



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Marmitt Zen, Júlia; Rempel, Claudete; Quevedo Grave, Magali Teresinha

Qualidade de vida de praticantes de Pilates e de sedentários

ConScientiae Saúde, vol. 15, núm. 4, 2016, pp. 593-603

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92950553007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de vida de praticantes de Pilates e de sedentários

Practitioners of quality of life Pilates and sedentary

Júlia Marmitt Zen¹, Claudete Rempel², Magali Teresinha Quevedo Grave³

¹Mestre em Ambiente e Desenvolvimento, Fisioterapeuta, Instrutora de Pilates do Espaço Zen Pilates – EZP. Lajeado, RS – Brasil.

²Doutora em Ecologia, Bióloga, Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e dos Programas de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento e em Sistemas Ambientais Sustentáveis do Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, RS – Brasil.

³Doutora em Ciências da Saúde, Fisioterapeuta, Docente do Centro de Ciências Biológicas do Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, RS – Brasil.

Endereço para Correspondência

Claudete Rempel
Rua São Pedro, 1190 – Bairro Moinhos
95900-000 – Lajeado – RS [Brasil]
crempel@univates.br

Artigos

Estudo
de caso

Revisões
de literatura

Resumo

Introdução: Qualidade de vida (QV) inclui condições que afetam a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos e abrange fatores físicos, psíquicos, relações sociais, independência, crenças e meio ambiente. **Objetivo:** Avaliar e comparar a QV de praticantes do método Pilates e de indivíduos sedentários. **Método:** Utilizou-se questionário de perfil, Escala Visual da Dor (EVA) e avaliação da QV por meio do WHOQOL-Bref. Participaram 200 indivíduos (100 praticantes de Pilates/Grupo 1 e 100 sedentários/Grupo 2). **Resultados:** A média dos escores de QV no Grupo 1 foi maior em todos os domínios avaliados quando comparado ao Grupo 2. O Grupo 1 obteve menor escore na EVA. Há correlação negativa regular e significativa entre o total de dor referida e a QV nos aspectos físico e psicológico nos dois grupos. **Conclusão:** Houve diferença estatística significativa na QV dos sedentários e praticantes de Pilates, sendo estes com maior QV.

Descriptores: Atividade Física; Comportamentos Saudáveis; Estilo de Vida Sedentário.

Abstract:

Introduction: Quality of life (QOL) includes conditions that affect the perception of the individual, their feelings, their behaviors and encompasses physical, psychological factors, social relationships, independence, beliefs and environment. **Objective:** To evaluate and compare the QOL of Pilates practitioners and sedentary individuals. **Method:** We used profile questionnaire, the Visual Pain Scale (VAS) and QOL assessment by WHOQOL-Bref. The participants were 200 individuals (100 practitioners of Pilates / Group 1 and 100 sedentary / Group 2). **Results:** The mean QOL scores in Group 1 was higher in all evaluated areas when compared to Group 2. Group 1 had lower scores on the VAS. There are regular and significant negative correlations between the total number of referred pain and QOL in the physical and psychological aspects in both groups. **Conclusion:** There was no statistically significant difference in QOL of sedentary and Pilates practitioners, and those with higher QOL.

Keywords: Motor Activity; Health Behavior; Sedentary Lifestyle.

Introdução

Na Constituição da República Federativa do Brasil¹, definiu-se que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida (QV), impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

O conceito de QV é amplo e complexo e abrange fatores físicos, psíquicos, relações sociais, independência, crenças e meio ambiente. Baseia-se na percepção do indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações².

No contexto de melhorar as condições de saúde da população surge um conceito ampliado, do ponto de vista da medicina preventiva, no sentido de promover saúde, incluindo uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, abrangendo o ambiente em sentido amplo, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral³.

Os conceitos de promoção da saúde estão diretamente relacionados à prevenção, a redução e a ausência de sintomas álgicos, tendo em vista que a dor pode influenciar o estado de saúde e a QV das pessoas em relação à sua afetividade familiar, ao estado psicológico e em seus aspectos cultural, econômico e ambiental⁴.

Os exercícios físicos, quando planejados e praticados de forma correta, trazem benefícios e somam efeitos positivos sobre um estilo de vida saudável, promovendo melhoria nos estados de ânimo, na autoestima, na eficácia, obtendo recursos pessoais para enfrentar as situações estressantes e desafiadoras do cotidiano, além de proteger o organismo das doenças crônico-degenerativas⁵.

Dentre as atividades físicas possíveis de serem realizadas para a diminuição das dores, aumento da autoestima e redução do stress, está o método Pilates, baseado no princípio do equilíbrio entre o corpo e a mente.

O método Pilates, desenvolvido na Alemanha, por Joseph H. Pilates, no início da década de 1920, tem como base o conceito denominado “contrologia”, que consiste no controle consciente de todos os movimentos musculares do corpo através da mente. Tem como intuito promover a vida saudável e tratar a causa da doença, evitando os problemas da saúde por meio de atividades que geram bem-estar⁶.

