aprovação de projetos anuais.

Em Pelotas/RS, a primeira participação em Programas do PELC ocorreu em 2007, com a inscrição do “projeto PELC – Todas as Idades”, que teve funcionamento de 2008 a 2009. Neste primeiro projeto implantado no Município, a meta de atendimentos diretos, conforme plano de trabalho, objetivava alcançar 600 pessoas de todas as faixas etárias. Entretanto, ao final do período de atividade, 12 meses, já se contabilizava 1.164 pessoas (MAINO, 2014).

Na transição seguinte, o programa tornou-se “PELC – Núcleos de Vida Saudável” tendo início em julho de 2009 e objetivando atender 200 pessoas. Nesse período, uma das especificidades era o atendimento de pessoas a partir de 45 anos.

Ao final do período de duração, foram contabilizadas mais de 800 pessoas atendidas (MAINO, 2014).

Ao final dos recursos financiados pelo governo federal, que mantinham o Programa, no ano de 2010, comunidades que recebiam os atendimentos, mobilizaram-se a fim de sensibilizar o poder público quanto à necessidade de manter o programa na cidade de Pelotas/RS. Como resultado, a Prefeitura elaborou a Lei Municipal 5.789, de 25 de abril de 2011 a fim de dar prosseguimento às ações pré-existentes, contratando servidores para atuarem no Programa de Esporte e Lazer da cidade (2011), porém, a partir de então, com orçamento municipal. Logo após, as atividades do programa foram prorrogadas por mais um ano, através da Lei Municipal 5.938, de 05 de julho de 2012.

Em 2013, os profissionais que atuavam na SMED empenharam-se para que, de alguma maneira, as atividades se mantivessem nas comunidades. Sendo assim, os gestores municipais, respeitando todos os trâmites legais, elaboraram um projeto de AF, gerando a lei municipal nº 6.035 de 19 de setembro de 2013 que autorizava o Poder Executivo a dar continuidade ao Programa Esporte e Lazer da Cidade - PELC, sob a nova denominação “Projeto Vida Ativa”. Atualmente, a Lei 6.776/2019 está garantindo o funcionamento do PVA nos anos de 2020 e 2021.

Atualmente, equipe do PVA é composta por 1 Diretor de departamento, 3 coordenadores gerais, 5 coordenadores de núcleos (Bacharéis em EF), 22 professores (com Bacharelado ou Licenciatura plena em EF), 1 professora de dança (Licenciada em dança) e 5 agentes recreacionistas (com ensino médio), sendo um deles, professor de muay thai. Cada profissional é responsável por uma demanda a qual é cumprida com uma carga horária semanal de 40h para coordenadores e recreacionistas e 30h para professores. As aulas têm por finalidade fomentar a prática de AF e a socialização dos alunos. Estas aulas são realizadas em todos os bairros da zona urbana e em grande parte da zona rural do município de Pelotas/RS e buscam atender principalmente às pessoas em situações de vulnerabilidade social.

Dessa maneira, o PVA desperta para a inserção de políticas públicas de intervenção em AF para a população em Pelotas/RS. No geral as atividades são definidas como sistemáticas e assistemáticas. As atividades sistemáticas são as aulas, oferecidas de segundas às sextas, de acordo com a demanda local da comunidade, podendo acontecer de uma a três vezes por semana. As atividades

assistêmáticas referem-se a participação e/ou organização de eventos sociais e recreativos como, festivais, campeonatos, competições esportivas e aulas de ritmos (BERNI; QUEVEDO, 2019).

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde (PNPS, 2006). Os locais onde ocorrem as aulas do PVA são denominados núcleos. Uma das políticas para abertura de novos núcleos é a mobilização da comunidade, que se responsabiliza por organizar esses espaços onde ocorrem as aulas e junto aos coordenadores incentivam a população a aderir ao PVA. É sempre respeitada a cultura local e as necessidades dos envolvidos. Estes espaços constituem-se de praças, quadras, salões paroquiais, associações de bairro, clubes sociais, os quais são cedidos por entidades, sem custo algum à Prefeitura, para que as modalidades desenvolvidas pelo PVA possam ser desenvolvidas. Além do Ginásio Municipal da Educação, que é um importante núcleo, atendendo 25 turmas, cerca de 20% das atividades do PVA.

Atualmente, o PVA possui 63 núcleos, 114 turmas e atende semanalmente aproximadamente 2.250 alunos (entre crianças, adolescentes, adultos e idosos). Dentre as ações desenvolvidas, o projeto oferece como opção: aulas de ginástica, ritmos, dança, treinamento funcional e esportes coletivos e individuais. As faixas etárias são extremamente variadas, atendendo alunos entre 5 e 96 anos.

Dessa maneira, a população é motivada a participar das atividades que ocorrem próximo de suas casas (facilitando o deslocamento), sem custo algum e atendidos por profissionais qualificados. Geralmente o local da prática são sugestões propostas pela comunidade ou alguma instituição que busca a parceria com o PVA. Os envolvidos têm livre acesso à SMED do Município para dialogar com a Coordenação sobre qualquer assunto referente ao programa e as atividades realizadas. (BERNI; QUEVEDO, 2019)

O PVA apresenta como prioridades: Estimular a prática de AF semanal buscando uma comunidade mais consciente; Envolver os jovens em atividades no turno inverso ao da escola para retirá-los das ruas; Oportunizar aos idosos e pessoas com deficiência a melhoria na sociabilidade; Incentivar a inclusão social da cidade como um todo; Contribuir para a saúde física, mental e social da população;

Desenvolver práticas inclusivas para pessoas com deficiência; Promover atividades que contribuam para redução da taxa de doenças e de níveis de sedentarismo na população a partir da realização de exercícios físicos contínuos; Executar atividades educativas, recreativas e sociais através de eventos nas comunidades; Fomentar o esporte nas comunidades; Identificar novos talentos no esporte, oportunizando a participação em competições nacionais e internacionais. (BERNI; QUEVEDO, 2019).

Dentre os objetivos e estratégias do PVA, estão: melhorar a QV de crianças, adolescentes, adultos, idosos e pessoas com deficiências, em vulnerabilidade social, através do esporte, da dança, ritmos, ginástica, entre outros, realizando eventos nas comunidades, expandindo modalidades ofertadas pelo PVA, atendendo pessoas com deficiências, promovendo a inclusão e socialização e oportunizando aos atletas que destacarem-se nas suas modalidades a participação em competições (BERNI; QUEVEDO, 2019).

Quanto às políticas e estratégias, o PVA busca: mobilizar a população de forma geral, de cada bairro, para dentro de "núcleos", onde são disponibilizadas de forma gratuita, aulas que promovam a AF; Estimular a participação da comunidade em geral em eventos e competições; Reduzir gastos com saúde curativa visto que em longo prazo tem-se um custo-benefício menor com saúde preventiva; Mensurar periodicamente a evolução da prática de AF nos participantes; Promover atividades inclusivas para pessoas com deficiências; Valer-se das práticas como medida preventiva antidrogas e criminalidade; Valorizar a prática e o profissional de educação física, tendo estes com eixos norteadores do programa (BERNI; QUEVEDO, 2019).

### **5.3.1 PVA em tempos de COVID-19**

Até o início de 2020, todas as atividades do PVA sempre ocorreram presencialmente, nos bairros, com a presença do professor em cada núcleo. Porém, com o surgimento da COVID-19, as ações precisaram ser reformuladas e adequadas de acordo com o que o momento exigia. As aulas presenciais precisaram ser suspensas no período de março de 2020 até julho de 2021, quando aos poucos reiniciaram em alguns núcleos, seguindo os protocolos de segurança necessário para o desenvolvimento das atividades. Para que os alunos não ficassem sem atividades durante este período, as aulas passaram a ser ofertadas de maneira

remota, através de lives realizadas na Página Institucional do departamento de Desporto da Prefeitura Municipal de Pelotas, de segunda à sábado.

#### **5.4. Critérios de Inclusão**

Foi admitido como critério de inclusão:

- A participação efetiva do sujeito em alguma das modalidades que compõem o PVA.
- Sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos
- Frequência no PVA por período igual ou maior que 6 meses (considerando o período anterior a COVID-19).

#### **5.5. Perdas e recusas**

Foram obtidas 500 respostas no questionário online. Desse total, foram excluídas quatro respostas sinalizadas com a opção “não aceito participar”, cinco respostas que indicaram idade menor que 18 anos e ainda 16 respostas que se repetiram.

#### **5.6. Logística**

##### **5.6.1. Procedimentos de coleta de Dados**

O Projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Educação Física da UFPel. Após aprovação do CEP, foram realizados os primeiros contatos com o departamento de desporto da Prefeitura Municipal de Pelotas/RS e solicitada autorização para o estudo e estabelecido o período de coleta de dados entre os meses de outubro e novembro. Após isso, foi solicitado que a pesquisadora fosse adicionada a todos os grupos de whatsapp para facilitar o envio dos questionários de pesquisa aos alunos. Além disso, foi feito um levantamento dos alunos que não estavam nos grupos de whatsapp. A pesquisadora entrou em contato com todos os professores solicitando o contato daqueles alunos que não participavam destes grupos.



**Tabela 1:** Relação de Grupos de Whatsapp das turmas do PVA de acordo com o local, professor e número de alunos.

| <b>NOME DO GRUPO DE WHATSAPP</b> | <b>BAIRRO</b>               | <b>Nº DE ALUNOS</b> |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Amigas da Ginástica              | São Gonçalo – CRAS          | 35                  |
| Amigas do Ritmos                 | Fragata – C. Fragata        | 44                  |
| Câmbio Karosso                   | Centro – Ginásio Karosso    | 55                  |
| Cetres Vida Ativa                | Areal -                     | 22                  |
| Cristo Redentor                  | Três Vendas – Vila Princesa | 17                  |
| Cristo Redentor                  | Três Vendas                 | 30                  |
| Dançarinos do COP                | Areal                       | 8                   |
| Dança Bonito                     | Rural – Monte Bonito        | 24                  |
| Dança e ginástica CSU            | Areal                       | 30                  |
| Funcional A.S.Dumont             | Três vendas - Tablada II    | 25                  |
| Funcional Gin. Karosso           | Centro – Ginásio Karosso    | 21                  |
| Funcional terça e quinta         | Centro – Ginásio Karosso    | 13                  |
| Gin.e Ritmos WD/20               | Colônia – Aliança           | 40                  |
| Ginástica Liberal                | Fragata – Gotuzzo           | 35                  |
| Ginástica Liberal tarde          | Fragata – Gotuzzo           | 39                  |
| Ginástica na praça ceu           | Areal – Dunas               | 15                  |
| Ginástica núcleo Brasa           | Centro                      | 28                  |
| Ginástica UBS Maciel             | Rural – Colônia Maciel      | 28                  |
| Grupo Areal Leste                | Areal                       | 17                  |
| Grupo de Ginástica               | Centro – Ginásio Karosso    | 22                  |
| Grupo VA Xavante                 | Três Vendas – Py crespo     | 71                  |
| Jardim de Alah                   | Três vendas                 | 16                  |
| Karosso em Dança                 | Centro – Ginásio Karosso    | 60                  |
| Prof nota 10                     | Areal – Dunas               | 34                  |
| Projeto Vida e Saúde             | Rural – Colônia São José    | 27                  |
| Projeto Vida Ativa               | Areal                       | 15                  |
| Ritmos Gin Karosso               | Centro – Ginásio Karosso    | 22                  |
| Ritmos Maria Joaquina            | Rural – Col Cerrito Alegre  | 13                  |
| Ritmos Prof Di Karosso           | Centro – Ginásio Karosso    | 33                  |

