



Saúde de mulheres de dois grupos de atividade física: estudo de acompanhamento durante a COVID-19

Health of women from two physical activity programs: a follow-up study during the COVID-19

AUTORES

Leticia Gonçalves¹
Renata Silva Rosa¹
Giovana Ferreira²
Mathias Roberto Loch²

1 Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

2 Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, Paraná, Brasil.

CONTATO

Leticia Gonçalves
leticia.g.2008@hotmail.com
Rua Augusto Guerino 183, ap 7, Londrina,
Paraná, Brasil.
CEP: 86057-240.

DOI

10.12820/rbafs.25e0144



Este trabalho está licenciado com uma Licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

RESUMO

O objetivo foi monitorar indicadores de saúde mental e a prática de exercícios de respiração e alongamento no contexto doméstico durante dois meses da pandemia COVID-19 entre mulheres participantes de dois grupos de atividade física de Unidades Básicas de Saúde. A amostra foi composta por 17 mulheres, que participaram de quatro contatos telefônicos. As variáveis foram a autopercepção de saúde, da ansiedade, da qualidade do sono e da concentração, além de dificuldades econômicas (falta do básico em casa no período) e a prática de exercícios de respiração e alongamento no domicílio, bem como as dificuldades para a realização destas. O teste de Friedman foi utilizado para verificar diferenças nas variáveis nos quatro momentos. Diferenças significativas na autopercepção da qualidade do sono (com piores resultados em T4) e na prática de exercícios (piores resultados em T1) foram observadas. Em três dos quatro momentos do monitoramento, pelo menos uma mulher referiu que havia faltado o básico para a sobrevivência. Onze mulheres citaram barreira(s) em pelo menos um dos momentos do estudo para a realização dos exercícios, sendo a mais citada: não saber realizar o exercício ou se sentir insegura realizando sozinha. Conclui-se que, considerando a necessidade de adequação dos serviços de saúde em função da pandemia, ações de monitoramento, combinadas com estratégias de escuta e aconselhamento, podem ser uma boa alternativa para o acompanhamento da saúde dos participantes dos grupos de atividade física.

Palavras-chave: Aconselhamento, Estudos longitudinais, Exercício físico, Saúde mental, Infecções por coronavírus.

ABSTRACT

The objective was to monitor mental health indicators and the practice of breathing and stretching exercises in the domestic context during two months of the COVID-19 pandemic among women who were enrolled in two physical activity groups in Primary Health Care. The sample included 17 women, who participated in all telephone contacts at four moments. The variables were self-perceived health, anxiety, quality of sleep and concentration, in addition to economic difficulties (lack of basics at home in the period), breathing and stretching exercises at home, and possible barriers to performing these exercises. The Friedman test was used to verify differences in the variables at the four moments. Significant differences in self-perception of sleep quality (with worst results in T4) and in the practice of exercises (worst results in T1) were observed. In three of the four moments of monitoring, at least one woman reported that she lacked the basics for survival. Eleven women mentioned barriers in at least one of the moments of the study to perform the exercises, being not knowing how to perform the exercise or feeling insecure performing the most mentioned barrier. Considering the need to adapt health services to the pandemic, monitoring actions, combined with listening and counseling strategies, can be a good alternative for monitoring the health of participants in physical activity groups.

Keywords: Counseling, Longitudinal studies, Exercise, Mental health, Coronavirus infections.

Introdução

A COVID-19 atingiu diversos países no início de 2020 e a alta taxa de transmissibilidade, o aumento exponencial dos casos e a inexistência de um tratamento comprovado trouxeram incertezas quanto à forma adequada de seu enfrentamento¹. No Brasil a pandemia fez emergir a necessidade de reorganização dos serviços de saúde²⁻⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a COVID-19 constitui emergência de saúde pública de importância internacional⁵ e diversas medidas de proteção foram adotadas⁴. O distanciamento social foi uma delas, ocasionando na suspensão de agendas não urgentes na saúde e cessando por tempo indeterminado a realizações de grupos, inclusive os grupos de prática de atividade física vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Durante uma pandemia, as ações de saúde são voltadas principalmente para o cuidado das pessoas infectadas e para o planejamento de medidas preventivas. Contudo, a preocupação sobre os possíveis danos à saúde mental causados pelo isolamento, tornaram-se também uma questão importante nesta pandemia⁶⁻⁸. A saúde mental não está relacionada somente a ausência de transtorno mental, mas envolve também a forma como o indivíduo se relaciona com os diversos campos de sua vida⁹. Diante deste cenário, muitos sentimentos podem emergir, como medo, ansiedade, angústia, estresse, tédio e raiva, e estes estão relacionados não somente a possibilidade de contágio pelo vírus, mas também ao contexto de incerteza, as mudanças na rotina e nos hábitos, bem como pelo isolamento social¹⁰.

