

---

# A influência do exercício físico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física

*Franco Noce,  
Thaiane Helena Fidelis de Souza,  
Sirlene Silva Nunes,  
Leticia Aline da Silveira,  
Josiane de Jesus Souza,  
Marcos Antonio Campelo Lopes,  
Cristina Carvalho de Melo*

## Resumo

A deficiência física, além das mudanças físicas, acarreta mudanças psicológicas e sociais em todas as áreas da vida cotidiana do indivíduo. Este estudo teve como objetivo comparar o nível de qualidade de vida (QV) entre pessoas com deficiência (ativas e sedentárias). A pesquisa ocorreu durante três meses, em locais e dias distintos. As coletas referentes ao grupo sedentário foram realizadas nos primeiros dias de cada mês em uma instituição filantrópica de Belo Horizonte. Para o grupo ativo aconteceu na segunda semana de cada mês no Corpo de Bombeiros de Belo Horizonte. A amostra foi composta por vinte pessoas com deficiência do sexo masculino, com uma média de idade de 38,1 anos. Como instrumentos deste estudo foram utilizados dois questionários, sendo o primeiro para obtenção de dados sociodemográficos da amostra e o segundo o WHOQOL-Bref que tem a finalidade de mensurar a QV através questões que abordam os domínios físico, psicológico, social e ambiental. Com os resultados observou-se que a qualidade de vida das pessoas com deficiência que se mantém ativas é melhor que a dos sedentários.

**Palavras-chave:** Exercício Físico, Qualidade de Vida, Pessoas com deficiência.

## **The influence of exercise on the quality of life of people with physical disabilities**

*Franco Noce, Thaiane Helena Fidelis de Souza, Sirlene Silva Nunes, Leticia Aline da Silveira, Josiane de Jesus Souza, Marcos Antonio Campelo Lopes, Cristina Carvalho de Melo*

### **Abstract**

Physical disability brings with it, in addition to physical changes, psychological and social changes in all areas of an individual's daily life. This study aimed to compare the level of quality of life (QoL) among people with disabilities (active and sedentary). Researched for three months, in different places and days. The collections for the sedentary group were carried out in a philanthropic institution in Belo Horizonte, which provides community services to people with physical disabilities, in the first days of each month of collection, as for the active group, carried out at the Fire Department of Belo Horizonte on the second week of each month of collection. It consisted of 20 male disabled people, with a mean age of 38.1 years  $\pm$  11.73. As instruments of this study, two questionnaires were used, the 1st to obtain the sociodemographic data of the sample, consisting of 10 questions and the 2nd, WHOQOL-Bref, with the purpose of measuring the QOL, through 26 questions that addressed the physical, psychological, social and environmental domains. With the results obtained, it was possible to observe that the quality of life of people with disabilities who remain active is better than that of sedentary people, comparing the scores achieved with this research.

**Keywords:** Exercise, Quality of life, Disabled.

## **La influencia del ejercicio físico en la calidad de vida de las personas con discapacidad física**

*Franco Noce, Thaiane Helena Fidelis de Souza, Sirlene Silva Nunes, Leticia Aline da Silveira, Josiane de Jesus Souza, Marcos Antonio Campelo Lopes, Cristina Carvalho de Melo*

### **Resumen**

La discapacidad física trae consigo, además de cambios físicos, cambios psicológicos y sociales en todos los ámbitos de la vida diaria de un individuo. Este estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de calidad de vida (CV) entre personas con discapacidad (activas y sedentarias). A pesquisada durante três meses, em locais e dias distintos. As coletas referentes ao grupo sedentário foram realizadas em uma instituição filantrópica de Belo Horizonte, nos primeiros dias de cada mês de coleta. Quanto ao grupo ativo, realizadas no Corpo de Bombeiros de Belo Horizonte na segunda semana de cada mês de coleta. Estaba formado por veinte varones discapacitados, con una edad media de 38,1 años  $\pm$  11,73. Como instrumentos de este estudio se utilizaron dos cuestionarios, el 1o para obtener los datos sociodemográficos de la muestra, compuesto por diez preguntas y el 2o, WHOQOL-Bref, con el propósito de medir la CV a través de preguntas que abordaban los dominios físico, psicológico, social y social. ambiental.