|                            |                            |             |
|----------------------------|----------------------------|-------------|
| Ritmos!!!SCHMITT           | Fragata                    | 47          |
| Ritmos/Ginást Karosso      | Centro – Ginásio Karosso   | 71          |
| Rural Art's Cerrito Alegre | Rural Col Cerrito Alegre   | 16          |
| Vida Ativa 2020            | Três Vendas –Anhanguera    | 82          |
| Vida Ativa Arco Íris       | Três Vendas – Arco Iris    | 25          |
| Vida Ativa Bachini         | Colônia Bachini            | 10          |
| Vida Ativa Bahia e UBS     | Fragata - Guabiroba        | 30          |
| Vida Ativa CAIC            | Três Vendas – Pestano      | 15          |
| Vida Ativa Cohabpel        | Centro – Ginásio Karosso   | 32          |
| Vida Ativa Col. S.Manoel   | Rural – Col São Manoel     | 19          |
| Vida Ativa Colônia Z3      | Colônia Z3                 | 6           |
| Vida Ativa C. S. Antônio   | Fragata – Gotuzzo          | 27          |
| Vida Ativa GINÁSTICA       | Três vendas - Tablada I    | 18          |
| Vida Ativa Oásis           | Barro Duro – Laranjal      | 17          |
| Vida Ativa Pestano         | Três Vendas – Pestano      | 22          |
| Vida Ativa Sanga Funda     | Três Vendas – Sanga Funda  | 23          |
| Vida Ati. Ponte Cordeiro   | Rural – Com. Rainha da Paz | 11          |
| Vida Ativa São Cristóvão   | Três Vendas                | 14          |
| Vida Ativa SEST SENAT      | Três Vendas                | 25          |
| Vida Ativa Sítio Floresta  | Três Vendas                | 26          |
| Vida Ativa Sudeste         | São Gonçalo                | 20          |
| Vida Ativa Tablada         | Três Vendas – Tablada II   | 36          |
| Vida Ativa TF              | Centro – Ginásio Karosso   | 15          |
| Zumba Ramos                | Rural - Colônia Ramos      | 25          |
| <b>Total de Núcleos</b>    |                            | <b>1471</b> |

Conforme descrito acima, também foram contatados participantes via telefone.

Fonte: Produzido pelos autores

### 5.6.2. Coleta de dados

Após a pesquisadora ter sido adicionada em todos os grupos de whatsapp das turmas do PVA houve uma apresentação através de um vídeo gravado pela mesma, explicando os objetivos da pesquisa e convidando os alunos a participarem. Nesse momento os sujeitos também foram informados sobre a garantia de sigilo e

privacidade de suas informações. Logo abaixo do vídeo, os alunos receberam o questionário online em forma de link, anexado ao termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, a pesquisadora enviou um vídeo em forma de tutorial explicando a forma do preenchimento do questionário.

Nos casos em que as dificuldades com o preenchimento do questionário persistiam a pesquisadora realizava a coleta via ligação telefônica. Nesse caso, os sujeitos eram informados de que a ligação seria gravada, bem como, seria feita a leitura do (TCLE). Para os alunos que não acessavam o whatsapp, a pesquisa foi realizada via ligação telefônica.

### **5.6.3 Limitações do Estudo**

a. *Utilização de questionários como instrumento de coleta de dados;* apesar da frequente utilização deste instrumento de pesquisa para este tipo de estudo, o uso de questionário ainda pode limitar a obtenção de dados devido à omissão de informações por esquecimento ou autocensura por parte dos participantes.

b. *O estudo foi realizado durante a Covid 19.* Além da dificuldade de acesso aos alunos nesse período, visto que estes não estavam frequentando as aulas presenciais, a chegada da Covid 19 possivelmente impactou na motivação dos alunos para o preenchimento dos questionários.

c. *Vies de memória:* uma parte significativa do estudo foi referente a percepção quanto a participação dos alunos em momentos anteriores ao perda coleta, o que possivelmente pode ter dificultado pelo fato dos alunos não lembrarem com exatidão das experiências prévias. Por trata-se de um estudo transversal de caráter recordatório, poder ser caracterizado como uma fragilidade metodológica.

d. *Pesquisa foi realizada de maneira online:* Nem todos alunos possuíam acesso a internet ou telefone para contato. Além do que, como a maior parte dos alunos do PVA são idosos, esses podem ter encontrado dificuldades com o manuseio do uso de ferramentas tecnológicas como celular, computador e internet.

### **5.6.4. Estudo Piloto**

O estudo piloto foi realizado de 07/10/2020 à 29/10/2020 com indivíduos frequentadores do PVA do núcleo Centro Social Urbano, localizado no bairro Areal,

da cidade de Pelotas/RS. Objetivou detectar possíveis erros no instrumento, padronizar a aplicabilidade, verificar o tempo médio de retornos, vieses no caso da ligação telefônica e verificar a necessidade de inclusão, retirada e ou readaptação de alguma questão.

Em um primeiro momento foi escolhido um dos grupos de whatsapp de alunos que participavam frequentemente das aulas do PVA no período anterior a COVID-19 Covid19. O grupo selecionado (“Dança e ginástica CSU”) recebeu um vídeo da pesquisadora explicando os objetivos da pesquisa e convidando os alunos a participarem da mesma. Juntamente ao convite, os alunos receberam um tutorial (também em formato de vídeo) auxiliando-os a responder o questionário online que foi enviado em forma de link.

Para verificar a reprodutibilidade do instrumento, foram realizadas duas fases neste momento, sendo que na primeira (07/10), foi enviado o questionário para preenchimento. Na segunda fase (22/10), foram reenviados os instrumentos para nova sessão de respostas. Fizeram parte desse grupo 30 alunos, onde, 18 indivíduos responderam as duas fases. De posse dos questionários, foi realizada uma análise dos resultados que permitiram a readequação das questões que não estavam claras para os respondentes. A concordância entre os resultados das duas etapas foi avaliada pelo coeficiente estatístico Kappa, que indicou uma alta concordância entre as variáveis categóricas ( $K 0,81$ ).

## **6 Instrumento**

Foi utilizado um questionário semiestruturado, desenvolvido através da ferramenta *Google Forms*.

O questionário foi composto por variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele, estado civil, zona residencial e distância entre a residência e o núcleo de atividade), socioeconômicas (escolaridade e renda), indicadores do EV (IMC, tabagismo, diagnóstico de diabetes e hipertensão, consumo de medicamentos, percepção de saúde, tempo sedentário e níveis de AF fora do PVA antes e durante a COVID-19), indicadores sociais (algum amigo ou familiar participava com você? Como ficou sabendo do projeto?). Os motivos de participação, a presença de lesões durante as atividades, e as variáveis relacionadas ao PVA também foram verificadas.

A variável renda foi investigada através da quantidade de salários mínimos da família. O estado nutricional foi examinado através da massa corporal e estatura auto relatadas, validado em estudos anteriores (FARIAS JR, 2007). Através dessas variáveis foi criada a variável IMC e para sua classificação foram utilizadas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

Para apurar a prevalência de tabagismo foi questionado se indivíduo é fumante, ex-fumante ou nunca fumou.

Os níveis de AF dentro e fora do PVA foram verificados através de um instrumento criado para avaliar: se o aluno realizava AF simultaneamente em outros locais e quantas vezes na semana realizavam essas atividades; se o aluno já havia realizado AF com regularidade em outros locais antes de iniciar no PVA; o deslocamento até o núcleo de atividade; percepção de esforço; se não existisse o PVA, se o aluno estaria realizando alguma AF regularmente.

O comportamento sedentário antes e durante o período de COVID-19 foi verificado através de questões adaptadas do Questionário Global de Atividade Física (GPAQ), (ARMSTRONG; BULL, 2006).

A percepção de saúde foi examinada através de questões retiradas de um estudo anterior sobre o perfil dos frequentadores das academias ao ar livre da cidade de Pelotas/RS (IEPSEN, 2015).

As variáveis relativas ao PVA foram avaliadas através de perguntas referentes à frequência, satisfação, percepção dos benefícios, turno, núcleo, tempo de participação, percepção de dores, participação nas aulas online, elaboradas pela mestranda.

Também foram verificadas as possíveis modificações do PVA, avaliadas através da pergunta: "Se você pudesse modificar algo no projeto, o que seria?", utilizada em um estudo de Hallal *et al.* (2010), que buscou avaliar um programa de promoção de AF realizado em Pernambuco.

Em razão do surgimento da COVID-19, foram descritos os impactos do isolamento social por meio de questões relacionadas à percepção de saúde, prática de AF e comportamento sedentário.

## **7 Análise dos Dados**

Após os dados coletados, as respostas foram inseridas eletrônica e automaticamente transferidas a um banco de dados, vinculado ao *Google Forms*. Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS Statistics Base 22.0. Foram empregados recursos da estatística descritiva: distribuição de frequências, cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão e intervalo de confiança). Para analisar associações entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. O nível de significância utilizado foi de 5%.

## **8 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da ESEF UFPel para análise e aprovação dos procedimentos. Após aprovado foi enviado para a SMED de Pelotas/RS, para possíveis esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e solicitação da autorização para desenvolver o estudo.

A pesquisa foi apresentada com seriedade e excelência. A abordagem aos integrantes da amostra se deu de maneira clara e os objetivos da pesquisa esclarecidos, bem como assegurada a garantia do sigilo das informações e do direito de recusa. Foi solicitada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e autorização de participação por meio deste.

## 9 Resultados

### 9.1. Perfil dos Alunos do PVA

Ao longo das três semanas de coleta de dados, após análise de perdas e recusas da pesquisa, 475 respostas foram consideradas válidas, sendo, 95,2% (N=452) participantes mulheres e 4,8% (N=23) participantes homens. A tabela 2 apresenta os dados demográficos da amostra estudada.

**Tabela 2.** Caracterização dos alunos do PVA

| <b>Variável</b>         | <b>N=475</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|--------------|----------|
| <b>Sexo</b>             |              |          |
| Masculino               | 23           | 4,8      |
| Feminino                | 452          | 95,2     |
| <b>Idade (anos)</b>     |              |          |
| 18 a 30                 | 23           | 4,8      |
| 31 a 40                 | 56           | 11,8     |
| 41 a 50                 | 101          | 21,3     |
| 51 a 60                 | 142          | 29,9     |
| 61 a 70                 | 124          | 26,1     |
| 71 a 80                 | 23           | 4,8      |
| >80                     | 6            | 1,3      |
| <b>Cor da pele</b>      |              |          |
| Branco                  | 379          | 79,8     |
| Negro                   | 92           | 19,4     |
| Outra                   | 4            | 0,8      |
| <b>Estado Civil</b>     |              |          |
| Solteiro(a)             | 91           | 19,2     |
| Separado(a)             | 60           | 12,7     |
| Viúvo(a)                | 51           | 10,8     |
| Casado(a)               | 272          | 57,4     |
| <b>Renda Familiar</b>   |              |          |
| >1 salário              | 193          | 40,6     |
| 1 a 3 salários          | 221          | 46,5     |
| 4 a 6 salários          | 51           | 10,7     |
| 7 a 9 salários          | 5            | 1,1      |
| > 9 salários            | 5            | 1,1      |
| <b>Escolaridade</b>     |              |          |
| Fundamental Incompleto  | 105          | 22,1     |
| Fundamental Completo    | 65           | 13,7     |
| Médio Completo          | 186          | 39,2     |
| Superior Completo       | 73           | 15,4     |
| Pós Graduação           | 46           | 9,7      |
| <b>Zona Residencial</b> |              |          |
| Urbana                  | 424          | 89,3     |
| Rural                   | 51           | 10,7     |

---

**Distância da Residência até  
o Núcleo do PVA**

|               |     |      |
|---------------|-----|------|
| 1 a 3 quadras | 117 | 24,6 |
| 4 a 6 quadras | 99  | 20,8 |
| 7 a 9 quadras | 84  | 17,7 |
| 10 quadras >  | 175 | 36,8 |

---

Fonte: Produzido pelos autores

A média de idade geral da população pesquisada foi de 53,61 anos (DP=12,5), sendo que os homens apresentaram média de 55,83 anos (DP=14,9) e as mulheres 53,50 anos (DP=12,39).