Intervenções visando minimizar o impacto da pandemia na saúde mental podem incluir a orientação/ aconselhamento para que as pessoas realizem exercícios físicos em seus domicílios, inclusive buscando a diminuição dos níveis de estresse e ansiedade e controle das doenças crônicas, entre outros potenciais benefícios¹¹. Vale ressaltar que as realizações destas práticas devem levar em consideração a realidade do indivíduo, respeitando suas habilidades e preferências, evitando-se abordagens simplistas e descontextualizadas das condições de vida das pessoas¹². A Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, entre outras entidades ligadas à temática, reforçou a necessidade de considerar o contexto do indivíduo para o aconselhamento da prática de exercícios no âmbito doméstico¹³.

O objetivo deste estudo foi monitorar indicadores de saúde mental e a prática de exercícios de respiração e alongamento no contexto doméstico em mulheres participantes de dois grupos de atividade física de UBS de Londrina, Paraná, durante dois meses da pandemia COVID-19, que foram contatadas por telefone. Vale ressaltar que na mesma ligação onde se coletavam as informações para o monitoramento dos indicadores, eram realizados aconselhamentos a respeito de aspectos de saúde e destinado ainda um momento para a escuta destas mulheres.

Métodos

O presente estudo, longitudinal e descritivo, faz parte de um Projeto maior, denominado: “Atuação da residência multiprofissional em saúde da família (RMSF) em Unidades Básicas de Saúde do Município de Londrina”, que tem como principal objetivo desenvolver e analisar ações desta residência junto aos usuários e

equipe de trabalhadores de Unidades Básicas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob os pareceres nº. 1.154.455 de 2015 e autorizada pela Secretaria de Saúde de Londrina.

As mulheres participantes de dois grupos de atividades físicas, pertencentes a duas UBS localizadas no município de Londrina (Paraná), compuseram a população deste estudo. A primeira UBS está localizada no extremo norte da cidade e abrange em seu território uma população estimada de 15.892 habitantes. Esse território apresenta características de vulnerabilidades em termos de acesso de equipamentos e serviços sociais básicos, além de a população adscrita ser, em sua maioria, de baixa renda¹⁴. A outra UBS está localizada na região Sul de Londrina e atende uma população de aproximadamente 13.500 pessoas. As duas UBS são campos de atuação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual de Londrina (RMSF/UEL). Esse programa conta atualmente com a participação de oito diferentes profissões: assistente social, cirurgião dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A RMSF/UEL atua desde 2018 nas duas UBS deste estudo. A direção dos grupos de atividade física é da responsabilidade das profissionais residentes de educação física (uma em cada UBS). As atividades dos grupos, antes de serem suspensas em função da pandemia de COVID-19, eram desenvolvidas durante quatro dias da semana, no período matutino. Faziam parte das sessões, os seguintes exercícios: aeróbios (caminhadas, corridas e dança terapia), fortalecimento muscular (utilizando peso corporal e instrumentos de fácil acesso como: bastão, bola, elástico) e flexibilidade. O grupo da zona Norte realizava suas atividades no estacionamento da UBS e o da zona Sul em um salão pertencente à uma igreja do bairro.

A população alvo foi constituída por 79 mulheres (50 do grupo da zona sul e 29 do grupo da zona norte). Optou-se por considerar, para fins deste estudo, somente as mulheres em função do pequeno número de homens participantes nos dois grupos (13, sendo que destes, apenas três atenderam o primeiro contato telefônico - T1). No entanto, ressalta-se que o monitoramento, a escuta e os aconselhamentos foram realizados com todos os indivíduos localizados.