**Palabras-clave:** Ejercicio Físico, Calidad de vida, Personas con deficiencia.

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existem cerca de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo e a expectativa de vida dessa população tem aumentado, principalmente em função do desenvolvimento tecnológico e das atualidades em saúde que colocam o exercício físico e a promoção da saúde como processos positivos da Qualidade de Vida (QV) (Gonçalves et al., 2019).

A deficiência física traz consigo além das mudanças físicas, mudanças psicológicas e sociais em todas as áreas da vida cotidiana do indivíduo. Recuperar a melhor mobilidade e independência possíveis é, portanto, não só o foco do processo de reabilitação, mas também representa um critério importante para a qualidade de vida do indivíduo (Santos & Freitas, 2019).

Não existe uma definição universalmente aceita de QV. Ela é um parâmetro de resultado orientado para a pessoa e um construto multidimensional, que considera a avaliação das condições de vida em diferentes áreas da vida. O que é consenso na literatura é que na área da saúde, o se elevou para além dos níveis de condições básicas e subjetivas do ser humano, tratando o equilíbrio biopsicossocial como ponto de partida (Nahas, 2017).

O exercício físico representa uma parte terapêutica importante para o avanço da mobilidade bem-sucedida e contribui muito para um processo de reabilitação que visa a autodeterminação e autonomia. Portanto, também tem grande impacto na QV e pouco se sabe no Brasil se o exercício físico exerce influência positiva em diferentes aspectos da QV de indivíduos com deficiência física.

Indiscutivelmente, o exercício físico está entre os fatores que mais contribuem para um estilo de vida saudável. Na área da deficiência exige-se a intervenção de técnicas de diversas especialidades, atuando de forma articulada e concentrada para responder às necessidades das pessoas com necessidades especiais. O papel do exercício físico, quando inserida em estilo de vida saudáveis, merece particular destaque enquanto instrumento essencial para a melhoria da condição física e do bem-estar das pessoas com deficiência (Vitorino et al., 2015).

Sabendo das necessidades e limitações das pessoas com deficiências, busca-se através desta pesquisa, constatar os possíveis benefícios que o estilo de vida ativo pode proporcionar à saúde, e conforme os resultados da pesquisa, estimular a prática regular de exercícios físicos esportiva para pessoas com deficiência e contribuir para a conscientização das várias instituições que prestam assessoria a pessoas com deficiência, da necessidade de aumentarem a oferta de atividades esportivas adaptadas a favor da qualidade de vida.

O objetivo é comparar o nível de qualidade de vida entre pessoas com deficiência ativas e sedentárias, analisando a influência das múltiplas variáveis intervenientes na QV de ambos os grupos, em especial, o estilo de vida.

### **Deficiência**

As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo com um desvio importante ou perda (Medeiros, 2014). Já a deficiência física

é toda e qualquer alteração no corpo humano, resultado de problemas ortopédicos, neurológicos ou de má formação, levando o indivíduo a uma limitação ou dificuldade no desenvolvimento de alguma tarefa motora (Medeiros, 2014).

É um problema crescente de saúde pública, principalmente nas populações em envelhecimento em todo o mundo. Pessoas com limitações funcionais ou deficiências físicas geralmente são prejudicadas em suas oportunidades de participar da vida social. Essas restrições não apenas contradizem os direitos humanos básicos, mas também podem afetar a saúde e o bem-estar das pessoas (Tough, Siegrist e Fekete, 2017).

As deficiências podem ser de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (auditiva ou visual), podendo ainda ser distinguidas em função de suas causas e classificadas em hereditárias, congênicas ou adquiridas (Santos & Freitas, 2019).

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a deficiência física é uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando um comprometimento na função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros ou face com deformidade congênita, ou adquirida (Pessoa, 2020).

Viver em sociedade é uma tarefa que requer uma maior integração da comunidade a qual pertence para assim buscar, de forma efetiva, mudanças em todas as instâncias da vida, sejam elas no aspecto social, político, econômico ou de saúde, para que as pessoas estejam integradas à sua comunidade e ao meio que vivem para poderem atuar de forma efetiva em suas mudanças (Gonçalves et al., 2019).