As médias gerais de peso e altura da população foram, respectivamente, de 71,35 Kg (DP=13,21) e 1,60m (DP=8,0), sendo que os homens apresentaram média de peso de 84,21kg (DP=13,1) e as mulheres 70,70Kg (DP=12,8). Quanto à estatura, a média verificada foi de 1,73m (DP=6,9) para os homens e 1,59m(DP=7,5) para as mulheres. Verifica-se na tabela 3 os dados de alguns fatores de risco observados nesta população.

**Tabela 3.** Estado Nutricional e Indicadores do Estilo de Vida

| <b>Variável</b>                | <b>N=475</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------|--------------|----------|
| <b>IMC</b>                     |              |          |
| Abaixo do Peso                 | 12           | 2,6      |
| Normal                         | 127          | 27,1     |
| Sobrepeso                      | 194          | 41,5     |
| Obesidade                      | 135          | 28,8     |
| <b>Tabagismo</b>               |              |          |
| Nunca fumei                    | 316          | 66,5     |
| Ex fumante                     | 137          | 28,8     |
| Fumante atual                  | 22           | 4,6      |
| <b>Hipertensão</b>             |              |          |
| Não                            | 277          | 58,3     |
| Sim                            | 198          | 41,7     |
| <b>Diabetes</b>                |              |          |
| Não                            | 411          | 86,5     |
| Sim                            | 64           | 13,5     |
| <b>Consumo de Medicamentos</b> |              |          |
| Não                            | 187          | 39,4     |
| Sim                            | 288          | 60,6     |

---

Fonte: Produzido pelos autores



Quanto ao uso de medicamentos, observou-se que os mais usados foram: para controle da pressão 45,14% (N=130), diabetes 10,42% (N=30) e doenças emocionais 10,07% (N=29). Dos que consumiam medicação, 34,3% (N=99) relataram diminuir o consumo de medicamentos após iniciar as atividades no PVA enquanto 60,0% (N=173) relataram não ter diminuído o consumo durante as aulas.

Com relação a variável renda não foi encontrada associação significativa com: IMC, diabetes e prática de AF fora do PVA antes da COVID-19. No entanto, encontrou-se associação significativa entre a variável renda e consumo de cigarros, onde observou-se que os indivíduos de menor renda apresentaram maiores índices de tabagismo ( $p=0,049$ ). Segundo a SEDES (Secretaria de Desenvolvimento Social), são consideradas famílias de baixa renda aquelas que possuem renda mensal por pessoa (renda per capita) de até meio salário mínimo ou renda familiar total de até três salários mínimos. Dos 22 fumantes presentes no estudo, 90,91% (N=20), possuíam renda familiar de até 3 salários mínimos e 9,09% (N=2), renda entre 4 e 6 salários.

Verificou-se uma associação significativa entre a variável renda com hipertensão ( $p=0,002$ ) e consumo de medicamentos ( $p=0,001$ ), onde as pessoas mais pobres apresentaram maiores níveis de hipertensão e consumo de medicamentos. Das 198 pessoas que afirmaram ter diagnóstico de hipertensão, 47% (N=93) dispunham de uma renda familiar de até um salário mínimo e 42,9% (N=85) possuíam renda entre 1 e 3 salários. Das 288 pessoas que consumiam algum tipo de medicação, 46,2% (N=133) dispunham de uma renda de até 1 salário mínimo e 40,6% (N=117) se enquadravam em uma renda familiar entre 1 e 3 salários.

Verificou-se associação significativa entre zona de moradia e hipertensão ( $p=0,005$ ), tabagismo ( $p=0,002$ ) e consumo de medicamentos ( $p=0,036$ ), onde as pessoas que moravam na zona rural apresentavam menores índices de hipertensão e praticamente não faziam uso de tabaco e medicamentos. Não foi encontrada associação entre as variáveis zona de moradia e diabetes.

A tabela 4 demonstra a associação bruta de idade com algumas variáveis independentes. Maiores níveis de idade foram associados à maior nível de IMC, tabagismo, hipertensão, consumo medicamentos, percepção de dores, satisfação com as aulas e participação nas aulas online.

**Tabela 4:** Associação entre idade, sexo, indicadores do EV e participação no PVA

| <b>IDADE</b>                                    | <b>18-30</b><br><b>% (n)</b> | <b>31-40</b><br><b>% (n)</b> | <b>41-50</b><br><b>% (n)</b> | <b>51-60</b><br><b>% (n)</b> | <b>&gt;60</b><br><b>% (n)</b> | <b>X<sup>2</sup></b> |
|-------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| <b>Sexo</b>                                     |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Feminino                                        | 4,8 (23)                     | 10,9 (52)                    | 20,0 (95)                    | 29,1(138)                    | 30,3 (144)                    | 0,4                  |
| Masculino                                       | 0,0 (0)                      | 0,8 (4)                      | 1,3 (6)                      | 0,8 (4)                      | 1,9 (9)                       |                      |
| <b>IMC</b>                                      |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Abaixo                                          | 1,1 (5)                      | 0,0 (0)                      | 0,2 (1)                      | 0,6 (3)                      | 0,6 (3)                       | <b>0,001</b>         |
| Normal                                          | 1,3 (6)                      | 3,4 (16)                     | 5,8 (27)                     | 7,9 (37)                     | 8,8 (41)                      |                      |
| Sobrepeso                                       | 1,3 (6)                      | 3,6 (17)                     | 9,0 (42)                     | 13,7(64)                     | 13,9 (65)                     |                      |
| Obesidade                                       | 1,3 (6)                      | 4,9 (23)                     | 6,4 (30)                     | 7,5 (35)                     | 8,8 (41)                      |                      |
| <b>Fumo</b>                                     |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Nunca fumei                                     | 4,6 (22)                     | 9,1 (43)                     | 15,6(74)                     | 17,7 (84)                    | 19,6(93)                      | <b>0,001</b>         |
| Ex fumante                                      | 0,0 (0)                      | 2,7 (13)                     | 4,2 (20)                     | 10,1 (48)                    | 11,8 (56)                     |                      |
| Fumante atual                                   | 0,2 (1)                      | 0,0 (0)                      | 1,5 (7)                      | 2,1 (10)                     | 0,8 (4)                       |                      |
| <b>Hipertensão</b>                              |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não                                             | 4,2 (20)                     | 9,3 (44)                     | 14,1 (67)                    | 18,1(86)                     | 12,6(60)                      | <b>0,001</b>         |
| Sim                                             | 0,6 (3)                      | 2,5 (12)                     | 7,2 (34)                     | 11,8 (56)                    | 19,6 (93)                     |                      |
| <b>Diabetes</b>                                 |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não                                             | 4,6 (22)                     | 11,4 (54)                    | 17,9 (85)                    | 25,9 (123)                   | 26,7 (127)                    | 0,07                 |
| Sim                                             | 0,2 (1)                      | 0,4 (2)                      | 3,4(16)                      | 4,0 (19)                     | 5,5 (26)                      |                      |
| <b>Medicamentos</b>                             |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não                                             | 3,8 (18)                     | 7,8 (37)                     | 10,9 (52)                    | 11,2 (53)                    | 5,7 (27)                      | <b>0,001</b>         |
| Sim                                             | 1,1(5)                       | 4,0 (19)                     | 10,3 (49)                    | 18,7 (89)                    | 26,5 (126)                    |                      |
| <b>AF fora do PVA antes da covid-19</b>         |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não                                             | 3,2 (15)                     | 7,8 (37)                     | 12,6 (60)                    | 17,3 (82)                    | 19,2 (91)                     | 0,8                  |
| Sim                                             | 1,7 (8)                      | 4,0 (19)                     | 8,6 (41)                     | 12,6 (60)                    | 13,1 (62)                     |                      |
| <b>Percepção de dores durante as atividades</b> |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não diminuíram                                  | 0,0 (0)                      | 0,0 (0)                      | 0,4(2)                       | 0,6(3)                       | 0,4(2)                        | <b>0,005</b>         |
| Diminuíram pouco                                | 1,1 (5)                      | 2,1 (10)                     | 3,0 (14)                     | 4,5 (21)                     | 6,6 (31)                      |                      |
| Diminuíram muito                                | 1,5 (7)                      | 3,6 (17)                     | 10,6 (50)                    | 16,8 (79)                    | 18,3 (86)                     |                      |
| <b>Satisfação com o PVA</b>                     |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Estava insatisfeito                             | 0,0 (0)                      | 0,4 (2)                      | 0,8 (4)                      | 1,1(5)                       | 0,2 (1)                       | <b>0,04</b>          |
| Nem insatisfeito/nem satisfeito                 | 0,0 (0)                      | 0,0 (0)                      | 0,8 (4)                      | 0,0 (0)                      | 0,2 (1)                       |                      |
| Satisfeito                                      | 1,9 (9)                      | 4,6 (22)                     | 5,1 (24)                     | 10,3 (49)                    | 8,8 (42)                      |                      |
| Muito satisfeito                                | 2,9 (14)                     | 6,7 (32)                     | 14,5 (69)                    | 18,5 (88)                    | 22,9 (109)                    |                      |
| <b>Participação aulas online/covid-19</b>       |                              |                              |                              |                              |                               |                      |
| Não                                             | 3,4 (16)                     | 8,4 (40)                     | 12,2 (58)                    | 12,2 (58)                    | 12,8 (61)                     | <b>0,001</b>         |
| Sim                                             | 1,5 (7)                      | 3,4 (16)                     | 9,1 (43)                     | 17,7 (84)                    | 19,4 (92)                     |                      |

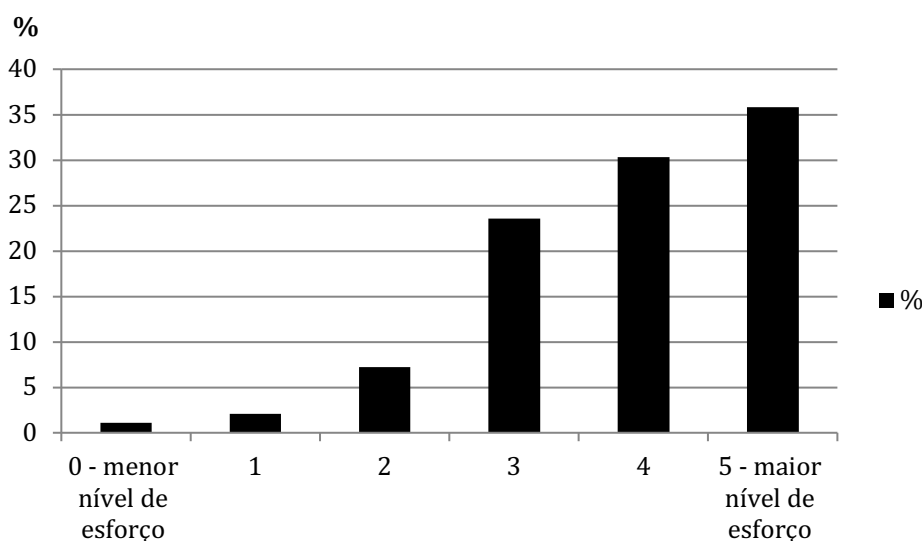
\* Resultado de P no teste do X<sup>2</sup>, intervalo de confiança de 0,5%. Fonte: Produzido pelos autores

## 9.2 Impactos do PVA nos indicadores de estilos de vida

Em relação à prática de AF antes de participar do PVA, 62,7% (N=298) responderam que ainda não haviam praticado, podendo-se compreender que mais da metade dos alunos iniciaram um estilo de vida ativo no PVA.

