

ORIGINAL ARTICLE

Open Access

## Perfil antropométrico e autoestima de um grupo de atividade física em Unidade de Saúde

### *Anthropometric profile and self esteem of a physical activity group on Health Unit*

Claudine Lamanna Schirmer<sup>a</sup>, Natan Biuara Estivallet<sup>b</sup>, Maria Rita Macedo Cuervo<sup>c</sup>,  
Ângelo José Gonçalves Bós<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Nutricionista. Mestre em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). <[nutricionistaclaudine@gmail.com](mailto:nutricionistaclaudine@gmail.com)>.

<sup>b</sup> Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). <[natanpoa@gmail.com](mailto:natanpoa@gmail.com)>.

<sup>c</sup> Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). <[ritacuervo@gmail.com](mailto:ritacuervo@gmail.com)>.

<sup>d</sup> Geriatria. Doutor em Medicina. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). <[angelo.bos@pucrs.br](mailto:angelo.bos@pucrs.br)>.

#### ARTICLE INFO

##### Article history

Received: 15/09/2015

Accepted: 28/09/2015

##### Correspondent Author

Claudine Lamanna Schirmer  
Instituto de Geriatria e Gerontologia  
Pontifícia Universidade Católica do  
Rio Grande do Sul  
Av. Ipiranga 6681, prédio 81 sala 703  
90619-900 Porto Alegre, RS, Brazil  
<[nutricionistaclaudine@gmail.com](mailto:nutricionistaclaudine@gmail.com)>

© 2015 All rights reserved

##### Editors

Alfredo Cataldo Neto  
Irenio Gomes

#### RESUMO

**Objetivos:** avaliar o perfil antropométrico, sociodemográfico, patologias e índice de autoestima de usuários participantes de um Grupo de Atividade Física (GAF) vinculado a uma Unidade de Saúde da Família (USF). **Métodos:** O estudo foi composto por 15 participantes do GAF de uma USF de Porto Alegre e 15 usuários não participantes do GAF, formando o grupo controle (GC), sendo amostra definida por conveniência e pareada por sexo e idade. Ambos os grupos foram compostos 100% pelo sexo feminino. **Resultados:** A média de idade do GAF foi de  $62 \pm 8$  anos e no GC foi de  $61 \pm 10$  anos, não sendo estatisticamente diferentes. Antropometricamente, os grupos avaliados foram semelhantes. Patologias mais encontradas: Hipertensão Arterial Sistêmica (66%) e Diabetes Mellitus (25%). O nível de autoestima mostrou-se elevado em 67% dos participantes dos dois grupos, não havendo diferença entre grupos. **Conclusões:** Evidências atuais indicam que praticantes de atividade física têm melhor autoestima e apresentam menor risco de desenvolverem doenças coronarianas, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica. Diversos protocolos de saúde recomendam a ampliação de ações de saúde, motivando a atividade física em atenção primária. Frente aos dados encontrados, ressaltamos a importância de trabalhos que caracterizem a realidade de usuários participantes de grupos em USFs, especialmente em atividade física, uma vez que a população tem alta prevalência de doença crônico-degenerativa. Enfatiza-se a importância de políticas públicas que ofereçam aos usuários programas de exercícios físicos inseridos no território da comunidade e estimulem-na para o mesmo, com a atuação efetiva da equipe de saúde.