Coincidência ou não, o surgimento e a popularização do método de Pilates anda na mesma direção da busca por sustentabilidade e QV. A satisfação com as habilidades físicas e estabilidade emocional mantém o homem feliz e promove o bem-estar social.

Neste sentido, o presente estudo objetiva avaliar e comparar a QV dos praticantes do método Pilates e indivíduos sedentários nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, através do questionário do perfil do sujeito e do questionário elaborado pelo *World Health Organization Quality of Life-brief – WHOQOL-brief*².

Material e Métodos

A pesquisa foi realizada com 200 indivíduos de ambos os sexos sendo 100 praticantes do método Pilates (Grupo P), com no mínimo seis meses de prática, frequência de uma, duas ou três vezes por semana e com aulas de uma hora de duração e 100 indivíduos sedentários (Grupo S) não praticantes de exercício físico de qualquer natureza. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unives sob o protocolo 497.281(CAAE 24496813.4.0000.5310).

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2014. Os participantes receberam os questionários impressos: *WHOQOL-brief*, para avaliação da QV⁷, Escala Visual da Dor (EVA) e o questionário do perfil dos participantes da pesquisa.

A EVA é um instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. O teste consiste na medida de uma linha horizontal de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades.

Numa delas é marcada “sem dor” e na outra extremidade é indicada “pior dor possível”. A magnitude da dor é indicada marcando a linha, e uma régua é utilizada para quantificar a mensuração numa escala de 0 – 10 cm⁸.

Os questionários de perfil dos praticantes de Pilates e sedentários contaram com questões objetivas referentes aos dados pessoais, questões subjetivas sobre atividade física, QV e Pilates e dados antropométricos como peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e pressão arterial (PA).

A verificação da PA foi realizada no estado de repouso, na posição sentada com o braço apoiado no nível do coração. Foi utilizado sempre o mesmo braço para a medida. O aparelho utilizado foi Aneroide® da marca Premium.

Os participantes do Grupo P receberam os questionários e o TCLE no estúdio onde realizam a atividade física, antes do início da aula, tendo sido esclarecido que não deveriam se identificar nos questionários. Os participantes do Grupo S receberam os questionários em suas residências, o que caracterizou a amostra como intencional, após contato telefônico. Nenhum participante relatou qualquer doença de ordem neurológica ou incapacitante que impossibilitasse o preenchimento dos questionários. Os dois grupos foram de classes sociais semelhantes, informação adquirida nos questionários.

Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade, sendo os dados considerados normais. A análise estatística foi realizada através do Teste t para comparar o IMC de homens e mulheres e o IMC dos participantes do Grupo P e S.

Para comparação o IMC de homens e mulheres do Grupo P com homens e mulheres do Grupo S foi realizada a análise de variância ANOVA, com comprovação através do teste de Tukey. Esta mesma análise foi utilizada para comparar os escores de QV nos domínios avaliados (físico, social, psicológico e ambiental) entre os Grupos P e S.

Para comparar o escore de QV dos participantes do Grupo P e S, foi aplicado o teste Z, uma vez que as variâncias foram desiguais.

Foram correlacionados os dados do escore de QV com o total de dor dos participantes dos dois grupos. Para avaliar-se a relação entre as variáveis, foi realizada a correlação de Pearson.

Os dados foram analisados no software Bioestat 5.0® e consideradas significativas as diferenças $p \leq 0,05$ e os dados de média e desvio padrão são apresentados na forma de média (desvio padrão).

Resultados

A amostra total foi composta por 144 mulheres e 56 homens, sendo 74 mulheres no Grupo P e 70 mulheres no Grupo S. A idade dos participantes variou de 19 a 64 anos, com média de 39,9 (12,8) anos. Referente à ocupação, a maioria dos indivíduos, tanto do Grupo P (39) como do Grupo S (49) relataram trabalhar como funcionário em organizações, com uma renda familiar mensal entre 4 e 10 salários. Na variável escolaridade, a maioria do Grupo P (38) cursou faculdade, enquanto que no Grupo S a maioria (37) possui o segundo grau completo (Tab. 1).

Com relação à QV, os dados mostram que há diferença estatística significativa nos escores do Grupo P e Grupo S ($p < 0,0001$) sendo que os participantes do Grupo P apresentaram melhores escores de QV [média de 77,67 (9,31)] do que os do Grupo S [média de 65,33 (10,30)], em todos os domínios avaliados (Fig. 1).

Houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ao avaliar-se o IMC. A média do IMC do Grupo P foi de 23,82 (3,9) kg/m², valor considerado normal na classificação da massa corpórea conforme OMS, enquanto que a média do Grupo S foi 25,75 (4,6) kg/m², classificada como sobre peso, segundo a OMS.