Sobre a forma de deslocamento, 63,6% (N=302) dos indivíduos iam a pé de casa até o núcleo que participava, 20%(N=95) iam de carro ou moto e 8% (N=38) iam de bicicleta. Com relação ao tempo de deslocamento até o núcleo de atividade, dos indivíduos que iam a pé ou de bicicleta 36,4% (N=124) levavam entre seis e 10 minutos, 29,12% (N=99) levavam entre um e cinco minutos para chegar até o local de atividades e 23,24% (N=79) levavam de 11 a 20 minutos para ir de casa até o núcleo.

Com relação à percepção de esforço, a figura 1 apresenta níveis encontrados durante a realização das aulas.



**Figura 1.** Percepção dos alunos sobre o nível de esforço realizado durante as aulas presenciais do PVA em uma escala de zero a cinco, onde, zero representa menor nível de esforço e cinco maior nível de esforço.

Quando questionados se caso o PVA não existisse fariam AF, 68% (N=323) dos participantes informaram que, nessa circunstância, não realizavam AF.

Quando questionados se amigos e/ou familiares participavam junto, 35,4% (N=168) relataram participar com amigos e 28,2% (N=134) participavam com familiares. Quando questionados sobre como chegaram até o PVA 85,3% (N=405) afirmaram conhecer as atividades através de amigos ou vizinhos e 5,3% (N=25) por meio de redes sociais.

Ao verificar-se os principais motivos de participação, 81,3% (N=386) considera o fato de ser atividade sem custo importante, 53,9% (N=254) o núcleo ser perto de casa, 51,9% (N=245) consideram o professor como um motivo de participação, 49,7% (N=235) acreditam que ter pessoas que já conheciam como colegas interferiu e 38% (N=180) indicaram a recomendação médica como motivo.

Sobre já terem se machucado em alguma atividade do PVA 96,6% (N=459) dos alunos afirmaram nunca ter se lesionado durante as aulas. A tabela 5 apresenta dados referentes à participação dos alunos nas atividades do PVA.

**Tabela 5: Variáveis referentes a participação dos alunos nas atividades do PVA**

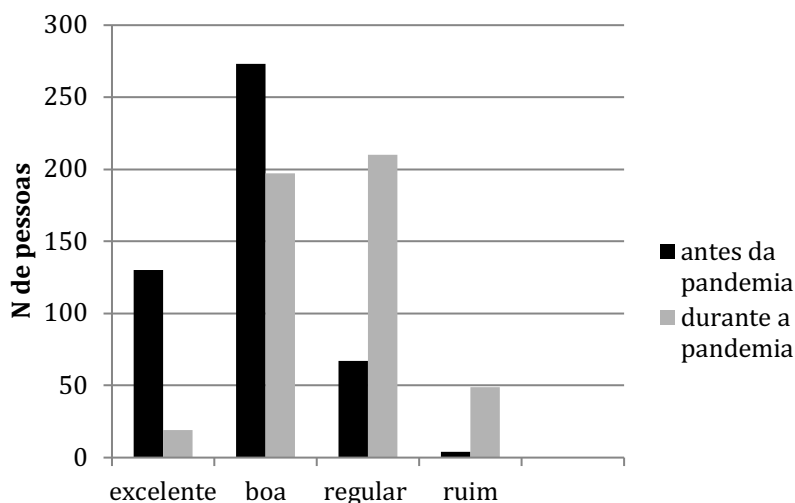
| <b>Variável</b>                   | <b>N=475</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|--------------|----------|
| <b>Tempo de participação</b>      |              |          |
| 6 a 12 meses                      | 92           | 19,4     |
| 1 a 2 anos                        | 196          | 41,3     |
| 3 a 4 anos                        | 137          | 28,8     |
| 5 anos ou mais                    | 50           | 10,5     |
| <b>Frequência de participação</b> |              |          |
| 1 vez por semana                  | 48           | 10,1     |
| 2 vezes por semana                | 354          | 74,5     |
| 3 vezes por semana                | 43           | 9,1      |
| 4 vezes por semana                | 27           | 5,7      |
| 5 vezes por semana                | 3            | 0,6      |
| <b>Turno que participa</b>        |              |          |
| Manhã                             | 107          | 22,5     |
| Tarde                             | 191          | 40,2     |
| Noite                             | 125          | 26,3     |
| Manhã e tarde                     | 32           | 6,7      |
| Tarde e noite                     | 14           | 2,9      |
| Manhã e noite                     | 5            | 1,1      |
| Manhã, tarde e noite              | 1            | 0,2      |
| <b>Quantos núcleos participa</b>  |              |          |
| 1 núcleo                          | 397          | 83,6     |
| 2 núcleos                         | 74           | 15,6     |
| 3 núcleos ou mais                 | 4            | 0,8      |
| <b>Bairro que participa</b>       |              |          |
| Areal                             | 30           | 6,3      |
| Centro                            | 158          | 33,3     |
| Fragata                           | 78           | 16,5     |
| Laranjal                          | 5            | 1,1      |
| São Gonçalo                       | 27           | 5,7      |
| Três vendas                       | 128          | 27,0     |
| Zona Rural                        | 48           | 10,1     |

|                                                         |     |       |
|---------------------------------------------------------|-----|-------|
| <b>Percepção de melhoras em saúde com as aulas</b>      |     |       |
| Não                                                     | 1   | 0,2   |
| Sim                                                     | 474 | 99,8  |
| <b>Percepção de dores antes de iniciar no PVA</b>       |     |       |
| Não                                                     | 145 | 30,5  |
| Sim                                                     | 330 | 69,5  |
| <b>Percepção de dores durante a participação no PVA</b> |     |       |
| Dores não diminuíram                                    | 7   | 2,1   |
| Dores diminuíram um pouco                               | 81  | 24,5  |
| Dores diminuíram muito                                  | 239 | 72,42 |
| <b>Satisfação com o PVA</b>                             |     |       |
| Estava insatisfeito                                     | 12  | 2,5   |
| Nem insatisfeito/nem satisfeito                         | 5   | 1,1   |
| Satisfeito                                              | 146 | 30,7  |
| Muito satisfeito                                        | 312 | 65,7  |
| <b>O que modificaria</b>                                |     |       |
| Nada                                                    | 171 | 46,3  |
| Mais aulas                                              | 117 | 31,7  |
| Alteração de horário                                    | 12  | 3,3   |
| Retorno às aulas presenciais                            | 10  | 2,7   |
| Alteração/ Permanência do Prof                          | 9   | 2,4   |
| Ampliação de núcleos                                    | 8   | 2,2   |
| Mais tempo de aula                                      | 8   | 2,2   |
| Outros motivos                                          | 140 | 9,2   |

Fonte: Produzido pelos autores

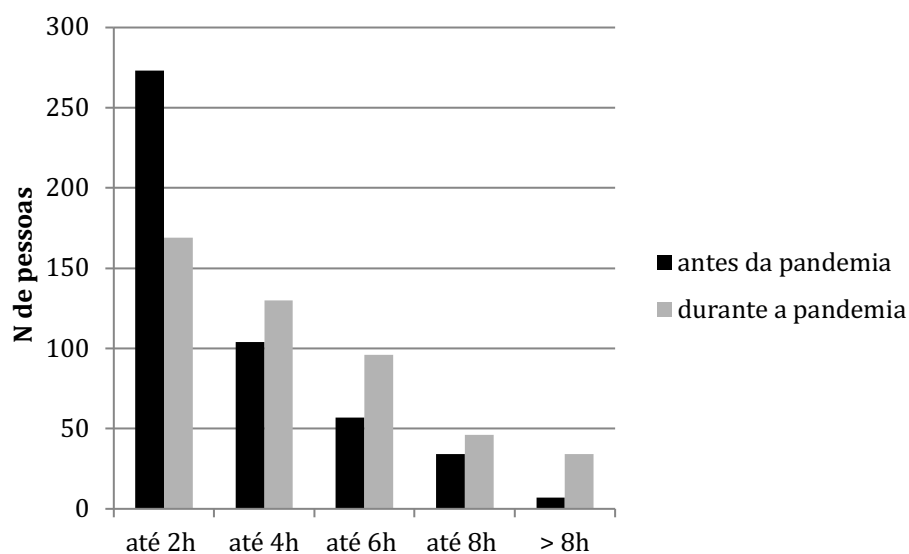
## 9.2 Impactos da Pandemia na saúde, níveis de AF, tempo sedentário.

A percepção de saúde dos participantes do PVA sofreu algumas alterações durante o período de isolamento social. A figura 2 retrata algumas destas alterações.



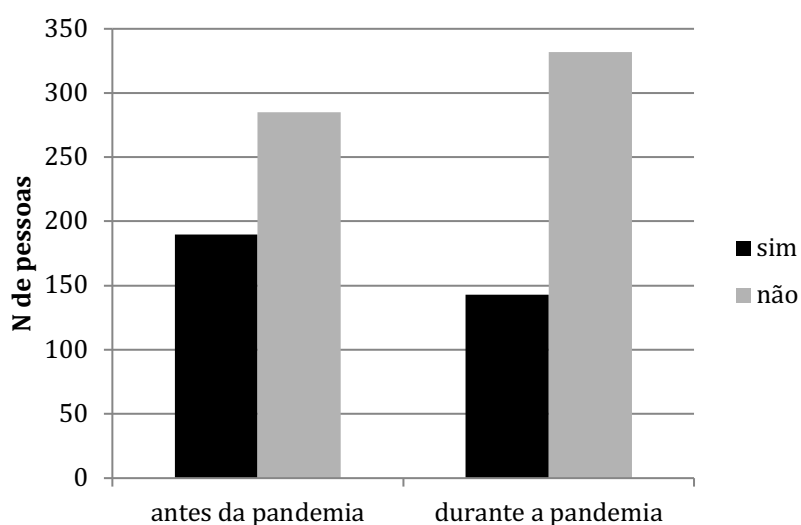
**Figura 2:** Percepção de saúde relatada pelos alunos antes e durante o período da COVID -19.

Com relação à atividade sedentária, a figura 3 apresenta as mudanças ocorridas no período anterior e posterior à COVID/19, demonstrando que houve um aumento significativo do tempo sedentário nos maiores números de horas. Pessoas que ficavam até duas horas sentadas ou deitadas passaram a ficar 4, 6, 8 ou mais horas inativas.



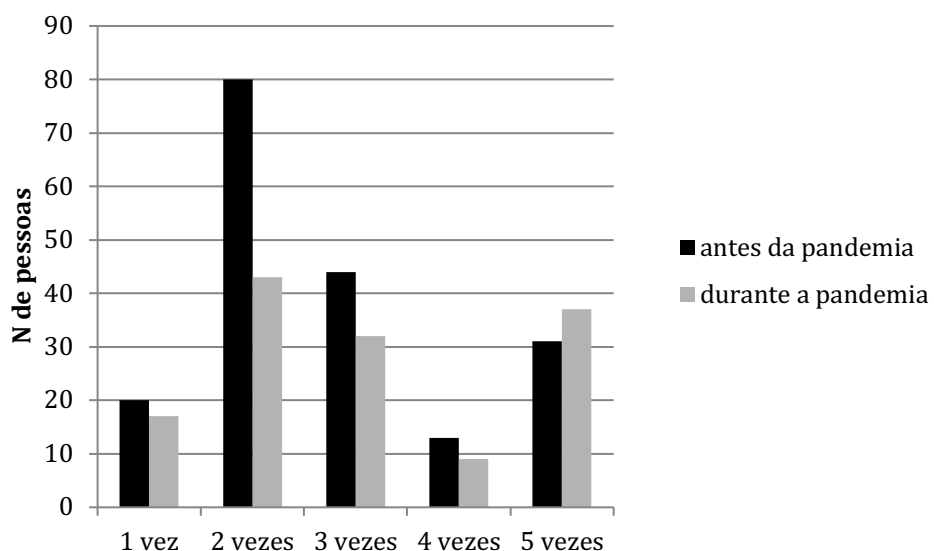
**Figura 3:** Tempo sentado ou deitado durante o dia, excluindo o horário de sono, antes e durante a COVID-19.