**DESCRITORES:** Autoimagem; Atividade motora; Atenção primária à saúde.

#### ABSTRACT

**Aims:** to compare, socio-demographic and anthropometric profile, presence of chronic diseases, and self-esteem index of a Physical Activity Group (PAG) and a sedentary group (Control Group – CG) linked to a Family Health Unit (FHU) in Porto Alegre, Brazil. **Methods:** The study consisted of 15 participants from the PAG and 15 from the CG, using a convenience sample, since all PAG available were included. Both groups were matched by sex and age. Both groups consisted of only women. **Results:** The mean age of PAG was  $62 \pm 8$  years and CG was  $61 \pm 10$  years, not being statistically different. Anthropometrically both evaluated groups were similar. Most commonly found diseases were Hypertension (66%) and Diabetes (25%). The level of self-esteem was high in 67% of participants in both groups, with no difference between groups. **Conclusions:** Current evidence indicates that physically active people have better self-esteem and a lower risk of developing Coronary Heart Disease, Type 2 Diabetes Mellitus, and Hypertension. Several protocols recommend the expansion of health actions, motivating physical activity in primary care. Based on the data, we emphasize the importance of studies that characterize the real life of group participants in FHU users, especially in physical activity, since the population has a high prevalence of chronic degenerative diseases. We emphasize the importance of Public Policies that offer users exercise programs within the community and encourage them to this practice, with the activeness of the healthcare team.

**KEYWORDS:** Self esteem; Physical activity; Primary care.



## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico da atualidade impulsiona o homem a viver sob o regime de menor esforço, reduzindo a atividade física e os estímulos orgânicos apenas ao indispensável. Há uma tendência crescente dos indivíduos tornarem-se fisicamente menos ativos, tendo em vista os avanços tecnológicos que produzem ocupações, profissões e modos de vida sedentários<sup>1</sup>. Em razão disso, atividades de recreação ou lúdicas mais ativas vêm sendo substituídas por atividades de lazer sedentárias, como assistir à TV ou usar computadores e jogos eletrônicos. Consequentemente, sérios prejuízos são proporcionados à saúde física e mental, sendo a atividade física cada vez mais necessária para uma boa saúde.<sup>2</sup>

Quem pratica atividade física apresenta menor risco de desenvolver doenças coronarianas, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, alguns tipos de câncer, osteoporose, demências, além da prática de atividade física estar associada à menor prevalência de depressão e maiores níveis de autoestima.<sup>3</sup> A inatividade física frequentemente é associada a transtornos de humor e piora na autoestima, pois quanto mais ativo o indivíduo, maior a autoestima e menores são os níveis de depressão e tensão, sendo também mais elevada a qualidade de vida.<sup>4</sup> Além disso, os efeitos da atividade física na melhora da composição corporal e na sensação de bem-estar psicológico são fatores intimamente ligados a autoestima do indivíduo, uma vez que melhoram seu autoconceito.<sup>5</sup>

Alguns estudos já avaliaram o efeito de programas de exercícios em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), porém com o intuito de medir parâmetros específicos do treinamento sobre perda de peso ou controle de doenças crônicas,<sup>6-9</sup> sendo a duração destes programas restrita ao tempo de estudo, na maioria das vezes. Poucos estudos falam sobre a inserção da atividade física nos serviços de atenção básica oferecidos à comunidade, havendo carência de dados a esse respeito. Sabendo dos benefícios da atividade física na saúde, de sua influência positiva na autoestima dos indivíduos e da importância que o conhecimento a esse respeito geraria para ampliação destas práticas na atenção primária, os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil antropométrico, sociodemográfico e de patologias, bem como avaliar o índice de autoestima de usuários participantes de um Grupo de Atividade Física vinculado à uma Unidade de Saúde da Família (USF).

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Delineamento do estudo e amostra