Das 79 mulheres elegíveis para o estudo, 52 não foram localizadas, por estarem com telefones desatualizados ou não conterem telefone no Cadastro Nacional

de Saúde ou por não atenderem as ligações. Vinte e sete mulheres atenderam o primeiro contato telefônico (T1). Destas, seis não foram localizadas no segundo contato telefônico (T2) e três não responderam a ligação no terceiro momento (T3). Foram realizadas cinco tentativas de ligação, em dias e horários alternados. Além disso, uma mulher faleceu entre o terceiro (T3) e o quarto momento (T4). Deste modo, foram considerados, para o presente estudo, dados de 17 mulheres, que participaram de todos os contatos telefônicos. A figura 1 apresenta as exclusões e perdas durante os qua-

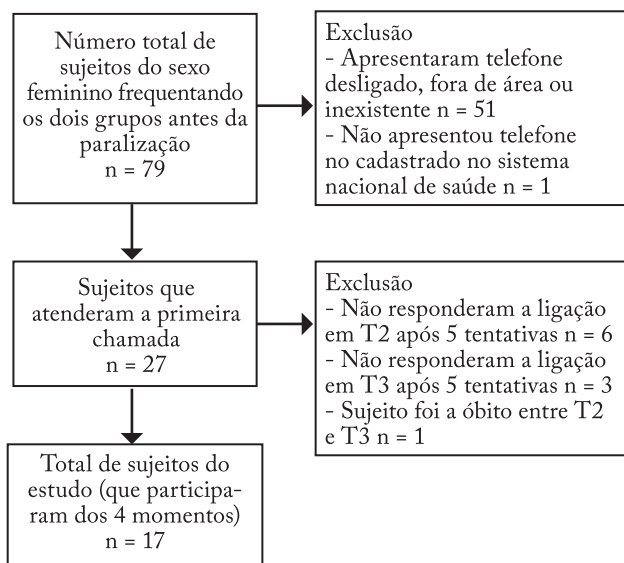


Figura 1 – Fluxograma de participação dos sujeitos nos quatro tempos de ligações telefônicas.

tro períodos de ligações telefônicas (T1, T2, T3, T4).

Para a coleta de dados foram realizadas ligações telefônicas, conduzidas pelas residentes da Educação Física, que passaram por treinamento prévio. A Figura 2 apresenta uma breve “linha do tempo” com alguns dos principais fatos relativos à pandemia COVID-19 no período das quatro avaliações consideradas neste estudo, especificamente em relação ao número de mortes no município de Londrina pela COVID-19 e alguns dos principais decretos municipais relativos à pandemia.

As perguntas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado, construído pelos autores deste estudo, sendo elaborado um roteiro para cada período de avaliação. As ligações duraram, em média, 10 minutos. Durante as ligações, era destacado que a participação era voluntária e que incluiria a realização de algumas perguntas, aconselhamento em relação à alguns aspectos da saúde e que no final haveria um tempo para escuta, sendo que a pessoa poderia falar sobre o que quisesse, compartilhar sentimentos, etc.. O consentimento em participar da pesquisa foi feito de forma oral. As variáveis desta pesquisa foram a autopercepção de saúde, da ansiedade, da qualidade do sono e da concentração, além de terem sido coletadas informações sobre eventuais dificuldades econômicas (falta do básico em casa no período) e a prática de exercícios de respiração e alongamento no domicílio, bem como as dificuldades para a realização destas. Todas as variáveis foram investigadas nos quatro períodos de ligações.