Quanto às atividades físicas realizadas fora do PVA, a figura 4 apresenta as mudanças ocorridas no período anterior e posterior à COVID-19.



**Figura 4:** Prática de AF fora do PVA antes e durante o período de COVID-19.

Foi analisada também a quantidade de vezes que os praticantes realizavam AF fora do PVA, a qual está descrita na figura 5.



**Figura 5:** Número de vezes na semana que os participantes praticavam AF fora do PVA, antes e durante a COVID-19.

A tabela 6 apresenta os resultados referentes a participação dos alunos nas aulas online realizadas durante o período da COVID-19.

**Tabela 6:** Participação nas aulas online no período de pandemia

| Variável                                     | N=475 | %    |
|----------------------------------------------|-------|------|
| <b>Participação aulas online</b>             |       |      |
| Não                                          | 233   | 49,1 |
| Sim                                          | 242   | 50,9 |
| <b>Motivos de não participar aula online</b> |       |      |
| Falta de motivação                           | 101   | 45,6 |
| Falta de tempo                               | 52    | 23,1 |
| Não consegue fazer sozinho                   | 52    | 24,8 |
| Não consegue acessar a página                | 28    | 12,0 |

## 10 Discussão dos resultados

Este foi o primeiro estudo que verificou o perfil dos participantes do PVA na cidade de Pelotas/RS. De acordo com os resultados, a participação das mulheres nas atividades do PVA foi expressivamente superior que a dos homens, corroborando com estudos anteriores de Benedetti *et al.* (2012) e Borges *et al.* (2008), que identificaram uma baixa participação de homens em grupos de convivência. Parte desta diferença em relação à participação dos gêneros pode estar relacionada ao fato de que os homens possam considerar as atividades inadequadas por não exigirem muito esforço físico ou por entenderem que as modalidades ofertadas possam interferir na masculinidade e acabam buscando outros espaços como clubes, grêmios recreativos, praças, bares, etc., (RIBEIRO, 2012).

Para Borini (2002), esse fato pode estar relacionado à diferença da motivação das mulheres em participar das atividades de lazer, em relação aos homens. Segundo o autor, muitas idosas exerceram papéis restritos ao ambiente doméstico a vida inteira, sendo as donas-de-casa, mães e esposas. Participar de atividades como o PVA é uma libertação. As experiências vividas nessas atividades se tornam algo singular, desperta o interesse em novas vivências, e com isso, a motivação.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), há maior resistência dos homens aos cuidados à atenção primária da saúde, e essa diferença não se dá exclusivamente em programas de AF.

Ao se direcionar ações aos grupos de participantes do PVA, especialmente aos idosos, ao mesmo tempo em que é preciso considerar participação em massa de indivíduos do sexo feminino e as suas especificidades, deve-se buscar alternativas que atraiam homens, oportunizando benefícios em integração social, AF e qualidade de vida também a estes. A implementação de modalidades de esportes coletivos para grupos de adultos e idosos possivelmente será uma alternativa que trará resultados positivos, pois se tratam de atividades envolvente e culturalmente mais aderidas por homens.

A média de idade dos participantes foi de 53,61 anos (DP=12,5) e a maioria tinha mais de 50 anos. Borges *et al.* (2008), consideram que o grande número de idosos jovens nos grupos de convivência pode estar associado à maior independência funcional destes, pois com o passar do tempo, a tendência é que a autonomia funcional diminua, ocasionando o afastamento de idosos em atividades



fora do lar. Alguns autores consideram idosos jovens aqueles que possuem entre 60 e 79 anos de idade (NAVARRO *et al.*, 2015; REIS *et al.*, 2016).

O PVA atende em sua maior parte pessoas em vulnerabilidade social, por ser um projeto que acontece dentro da comunidade Pelotense, facilitando o alcance deste, a pessoas de baixo poder aquisitivo, já que essas não precisam gastar com deslocamento e desfrutam de atividades gratuitas com professores qualificados nos seus bairros. Essas pessoas, pertencentes às classes sociais mais baixas, possivelmente não teriam condições de frequentar locais particulares como clubes, academias e centros de AF, viabilizando dessa maneira, a extrema importância de programas como PVA, que pode representar, para muitos, a única possibilidade de permanecerem ativos fisicamente com auxílio profissional. Nesse sentido, estudos que analisaram condições socioeconômicas associadas à práticas de atividades físicas, apresentaram maiores níveis de atividade física no lazer associados à indivíduos com maior poder aquisitivo, escolaridade e status profissional. (RODRIGUES *et al.*, 2017)

A frequente participação de pessoas com esse perfil socioeconômico pode estar associada ao tipo de atividade oferecida nos grupos de convivência, que não requer escolaridade mínima para participação e entendimento (BENETTI *et al.* 2008). O baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento de doenças, dificultando a adesão em grupos de convivência, bem como a compreensão da importância do autocuidado com a saúde, da correta realização de um tratamento proposto, bem como a promoção de estilo de vida saudável (ARAÚJO *et al.* 2017; ALMEIDA *et al.* 2017). Dessa forma, é preciso cuidado ao se planejar e conduzir ações do PVA e considerar sempre atividades adequadas a cada grupo, possibilitando metodologias que garantam a compreensão integral e a equidade dos participantes durante as aulas.

Os resultados identificaram que grande parte da amostra encontra-se com excesso de peso, sendo que as pessoas mais velhas apresentaram maiores índices de sobrepeso e obesidade. No estudo realizado por Moreira *et al.*, (2016) apresentou resultados semelhantes, justificando que os idosos apresentam perda muscular, aumento da obesidade e um declínio funcional, devido ao aumento da idade.

Considerando o período anterior à COVID-19, quando os alunos frequentavam as aulas presenciais do PVA, a maioria dos participantes considerou a saúde como sendo boa e excelente, apesar de que, a maior parte declarou consumir algum tipo de medicamento, principalmente pessoas em idade avançada. Assim como no estudo de Borges *et al.* (2008), é possível considerar que o consumo de medicamentos em sua maior parte por idosos, provavelmente indique controle e tratamento das doenças associadas com menor efeito das comorbidades. Além do que, um terço dos participantes diminuiu o consumo de medicamentos após terem iniciado as atividades no PVA.

Durante o período de COVID-19, a maior parte dos participantes passou a perceber a saúde como regular, indicando que a falta de atividades presenciais, contribuiu para a piora de percepção de saúde. Esses resultados sugerem que os núcleos de atividades do PVA podem ser considerados importantes veículos de fomento de qualidade de vida e controle dos principais problemas de saúde, especialmente em idosos. Além disso, para alguns autores a participação social é um fator protetor para redução do risco de declínio funcional e independência, especialmente de idosos (MARTINS 2017; SANTOS 2015).

Apesar de fundamental para o controle da COVID-19, o distanciamento social ocasionou transtornos psíquicos graves, associados à sensação de solidão e afastamento de familiares e amigos, às alterações nas condições socioeconômicas, à falta de domínio em relação a própria vida e a preocupação com a saúde (MORETTI *et al.*, 2020; LIMA *et al.* 2020).

A chegada da COVID-19 estabeleceu um modelo de distanciamento social, que provocou uma circulação restrita de indivíduos nas cidades, um crescimento do trabalho remoto e uma redução do convívio com outras pessoas. Dessa maneira, a consequência do fechamento de locais para a vivência do tempo livre e do lazer (praças, cinemas, bares, teatros, parques, programações ao ar livre etc.) foi a adoção de uma vida mais doméstica (MONTENEGRO *et al.*, 2020).

É possível perceber que esse cenário trouxe um grande impacto na vida dos alunos do PVA e um aumento considerável de tempo ocioso. Muitas pessoas que ficavam até duas horas por dia sentadas ou deitadas passaram a ficar quatro horas ou mais inativas e, possivelmente, o fato dos alunos não terem aulas presenciais nesse período contribuiu para esse aumento.

No período anterior a COVID-19, mais da metade dos participantes relataram praticar AF somente no PVA, e os outros 40% afirmaram praticar AF fora, se aproximando dos resultados do estudo de Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) no qual, metade dos sujeitos investigados (50,3%) relataram participar de outras práticas de AF, além do Programa. Porém, durante a COVID-19, mais da metade dos participantes que haviam relatado praticar AF fora do PVA informaram não estar fazendo essas atividades. Esse resultado reafirma a consequência negativa da COVID-19 em relação aos alunos que possuíam um estilo de vida ativo e, após o cenário de isolamento social, se encontram rumo ao sedentarismo.

A maior parte dos participantes residiam nas proximidades dos núcleos, com distâncias que variavam de uma à nove quadras do local onde aconteciam as atividades e o principal meio de locomoção apresentado pelos alunos foi a caminhada, sendo que a maioria levava entre um e 10 minutos para chegar até o local de atividades. Esse resultado se aproximou de outros estudos como Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) que verificou o perfil dos usuários de programas de AF oferecidos pelo NASF em Londrina, onde foi observado que a média de tempo de deslocamento dos participantes foi de 7,82 minutos e pouco mais da metade das pessoas levava menos que cinco minutos para chegar até o local de atividades. Já o tempo médio gasto pelos usuários do programa de promoção da AF Academia da Cidade de Recife, Pernambuco para se deslocar da sua residência para o polo foi de 15,2 minutos (HALLAL *et al.* 2010).

A proximidade com a residência é um fator fundamental para a permanência dos alunos nas atividades, assim como mostra o estudo de Amorim (2013) que analisou Programas de Promoção de AF no Brasil e constatou que a distância da residência até os locais de prática podem ser considerados como barreiras para os “não-usuários” dos programas de AF.

Outro dado relevante observado nesta pesquisa é de que a grande maioria (68%) dos participantes informaram que se o PVA não existisse, estes não realizaram AF. Além disso, 62,7% afirmaram que antes do PVA não praticavam AF. Esses dados traduzem o impacto efetivo da intervenção na vida dos participantes, sendo importante salientar que essa política pública vai além de promover um estilo de vida ativo e qualidade de vida dos alunos, ela certamente refletirá nos gastos do SUS em manutenção de saúde, em relação às enfermidades e mortes evitáveis.

No geral, os alunos consideram realizar muito esforço durante as aulas do PVA e a grande maioria dos participantes participava das atividades do PVA com amigos e familiares, considerados, em muitos estudos estimuladores para a prática de AF. No estudo de Amorim (2013), aqueles que indicaram tanto serem convidados por familiares ou amigos, como incentivados por estes à prática de AF, tiveram menores percentuais de inatividade, assim como o estudo de Collet et al (2008), que investigou fatores determinantes para realizações de AF e constatou que o apoio e incentivo de amigos, familiares e/ou companheiros como um dos principais indicadores ao estímulo da prática de AF.

Através dessa pesquisa foi possível verificar que os alunos sofreram um número irrisório de lesões ao participarem das atividades do PVA. Isso se explica pelo fato de que os profissionais que conduzem as atividades são cuidadosos com o planejamento e execução das atividades, compreendendo que cada aluno possui sua especificidade e que é preciso ter atenção com todos, igualmente.