Trata-se de um estudo descritivo comparativo composto por 15 participantes do grupo de atividade física de uma USF de Porto Alegre-RS, sendo a amostra definida por conveniência e tendo sido pareada por sexo e idade com usuários que foram atendidos na unidade e que não estavam participando do grupo de atividade física (grupo controle). Para o grupo de atividade física foram incluídos os participantes que se enquadrassem nos seguintes critérios: ser usuário da unidade, ter sido considerado apto à atividade física com prévia autorização de um dos médicos da USF para participar do grupo e ter uma frequência mínima de 80% nas atividades do mesmo (os encontros ocorreram semanalmente entre fevereiro e abril de 2011, totalizando 11 encontros = 100%), sendo que os participantes deste grupo vinham frequentando o mesmo há no mínimo 6 meses. A coleta de dados ocorreu ao final dos 11 encontros. Para o grupo controle foram incluídos usuários que fossem atendidos na USF, pareados ao grupo de atividade física por sexo e idade, com perfil de atendimento por demanda de saúde semelhante aos usuários do grupo (problema de saúde que leva os pacientes a buscarem atendimento na USF e as principais patologias apresentadas pelos mesmos). Tanto para o grupo atividade física quanto para o grupo controle foram excluídos os usuários que não se enquadrassem nos critérios mencionados. Nenhum participante de ambos os grupos praticava outra atividade física fora da USF, com exceção de um dos participantes do grupo de atividade física, que já fazia hidroginástica antes mesmo de se vincular à USF.

### Funcionamento do grupo de atividade física

O grupo de atividade física ocorre semanalmente, pela manhã, em um local da Comunidade escolhido pelos participantes, com acompanhamento da equipe da USF, sendo coordenado pela fisioterapeuta da unidade com apoio da nutricionista e das agentes comunitárias de saúde. A atividade física é realizada através dos seguintes passos: alongamentos iniciais coordenados por comando de voz e demonstração visual dos mesmos, caminhada de 35 minutos<sup>4</sup> nas quais as profissionais de saúde também são participantes e alongamentos finais coordenados por comando de voz e demonstração visual dos mesmos, sendo o período total de 60 minutos. A intensidade do exercício é leve, conforme orientação e definição dos Cadernos de Saúde – Saúde do Idoso.<sup>4</sup> Todos os passos foram

orientados e monitorados pelos profissionais de saúde da equipe supracitados<sup>4</sup>. Além disso, todos os usuários foram orientados a complementar a atividade com outros exercícios durante a semana.

### Avaliação antropométrica

Constou de peso em gramas, estatura, circunferência abdominal e circunferência do pescoço em centímetros. O peso e a estatura foram verificados com os indivíduos sem calçados e usando roupas leves. A cintura foi aferida na altura da cicatriz umbilical e o quadril no ponto de maior proeminência glútea<sup>10</sup>. Para tais medidas foram utilizadas balança antropométrica com estadiômetro acoplado, da marca Brião®, com capacidade máxima de 150kg e graduação de 200g, além de fita métrica de fibra de vidro. A aferição das medidas antropométricas em todos os participantes avaliados foi realizada unicamente pela nutricionista do grupo.

Os valores obtidos foram classificados de acordo com os pontos de corte da OMS<sup>11</sup> ou Lipschitz<sup>12</sup> para IMC, de acordo com a idade do participante. A circunferência abdominal (CA) e a circunferência do pescoço (CP) foram classificadas de acordo com os pontos de corte recomendados pelo IDF<sup>13</sup> e Ben-Noun & Laor,<sup>14</sup> respectivamente. A circunferência do pescoço, embora menos comum na prática diária, vem sendo demonstrada como importante para avaliação do risco de acidente vascular cerebral, bem como para as demais patologias cardiovasculares.<sup>14</sup>

### Caracterização do perfil sociodemográfico e de patologias associadas

Dados demográficos e socioeconômicos como idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional/ocupacional, renda familiar e patologias associadas foram coletados no prontuário.

