

ÁREA TEMÁTICA: (marque uma das opções)

- COMUNICAÇÃO
- CULTURA
- DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA
- EDUCAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- SAÚDE
- TECNOLOGIA E PRODUÇÃO
- TRABALHO

UTILIZAÇÃO DO COLETIVO COMO FERRAMENTA DE INCENTIVO A PRÁTICA DESPORTIVA E MELHORIA DA AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA

Guilherme Silva Safraider¹
Danilo Augusto Silva Girardi²
Henriette Rosa de Oliveira Emilio³

Resumo: A promoção de saúde tem sido foco de um movimento universal atual. O presente estudo teve como objetivo principal quali-quantificar a utilização do coletivo como ferramenta de incentivo a prática desportiva e melhoria da autoestima e qualidade de vida. O projeto foi destinado a mulheres de um grupo de corrida, oferecendo aulas de HIIT e ritmos semanalmente. Para cumprir com os objetivos foi realizado, no início e após dois meses, a coleta de dados através de questionários de avaliação da autoestima (Rosenberg), de qualidade de vida (SF-36) e avaliação antropométrica. Ao longo do projeto foi verificada grande desistência das participantes. Essa baixa adesão pode ser explicada pela falta de tempo e baixa autoestima inicial das participantes. Nos dados antropométricos, comparando-se os resultados das participantes desistentes das não desistentes, foi verificado as que desistiram apresentavam sobrepeso, já as que continuaram apresentaram peso normal/ideal. Afirma-se que a estética é um dos principais fatores que deixam as mulheres desmotivadas. Quando houve a comparação de resultados antropométricos da primeira e segunda coleta (n=10), a maior alteração foi no RCQ. Este parâmetro relaciona a razão cintura-quadril com a ocorrência de doenças cardiovasculares. Desta forma, as participantes saíram quase totalmente da zona de risco cardiovascular.

Palavras-chave: autoestima. exercício físico. qualidade de vida

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde tem sido foco de um movimento universal atual¹. Avaliando esta premissa como uma importante demanda social, o presente estudo objetivou a aproximação do ensino, pesquisa e ação universitária como adjuvantes a um grupo de corrida e atividades físicas. É notório que a prática esportiva apresenta-se como a melhor forma de avanço na qualidade de vida. Diferentes estudos apontam a redução de doenças crônicas e não transmissíveis e psicológicas associada à realização de exercícios físicos de maneira rotineira²⁻³. Sabe-se, após anos de acompanhamento em vários centros de promoção de saúde,

¹ Graduando do curso de Bacharelado em Educação Física, UEPG, isasafraider@gmail.com

² Graduando do curso de Bacharelado em Educação Física, UEPG, danilo89anna@gmail.com

³ Docente do Departamento de Biologia Geral, UEPG, coordenadora, henry.emilio@gmail.com

que um dos maiores dificultadores é a manutenção do estado inicial, onde a perspectiva de um corpo mais saudável confronta com a realidade das etapas para chegar a esta nova condição⁴.

Levando em conta a possibilidade do desânimo proporcionado pela real dificuldade que é o compromisso com a rotina de atividades físicas, constatou-se que a formação de grupos auxilia a superação desta situação inicial. Em uma avaliação ainda não quantificada analisamos que a heterogeneidade deste coletivo é importante para um melhor desempenho.

Avaliações métricas corporais, questionários de qualidade de vida e autoestima foram desenvolvidos para quali-quantificar a importância do coletivo e da heterogeneidade desta composição social como agentes de manutenção da prática esportiva.

OBJETIVOS

O objetivo geral do presente estudo foi participar e quali-quantificar a utilização do coletivo como ferramenta de incentivo a prática desportiva e melhoria da autoestima e qualidade de vida.

METODOLOGIA

Um grupo de corrida da cidade de Ponta Grossa, formado somente por mulheres, foi selecionado com intuito de proporcionar atividades aeróbicas, tais como, treinamento intervalado de alta intensidade (HIIT) e aulas de ritmos (dança). Essas atividades foram executadas duas vezes por semana por cerca de 40 minutos no período noturno (Local: Rua Benjamim Constant s/n, ao lado do Parque Ambiental, Ponta Grossa, Paraná). As aulas foram ministradas por acadêmicos do curso de Bacharelado em Educação Física da UEPG. Inicialmente a intenção era que as atividades se prorrogassem por 24 meses, porém como houve pouca adesão foi decidido encerrar o projeto após dois meses.