No PVA, as atividades podem acontecer uma, duas ou três vezes por semana em cada núcleo, sendo que a maioria dos locais oferecem aulas duas vezes por semana. Apesar dos alunos terem a possibilidade de participar em mais de um núcleo, em diferentes dias e horários, a maior parte relatou participar duas vezes na semana das atividades, acompanhando a rotina da maioria dos locais, já que a maior parte dos alunos informou participar em apenas um núcleo. Estes achados concordam com os de Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) onde a maior parte dos participantes referiu participar em até dois dias semanais (61,1%) e discordam dos achados sobre o PAC-Recife, onde a maior parte dos usuários afirmou participar quatro vezes ou mais por semana (HALLAL *et al.*, 2010).

Quanto ao grau de satisfação com as atividades do PVA, 96,4% dos participantes informaram estar muito satisfeitos ou satisfeitos e apenas 2,5% relataram insatisfação. Foi observado que as pessoas mais velhas apresentaram maiores índices de satisfação. Esses achados são coerentes com a análise feita por Hallal *et al.* (2010), no qual os entrevistados que participaram do programa demonstraram estar satisfeitos com as atividades oferecidas e com os profissionais do programa Academia da Cidade de Recife. Dessa forma, compreende-se que o PVA está atendendo aos anseios da comunidade Pelotense, visto que a manutenção e continuidade de uma prática de AF regular dependem da satisfação dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ao que se refere à percepção de melhoras em saúde durante a participação no PVA, houve praticamente uma unanimidade entre os participantes, onde apenas uma pessoa não percebeu mudanças positivas em sua saúde durante as aulas. A percepção de saúde deve ser observada com atenção, pois vem sendo considerada como um importante preditor da percepção de saúde geral e mortalidade (VAGETTI *et al.*, 2013). Tais constatações são confirmadas no estudo de Desalvo (2011), que analisou uma amostra de adultos dos Estados Unidos e verificou que os participantes com piores índices de auto percepção em saúde apresentaram um risco significativamente maior de mortalidade.

Quanto à percepção de dores, 69,5% dos participantes relataram sentir dores antes de iniciarem a frequentar o PVA, e destes, 97% perceberam que suas dores diminuiriam muito ou diminuiriam um pouco após começarem a frequentar as aulas. Quanto mais velhos os participantes, maior a percepção que as dores diminuiriam.

Esses resultados são importantes e fundamentais para continuidade dos alunos, pois, além de ser considerada como um aspecto limitante no dia a dia dos participantes, a dor dificulta a rotina, podendo ocasionar até mesmo isolamento social. Os resultados apresentados concordam com um estudo realizado em por Pozena e Cunha (2009), em Lourdes/São Paulo, que verificou a importância da AF diária como proposta para auxiliar o controle do sedentarismo e das doenças degenerativas crônicas não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família, onde 47% dos pacientes com tratamento prolongado na clínica tiveram melhora do quadro de dor, inclusive recebendo alta do tratamento fisioterápico. Nessa perspectiva, Oliveira, Fernandes e Daher, (2014), investigaram a intensidade da dor em 29 indivíduos que adotaram um programa de exercícios físicos domiciliares e concluiu que a aplicação de um programa com predomínio da prescrição de exercícios apresentou melhora efetiva no limiar de dor em paciente com dor crônica inespecífica, evidenciando que os exercícios são efetivos em prevenir o aumento da dor, chegando, inclusive, a minimizá-la.

Pouco menos da metade dos participantes relataram não querer modificar nada no PVA, demonstrando além de satisfação, o interesse na continuidade e crescimento deste, visto que, entre as sugestões de possíveis modificações, uma fração considerável de alunos sugeriu que as atividades fossem ampliadas, possivelmente, na expectativa de aumentar os níveis de AF e o alcance a novos alunos. Já no estudo de Hallal *et al.* (2010), que avaliou o PAC Recife, 61% dos

participantes responderam que se pudessem melhorariam a estrutura, incluindo aquisição de novos materiais, enquanto 12% não modificariam nada.

Foi observado que metade dos alunos permaneceram participando das atividades online no período de COVID-19 e os alunos mais velhos eram os que mais participavam dessas atividades, possivelmente por terem mais disponibilidade de horários em comparação aos mais jovens. Dentre os principais motivos de não participarem das atividades online, a motivação foi o principal fator apontado pelos participantes, assim como no estudo de Souza e Graça (2020), que verificou o nível de AF de praticantes de exercício físico no sul de Santa Catarina durante a COVID-19 e 80,2% (154 pessoas) da amostra afirmaram estar sem nenhuma ou com pouca motivação para realizar AF durante a quarentena. No entanto, considerando o cenário e todas as consequências relacionadas à pandemia Covid-19, pode-se entender que o PVA conseguiu alcançar uma parcela considerável de alunos durante esse período.

Além desses, outros motivos também foram relatados pelos participantes para não participar das aulas online, como, não conseguirem executar as atividades sozinhos e não ter tempo para participarem das atividades. Isso possivelmente ocorreu, porque durante o período de quarentena as livres de atividades oferecidas estavam acontecendo em horários fixos (10h da manhã e 18h da noite), enquanto que no período presencial havia maior oferta de horários.

Quanto à utilização de cigarros, os dados deste estudo corroboram com os achados do Ministério da Saúde, que em pesquisa especial de tabagismo, verificou maior prevalência de fumantes em pessoas com menor renda e escolaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O fato de apenas 22 pessoas serem fumantes, somando a condição de estarem buscando um programa de AF pode caracterizar a amostra como pessoas que cuidam e preocupam-se com a saúde.

As pessoas que moravam na área rural apresentaram menores índices de diagnósticos de hipertensão e de consumos de medicamentos. A baixa frequência de diagnóstico na zona rural, em parte pode ter relação com maiores distâncias da residência à unidade de saúde, dificuldades de transporte e outros fatores capazes de diminuir a procura por serviços de saúde (IBGE, 2010). Outra possibilidade é de que as pessoas que moram na zona rural sejam mais ativas fisicamente e conservem hábitos alimentares mais saudáveis, devido ao estilo de vida que levam nessas localidades. Além disso, as pessoas que residem na zona rural

apresentaram menores índices de consumo de tabaco. Dessa maneira, morar na zona rural pode ser considerado fator de proteção para uso de cigarro, consumo de medicamentos e hipertensão.

## **11. Considerações Finais**

Percebe-se com no estudo realizado no PVA amostra diversificada com  $n=475$  ao qual foi aplicado um instrumento para sua caracterização. Este, de forma satisfatória indicou que o PVA da cidade de Pelotas/RS era frequentado principalmente por mulheres, de cor de pele branca, casadas, com 51 anos ou mais de idade, residentes da zona urbana, pertencentes às classes sociais baixas, com IMC relativo à sobrepeso e baixa escolaridade.

Desta forma identificou-se através do relato dos alunos pelo menos uma comorbidade, uso de medicamentos e sobrepeso. A hipertensão foi o diagnóstico mais presente entre os alunos e a maioria dos participantes não faziam uso de tabaco.

Os resultados apresentados neste estudo permitiram concluir que a prática regular de AF através das ações desenvolvidas pelo PVA, são fundamentais para a promoção da saúde e qualidade de vida dos participantes. De acordo com a percepção dos alunos, a participação nas atividades está associada à diminuição de dores, diminuição de uso de medicação, diminuição de tempo sedentário, maiores níveis de esforço físico e questões relacionadas à sociabilização e integração social proporcionando um melhor estilo de vida aos participantes.

Foi observado, nesta pesquisa, que a grande maioria dos participantes não realizaria AF caso o PVA não existisse e que muitos não praticavam AF antes de iniciarem no PVA. De modo geral, os alunos encontram-se satisfeitos com as atividades.

Fica evidente que a AF compreende um papel indispensável na vida dos participantes do PVA, visto que a maioria considerou a saúde como sendo boa e excelente durante o período de aulas. Entretanto, a suspensão das atividades presenciais devido ao cenário pandêmico, ocasionou um impacto negativo na percepção de saúde de muitos participantes, indicando que a participação dos alunos nas atividades do PVA pode ser considerada importante veículo de fomento de controle dos principais problemas de saúde. Foi possível perceber ainda que a

chegada da COVID-19 impulsionou impactos no aumento de tempo ocioso e em menores níveis de AF dentro e fora do PVA.

Conhecer o perfil dos alunos nos seus diferentes contextos de vida atinge uma implicação importante na definição de políticas públicas, reafirmando a importância da manutenção e investimentos voltados à promoção de AF e saúde da população pelotense. O impacto de intervenções como o PVA, vão além de promover um estilo de vida ativo e qualidade de vida dos alunos, eles refletem nos gastos do SUS em manutenção de saúde, em relação às enfermidades e mortes evitáveis.

Durante essa pesquisa constatou-se que, embora existam inúmeros programas de promoção de AF e saúde em diferentes cidades, há poucos estudos que evidenciam o perfil dos frequentadores desses programas, indicando potenciais a serem explorados nesta área. Pesquisas como esta servirão como bases científicas para que as esferas governamentais percebam os potenciais em tais políticas públicas de prevenção e manutenção da saúde da população.

O PVA, até a presente data é uma política pública de governo transitória. Com os dados obtidos nessa pesquisa, conclui-se que os resultados ultrapassam a esfera da AF, alcançando benefícios sociais e psicológicos, compreendendo a saúde dos participantes de maneira global. Os achados indicam que há um desejo da população de que essas ações se tornem permanentes, visto que, garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, tratam-se de direitos previstos na constituição.



## Referências

- ALLSEN, P. E., HARRISON, J. M. e VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida**. 1ª edição brasileira, Barueri: Editora Manole. 2001.
- ALMEIDA P, MENDONÇA MA, MARINHO MS, SANTOS LS, ANDRADE SMB, REIS LA. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Rev Sobama** 2017;18(1):53-64.
- AMORIM TC, KNUTH AG, CRUZ DKA, MALTA DC, REIS RS, HALLAL PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde** 2013; 18:63-74.
- ARAUJO L.S.A., MOREIRA A.C.A., FREITAS C.A.S.L., SILVA M.A.M., VAL D.R. Idosos e grupos de convivência: motivos para a não adesão. **Sanare Revista de Políticas Públicas** 2017;16(01):58-67.
- ARMSTRONG T; BULL F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *J Public Health* 2006; 14: 66-70.
- BERNI, K. D. C.; QUEVEDO, L. **Projeto Vida Ativa: Pelotas em Movimento** 1. ed. Amazon, 2019. v. 1. 40p.
- BECKER L., GONÇALVES P., REIS R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de atividade física e Saúde** 2016 ;21(2):110-22.
- BENEDETTI T.R.B., M.A.Z.O. G.Z., BORGES L.J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência e Saúde Coletiva** 2012; 17(8):2087-2093.
- BIELEMANN R.M., KNUTH A.G., HALLAL P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao sistema Único de saúde. **Revista Brasileira de atividade física e Saúde** 2010;15(1):8-14.
- BLAIR, S. N. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, v. 43, n. 1, p. 1-3, 2009.
- BONFIM, M. R, COSTA, J.L.R.; MONTEIRO H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 167-173, jun. 2012.
- BORGES P.L., BRETAS R.P., AZEVEDO S.F., BARBOSA J.M.M. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saude Publica** 2008; 24(12):2798-2808.
- BOWLING, A., WINSOR J. Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82, 2001

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Política Nacional da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Política Nacional da Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: MS; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: . Acesso em: 29 mar. 2010.-

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. 2013. 182 p. : il. ISBN 978-85-334-2092-2

BUENO D. R., MARUCCI M. F. N., CODOGNO J.S., ROEDIGER M.A. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. Ciênc. saúde colet. 21 (4) Abr 2016 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.09082015>

CAMPBELL, J. P.; TURNER, J. E. Debunking the Myth of Exercise-Induced Immune Suppression: Redefining the Impact of Exercise on Immunological Health Across the Lifespan. 2018. **Frontiers in immunology**, 9, 648. doi.org/10.3389/fimmu.2018.00648.