Na comparação do IMC entre homens e mulheres do Grupo P, verificou-se diferença estatística significativa ($t = 5,15$; $p < 0,0001$), os homens obtiveram média de 26,86 (11,50) e as mulheres 22,75 (12,49). Já no Grupo S, também houve diferença estatística significativa no IMC de homens e mulheres ($t=3,25$, $p= 0,00015$), sen-

Tabela 1: Dados socioeconômicos – gênero, idade, ocupação, escolaridade e renda dos participantes da pesquisa

Variáveis	Grupo P (%)	Grupo S (%)	TOTAL (%)
Gênero			
Feminino	74	70	72,0
Masculino	26	30	28,0
TOTAL	100	100	100,0
Idade			
Até 20 anos	2	1	1,5
21 a 30 anos	30	33	31,5
31 a 40 anos	27	19	23,0
41 a 50 anos	16	20	18,0
51 a 60 anos	20	26	23,0
> 60 anos	5	1	3,0
TOTAL	100	100	100,0
Ocupação			
Aposentado(a)	10	9	9,5
Do lar	5	2	3,5
Funcionário(a) público	14	9	11,5
Funcionário(a) em organização não pública	39	49	44,0
Não trabalha	3	4	3,5
Chefe ou Proprietário	14	9	11,5
Autônomo	14	15	14,5
Outro	1	3	2,0
TOTAL	100	100	100,0
Escolaridade			
Não estudou	0	1	0,5
1º grau completo	4	10	7,0
2º grau completo	24	37	30,5
Ensino Superior	38	30	34,0
Pós-Graduação	34	22	28,0
TOTAL	100	100	100,0
Renda Familiar			
Acima de 20 salários	10	3	6,5
De 10 a 20 salários	24	15	19,5
Entre 4 a 10 salários	47	46	46,5
Entre 2 a 4 salários	17	22	19,5
Até 2 salários	2	14	8,0
TOTAL	100	100	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

do que os homens apresentaram média 27,94 (16,48) e as mulheres 24,81 (20,62) (Fig. 2).

Quanto a Pressão Arterial (PA), o Grupo P apresentou menor média de pressão 150/80

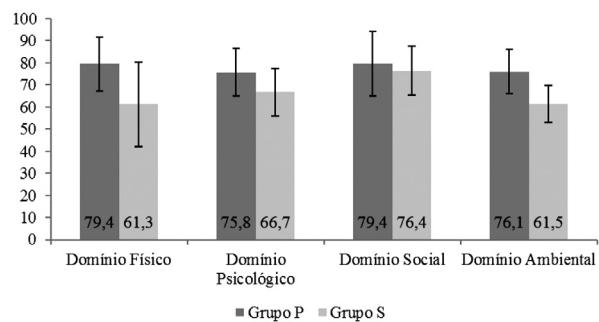


Figura 1: Escores de QV dos Grupos P (praticantes de Pilates) e S (sedentários) de acordo com os domínios analisados

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

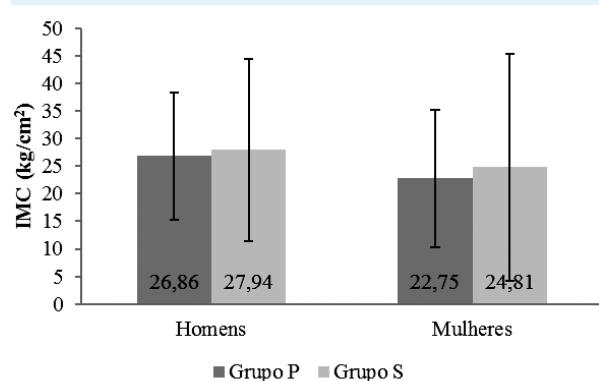


Figura 2: Média de IMC e desvio padrão de homens e mulheres dos Grupos P e S

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

mmHg comparado ao Grupo S, que obteve média de 180/100mmHg. Não houve diferença estatística significativa na PA dos dois grupos.

Na avaliação dos problemas de saúde, administração de medicamentos e percepção de dor considerou-se a autopercepção dos indivíduos ao responderem as questões.

Os problemas de saúde citados pelos indivíduos nos dois grupos foram: Pressão alta, Osteoporose, Depressão, Diabetes, outro tipo de problema e mais de um problema associado. No Grupo P, 68% relataram não ter nenhum problema de saúde enquanto no Grupo S, apenas 47% afirmaram não ter nenhum problema de saúde.

No Grupo P, 18% declararam ter outros problemas (Escoliose, Colesterol, Cardiopatia, Hipertireoidismo, Osteoartrose, Labirintite,

Coluna), 6% pressão alta, 3% depressão, 1% diabetes e 4% disseram ter associação de mais de um problema, enquanto que no Grupo S, 23% afirmaram ter outros problemas (Colesterol, Hipotireoidismo, Artrose, Tendinite, Sobrepeso, Enxaqueca, Asma, Coluna, Cardiopatia), 12% pressão alta, 4% depressão, 1% Osteoporose, 1% diabetes e 12% tiveram associação de mais de um problema (Tab 2).