As avaliações antropométricas coletadas foram peso, altura e perimetria da cintura e do quadril. Esses dados foram coletados no início do projeto e dois meses após o início por acadêmicos dos cursos de Bacharelado em Educação Física e Enfermagem da UEPG (sob supervisão dos professores envolvidos no projeto). Para avaliação da autoestima e qualidade de vida foram aplicados no início e término do projeto (após 2 meses) o questionário padrão de Rosenberg e o questionário SF-36, respectivamente (ambos na versão brasileira)⁶

Os dados antropométricos coletados foram posteriormente analisados utilizando o programa Microsoft Office Excel (valores de média, desvio padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo). Os questionários foram avaliados conforme protocolo dos mesmos para soma da pontuação. De acordo com o questionário padrão de Rosenberg, a escala de avaliação da autoestima considera valores abaixo de 15 como baixa autoestima, valores entre 15 e 25 como autoestima equilibrada e acima de 25, comportamento forte e sólido. Já o questionário de qualidade de vida SF-36 é dividido em 8 variáveis ou domínios como: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), saúde mental (5 itens), aspectos sociais (2 itens) e emocionais (3 itens). Os itens foram avaliados, dando-se um valor pré-definido para cada questão que posteriormente foi convertido em uma escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior estado geral de saúde (baixa qualidade de vida) e cem o melhor estado de saúde (alta qualidade de vida). A proposta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos (COEP/UEPG) visando salvaguardar a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa.

RESULTADOS

Na primeira coleta de dados participaram 29 mulheres, entretanto após dois meses do início das atividades apenas 10 mulheres compareceram para a avaliação final. Foi uma desistência significativa considerando-se o curto tempo entre a avaliação inicial e a final. Apesar de não ter sido feita nenhuma investigação dos motivos com as participantes desistentes pode-se considerar algumas hipóteses. Dentre elas a mais frequente e relatada é a falta de tempo, a qual está relacionada com as várias jornadas de trabalho (profissional, familiar e educacional)⁷. Analisando a população atendida neste projeto, a média de idade foi $36,7 \pm 8,3$ anos. No Brasil, as mulheres nessa faixa etária, em sua maioria, enfrentam a jornada dupla de trabalho e acabam deixando suas atividades e o cuidar de si de lado⁸. Outra hipótese que justificaria essa baixa adesão pode estar relacionada também com a autoestima das participantes. A partir da análise dos questionários verificamos que inicialmente 16,7% das participantes apresentavam baixa autoestima e 66,7% uma autoestima em equilíbrio. No final do projeto, nenhuma participante apresentou valores abaixo de 15 (baixa autoestima). Na avaliação final 87,5% das participantes manifestaram uma autoestima equilibrada e 12,5% comportamento forte e sólido (elevada autoestima). Devemos considerar também que a própria prática das atividades propostas pode ter contribuído para a melhora da autoestima das participantes no decorrer do projeto. O valor médio de autoestima no início foi de $19,71 \pm 6,08$

(min=5 máx:28). Após os dois meses de atividades as participantes apresentaram um valor médio de $21,38 \pm 2,92$ (min=18 máx:26).

Outro aspecto importante avaliado neste estudo foi a qualidade de vida inicial e final das participantes. É possível analisar ainda sobre a desistência observando a média da primeira coleta de dados referentes ao domínio “Saúde mental” (variável associada à motivação ou desmotivação).

QUADRO 1 – Avaliação da Qualidade de Vida

DOMÍNIOS	VALORES INICIAIS	VALORES FINAIS
Capacidade Funcional	78,3±14	90,8±15,6
Limitação por Aspectos Físicos	87,5±20,9	91,7±12,9
Dor	56,0±23,1	68,7±23,5
Estado Geral de Saúde	45,0±31,0	57,5±17,6
Vitalidade	56,7±30,6	60,0±16,1
Aspectos Sociais	64,6±22,9	75,0±26,2
Limitação por Aspectos Emocionais	66,7±36,7	66,7±42,2
Saúde Mental	57,3±21,3	61,3±10,3

Dados apresentados como média \pm desvio padrão da média

Fonte: O autor

Como pode ser observado no Quadro 1, essa variável foi mais baixa que na segunda coleta. Porém não foi somente esta variável ou domínio que apresentou a melhora da pontuação. Sete das oito variáveis analisadas aumentaram na avaliação final, ficando no mesmo valor somente a variável “Limitação por Aspectos Emocionais”. Mesmo que seja plausível a possibilidade de que pessoas com baixa autoestima e qualidade de vida inferior desistem mais facilmente, não se pode desconsiderar o fato que a prática de exercício físico traz melhorias para a autoestima e qualidade de vida⁹.