### Mensuração do índice de autoestima

A mensuração da autoestima foi feita em uma única vez ao longo dos encontros do grupo pelo preenchimento da escala de Rosenberg,<sup>15</sup> realizado pelo próprio participante. Trata-se de um instrumento composto por 10 afirmativas, com 4 opções de respostas cada uma, que variam de nada importante a extremamente importante. Cada alternativa tem um valor que varia de zero a três. Deste modo o escore final da escala pode variar de zero (melhor autoestima) a trinta (pior autoestima), sendo este escore dividido em tercís e cada tercís representando uma classificação de autoestima: 0-10 elevada autoestima, 11-20 moderada autoestima e 21-30 baixa autoestima.<sup>16</sup>

### Aspectos éticos

Com base na resolução 466/12, a pesquisa com seres humanos foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sendo aprovado sobre o número 11/05341, além do Comitê de Ética em Pesquisa do Município de Porto Alegre/RS, sobre o número 001.004467.11.6. Os pesquisadores se comprometeram a manter o sigilo e o anonimato de todos os dados coletados e inclusos neste estudo. Todos os participantes incluídos neste trabalho receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Análise estatística

Os dados foram analisados com auxílio do *software* SPSS 16.0, sendo os resultados obtidos por meio de estatística descritiva e testes quantitativos. Os dados foram descritos em porcentagem, proporção, média e desvio padrão e também submetidos ao teste de *Kolmogorov-Smirnoff* para avaliar a sua normalidade. Para as variáveis paramétricas utilizou-se o teste de *t-Student* para amostras independentes (para comparação do IMC, CA, CP e escore de autoestima entre os grupos) e teste de correlação de *Pearson* (entre a autoestima e as variáveis antropométricas). A relação entre renda familiar, estado civil e escolaridade × autoestima foi verificada pelo teste de *Qui-quadrado* e se considerou estatisticamente significativo valores de  $p < 0,05$  para todos os testes executados.

## RESULTADOS

Foram avaliados 30 indivíduos, sendo 15 participantes do Grupo Atividade Física (GAF) e 15 não participantes do mesmo, os quais constituíram o Grupo Controle (GC). Ambos os grupos foram compostos 100% por usuários do sexo feminino. A média de idade do GAF foi de  $62 \pm 8$  anos e no GC foi de  $61 \pm 10$  anos, não havendo diferenças estatísticas entre os mesmos.

Antropometricamente os grupos avaliados foram similares, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa entre os mesmos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características antropométricas dos grupos estudados.

	GAF	DP	GC	DP	p
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30,99	5	29,56	4	0,8
CA (cm)	102,70	11	102,37	8	0,9
CP (cm)	37,00	2	38,10	2	0,9

Dados analisados pelo teste t Student para amostras independentes. IMC = índice de massa corporal; CA = circunferência abdominal; CP = circunferência do pescoço; GAF = grupo atividade física; GC = grupo controle; DP = desvio-padrão.

Comparando GAF e GC temos que os dois grupos se classificam como excesso de peso e alto risco cardiovascular segundo a circunferência abdominal e do pescoço.<sup>13,14</sup>

A Tabela 2 mostra os dados sociodemográficos avaliados em ambos os grupos. Em relação ao estado civil a maior parte das usuárias é casada ou vive com alguém, embora no GAF esse percentual seja de 66,66% (n=10) da amostra e no GC seja de 33,33% (n=5). O grupo controle apresenta maior percentual de separadas (26,66%, n=4 vs. 13,33%, n=2). Quanto à situação profissional o maior percentual de ativos encontra-se no GC (33,33%, n=5), da mesma forma que o de aposentados (40,00%, n=6) quando comparados com o GAF (20,00%, n=3 e 13,33%, n=2, respectivamente). Entretanto, no GAF temos o percentual maior de donas-de-casa, que é de 46,66% (n=7), contra 13,33% (n=2) no GC. O percentual de usuárias aposentadas que possuem trabalho remunerado é semelhante nos dois grupos.

Em termos de escolaridade, dois terços do GAF (66,66%, n=10) tem Ensino Fundamental incompleto,

enquanto no GC esse percentual é de menos da metade da amostra (46,66%, n=7). Neste mesmo sentido, no GAF há mais usuários com Ensino Médio incompleto do que no GC (20,00%, n=3 vs 13,33%, n=2, respectivamente), embora em relação ao Ensino Médio completo o percentual seja o mesmo nos dois grupos, 13,33%, n=2. Somente no GC há usuárias com tenham curso técnico e que cursaram a graduação, seja completa ou incompletamente (6,66%, n=1 da amostra para as duas categorias).