Tabela 2: Problemas de saúde do Grupo P e do Grupo S

Problema de Saúde	Grupo P (%)	Grupo S (%)
Não tenho problema	68	47
Pressão Alta	6	12
Osteoporose	0	1
Depressão	3	4
Diabetes	1	1
Outro	18	23
Mais que um Problema	4	12
Total	100	100

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Quanto à medicação, 30% do Grupo P tomam medicação e 33% só quando tem dor. No grupo S, 46% administraram algum tipo de medicação e 29% só quando tem dor. As medicações mais administradas no grupo dos praticantes estão relacionadas aos problemas ditos como “outros”, ou seja, 21% dos indivíduos tomam medicação para doença específica. Já entre os sedentários 24% dos indivíduos administraram mais que um remédio (Tab. 3).

A média total de dor referida, avaliada através da EVA, do Grupo P, foi significativamente menor [6,06 (6,6)] que no Grupo S, onde a média foi de 21,58 (14,5). Do total de dor, conforme EVA, nos dois grupos, os homens apresentaram a maior média de dor [Grupo S = 22,43 (1.73)]; [Grupo P = 6,45 (0,83)] (Fig. 3).

Quanto à frequência da dor, 57% dos praticantes não referiram nenhum tipo de dor, 29% referiram sua pior dor uma vez por semana, 12% mais que duas vezes na semana e apenas 2% referiram ter dor todos os dias. No grupo dos sedentários 41% indivíduos não possuem dor, 15% indivíduos referiram sua pior dor uma vez por

Tabela 3: Medicação administrada pelos Praticantes e Sedentários

Medicação	Grupo P (%)	Grupo S (%)
Não toma remédio	37	25
Antidepressivo	3	15
Anti-inflamatório	5	7
Relaxante Muscular	12	4
Analgesico	8	7
Outro	21	18
Mais que um remédio	14	24
Total	100	100

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

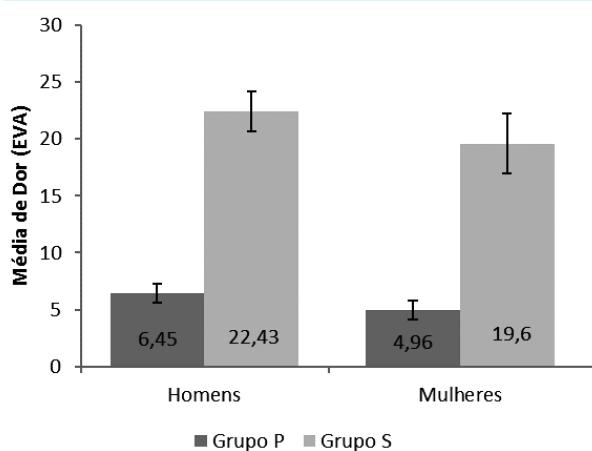


Figura 3: Média de dor, por gênero, e desvio padrão, de acordo com EVA, no Grupo P e Grupo S

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

semana, 26% mais que duas vezes na semana e 18% disseram ter dor todos os dias (Fig. 4).

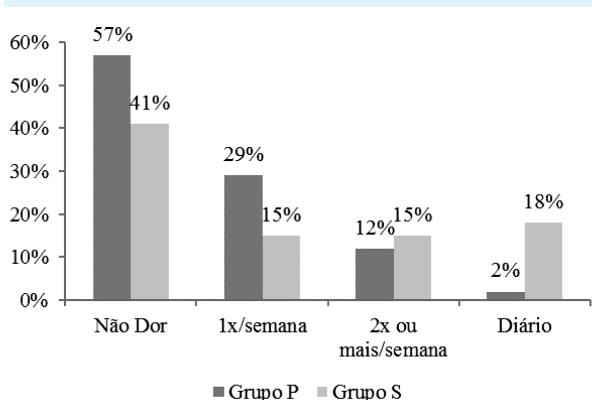


Figura 4: Frequência de dor do grupo P e do grupo S

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

Há correlação estatística significativa e negativa entre o total de dor e a QV no aspecto físico e psicológico de ambos os grupos. Ou seja, à medida que aumenta a dor, diminui a QV no domínio físico e psicológico.

No entanto, a correlação entre o total de dor e QV nos domínios social e ambiental foi fraca e não significativa (Tab. 4).