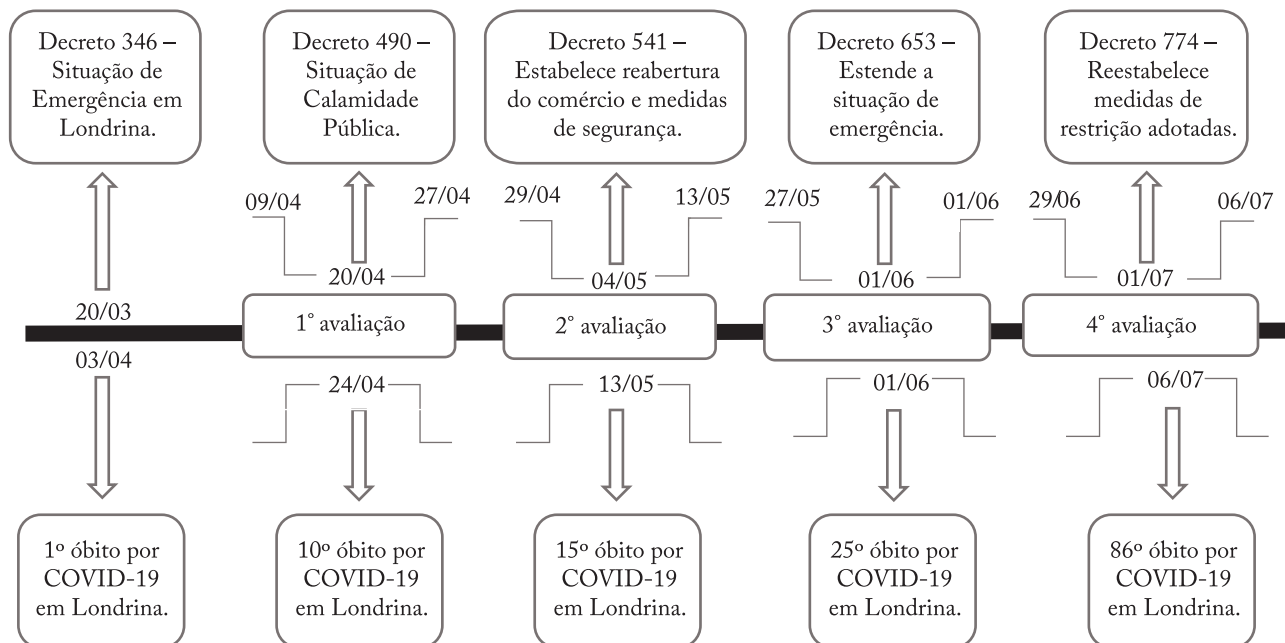


Figura 2 – Breve histórico dos decretos municipais, número de óbitos e momento das quatro avaliações do estudo. Londrina, Paraná, 2020. Decretos Disponíveis em: <https://www.londrina.pr.gov.br/legislacao-corona-municipal?start=3>.

A autopercepção de saúde foi investigada a partir da seguinte pergunta: “Como o Sr.(a) percebe ou avalia o seu estado de saúde?”, com as seguintes opções de resposta: “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Esta pergunta tem sido utilizada em diferentes inquéritos, e a variável foi investigada com base na pergunta obtida no questionário: Vigilância de Fatores e Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico¹⁵ e tem sido utilizada em outros estudos, como é o caso do estudo longitudinal de Andrade et al.¹⁶.

A autopercepção de ansiedade foi investigada com a pergunta (elaborada pelos autores desse estudo, que inclui uma psicóloga): “O(a) Sr.(a) diria que, considerando os últimos 14 dias, você está?”, dada as opções de resposta: “muito ansioso”, “ansioso”, “pouco ansioso” e “nada ansioso”.

A qualidade do sono foi avaliada pela seguinte pergunta: “Durante os últimos 14 dias, como você classifica a qualidade do seu sono?”, em que, esta pergunta, faz parte do componente 1 (qualidade subjetiva do sono) do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)¹⁷. Optou-se pela utilização desta pergunta de maneira isolada e não a aplicação do instrumento completo em função deste ter 19 itens, o que exigiria um tempo muito maior de aplicação e dificultaria a realização do estudo.

A capacidade de concentração foi analisada através da seguinte pergunta, também elaborada pelos autores: “Em relação a sua concentração, considerando os últimos 14 dias, o(a) Sr.(a), acha que está?”, dando-se as seguintes opções: “com muita dificuldade”, “com pouca dificuldade”, “com nenhuma dificuldade” e “não sei responder”.

Para o monitoramento de problemas econômicos, foi realizada a seguinte pergunta, construída pelos autores deste estudo: “Nesses últimos 14 dias, chegou a faltar o básico na casa do(a) Sr.(a)?”. Caso a resposta do sujeito fosse afirmativa, era realizado encaminhamento para a Assistente Social, sendo esta, residente de Saúde da Família.

Em relação a prática de exercícios de respiração e alongamento no domicílio, foi realizada, em T1, a pergunta: “O(a) Sr.(a) tem realizado os exercícios de respiração e alongamento?”. A partir de T2, foram realizadas perguntas separadas relativas à realização ou não dos exercícios de respiração e de alongamento. Optou-se por estes tipos de exercícios considerando a experiência anterior das usuárias. Caso a resposta fosse sim, eram levantadas informações sobre a frequência de

realização dos exercícios (para fins de análise de dados, considerou a prática de pelo menos uma das opções de exercícios), e caso não, era perguntado sobre os motivos para a não realização dos exercícios. Esta pergunta foi realizada de maneira aberta e era feita a anotação dos motivos e depois realizado a categorização, conforme significado das respostas. Por exemplo, se uma resposta fosse “não consigo realizar sozinha” e outra “eu tenho medo de me machucar ao fazer os exercícios”, estas respostas que posteriormente foram agrupadas como “não saber realizar ou se sentir insegura realizando”.