Há evidências consistentes de que a troca favorável contínua com o ambiente social próximo (por exemplo, família, amigos e vida profissional) exerce efeitos benéficos sobre a saúde e o bem-estar. Por outro lado, o isolamento social ou a falta de laços sociais próximos estão associados a problemas de saúde e aumento do risco de mortalidade. Essas associações são verdadeiras para a população em geral, mas são particularmente relevantes para pessoas com deficiência física, devido à sua participação social restrita (Tough, Siegrist e Fekete, 2017).

No decorrer da história da humanidade, diversas atitudes assumidas pela sociedade e certos grupos sociais com relação às pessoas portadoras de deficiência foram mudando de acordo com os fatores constitucionais, econômicos, culturais, filosóficos e científicos. E com isso, vem sendo ampliado e proporcionando um leque de opções e adaptações com exercícios regulares adaptados de inter-relação entre as atividades para a formação da autonomia da pessoa com deficiência (Xavier, 2013).

## **Qualidade de vida**

Segundo Tavares et. al. (2021) o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e caracterizado pela percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, nos sistemas de valores de vida e na relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em contrapartida, Nahas (2017) reflete que não existe uma definição universalmente aceita de Qualidade de Vida. Ela é um parâmetro de resultado orientado para a pessoa e um construto multifatorial, que considera a avaliação das condições de vida em diferentes áreas da vida. O que é consenso na literatura é que na área da saúde, o conceito se elevou para além dos níveis de condições básicas e subjetivas, tratando o equilíbrio biopsicossocial como ponto de partida (Nahas, 2017).

Qualidade de vida possui um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com as características do meio ambiente (Tavares et al., 2021).

A qualidade de vida pode ser influenciada por parâmetros individuais e socioambientais (Gonçalves et al., 2019). Nos parâmetros individuais está a hereditariedade, o estilo de vida e com destaque o exercício físico habitual; já os parâmetros socioambientais incluem a moradia, transporte, segurança, opções de lazer, educação entre outros (Gonçalves et al., 2019).

## **Fatores intervenientes na qualidade de vida**

Nos últimos anos, devido às inúmeras modificações no conceito de qualidade de vida, diversos fatores têm sido associados, representando um conjunto de aspectos. A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, e um estilo de vida saudável inclui a realização de atividades físicas e exercícios físicos regulares, que são importantes para uma vida ativa. Também pode relacionar-se com os componentes da capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde (Vidmar et al., 2011).

Para compreender a influência dos domínios físicos, psicológico, social e meio ambiente na qualidade de vida, é importante conhecer os aspectos pontuais de cada domínio e buscar interpretá-los (Gonçalves et al., 2019). O domínio físico envolve a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

O domínio psicológico envolve sentimentos positivos, aprendizado, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). O domínio social envolve as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). E o domínio do meio ambiente inclui segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e

habilidades, e oportunidades de recreação, lazer, ambiente físico e transporte (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

### **Atividade física esportiva adaptada**

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que resulte no aumento do gasto energético acima do valor basal, enquanto que o exercício físico é definido como uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário a melhoria ou manutenção da aptidão física (Ide, Martins e Segri, 2020).

Por atividade física adaptada entende-se como todo o movimento, atividade física e desporto nos quais a ênfase está nos interesses e capacidades das pessoas com condições especiais (Vitorino et al., 2015).

O conceito de atividade física na população com deficiência está igualmente associado a vertentes como a reabilitação, educação, competição e recreação, sendo cada vez mais evidente a ênfase colocada nos seus benefícios físicos, sociais e psicológicos. Em suma: a atividade física adaptada contribui para desencadear efeitos positivos na saúde (Vitorino et al., 2015).

Desde exercícios mais simples até os adaptados, as pessoas com deficiência encontram novas oportunidades de manter, desenvolver ou reabilitar sua saúde, seja no aspecto físico, psicológico ou social, o que representa uma melhoria em relação à mobilidade, equilíbrio e outros fatores (Wellichan & Santos, 2019).