Tabela 4: Correlação entre os escores de QV do Grupo P e Grupo S e o total de intensidade de dor referida pelos grupos

Domínio	Grupo P		Grupo S	
	r	P	r	P
EVA x Físico	-0,50	p < 0,05	-0,51	p < 0,05
EVA x Psicológico	-0,33	p < 0,05	-0,22	p < 0,05
EVA x Social	-0,20	p < 0,05	-0,13	p > 0,05
EVA x Ambiental	-0,12	p > 0,05	-0,24	p < 0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Quanto ao local da dor, o Grupo S apresentou a região inferior das costas com pior dor, já o Grupo P teve a região do pescoço com a pior dor, porém no Grupo P a intensidade da dor na região referida foi significativamente menor (1,97) que a dor no Grupo S (3,98) (Fig. 5).

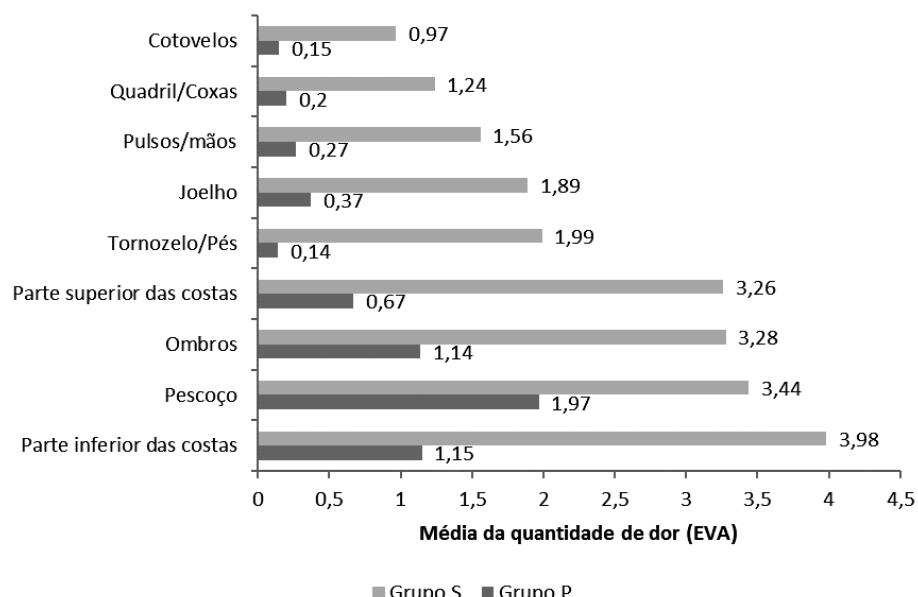


Figura 5: Localização dos pontos de dor do Grupo P e do Grupo S

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Discussão

Entre os domínios avaliados no presente estudo, o domínio físico foi determinado pela percepção dos praticantes e sedentários frente à sua avaliação de dor, a necessidade de tratamento médico, a energia para as atividades do cotidiano, a capacidade de locomover-se, a satisfação com o sono, de desenvolver as atividades diárias e a capacidade de realizar o seu trabalho. A média das pontuações no aspecto físico aponta um escore de 79,43 (12,10) para o Grupo P e 61,31 (19,09) para o Grupo S. Entre os domínios avaliados, o físico foi o de maior média no Grupo P, resultado inversamente proporcional ao do Grupo S.

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa observa-se que a maioria é do sexo feminino (72%). A maior inserção da prática de exercícios físicos entre as mulheres está associada à manutenção da saúde e valorização dos cuidados com a imagem corporal⁹. Normalmente, não se consegue fazer uma associação entre o nível de escolaridade dos indivíduos com a maneira como estas pessoas encaram ou mesmo enfrentam novas situações impostas em suas vidas, no entan-

to informações sobre o grau de escolaridade são úteis aos profissionais da saúde como forma para auxiliar a comunicação, no sentido de utilizarem uma linguagem compatível e de fácil entendimento¹⁰.

Os dois grupos se mostraram homogêneos quanto à renda familiar. Estudos demonstram uma associação subjetiva entre renda e bem-estar, embora atribuam diferença na renda entre o sexo feminino e masculino^{11, 12}. Em um estudo

encontrou-se associação entre baixos escores de QV e condição socioeconômica com baixos índices de renda per capita¹². A baixa renda é, portanto, um fator em potencial que pode comprometer as condições de saúde e, consequentemente, a QV dos indivíduos.