Os dados foram tabulados no Programa Excel para Windows e analisados no programa SPSS versão 19.0. A análise consistiu de elementos da estatística descritiva e o teste de Friedman foi utilizado para verificar diferenças nas variáveis nos quatro momentos da pesquisa, adotando-se nível de significância de 95%.

Resultados

A idade das participantes variou entre 51 e 82 anos. Em relação à faixa etária, observou-se equilíbrio entre as faixas de 51 a 60 anos (n = 6), 61 a 70 (n = 6) e mais de 71 anos (n = 5). Apenas duas mulheres tinham escolaridade maior do ensino fundamental incompleto (sendo que duas nunca estudaram e outras 13 tinham ensino fundamental incompleto). Quanto à cor da pele 14 se definiram como brancas, 15 mulheres referiram ter algum espaço em casa para relaxar durante o dia (Tabela 1). Vale mencionar em relação à característica das perdas que as relativas à cor da pele e escolaridade foram semelhantes (na comparação das participantes com as perdas durante o seguimento). No entanto, em relação à faixa etária, observou-se maior perda entre mulheres com menos de 50 anos (quatro das 10 perdas foram de mulheres com esta característica). Na comparação da amostra com as perdas por não localização, só foi possível realizar a comparação com a faixa etária, e a mesma diferença foi observada, isto é, maior proporção de perdas entre mulheres com menos de 50 anos. Neste caso, observou-se que 12 (23,1%) das 52 mulheres não localizadas tinham menos de 50 anos (dados não apresentados em tabela).

Não se observam diferenças na proporção das categorias de resposta, ao longo dos quatro momentos do monitoramento dos indicadores, nas variáveis autopercepção de saúde, autopercepção de ansiedade, autopercepção da capacidade de concentração e se chegou a faltar o básico em casa. Nestas variáveis, a maior parte das mulheres apresentou indicadores po-

Tabela 1 – Caracterização da amostra e distribuição dos indivíduos quanto as características demográficas.

Variável	Todos	
	n	%
Faixa etária		
51 até 60 anos	6	35,3
61 até 70 anos	6	35,3
71 ou mais	5	29,4
Escolaridade		
Ensino médio completo	1	5,9
Ensino fundamental completo	1	5,9
Ensino fundamental incompleto	13	76,4
Analfabeto	2	11,8
Cor da pele autorreferida		
Preta	1	5,9
Parda	2	11,8
Branca	14	82,3
Tem espaço na casa para relaxar durante o dia		
Sim	15	88,2
Não	2	11,8

sitivos. Em relação a qualidade do sono, verificou-se pior percepção das mulheres na quarta avaliação. Na terceira avaliação oito mulheres relataram qualidade do sono “muito boa” e na quarta avaliação somente uma relatou esta categoria. Além disso, ainda nesta última avaliação, três mulheres, relataram qualidade do sono “muito ruim”, enquanto na segunda avaliação nenhuma classificou seu sono desta maneira e na terceira avaliação somente uma. Quanto à prática de exercícios de respiração e/ou alongamento, observou-se que na primeira avaliação, nove mulheres relataram não ter realizado e este número passa a ser de dois nas avaliações seguintes, sendo esta diferença significativa (Tabela 2).

Quanto às barreiras mencionadas para a prática dos exercícios de respiração e alongamento, duas mulheres citaram barreiras nos momentos em que esta questão foi investigada (a partir de T2). Porém, mes-

Tabela 2 – Monitoramento dos indicadores de saúde, falta do básico em casa e prática de exercícios de respiração e alongamento nos quatro momentos de avaliação