Comparando a avaliação antropométrica inicial das alunas desistentes com a das alunas não desistentes, verificamos algumas diferenças significativas. O primeiro grupo mencionado, alunas desistentes, apresentaram peso médio de $73 \pm 11,6$ kg e altura média de 1,60 m o que resultou em IMC médio de $27,8 \pm 4,3$ Kg/m² (sobrepeso). Por outro lado, as médias daquelas que não desistiram foram: $64 \pm 12,3$ Kg de peso e 1,62 m de altura; e $24,3 \pm 4,5$ Kg/m² de IMC, o que as classifica em peso normal. Os dados de circunferência da cintura e do quadril também foram mais elevados na média das mulheres desistentes, dado este que faz o valor da razão cintura-quadril (RCQ) ser maior. As desistentes apresentaram RCQ médio de 0,87; já as participantes que permaneceram no projeto o RCQ foi de 0,81. Mesmo que a diferença entre as médias de RCQ seja de apenas 0,06 é preocupante, pois valores acima de 0,80 representam maior risco de doenças cardiovasculares¹⁰. Esse resultado também pode ter

sido um fator que influenciou na adesão ao projeto. Segundo Bevilacqua (2010)¹¹, mulheres acima do peso ideal e/ou desejado tendem a ter autoestima mais baixa e isto leva a desmotivação e desistência de programa de exercícios físicos. Mesmo com a baixa adesão foi possível observar melhoras na avaliação antropométrica das mulheres que participaram de todas as etapas do projeto (QUADRO 2 e 3). A principal alteração foi no valor de RCQ. O valor médio foi de 0,81 (inicial) para 0,76 (final), saindo da zona de risco para doenças cardiovasculares.

QUADRO 2- Avaliação Antropométrica

VALORES INICIAIS					
Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	37	7	26	38	45
Peso	64,0	12,3	51,2	60,75	92,00
Altura	1,62	0,05	1,56	1,62	1,70
IMC	24,29	4,50	17,7	22,86	32,60
C.Cintura	80,85	12,49	67,00	78,25	108,00
C.Quadril	99,85	9,84	86,00	97,50	115,00
RCQ	0,81	0,07	0,66	0,81	0,94
%G	32,24	5,87	21,84	31,35	44,07

VALORES FINAIS					
Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	37	7	26	38	45
Peso	65,07	12,97	53,00	62,05	97,30
Altura	1,62	0,05	1,56	1,62	1,70
IMC	24,67	4,60	18,55	23,17	34,47
C.Cintura	78,30	10,79	62,00	76,00	101,00
C.Quadril	102,74	10,75	88,00	100,00	122,00
RCQ	0,76	0,05	0,67	0,75	0,84
%G	32,71	6,01	22,84	31,78	46,32

Fonte: O autor

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da baixa adesão, as atividades propostas neste estudo promoveram uma significativa melhora na autoestima e qualidade de vida das participantes. A maioria das mulheres que participaram de todas as etapas do projeto apresentavam no início das atividades média de peso e RCQ igual ou pouco superior aos valores de corte. A participação nas atividades de HIIT e ritmos promoveram redução principalmente na razão cintura-quadril (RCQ), diminuindo o risco dessas mulheres de desenvolverem doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

1. PENEDO, F.J.; DAHN, J. R. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. **Current Opinion in Psychiatry**, v.18, p. 189-193, 2005.
2. BLAIR, S.N ; LEE I.M ; HYDE, R.T . Measurement of physical activity to assess health effects in free-living populations. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.25, p.60-79, 1993.
3. NELSON, M. E., REJESKI, W. J., BLAIR, S. N. et al.. Physical Activity and Public Health in Older Adults. Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v.8, p.1-12, 2007.
4. RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, v. 55, p. 68-78, 2000.
5. DECI, E.L.; RYAN, R.M. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. **Canadian Psychology/Psychologie canadienne**, v. 49, p.14-23, 2008.
6. DINI, G.M, FERREIRA, L.M, QUARESMA, M.R. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev da Soc Bras Cir Plást**, v.19, p.41-52, 2004.
7. DAHLEM, V. R. **Motivos que levam à aderência e a desistência da prática regular de exercício físico em academia**. 2013. 40. TCC de Graduação – UNIJUÍ, Ijuí/RS, 2013.
8. FRANÇA, A. L. de; SCHIMANSKI, É. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar. **Emancipação**: Ponta Grossa. 2009.
9. ASSUMPCÃO, L. O. T. et al. **Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida: notas introdutórias**. Universidade Católica de Brasília, 2002.
10. RECH, C. R. Indicadores antropométricos de excesso de gordura corporal em mulheres. **Rev Bras Med Esporte**, 2006.
11. BEVILACQUA, L. A. **Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e autoestima de mulheres ativas**. 22p. Artigo de Especialização – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2010.