Atualmente encontram-se trabalhos mostrando os benefícios da atividade física tanto no âmbito físico, psicológico, social em todas as idades^{13, 14, 15}. Entre os benefícios do método Pilates pode-se destacar: o aumento da força e resistência muscular, aumento do controle muscular, prevenção de lesões, melhora capacidade respiratória, flexibilidade, melhora da consciência corporal, o alívio do estresse e o aumento da autoestima¹⁴. Observando estes parâmetros, uma pessoa ativa pode obter uma melhor QV através dos benefícios que a prática da atividade física proporciona em relação a pessoas que não praticam^{14, 15, 16}. No presente estudo, houve diferença estatística significativa na QV de praticantes de Pilates e sedentários, o que difere do estudo realizado em um estúdio de Pilates em São Paulo¹⁵, contudo é importante salientar que o estudo realizado em São Paulo foi com grupos de apenas 20 pessoas. A QV está diretamente relacionada à aptidão física e a saúde¹⁷. Trabalhos científicos destacam o sedentarismo e o estresse como responsáveis por doenças e redução da QV^{13, 14, 15}. A prática de atividade física regular acarretou a diminuição do nível de estresse em pessoas praticantes, quando comparados a sedentárias, obtendo-se assim uma melhor QV¹³. Independentemente do sexo, idade e profissão, a prática da atividade física traz consigo uma melhora em todos os aspectos da QV¹⁴, também a prática de algum tipo de atividade física representa uma melhor QV tanto nos aspectos funcionais quanto físicos quando comparamos pessoas praticantes de algum tipo de atividade física com sedentários¹⁵.

Com relação aos praticantes de exercícios físicos e sedentários, foram encontrados na literatura dois estudos com associação positiva entre diferentes intensidades de exercícios físicos e QV^{18, 19}. No primeiro estudo¹⁸, corroborando com a pesquisa realizada, foi observado que a QV teve

uma pior percepção subjetiva em indivíduos sedentários do que aqueles que praticavam exercícios regularmente. Já na pesquisa do segundo estudo,¹⁹ realizada com idosos fisicamente ativos e sedentários, verificou-se, por meio do instrumento de avaliação da QV SF-36, que aqueles que pertenciam ao grupo que praticava atividade física regular apresentaram melhores resultados em todos os domínios pesquisados da QV.

A QV engloba as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde. O sobrepeso e a obesidade são um problema de saúde pública relevante, com repercussões na QV dos indivíduos, tanto em nível físico como mental. Caracterizada pelo aumento do IMC, a obesidade está associada a um risco aumentado de mortalidade e morbidade, causados por doenças, como diabetes, hipertensão arterial, doença cardiovascular, osteoartrite e dificuldades no sono²⁰.

A menor média do IMC encontrada nos homens e mulheres do Grupo P pode ser entendida pela queima calórica que a atividade física promove. Embora o objetivo do Pilates não seja a queima de calorias, como exemplo de uma caminhada ou corrida, ele trabalha a força e resistência muscular, o que torna os indivíduos mais ativos e ágeis no dia a dia, a inclusão destes exercícios em pessoas com sobrepeso tem demonstrado importantes benefícios, além da perda de peso corporal.

O método Pilates ajuda a manter um peso corporal normal. Quando combinado com redução de ingestão calórica, permite redução de peso²¹.

A concentração na respiração ao realizar os exercícios no Pilates pode auxiliar na redução da ansiedade, no controle do ritmo respiratório e, consequentemente reduzir a PA durante o exercício. Para indivíduos hipertensos o trabalho de respiração incorporado ao Pilates é muito importante para se certificar de que eles não estão elevando a PA²².

Entre os problemas de saúde que podem ser evitados ou minorados pela atividade física estão a diminuição do risco de doenças cardíacas, o controle da PA, do diabetes, da obesidade, além de ocorrer aumento da expectativa de vida

pela melhora da QV. Ao mesmo tempo podem-se citar os aspectos fisiológicos prejudicados pelo sedentarismo encontrados na literatura que são: perda de massa magra, de massa óssea, disfunções metabólicas, alterações cardiovasculares, redução da amplitude de movimento e rigidez articular, dentre outros²³.

Notou-se que indivíduos que praticam o Pilates possuem menor número de doenças do que os sedentários, no entanto esses resultados não podem ser atribuídos apenas à prática dessa atividade, mesmo que evidências sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo e ou envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física, como parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde²³.

A literatura aponta como vantagens do método Pilates o estímulo da circulação, melhora do condicionamento físico, da flexibilidade, do alongamento e do alinhamento postural. Além de melhorar os níveis de consciência corporal e a coordenação motora. Tais benefícios ajudariam a prevenir lesões e proporcionar um alívio de dores crônicas^{24, 25}.

Em estudo²⁶ onde foi avaliada a associação entre o nível de atividade física e uso de medicamentos em mulheres com 60 anos de idade ou mais, utilizando como instrumento o prontuário de cadastro da Estratégia Saúde da Família em São Caetano do Sul, foram registrados os medicamentos de uso regular independente do tipo da doença ou do tratamento. Das 271 mulheres elegíveis, 84,9% foram classificadas como ativas. Apenas 23,2% não utilizam nenhum tipo de medicamento, enquanto 29,8% utilizaram três ou mais medicamentos. O nível de atividade física foi inversamente associado com o número de medicamentos utilizados tanto na análise bruta como na ajustada. Os autores concluíram que maiores volumes de atividade física associaram-se significativamente com menor consumo de medicamentos em mulheres envolvidas em um programa de atividade física.