Variável	T1		T2		T3		T4		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Autopercepção de Saúde									
Muito bom	3	17,6	13	17,6	2	11,8	1	5,9	
Bom	8	47,1	3	76,5	12	70,6	14	82,4	
Regular	3	17,6	1	5,9	2	11,8	2	11,8	
Ruim	2	11,8	0	0	1	5,9	0	0	
Muito ruim	1	5,9	0	0	0	0	0	0	0,166
Autopercepção da ansiedade									
Nada ansiosa	6	35,3	6	35,3	8	47,1	6	35,3	
Pouco ansiosa	3	17,6	4	23,5	5	29,4	3	17,6	
Ansiosa	5	29,4	5	29,4	3	17,6	7	41,2	
Muito ansiosa	3	17,6	2	11,8	1	5,9	1	5,9	
Não sei	0	0	0	0	0	0	0	0	0,401
Qualidade do sono									
Muito boa	5	29,4	7	41,2	8	47,1	1	5,9	
Boa	7	41,2	10	52,8	8	47,1	13	76,5	
Ruim	3	17,6	0	0	0	0	0	0	
Muito ruim	2	11,8	0	0	1	5,9	3	17,6	0,017
Autopercepção da capacidade de Concentração									
Nenhuma dificuldade	11	64,7	14	82,4	13	76,5	13	76,5	
Pouca dificuldade	2	11,8	3	17,6	3	17,6	3	17,6	
Muita dificuldade	2	11,8	0	0	1	5,9	1	5,9	
Não sei	2	11,8	0	0	0	0	0	0	0,933
Chegou a faltar o básico em casa									
Sim	2	11,7	1	5,9	0	0	1	11,7	
Não	15	82,3	16	94,1	17	100	16	82,3	0,261
Realizou exercícios de respiração e/ou alongamento nos últimos 14 dias									
Sim	8	47,1	15	88,2	15	88,2	15	88,2	
Não	9	52,9	2	11,8	2	11,8	2	11,8	0,001

mo com o autorrelato de prática, 11 das 17 mulheres reportaram, ao menos em um dos momentos, alguma barreira. Nos quatro momentos das ligações telefônicas, os motivos citados foram: não sabe realizar ou se sente insegura realizando ($n = 6$), esquecimento ($n = 4$), falta de tempo ($n = 2$), falta de vontade ($n = 2$), não gosta de fazer ($n = 2$), por estar estressada e/ou ansiosa ($n = 2$), não acha importante ($n = 1$), devido ao clima ($n = 1$) e por sentir dor depois que realiza os exercícios ($n = 1$) (dados não apresentados nas Tabelas).

Discussão

O presente estudo buscou monitorar indicadores de saúde e a prática de exercícios de alongamento e respiração no contexto doméstico em mulheres participantes de dois grupos de atividade física, durante dois meses da pandemia COVID-19, que foram contactadas por telefone e aconselhadas a respeito de aspectos de saúde. Entre os principais achados deste estudo, destacamos: a) a alta proporção de mulheres que ou não tinham telefone ou que o mesmo não estava atualizado ou funcionando, o que limitou bastante o alcance do monitoramento e intervenção; b) não se observaram diferenças significativas nos quatro momentos em que as entrevistas foram realizadas na autopercepção de saúde, de ansiedade e de concentração; c) em três, dos quatro momentos do monitoramento, pelo menos uma mulher referiu que nos últimos 14 dias haviam faltado o básico para a sobrevivência; d) observou-se diferença significativa na autopercepção da qualidade do sono, sendo que piores resultados foram observados no último momento da investigação; e) observou-se diferença na prática de exercícios de respiração e alongamento do primeiro momento para os demais, sendo que na primeira ligação a proporção de mulheres que referiram estar fazendo foi menor do que nos demais momentos; f) onze das dezessete mulheres citaram barreiras, em pelo menos um dos quatro momentos do estudo, seja para a realização dos exercícios de alongamento, seja para os exercícios de respiração. As principais barreiras mencionadas foram não saber realizar o exercício, se sentir insegura realizando sozinha e o esquecimento.

Um dos primeiros pontos que merece ser destacado é o elevado número de pessoas que não foi localizada via contato telefônico. Haja vista que a pandemia fez alterar a organização dos serviços de saúde, modificando os atendimentos e contatos presenciais para a forma remota, logo este recurso passou a ser ainda mais

importante para a manutenção do contato entre os serviços e os usuários. Vale mencionar, inclusive para o melhor planejamento de pesquisas futuras que pretendam utilizar o contato telefônico como estratégia para a coleta de dados, que dos 79 participantes cadastrados nos grupos, somente um não apresentava telefone em seu registro, ao passo que 27 possuíam apenas telefone celular, 17 apenas fixo e 34 ambos. Contudo, ao realizar as ligações, muitos números constavam como inexistente ou a ligação caía na caixa postal, o que limitou a amostra. Ressaltamos que o teleatendimento mostra-se uma alternativa, todavia, há de se considerar a desatualização de alguns cadastros e a limitação de acesso, principalmente pela população mais carente.