Na mensuração da renda familiar a minoria do GAF (40,00%, n=6) mantém-se com 1 a 3 salários-mínimos, enquanto no GC esse percentual é de 60,00%, n=9. Ainda no GAF, 1/5 da amostra refere renda familiar de 1 salário, 1/5 refere renda de 3 a 6 salários e 1/5 refere renda maior que 6 salários, ao passo que no GC o restante da amostra (40,00%, n=6) possui renda familiar de 3 a 6 salários-mínimos, sem maiores valores do que estes.

Quanto às patologias associadas apresentadas, a principal foi Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em ambos os grupos, 60% no GAF e 73% no GC, seguindo

**Tabela 2.** Características sócio-econômicas dos grupos estudados.

	Grupo Atividade Física % (n=15)	Grupo Controle % (n=15)	P
Estado civil			0,31
Casado/vivendo com alguém	66,66 (10)	33,33 (5)	
Viúvo	13,33 (2)	20,00 (3)	
Separado	13,33 (2)	26,66 (4)	
Solteiro	6,66 (1)	20,00 (3)	
Atuação Profissional			0,13
Ativo	20,00 (3)	33,33 (5)	
Aposentado	13,33 (2)	40,00 (6)	
Aposentado com trabalho remunerado	20,00 (3)	13,33 (2)	
Dona de casa	46,66 (7)	13,33 (2)	
Escolaridade (em tipo de ensino)			0,40
Fundamental Incompleto	66,66 (10)	46,66 (7)	
Fundamental Completo	–	6,66 (1)	
Médio Incompleto	20,00 (3)	13,33 (2)	
Médio Completo	13,33 (2)	13,33 (2)	
Curso técnico	–	6,66 (1)	
Graduação incompleta	–	6,66 (1)	
Graduação	–	6,66 (1)	
Pós-graduação	–	–	
Renda familiar (salários mínimos)			0,23
1	20,00 (3)	–	
1 a 3	40,00 (6)	60,00 (9)	
3 a 6	20,00 (3)	40,00 (6)	
> 6	20,00 (3)	–	

Dados analisados por estatística descritiva.

de Diabetes Mellitus (DM) com 33,33% (n=5), no GAF e 20,00% (n=3), no GC e de doenças ósteomusculares no GAF 20,00% (n=3), e no GC 46,66% (n=7). Os demais problemas de saúde foram agrupados em cardiovasculares, tireóideos, respiratórios, saúde mental e outros (neoplasias, infecções crônicas, hematológicos e otorrinolaringológicos), tendo diferentes percentuais de predominância em cada um dos grupos (Figura 1). Todas as usuárias do GAF declararam-se não-tabagistas e não-alcoolistas e no GC 4/5 declararam-se não-tabagistas, 1/5 declarou-se tabagista, sendo todas não-alcoolistas.

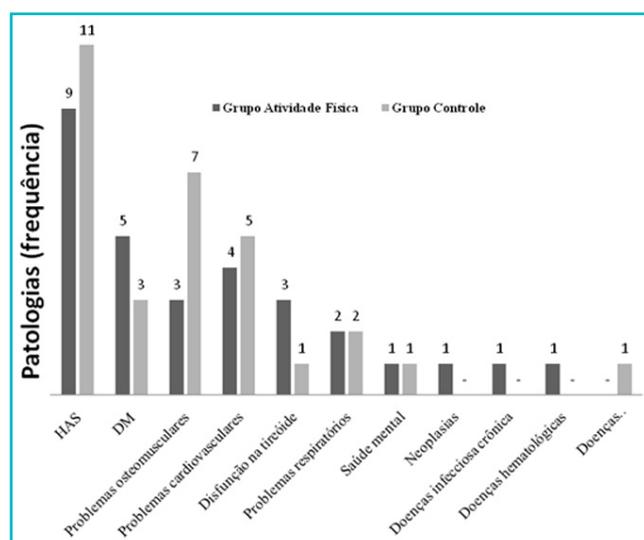


Figura 1. Frequência das Patologias da amostra estudada.