A dor é a segunda causa de procura por assistência médica e corresponde a 80% das consultas dos profissionais da área de saúde. O

impacto biopsicossocial e o sofrimento humano são incalculáveis. Considerada um problema global e complexo que envolve sofrimento desnecessário, incapacidade progressiva e custo socioeconômico relevante, pode estar associado à continuidade da doença, ou mesmo persistir após a recuperação da doença ou lesão. Os pacientes que realizam algum tipo de atividade física tendem a apresentar uma melhor QV, tanto nos aspectos relacionados à dor como nos aspectos funcionais e emocionais¹⁵.

Em um estudo²⁷ que avaliou o nível de dor através da EVA em mulheres com dismenorreia primária antes e após o Pilates, concluiu-se que como prática de atividade física, o método proporcionou melhora dos sintomas associados à dismenorreia, reduzindo a dor das pacientes através da melhora da circulação, diminuição das tensões musculares, e alongamento das estruturas do corpo, mostrando-se uma alternativa não medicamentosa promissora. Esse fenômeno foi chamado de analgesia induzida pelo exercício, ou seja, durante o período de tratamento com o método Pilates, essas mulheres tiveram o nível de dor reduzido podendo ter aumentado o limiar de dor, devido à adequação dos mecanismos de controle da dor.

Em outro estudo²⁸ com 193 pacientes com lombalgia crônica conclui-se que grande parte desta população apresenta depressão. Os pacientes com depressão demonstraram maior intensidade de dor, maior medo de movimento e de realizar atividades físicas. A depressão também foi associada à pior QV, afirmando que as desordens musculoesqueléticas da coluna lombar são importantes problemas de saúde pública os autores salientaram a importância de formular estratégias de intervenção para o controle dessa morbidade e a necessidade da mudança de hábitos de vida, seja em relação à atividade física, vícios posturais ou atitude passiva em relação à dor.

Neste sentido o método Pilates é indicado, pois além de ser uma atividade orientada, os exercícios são executados na posição deitada, com diminuição do impacto nas articulações de sustentação do corpo e principalmente da coluna

vertebral. Pilates, além disso, trabalha com exercícios musculares de baixo impacto contracional, fortalecendo intensamente a musculatura abdominal, e extensores do tronco, o que proporciona maior estabilidade para a coluna, prevenindo e tratando quadros algicos lombares⁶.

O Pilates é conhecido por ser uma técnica suave de treinamento de força com ênfase no tronco e nas suas camadas musculares e profundas, o que permite influências positivas sobre parâmetros de forma da coluna vertebral²⁹. Em seu estudo foram avaliadas 24 voluntárias do sexo feminino (10 Pilates /14 controles) antes e após um programa de Pilates (12 sessões, 60 minutos cada, uma vez por semana). A avaliação foi feita por meio de vídeo de rastreamento de imagens. Nos resultados foram encontradas mudanças significativas no formato da coluna vertebral no sentido da extensão espinhal (ângulo decrescente torácico, o seja, aumento do comprimento da coluna vertebral), após exercícios de treinamento baseados em Pilates²⁹.

Quando avaliada a percepção da dor, a incapacidade e QV em 97 indivíduos com dor lombar crônica através da escala numérica de 11 pontos para mensurar a intensidade de dor, do questionário de Roland-Morris para incapacidade e WHOQOL-Bref para mensurar a QV, os pesquisadores perceberam que a intensidade de dor foi considerada de alta intensidade, o nível de incapacidade encontrado foi considerado grave e o domínio físico da QV o mais prejudicado, e fortemente associado ao nível de incapacidade que tem impacto negativo e importante influência na QV, no aspecto físico, nesses indivíduos com dor lombar crônica³⁰.

Conclusão

Ficou evidenciado que as médias dos escores de QV nos domínios físico, psicológico, social e ambiental são maiores nos praticantes de Pilates do que nos sedentários. O domínio físico foi o de maior destaque quando comparado nos dois grupos, o que confirma as expectativas do

estudo quanto aos benefícios da atividade física, neste caso o Pilates, para a melhora da QV neste aspecto. O escore de QV por faixa etária demonstrou, que independente da idade, os praticantes de Pilates obtiveram maiores valores em todos os domínios da QV.

Na correlação entre EVA e os escores de QV nos dois grupos houve correlação significativa entre o total de dor e a QV nos aspectos físico e psicológico tanto no grupo P como no grupo S, ou seja, à medida que aumenta a dor, diminuiu a QV em ambos os grupos avaliados.