Não foram observadas diferenças significativas em três indicadores investigados (autopercepção de saúde, ansiedade e capacidade de concentração). Evidentemente que, em função do número pequeno da amostra, o que resulta em baixo poder estatístico para demonstrar eventuais diferenças significativas, é difícil se afirmar que estes resultados possam ser explicados pela intervenção realizada. Vale mencionar que ainda como estratégia da intervenção vinculada à este estudo, entre T2 e T3 foram distribuídas (levadas até a residência dos usuários) um folder com orientações (imagens e escrita) para a realização de exercícios de alongamento e também um jogo da memória, com dicas de saúde, que incluíram aspectos mais diretamente ligados à COVID-19 (exemplo: lavar as mãos com frequência e só sair de casa quando realmente necessário) e outros de saúde mais geral (dicas de alimentação, relaxamento, manter contato com pessoas queridas, etc.). Ademais, em algumas ligações era perceptível que os usuários estavam satisfeitos com a ligação, possivelmente por se sentirem, de alguma maneira, valorizados pelos serviços de saúde. Este ponto é importante, inclusive na lógica da construção do vínculo entre os serviços e os usuários, aspecto fundamental para o bom funcionamento da Atenção Básica à Saúde.

Por outro lado, observaram-se diferenças em relação à qualidade percebida do sono. Na última avaliação os resultados observados foram os piores. Uma qualidade negativa do sono pode acarretar impactos na saúde psicológica dos indivíduos, apresentando maior propensão para desenvolver sintomas de ansiedade, depressão e estresse¹⁸. Considerando este cenário, uma intervenção mais específica está em planejamento, focada naqueles que relataram pior qualidade do sono na última avaliação (e também piores níveis de ansiedade,

pois apesar de nesta variável não ter havido diferença significativa, quase metade da amostra respondeu que estava muito ansiosa ou ansiosa em T4).

Uma questão importante refere-se ao monitoramento de eventuais dificuldades econômicas. Em três dos quatro momentos, ao menos uma mulher referiu ter faltado o básico para a sobrevivência na sua casa. Estes casos foram encaminhados para a assistente social de referência, que entrou em contato. Também foram fornecidos vale-compras e doações, por intermédio de ação elaborada pela UEL. Estes dados reforçam a importância do profissional de Educação Física inserido na Atenção Básica ter bom conhecimento do território em que atua e isto inclui conhecer as características sociais e epidemiológicas¹⁹.

Na fase inicial de ligações (T1), quando já havia a recomendação para que as pessoas só saíssem de suas residências em caso de real necessidade, observou-se mais da metade das mulheres (52,9%) não estavam praticando exercícios físicos em seus domicílios. A partir do segundo momento, isto é, depois de realizado o aconselhamento na ligação anterior, verificou-se maior proporção de mulheres que referiram ter realizado algum tipo de exercício no domicílio. Evidentemente, é difícil atribuir este resultado à intervenção, haja vista inclusive a falta de grupo controle. Todavia, o resultado reforça o potencial deste tipo de ação, que, mesmo limitada por vários aspectos, pode ser relevante no contexto da promoção de exercícios físicos realizados em domicílio, especialmente em períodos de anormalidade, em que há a necessidade de as pessoas ficarem a maior parte possível do tempo em isolamento físico, em suas residências.

Relacionado às barreiras citadas pelas mulheres que não realizaram os exercícios de respiração ou alongamento, os mais citados foram: não sabe realizar ou se sente insegura realizando e esquecimento. Destacamos que as mulheres já eram praticantes, pois participam de grupos de atividade física que trabalham com exercícios de relaxamento e alongamento. Estes resultados reforçam a necessidade de que a recomendação para a prática de exercícios físicos no contexto doméstico seja contextualizada e leve em consideração diversos fatores, entre os quais, as habilidades das pessoas, os gostos individuais, as condições das residências, entre outros aspectos, conforme orientado na nota divulgada pela Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde¹⁴.

Este estudo apresenta alguns pontos positivos e também fragilidades. O baixo tamanho amostral pre-

cisa ser considerado, pois limitou a análise dos dados, bem como a inclusão de somente mulheres no estudo, fato este justificado pelo baixo número de homens participantes dos grupos. Outra fragilidade diz respeito às perdas amostrais, uma vez que, apesar a proporção segundo escolaridade e cor da pele ter sido semelhante entre as mulheres que participaram do estudo e as perdas durante o seguimento, o mesmo não se pode afirmar em relação à faixa etária. Por outro lado, vale destacar o acompanhamento longitudinal dos sujeitos do estudo, e o monitoramento feito no contexto de uma intervenção específica para estas pessoas, participantes de grupos de atividade física vinculados à Atenção Básica à Saúde.