Historicamente, após a Segunda Guerra Mundial que o desporto adaptado teve um maior avanço no contexto da prevenção e reabilitação física, social e psíquica (Wellichan e Santos, 2019). A prática adaptada se propunha a minimizar as sequelas nos soldados acometidos por traumatismos, em decorrência da Guerra ocorrida na década de 40. No entanto, as grandes lesões causadas principalmente, por traumatismos raquimedulares ou por grandes amputações eram de difícil restabelecimento social e emocional (Wellichan & Santos, 2019).

Em 1944, o médico alemão, Dr. Ludwig Guttmann (neurologista e neurocirurgião) foi convidado pelo governo britânico para dirigir o centro de reabilitação destinado ao tratamento dos soldados sequelados de guerra, no Hospital de Stoke Mandeville, próximo à cidade de Aylesbury (Wellichan; Santos, 2019). Onde ele incluiu a prática desportiva nos processos terapêuticos das lesões medulares, por se convencer dos efeitos desta prática sobre o sistema neuromuscular, a motivação dos indivíduos e a prevenção contra longas internações (Wellichan & Santos, 2019).

O primeiro programa de esporte em cadeira de rodas foi o basquete, sendo iniciado no Hospital de Stoke Mandeville, em 1945, com o objetivo de trabalhar o tronco e os membros superiores e diminuir o tédio da vida hospitalar (Wellichan & Santos, 2019).

A introdução do esporte adaptado no Brasil deu-se na década de 50, através das iniciativas dos Srs. Robson Sampaio de Almeida (residente na

cidade do Rio de Janeiro) e Sérgio Serafim Del Grande (da cidade de São Paulo) após terem tido contato com os serviços de reabilitação nos Estados Unidos devido a deficiências físicas adquiridas (Wellichan & Santos, 2019).

Em 1958, inicia-se oficialmente no Brasil a prática do desporto em cadeira de rodas, com a criação de dois clubes. Um destes clubes foi criado em São Paulo, o Clube dos Paraplégicos de São Paulo (CPSP), que contou com Del Grande como um de seus sócios fundadores e o Clube do Otimismo, criado no Rio de Janeiro sob a influência de Robson Sampaio de Almeida, sendo assim, pela iniciativa e preocupação destes dois homens é que o desporto em cadeira de rodas passou a ser praticado e divulgado no Brasil (Wellichan & Santos, 2019).

Os benefícios oriundos da atividade física se estendem desde a melhora da capacidade funcional, regulação da pressão arterial, redução do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer (Vidmar et al., 2011).

A prática da atividade física também traz benefícios nos aspectos de integração social, na aceitação da deficiência e na diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão, decorrentes da própria lesão e da aceitação da mesma, ocorrendo uma compensação ou regeneração de distúrbios de ordem psíquica, por sensações de bem-estar e pelo combate á depressão, melhora da motivação, da autonomia e autoestima (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

## Métodos

### Amostra

A parcela da população pesquisada foi constituída por indivíduos que apresentavam pelo menos uma deficiência física, tendo sido divididos em grupos ativos (desportistas do Basquete em Cadeira de Rodas) e sedentários. Foram envolvidos 20 indivíduos, sendo 10 de cada grupo, todos do sexo masculino e com média de idade geral de 38,1 anos ( $\pm 11,73$ ). A média de idade do grupo ativo foi de 33,1 ( $\pm 8,76$ ) e a do grupo sedentário foi de 43,1 ( $\pm 12,58$ ).

### Instrumentos

Foi utilizado um questionário composto por 10 questões para identificação do perfil da amostra e o *WHOQOL-bref* para avaliação da Qualidade de vida, composto de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original representando uma questão (Fleck et al., 2000).

O WHOQOL-bref possui cinco escalas de respostas do tipo Likert: "1-muito ruim a 5-muito bom" (escala de avaliação), "1-muito insatisfeito a 5-muito satisfeito" (escala de avaliação), "1-nada a 5-extremamente" (escala de intensidade), "1-nada a 5-completamente" (escala de capacidade) e "1-nunca a 5-sempre" (escala de frequência). O escore médio em cada domínio indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada aspecto em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação, melhor essa percepção. (Silva et al., 2014).