Por fim, é importante destacar que a atividade física, como o Pilates influencia na melhora da QV dos seus praticantes e na redução das dores de um modo geral. Acredita-se que estudos desta natureza possam vir a contribuir com a construção do conhecimento na área da saúde, pois são escassos trabalhos atuais na área de Pilates, sedentarismo e QV na população adulta. Tais achados possibilitam uma maior compreensão acerca da atividade física, saúde e QV.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
2. Fleck MPA. Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Porto Alegre: Departamento de Psiquiatria, UFRGS; 1998.
3. Czeresnia DF (Org.). The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1999; 15(4):701-9.
4. Pedrosa DFA, Pelegrin AKA, Siqueira HBOM, Silva TCR, Colhado OCG, Sousa FAEF. Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. Revista Lateral Americana, Ribeirão Preto. 2011; 19(1):1-6.
5. Bueno DR, Rosa CSC, Codogno JS, Freitas Junior IF, Monteiro HL. Nível de atividade física, comorbidades e idade de pacientes hipertensos. Motriz: rev. educ. fis. [Internet]. 2013; 19(3 Suppl): 16-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742013000700004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742013000700004>.

6. Pilates JH. A obra completa de Joseph Pilates. Tradução Cecília Panelli. São Paulo: Phorte; 2010.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000; 34(2):178-83.
8. Scopel E, Alencar M, Cruz RM. Medidas de avaliação da dor. Revista Digital. Buenos Aires. 2007; 11(105):online. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>. Acesso em: 28 out. 2016.
9. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(8):2169-2180.
10. Magalhães ACL, Coelho GD, Azevedo MA, Lazzari DD, Jung W. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica – da hemodiálise ao transplante renal. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(9):5442-52.
11. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):663-680
12. Mantovani EP, Luca SR, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(2):203-222.
13. Numura M, Teixeira LAC, Caruso MRF. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, São Paulo. 2004; 3(3):125-34.
14. Matsdorff SAM, Rempel C, Laroque LFS. Qualidade de vida de participantes do Centro de Tradições Gaúchas (CTG) Nova Querência de Boa Vista – Roraima. Caderno Pedagógico. Lajeado, 2016; 13(3):117-27
15. Pinto JR, Lopes CR, Curz TMF, Liberali R, Netto MIA, Brandão HV. Estudo comparativo da percepção da qualidade de vida entre pessoas praticantes do método Pilates e pessoas não praticantes através do instrumento Whoqol-bref. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, 2013; 18(179): on line. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd179/estudo-do-metodo-pilates-e-woqol-bref.htm>, Acesso em 15/02/2017.
16. Reis LA, Mascarenhas CHM, Lyra JE. Avaliação da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes do método Pilates. C&C. Revista Eletrônica da Fainor, Vitoria da Conquista. 2011; 4(1):38-51.
17. Ferreira JS, Dietrich SHC, Pedro DA. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. Saúde debate. 2015; 39(106):792-801. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300792&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030019>.
18. Brown DW, Brown DR, Heath GW, Balluz L, Giles WH, Ford ES et al. Associations between physical activity dose and health-related quality of life. Medicine Science Sport Exercise. 2004; 36(5):890-96.
19. Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. 2006; 20(3):219-25.
20. Wannmacher L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. OPAS/OMS – Representação Brasil. 2016; 1(7):1-10.
21. Pestana VS, Pestana AMS, Schinoni MI, Silva MC, Silva MC, Pestana VLP. Efeitos do Pilates solo e exercício resistido sobre a obesidade central e o índice de massa corpórea em idosos R. Ci. med. biol. Salvador, 2012; 11(2):218-223.
22. Junges S, Jacondino CB, Gottlieb MG. Efeito do método Pilates em fatores de risco para doenças cardiometabólicas: uma revisão sistemática. Scientia Medica. 2015; 25(1): ID19839.
23. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo do envelhecimento. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 2000; 5(2):60-76.
24. Faria MB, Faria WC. O efeito do método Pilates no tratamento da dor lombar crônica inespecífica – uma revisão da literatura. Conexão Ciência (on line). 2013; 8(1):75-84.
25. Anderson D, Spector A. Introduction to Pilates-based rehabilitation. Orthopedic Physical Therapy Clinics of North America. 2005; 9(3):1-8.
26. Silva LJ, Azevedo MR, Matsudo S, Lopes GS. Associação entre nível de atividade física e uso de medicamentos entre mulheres idosas. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2012; 28(3):463- 70.

27. Araujo LM, Silva JMN, Bastos WT, Ventura PL. Diminuição da dor em mulheres com dismenorreia primária, tratadas pelo método Pilates. *Revista Dor*, São Paulo. 2012; 13(2):119-23.
28. Antunes RS, Macedo BG, Amaral TS, Gomes HA, Pereira LSM, Rocha FL. Dor e cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo. 2013; 21(1):27-9.
29. Schoroeder J. Pilates Can Affect Sagittal Spinal Alignment: An Observational Study. *Journal of Spine*, Hamburgo. 2014; 3(5):1-5.
30. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida, São Paulo, *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013; 26(1):14-20.