Borini M.L.O., Cintra FA. Representações sociais da participação em atividades de lazer em grupos da Terceira Idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2002 setembro-outubro; 55(5):568-74.

COLLET, C.; CHIARADIA, B.M.; REIS, R.S.; NASCIMENTO, J.V.; Fatores determinantes para a realização de atividades físicas em parque urbano de Florianópolis. revista brasileira de atividade física & saúde, vol. 13, nº 1, 2008.

DE VITTA A. Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos, sedentários e ativos [tese de doutorado]. Campinas: **Universidade Estadual de Campinas**; 2001.

DESALVO K.B., MUNTNER P. Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. *Ochsner J* 2011; 11: 232-40.

FARIAS JR, J. C. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. vol.7 no.2 Recife Apr./June 2007

FERREIRA, M. S. NAJAR, A. L. Campanhas e programas de atividades físicas. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, supl.0, Rio de Janeiro, set./dez. 2005, p.207-219.

FREITAS, C. M. *et al.* Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 2007. Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 92-100.

GARCIA L.P., DUARTE E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2020; 29(2):e2020222.

GOMES, K. T.; ZAZÁ, D. C. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Londrina, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2009.

HALLAL, P.C. *et al.* Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas: RS, v.14, n.2, p. 104-114, 2009.

HALLAL P.C., TENÓRIO M.C.M.; TASSITANO R.M.; REIS, R.S.; CARVALHO, Y.M. CRUZ, D K.A.; DAMASCENA, W.; MALTA D.C. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.26 nº.1 Rio de Janeiro, 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)- Práticas de Esporte e Atividade Física, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf> Acesso em 15 de setembro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

IEPSEN, A. M. **Perfil dos frequentadores das academias ao ar livre da cidade de Pelotas-RS**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

JESUS, G. M., JESUS, E. F. A. Níveis de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. Florianópolis, v. 34, n. 2, p. 433-448, abr./jun. 2012.

KNUTH, A. G. Comparação da atividade física em adultos de Pelotas-RS por um período de cinco anos [dissertação de mestrado]. **Universidade Federal de Pelotas**; 2008.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; CRUZ, D. K.; FREITAS, P. C. de; LOPES, M. P.; FAGUNDES, J.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C. REDE NACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: RESULTADOS E ESTRATÉGIAS AVALIATIVAS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 229–233, 2012. DOI: 10.12820/rbafs.v.15n4p229-233. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/730>. Acesso em 11 de setembro de 2021.

LEE, I. M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, p. 219-229, 2012.

LIMA S.O., SILVA M.A., SANTOS M.L.D., MOURA A.M.M., SALES L.G.D., MENEZES L.H.S, E.T A.L. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** 2020; (46): e4006. <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>

LOCH M.R., RODRIGUES C.G., TEIXEIRA D.C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens?...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 35, n. 4, p. 947-961, out./dez. 2013.

LUAN, X., TIAN, X., ZHANG, H., HUANG, R., LI, N., CHEN, P., & WANG, R. (2019). Exercise as a prescription for patients with various diseases. **Journal of sport and health science**, 8(5), 422–441. doi.org/10.1016/j.jshs.2019.04.002

LUCCHESI, P. T. Políticas Públicas em Saúde Pública. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública - Projeto ITD . **Biblioteca Virtual em saúde - Saúde Pública** Brasil. 2004. Disponível: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf)> Acesso em 02 de agosto de 2020.

MAINO, Michele de Campos. Projeto Vida Ativa: uma política pública de lazer municipal em Pelotas-RS. 2014. [Monografia] (Curso de Especialização em Gestão Pública e Desenvolvimento Regional). **Universidade Federal de Pelotas**, Pelotas, 2014.

MALTA, D.C., SZWARCOWALD, C. L., BARROS, M. B. A., GOMES, C. S., MACHADO, Í. E., SOUZA JÚNIOR, P. R., ROMERO, D. E., LIMA, M. G., DAMACENA, G. N., PINA, M. F. FREITAS, M. I. F., WERNECK, A. O., SILVA, D. R. P., AZEVEDO, L.O. & GACIE, R. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], vol.29, n.4. 2020.

MARQUES, M. C. M. P.; MENDES, F. R. P.; SERRA, I. C. C. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 2, 2017

MALTA D. C.; FRANÇA E.; ABREU D. M. X; PERILLO R. D.; SALMEN M. C.; TEIXEIRA R. A.; PASSOS V.; SOUZA M. F. M.; MOONEY M.; NAGHAVI Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo

estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. Sao Paulo Medical Journal. vol.135 no.3 São Paulo May/June 2017.

MATSUDO S.M., MATSUDO V.R., ARAUJO T.L., ANDRADE D.R., ANDRADE E.L., OLIVEIRA L.C., BRAGGION G.F. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. **Revista Pan Americana de Salud Pública**. 2003;14:265-72. 9.

MENDES NETTO, R.S.; SILVA, C.S.; COSTA, D.; RAPOSO, O.F.F. Nível de atividade física e qualidade de vida de estudantes universitários da área de saúde. **Revista de Atenção a Saúde**. Vol. 10. Num. 34. 2012. p.47-55.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso) acesso 16 de maio de 2020.

MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C., orgs. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós [online]. 2002. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 344 p. ISBN 978-85-7541-366-1. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf#page=152> Acesso em 20 de abril de 2021.

MOREIRA P.L., CORREA C.R., CORRENTE J.E., MARTINS L.C., BOAS P.J., FERREIRA AL. Anthropometric , functional capacity , and oxidative stress changes in Brazilian community-living elderly subjects. A longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. **National Library of Medicine**. 2016;66:140-6.. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27323308/>. Acesso em 11 de setembro de 2021.

MORETI A. C.; ALMEIDA V.; WESTPHAL M.F.; BOGUS, C.M.; **Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde**. Saúde soc. [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.346-354.

MORETTI S.A., GUEDES-NETA M.L., BATISTA E.C. Nossas Vidas em Meio à COVID-19 da COVID - 19: Incertezas e Medos Sociais. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva** 2020; 4(2): 32-41.

MOYSES, S. J; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.3, pp.627-641. ISSN 1678-4561.

MONTENEGRO, G. M.; QUEIROZ, B.S.; DIAS, MAIRNA C. Lazer em tempos de distanciamento social: impactos da COVID-19 de covid-19 nas atividades de lazer de Universitários na cidade de Macapá (AP). Licere - **Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer** (UFMG), Belo Horizonte, v.23, n.3, set/2020.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina, Editora Medigraf, 6ª edição, 2013.

NASCIMENTO CMC, GOBBI S, HIRAYAMA MS, BRAZÃO MC. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Revista Educação Física/UEM**. 2008; 19:109-18.

NASSER R. L.; BRANCO, J. C.; LARA D. R.; DEL VECCHIO, F. B.; WIENER C.; MESQUITA P.; SOUZA L. D. DE M.; SILVA, R. A.; JANSEN K. Atividade física de lazer e uso de substâncias lícitas em uma amostra populacional de adultos jovens. **Ciência e saúde coletiva**. vol.21 n.1, Rio de Janeiro jan. 2016.

NAVARRO J.H.N., ANDRADE F.P., PAIVA T.S., SILVA D.O., GESSINGER C.F, BÓS A.J.G. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2015 ;20(2):461-70.

NELSON M.E, REJESKI W.J., BLAIR S.N., DUCAN P.W., JUDGE J.O. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine & Science in Sports & Exercise** 2007. Exerc 39 (8): 1435-1445.

NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 (b). p. 345-389.

NUNES C. HUTZ C. S., GIACOMONI C. H. Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Avaliação Psicológica** Vol. 8, Nº. 1, 2009, págs. 99-108.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Carta de Bogotá sobre Promoção da Saúde. Declaração da Conferência Internacional de Promoção da Saúde 9 a 12 de novembro de 1992. Disponível em: <[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_frame.asp?cod\\_noticia=201](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=201)> Acesso em 15 de junho de 2020.

OLIVEIRA, S. F. D; DUARTE, Y. A. O; LEBRÃO, M. L; RUY, L. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 81-89, 2007

PEREIRA, M. C.A. *et al.* Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, Fortaleza, v.29, 2016.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, Atividade Física e Saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília v.10 n.3, .p.51, 2002.

PITANGA F.J.G., LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005;21(3):870-7.

PRATT M., BROWNSON R.C., RAMOS L.R., MALTA DC, HALLAL P.C., REIS R.S.,PARRA D.C., SIMÕES E.J. Project GUIA: A Model for Understanding and Promoting Physical Activity in Brazil and Latin America. **Journal of Physical Activity and Health**, 2010. 7(2):131-134.



PUCCI G.C.M.F.; RECH C.R.; FERMINO R.C; REIS R.S. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública** vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012

REIS, C. B., Jesus, R. S., Silva, C. S. O., & Pinho, L. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. **Rev Rene**. 2016. 17(1), 120- 127.

RIBEIRO, J. A. B., CAVALLI A.S., CAVALLI M.O., POGORZELSKI L.V., PRESTES M.R., RICARDO L.R.I. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte [online]**. 2012, vol.34, n.4, pp.969-984.

RODRIGUES P.A.F., MELO M.P, ASSIS M.R., PALMA A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** 2017; 22:217-32

SABROZA, Paulo. Concepções de saúde e doença. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Orgs.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

SILVA C.R.M., BEZERRA J., SOARES F.C., MOTA J., BARROS M.V.G., TASSITANO R.M. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de Saúde Pública** 2019; 36(4):e00081019.

SILVA C.R.M., BEZERRA J., SOARES F.C., MOTA J., BARROS M.V.G., TASSITANO R.M. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de Saúde Pública**. 36 (4). 2020

SIMÕES, E. *et al.* Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 68-75, 2009.

SOUZA, W. C.; MASCARENHAS, L. P. G.; GRZELCZAK, M. T.; TAJES JR, D.; BRASILINO, F.; LIMA, V. A. de. Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade, **Saúde Meio Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 55-65, jan./jun. 2015.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VAGETTI G.C., MOREIRA N.B., BARBOSA FILHO C.V., OLIVEIRA V., CANCIAN C.F., MAZZARDO O., CAMPOS W. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência e saúde Coletiva** 2013; 18(12):3483-3493

VENTURIM L.M.V.P. e MOLINA M.D.C.B. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício – Vitória/ES. **Revista Brasileira**

ALMEIDA, A. V.; TAVARES MAFRA, S. C.; DA SILVA, E. P.; KANSO, S. A. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social / The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115 - 131, 30 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva.1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical, v. 5, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIRETRIZES DA OMS PARA ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337001>



## **Apêndices**

## Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisador responsável: Alexandre Carriconde Marques  
Instituição: Universidade Federal de Pelotas – Escola Superior de Educação Física  
Endereço: Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS  
Telefone: (53)3273-2752

Concordo em participar do estudo “PROJETO VIDA ATIVA: PERFIL DO USUÁRIO E IMPACTO DAS INTERVENÇÕES NOS ESTILOS DE VIDA.”. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado de que o objetivo geral será “Descrever o perfil dos alunos participantes do Projeto Vida Ativa e o efeito deste em variáveis dos estilos de vida”, cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa. Estou ciente de que minha participação envolverá preencher um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e dissertativas.

**RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES:** Fui informado de que não existem riscos no estudo.

**BENEFÍCIOS:** O benefício de participar da pesquisa relaciona-se ao fato que os resultados podem fortalecer as ações de promoção de saúde e QV do PVA e ainda inspirar o desenvolvimento de Políticas Públicas Permanentes de Atividade Física.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante

legal: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR:** Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPeL – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

## Apêndice B: Questionário

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Universidade Federal de Pelotas</b><br><b>Escola Superior de Educação Física</b><br><b>Programa de Pós Graduação em Educação Física</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>BLOCO 1: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>1. Você mora na zona urbana ou zona rural de Pelotas?</b><br><input type="checkbox"/> Urbana<br><input type="checkbox"/> Rural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>2. Qual seu sexo:</b><br><input type="checkbox"/> Feminino<br><input type="checkbox"/> Masculino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>3. Qual sua idade?--</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>4. Qual sua cor?</b><br><input type="checkbox"/> Negra ou Parda<br><input type="checkbox"/> Branca<br><input type="checkbox"/> Outra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>5. Qual seu estado civil?</b><br><input type="checkbox"/> Solteiro(a)<br><input type="checkbox"/> Separado(a)<br><input type="checkbox"/> Viúvo(a)<br><input type="checkbox"/> Casado, vive com companheiro(a).                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>6. Qual seu grau de escolaridade?</b><br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental Incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo<br><input type="checkbox"/> Ensino Médio completo<br><input type="checkbox"/> Superior Completo<br><input type="checkbox"/> Pós graduado                                                                                                                                                                     |
| <b>7. Qual a renda mensal da família?</b><br><input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.045,00).<br><input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1045,01 até R\$ 3.135,00)<br><input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.135,01 até R\$ 6.270,00)<br><input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.270,01 até R\$ 9.405,00)<br><input type="checkbox"/> 9 salários mínimos ou mais (de R\$ 9.405, ou mais) |
| <b>8. Qual era seu peso antes da COVID-19 covid-19? __ __ __ kg</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Qual é a sua altura?(em metros)                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ESTILO DE VIDA - As próximas questões serão relacionadas ao uso de tabaco, presença de doenças e uso de medicamentos.</b>                                                                                                                                          |
| <b>10. Você fuma?</b><br><input type="checkbox"/> Nunca fumei<br><input type="checkbox"/> Sou ex-fumante<br><input type="checkbox"/> Sou fumante atual                                                                                                                |
| <b>11. Algum médico lhe disse que você tem pressão alta?</b><br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                          |
| <b>12. Algum médico lhe disse que você tem diabetes (açúcar alto no sangue)?</b><br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                      |
| <b>13. Você toma algum medicamento?</b><br><input type="checkbox"/> Não (pule para questão 16)<br><input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                        |
| <b>14. Se respondeu SIM na questão 13, nos diga para que doença você toma medicamento? (Se respondeu NÃO, não responda essa questão)</b><br><hr/>                                                                                                                     |
| <b>15. Se você respondeu SIM na questão 13, nos diga se você diminuiu seu consumo de medicamentos após iniciar as atividades no Projeto Vida Ativa? (Se respondeu NÃO, não responda essa questão)</b><br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim |
| <b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE, TEMPO SEDENTÁRIO E NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA:</b><br><i>Agora queremos saber sobre o período que você frequentava as aulas presenciais do Projeto Vida Ativa (ANTES DA PANDEMIA DA COVID-19)</i>                                              |
| <b>16. Como você percebia sua saúde antes da pandemia COVID-19?</b><br><input type="checkbox"/> Excelente<br><input type="checkbox"/> Boa<br><input type="checkbox"/> Regular<br><input type="checkbox"/> Ruim                                                        |
| <b>17. Durante um dia normal na semana, quanto tempo você ficava SENTADO ou DEITADO antes da pandemia Covid-19? (não considerar horário de sono noturno)</b><br><input type="checkbox"/> Até 2 horas<br><input type="checkbox"/> Até 4 horas                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> Até 6 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Até 8 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 8 horas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>18. Você praticava atividade física FORA do Projeto Vida Ativa antes da pandemia Covid-19?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não. (Pule para a questão 20)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>19. Se você respondeu SIM na questão 18, quantas vezes por semana você fazia atividades físicas em OUTROS locais? (Se respondeu NÃO, não responda essa questão)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 2 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 vezes por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 vezes por semana ou mais</p> |
| <p><b>20. Como você fazia para se deslocar até o núcleo do Projeto Vida Ativa que participava?</b></p> <p><input type="checkbox"/> A pé</p> <p><input type="checkbox"/> Bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Carro/moto</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte público</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p>                                                                                                                          |
| <p><b>21. Se você ia a pé ou de bicicleta, quanto tempo você levava da sua casa até o núcleo de aula? (Se você NÃO ia a pé ou de bicicleta, não responda essa questão)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1-5 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 6-10 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> 21-30 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> +31 minutos</p>                                    |
| <p><b>22. Qual a distância da sua casa até o núcleo do Vida Ativa que você frequentava? (local de aulas)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 3 quadras</p> <p><input type="checkbox"/> 4 a 6 quadras</p> <p><input type="checkbox"/> 7 a 9 quadras</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 10 quadras</p>                                                                                                                                      |
| <p><b>23. Se não existisse o Projeto Vida Ativa, você faria atividade física?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não faria</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, faria em outros locais</p>                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>24. Considerando "0"(zero) como menor nível de esforço físico e "5"(cinco) como nível máximo de esforço, como você percebe o seu esforço realizado durante as aulas presenciais do Projeto Vida Ativa?</b></p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(2)</p> <p>(3)</p> <p>(4)</p> <p>(5)</p>                                                                                  |
| <p><b>25. Antes de iniciar as atividades no Projeto Vida Ativa, você fazia atividades físicas?</b></p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim</p>                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p align="center"><b>INDICADORES SOCIAIS, PRESENÇA DE LESÕES DURANTE AS AULAS, E MOTIVOS DE PARTICIPAÇÃO <u>ANTES DA PANDEMIA COVID-19.</u></b></p> <p align="center"><i>Por favor, responda as próximas questões considerando somente PERÍODO ANTERIOR A PANDEMIA DO COVID-19, quando você participava das aulas presenciais nos núcleos do Projeto Vida Ativa</i></p> |
| <p><b>26. Algum amigo ou familiar participava com você das atividades do Projeto Vida Ativa?</b></p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim, vizinhos</p> <p>( ) Sim, amigos</p> <p>( ) Sim, familiares</p> <p>( ) Outros</p>                                                                                                                                                        |
| <p><b>27. Quais são os motivos que te levam a participar do Projeto Vida Ativa? (Marque todas as que você considera)</b></p> <p>( ) Atividade sem custo</p> <p>( ) Tem pessoas que conheço</p> <p>( ) Perto de casa</p> <p>( ) Gosto do Professor</p> <p>( ) Recomendação médica</p> <p>Outros_____</p>                                                                 |
| <p><b>28. Alguma vez você já se machucou participando das atividades do Projeto Vida Ativa?</b></p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim</p>                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>29. Como ficou sabendo do Projeto Vida Ativa?</b><br><input type="checkbox"/> Através de Amigos/vizinhos<br><input type="checkbox"/> Através das redes sociais<br><input type="checkbox"/> Jornais ou Programa de Televisão<br><input type="checkbox"/> outro.                                                    |
| <b>PARTICIPAÇÃO NO PROJETO VIDA ATIVA ANTES DA PANDEMIA COVID-19</b><br><i>Por favor, responda as próximas questões considerando somente o PERÍODO ANTERIOR A PANDEMIA COVID 19</i>                                                                                                                                  |
| <b>30. Há quanto tempo você frequenta as aulas do Projeto Vida Ativa?</b><br><input type="checkbox"/> 6 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos<br><input type="checkbox"/> 3 a 4 anos<br><input type="checkbox"/> 5 ou mais                                                                               |
| <b>31. Com que frequência você participava das aulas do Projeto Vida Ativa?</b><br><input type="checkbox"/> 1 dia por semana<br><input type="checkbox"/> 2 dias por semana<br><input type="checkbox"/> 3 dias por semana<br><input type="checkbox"/> 4 dias por semana<br><input type="checkbox"/> 5 dias por semana |
| <b>32. Em qual turno que você participava? (marque todos os turnos que participava)</b><br><input type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde<br><input type="checkbox"/> Noite                                                                                                                        |
| <b>33. Em quantos núcleos do Projeto Vida Ativa você participava? (quantos locais)</b><br><input type="checkbox"/> Participava em um núcleo<br><input type="checkbox"/> Participava em dois núcleos<br><input type="checkbox"/> Participava em três núcleos ou mais                                                  |
| <b>34. Em qual(s) núcleo(s) você participava? ( por favor, digite nome do lugar e o bairro onde você fazia aula)</b><br><br>_____                                                                                                                                                                                    |
| <b>SATISFAÇÃO COM O TRABALHO REALIZADO PELO PROJETO VIDA ATIVA E PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS</b><br><i>Por favor, responda as próximas questões considerando somente o PERÍODO ANTERIOR A PANDEMIA COVID-19</i>                                                                                                          |
| <b>35. Você estava satisfeito com a qualidade das atividades desenvolvidas no Projeto Vida Ativa durante sua participação?</b>                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Estava insatisfeito<br><input type="radio"/> Nem satisfeito/nem insatisfeito<br><input type="radio"/> Satisfeito<br><input type="radio"/> Muito satisfeito                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>36. Você percebeu melhoras em sua saúde geral durante sua participação no Projeto Vida Ativa?</b><br><input type="radio"/> Não<br><input type="radio"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>37. Você sentia dores no corpo antes de começar a frequentar as atividades do Projeto Vida Ativa?</b><br><input type="radio"/> Não (Pule para a questão 39)<br><input type="radio"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>38. Se você respondeu SIM na questão 37, marque a alternativa que corresponde sua percepção sobre as dores DURANTE sua participação no Projeto Vida Ativa: (Se você respondeu NÃO, não responda essa questão)</b><br><input type="radio"/> Minhas dores não diminuíram durante minha participação<br><input type="radio"/> Minhas dores diminuíram um pouco durante minha participação<br><input type="radio"/> Minhas dores diminuíram muito durante minha participação |
| <b>39. Se você pudesse modificar algo no Projeto Vida Ativa, o que seria?</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p style="text-align: center;"><b>E DURANTE A COVID-19?</b><br/> <b>Por favor, agora responda as últimas questões considerando o PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>40. DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA COVID-19, quantas horas você costuma passar SENTADO ou DEITADO em UM dia normal na semana? (não considere horários de sono noturno)</b><br><input type="radio"/> Até 2 horas<br><input type="radio"/> Até 4 horas<br><input type="radio"/> Até 6 horas<br><input type="radio"/> Até 8 horas<br><input type="radio"/> Mais de 8 horas                                                                                                   |
| <b>41. <u>DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA COVID-19</u>, como você percebe sua saúde?</b><br><input type="radio"/> Excelente<br><input type="radio"/> Boa<br><input type="radio"/> Regular<br><input type="radio"/> Ruim                                                                                                                                                                                                                                                       |



**42. DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA COVID-19, você está participando das aulas online do Projeto Vida Ativa, oferecidas através da Página do Desporto Pelotas e dos grupos de WhatsApp?**

- ☐ Não (Pule para questão 44)
- ☐ Sim

**43. Se você respondeu SIM na questão 42, quantas vezes na semana você está participando das atividades online do Projeto Vida Ativa? (se respondeu NÃO, não responda essa questão)**

- ☐ 1 vez por semana
- ☐ 2 vezes por semana
- ☐ 3 vezes por semana
- ☐ 4 vezes por semana
- ☐ 5 vezes por semana ou mais

**44. Se você respondeu NÃO na questão 42, quais são os motivos de NÃO PARTICIPAR das atividades online do Vida Ativa? (Se você respondeu SIM, não responda essa pergunta)**

- ☐ Não participo pois não me sinto motivado(a)
- ☐ Não participo por falta de tempo
- ☐ Não participo pois não consigo executar as atividades sozinha(o)
- ☐ Não participo pois não consigo acessar a página