Na avaliação da escala de autoestima de Rosenberg, tanto GAF quanto GC apresentaram autoestima média classificada como elevada ( $7 \pm 5$  vs  $9 \pm 5$  pontos, respectivamente,  $p = 0,31$ ), sendo a pontuação total dos usuários dividida em autoestima moderada (33,33%, n=5) e elevada (66,66%, n=10) nos dois grupos. Foram testadas correlações entre a autoestima e as variáveis antropométricas, não as ocorrendo. Também não foi encontrada associação entre participar do grupo de atividade física, renda familiar ( $p=0,6$ ), estado civil ( $p=0,6$ ), escolaridade ( $p=0,3$ ) e autoestima demonstrada pelos participantes deste estudo.

## DISCUSSÃO

Este trabalho buscou avaliar a autoestima e caracterizar o perfil antropométrico e sociodemográfico de usuários participantes de um grupo de Atividade Física vinculado à uma USF em comparação com usuários não participantes deste grupo, sendo os grupos similares quanto ao perfil antropométrico. Embora

haja algumas diferenças quanto ao estado civil, renda e escolaridade, não foram encontradas associações das mesmas com os índices de autoestima, que foi elevado (66,66%) na maior parte dos usuários avaliados, independente do grupo a que pertenciam.

No perfil antropométrico ambos os grupos foram classificados com excesso de peso e alto risco cardiovascular, o que reforça a necessidade da prática de atividade física e realça a importância deste grupo na Unidade de Saúde. Consideramos os dados deste perfil antropométrico de grande importância, pois vai ao encontro ao fato de que na cidade de Porto Alegre somente 15% dos adultos praticam atividade física suficiente no tempo livre<sup>17</sup> e sabe-se o quanto a inatividade física é fator de risco determinante para o ganho de peso. A formulação de medidas de saúde pública adequadas e políticas de intervenção se fazem urgentes e alguns estados brasileiros já vem se propondo a massificação da atividade física, informando e oportunizando sua prática de maneira adequada<sup>18</sup>. Somam-se a isso as diretrizes propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como ênfase a adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, sendo uma de suas diretrizes o incentivo a responsabilidade individual da prática de atividade física regular<sup>19</sup>. Indo de encontro a esta política, enfatizamos que o grupo de Atividade Física ocorre 1 vez por semana, necessitando ser complementado com outros exercícios fora do mesmo por estar distante da recomendação que é, de pelo menos, 35 minutos<sup>4</sup> de atividade física (podendo ser elas formal ou de lazer, realizadas de maneira contínua ou acumuladas em sessões de pelo menos 10 minutos), de intensidade leve, cerca de três ou preferencialmente todos os dias da semana para efetividade da mesma em termos de prevenção de doenças.<sup>20</sup> Embora esta complementação tenha sido orientada, apenas uma participante do GAF realizava outra atividade física (hidroginástica), sendo esta prática anterior à sua participação no GAF.