Considerando a necessidade em criar novas estratégias para a promoção de um cuidado integral e longitudinal durante o período de isolamento social, buscou-se reorganizar o processo de cuidado em saúde através de escuta qualificada e manutenção de vínculo. O monitoramento realizado permitiu concluir que em alguns indicadores de saúde não se observaram diferenças significativas ao longo das quatro etapas, porém, no caso do sono houve piora no último momento do monitoramento. Em relação à prática de exercícios de respiração e alongamento, observou-se maior realização das mulheres a partir do segundo momento do monitoramento, isto é, após o início do aconselhamento, o que pode ser, pelo menos parcialmente, atribuído à intervenção realizada. Ações semelhantes a esta devem ser testadas em outros contextos, inclusive para se ter uma ideia mais clara sobre a efetividade destas, não apenas na realização dos exercícios físicos no ambiente doméstico, mas também no efeito destas em outros indicadores de saúde. Para tanto, sugere-se que as intervenções sejam coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, e busque-se a construção de estratégias de corresponsabilização entre usuários e profissionais de saúde.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Contribuição dos autores

Gonçalves L, participou da concepção do estudo, da coleta de dados e colaborou na escrita do texto. Rosa RS, participou da concepção do estudo, da coleta de dados e colaborou com a escrita do texto. Ferreira G, participou da análise crítica do manuscrito e colaborou com a escrita do texto. Loch MR, orientou todo o processo e participou de todas as etapas de construção do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União; 2020. [citado 2020 abr 7]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União; 2020. [citado 2020 abr 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/Portaria-188-20-ms.htm.
3. Tasca R, Massuda A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à Pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. APS em Revista. 2020;2(1):20-7.
4. Werneck GL, Carvalho MS. Uma pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad Saúde Pública. 2020;36(5):e00068820.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de Março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União; 2020. [citado em 2020 abr 7]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>.
6. Marilene CS, Miranda L, Magalhães FC. PANDEMIA COVID-19: Catástrofe Sanitária e Psicossocial. Cad Adm. 2020;28:27-36.
7. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estud. Psicol. 2020;37(1):e200074.
8. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Silva LN, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Estud Psicol. 2020;3(1):e200063.
9. Murta SG, França CL, Santos KB, Polejack . Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de prevenção. 1ª ed. São Paulo: Sinopsys, 2015
10. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. Braz J Psychiatry. 2020;42(3):232-5.
11. Ferreira MJ, Irigoyen MC, Colombo FC, Saraiva JFK, Angelis K. Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. Arq Bras Cardiol. 2020;114(4):601-2.
12. Loch MR, Rech CR., Costa FF. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: Lições com o COVID-19. Cien Saude Colet. 2020;25(9):3511-6.
13. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde. Nota da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde sobre a realização de atividades físicas e práticas corporais no contexto atual de pandemia da COVID-19. 2020. [citado 2020 jun 5]. Disponível em <http://www.sbfafs.org.br/noticia/109/nota-da-sociedade-brasileira-de-atividade-fisica-esaude-sobre-a-realizacao-de-atividades-fisicas-e-praticas-corporais-no-contexto-atual-de-pandemia-da-covid-19>.
14. Maranhão: UFMA; 2015. [citado em 2020 jul 5]. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo12/residencial-vista-bela-no-municipio-de-londrina-uma-analise-sobre-territorio-e-politicas-sociais.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. 1ª ed. Brasília; 2019. [citado em 2020 jul 5]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>.
16. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na auto percepção de saúde: estudo longitudinal. Cad Saúde Pública. 2019;35(4):e00151418.
17. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoof LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Medicine. 2011;12(1):70-5.
18. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud Psicol. 2007;24(4):519-528.
19. Loch MR, Dias DF, Rech CR. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2019;24:e0069.

Recebido: 28/08/2020
Aprovado: 14/10/2020

Como citar este artigo:

Gonçalves L, Rosa RS, Ferreira G, Loch MR. Saúde de mulheres de dois grupos de atividade física: estudo de acompanhamento durante a COVID-19. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2020;25:e0144. DOI: 10.12820/rbaf.25e0144