Mesmo sendo antropometricamente similares, algumas diferenças foram observadas nas características sociodemográficas estudadas, como maior percentual de casados/vivendo com alguém e de ativos profissionalmente no GAF e maior renda e escolaridade no GC, embora nenhuma delas pareça influenciar a autoestima de seus respectivos participantes. Ainda que a autoestima dos indivíduos possa ser influenciada pelas características sociais como sexo, idade e estado civil, não foi possível observar nenhuma associação destas características como os escores de autoestima apresentado pelos grupos avaliados. Mesmo nossa amostra sendo predominante de idosos, não constatou uma correlação entre idade e autoestima, o que é

frequentemente relatado em outros estudos, como por exemplo, o estudo de Vargas e colaboradores (2005).<sup>21</sup> Ainda em relação à autoestima e idade os resultados têm sido controversos, uma vez que há dados que mostrem que a autoestima pode ser negativamente correlacionada com a idade<sup>22</sup> enquanto outros indicam que a mesma aumenta com o envelhecimento, tendo os idosos melhor autoestima.<sup>23</sup> Entretanto, em relação aos usuários avaliados é importante ressaltar que por serem idosos a compreensão das questões do questionário, bem como a clareza na sua leitura, possa ter sido influenciada por dificuldades inerentes à idade e por ser esta uma amostra pequena. Consideramos que o tamanho da amostra e a influência da idade dos participantes na compreensão das questões avaliativas são limitações importantes do nosso estudo, embora as mesmas reflitam a realidade do grupo e da Unidade de Saúde, o que consideramos o maior ponto positivo deste trabalho. Além disso, nossos dados complementam outros trabalhos que já avaliaram a atividade física na atenção primária, os quais verificaram efeitos positivos na qualidade de vida, medidas antropométricas e nível de autonomia.<sup>24,25,26</sup> Entretanto, deve se considerar que cada trabalho traz um programa de exercícios diferentes e avaliação de desfechos distintos dos nossos, o que reforça o caráter de complementação de resultados aqui apresentados.

A autoestima de indivíduos tem sido estudada com relação a diversos aspectos, definindo-se a mesma como uma atitude positiva ou negativa para com um objeto particular chamado de *self*. No entanto, autoestima tem duas diferentes conotações: alta autoestima e baixa autoestima, podendo haver uma intermediária que é a moderada autoestima. A conotação de alta autoestima é aquela cuja pessoa pensa que ela é “muito boa”; muito diferente daquela na qual o indivíduo acha-se “bom o suficiente”. Já a baixa autoestima implica em autorrejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa. O grau de aceitação ou rejeição do *self* é um fenômeno de aprendizado que envolve e reflete todo o processo da vida do indivíduo.<sup>15</sup>

Observamos que a maior parte da amostra estudada apresentou elevada autoestima, o que de maneira generalizada, representa um resultado muito positivo. Porém, esse índice foi encontrado independente da prática ou não de atividade física, diferente do esperado em relação à literatura,<sup>27</sup> o que avaliamos ser uma limitação do tamanho da nossa amostra. Estende-se essa explicação para a não constatação de associações entre estado civil, renda, escolaridade e a autoestima, uma vez que estudos mostram que a classe social e o nível educacional são considerados aspectos que influenciam a autoestima dos indivíduos<sup>28,29</sup> e

que o estado civil é um indicador de apoio social, instrumental e emocional que também influencia na mesma.<sup>30</sup> Alguns trabalhos mostram que mulheres com escores maiores de autoestima sejam mais propensas à prática da atividade física do que mulheres com baixa autoestima.<sup>31</sup> De qualquer forma, a simples participação no grupo já pode ser um potencializador da autoestima dos usuários e todo o esforço deve ser mantido e estimulado conforme as diversas políticas públicas e benefícios biológicos conhecidos. Assim como conhecer o perfil social e de comorbidades é de fundamental importância para indicar e monitorar a atividade física dos participantes.

Independente de nossos resultados corroborarem ou não com dados da literatura, ressalta-se a importância de trabalhos que caracterizem e mostrem a realidade de usuários participantes de grupos em Unidades de Saúde, especialmente em grupos de atividade física, visto que esse assunto tem uma literatura muito limitada a estudos sobre fitness, pesquisa de protocolos de treinamento ou efeitos de suplementos e pouco explorado na sua inserção dentro da saúde coletiva. Acreditamos que os dados socioeconômicos e de autoestima encontrados aqui podem servir como base de comparação para outros trabalhos na atenção básica, ainda que não tenhamos encontrado associação entre as variáveis estudadas e a autoestima dos usuários avaliados.

Para que a produção de conhecimento dentro dessa área seja possível, enfatiza-se a importância de políticas públicas que ofereçam a possibilidade aos usuários de participarem de programas de exercícios físicos inseridos no território da população adscrita e os estimulem para o mesmo por meio da atuação efetiva da equipe de saúde neste contexto. Para isto, há a necessidade de envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na busca de soluções para os problemas de saúde da comunidade. Se estas medidas forem realmente aplicadas, o efeito positivo das mesmas nos índices de autoestima dos usuários virá por consequência, além de fortalecer os profissionais de saúde no planejamento de suas ações e medidas de intervenção de maneira mais efetiva e direcionada.

## REFERÊNCIAS

1. Annamaria Moura López. Perfil antropométrico e condicionamento físico de mulheres residentes em comunidade carente do Distrito Federal [Dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2007.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007. p. 244.

3. Ministério da Saúde. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, nº 12. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 110.
4. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 192.
5. Tamayo A et al. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia*. 2001;6(2):157-65.
6. Vieira JLL, Porcu M, Rocha PGM. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1):23-8.
7. Monteiro HI, Rolim LMC, Squinca DA, et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13(2):107-12.
8. Costa PRE, Assis AMO, Silva MCM, et al. Mudança nos parâmetros antropométricos: a influência de um programa de intervenção nutricional e exercício físico em mulheres adultas. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(8):1763-73.
9. Vancea DMM, Vancea JN, Pires MIF, et al. Efeito da Frequência do Exercício Físico no Controle Glicêmico e Composição Corporal de diabéticos tipo 2. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(1):23-33.
10. Vitolo MR. Nutrição da Gestação ao Envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 648.
11. Organização Mundial da Saúde. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. São Paulo: Roca; 2004. p. 276.
12. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
13. NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program – NCEP Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert panel on detection, evaluation, treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
14. Ben-Noun L, Laor A. Relationship of neck circumference to cardiovascular risk factors. *Obes. Res*. 2003;11(2):226-31.
15. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2004;19(1):41-52.
16. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003;8(3):669-80.
17. VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: 2012. p. 238.
18. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2005;26(2):147-53.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2006. p. 62.
20. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. de Cardiol*. 2005;84:1-28.
21. Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Esc. Enfer*. 2005;3(1):20-7.
22. Lee G, Shehan CL. Social relations and the self-esteem of older persons. *Res. Aging*. 1989;11(4):427-42.
23. Schieman S, Campbell JE. Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. *J. Aging Health*. 2001;13(2):155-85.
24. Kokubun E, Luciano E, Sibuya CY, et al. Programa de atividade física em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2007;12(1):45-53.
25. Guimaraes AC, Rocha CAQC, Gomes ALM, et al. Efeitos de um Programa de Atividade Física sobre o Nível de Autonomia de Idosos Participantes do Programa de Saúde da Família. *Fit Perf*. 2008;1:5-9.
26. Mendonça BCA, Oliveira JJ, Oliveira TACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2009;14(3):211-6.
27. Callegari-Jaccque SM. Bioestatística, princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 144-52.
28. Ross C, Mirowsky J. Explaining the social patterns of depression: control and problem solving – or support and talking? *J. Health Soc. Behav*. 1989;30(2):206-19.
29. Avison WR, Gotlib, IH. Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future. New York: Plenum; 1994. p. 344.
30. Allen SM, Ciambrone D, Welch LC. Stage of life and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *J. Aging Health*. 2000;12(3):318-41.
31. Egito M, Matsudo S, Matsudo V. Auto-estima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de atividade física de acordo com a idade cronológica. *R. Bras. Ci e Mov*. 2005;13(2):7-15.