## **Procedimentos**

O processo da coleta de dados ocorreu de maneira periódica, durante três meses, em locais e dias distintos. As coletas referentes ao grupo sedentário foram realizadas nos primeiros dias de cada mês de coleta, em uma instituição filantrópica de Belo Horizonte, prestadora de serviços comunitários a várias pessoas com deficiências físicas. Quanto ao grupo ativo, as coletas foram realizadas no Corpo de Bombeiros de Belo Horizonte na segunda semana de cada mês de coleta.

Com relação à forma de administração do instrumento, realizados na presença do pesquisador, no caso das coletas feitas com o grupo sedentário foi pedido ao presidente da Instituição o fornecimento de um local reservado para que os voluntários da pesquisa respondessem ao questionário de maneira mais concentrada.

Nos dois primeiros encontros para a aplicação do questionário foi reforçado a todos os voluntários a importância da continuidade na participação da pesquisa.

Primeiramente todas as questões do instrumento foram distribuídas em seus respectivos domínios para o cálculo do escore total. A possibilidade de se utilizar os escores totais como indicativo de qualidade de vida é sugerido por Fleck et al. (1999), uma vez que, os domínios apresentaram um coeficiente de correlação significativo em suas pesquisas.

## **Análise de Dados**

Portanto, para a análise dos dados utilizou-se uma estatística descritiva composta por média, desvio padrão e distribuição de frequência e para a comparação dos grupos (ativo e sedentário) foi realizado o teste Anova One-Way com nível de significância de  $p < 0,05$ .

Todos os procedimentos foram tabulados e analisados no pacote estatístico SPSS for Windows® versão 11.0. Foi pleiteada a liberação do projeto de pesquisa através da apresentação do mesmo, juntamente, com um Termo de Autorização de Procedimento à autoridade da Instituição visitada.

Todos os indivíduos envolvidos na pesquisa foram informados sobre os objetivos desta, necessariamente, assinaram um Termo de Consentimento para efetiva participação e a identidade dos participantes manteve-se preservadas.

Os questionários foram respondidos de maneira individual e com privacidade sem nenhuma influência na escolha das respostas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG sob o protocolo: 12570713.2.0000.5149.

## **Resultados**

A tabela 1 abaixo apresenta os tipos de deficiências físicas da amostra pesquisada e o período que adquiriram.



**Tabela 1.** Distribuição da amostra segundo o tipo de deficiência física e o período em que foram adquiridas

Variáveis	Porcentagens (%)
<b>Tipos de deficiências</b>	Amputação – 5% Poliomielite – 45% Lesão Medular – 25% Paralisia Cerebral – 5% Acidente Vascular Cerebral (AVC) – 5% Deficiência Física Adquirida – 15%
<b>Período em que adquiriram</b>	Pré-natal – 10% Neo-Natal – 5% Pós-Natal – 85%

A Poliomielite também conhecida como paralisia infantil, é uma doença infectocontagiosa aguda causada pelo poliovírus, composto por cadeia simples de ácido ribonucleico, que afeta os neurônios motores provocando fraqueza ou paralisia muscular (Calado et al., 2020).

Através do percentual apresentado no gráfico, pode-se afirmar que a grande maioria da amostra pesquisada (n=17) não apresentou problemas no parto e, muito menos, alterações cromossômicas no período pré-natal, mas sim no pós-natal representando 85%.

O fator determinante das deficiências no período pós-natal advém grande parte da poliomielite nos indivíduos participantes da pesquisada com 45%, e esta pode ter uma relação direta com a idade (38,1 anos  $\square$  11,73), devido ao fato de que algumas décadas atrás, campanhas regulares de vacinação contra a ‘pólio’ não aconteciam no Brasil, causando aumento nos casos desta doença no período pós-natal.

Dando-se continuidade na caracterização da amostra, a tabela 2 logo abaixo, apresenta outros dados identificadores do perfil de ambos os grupos pesquisados.

**Tabela 2.** Dados demográficos da amostra

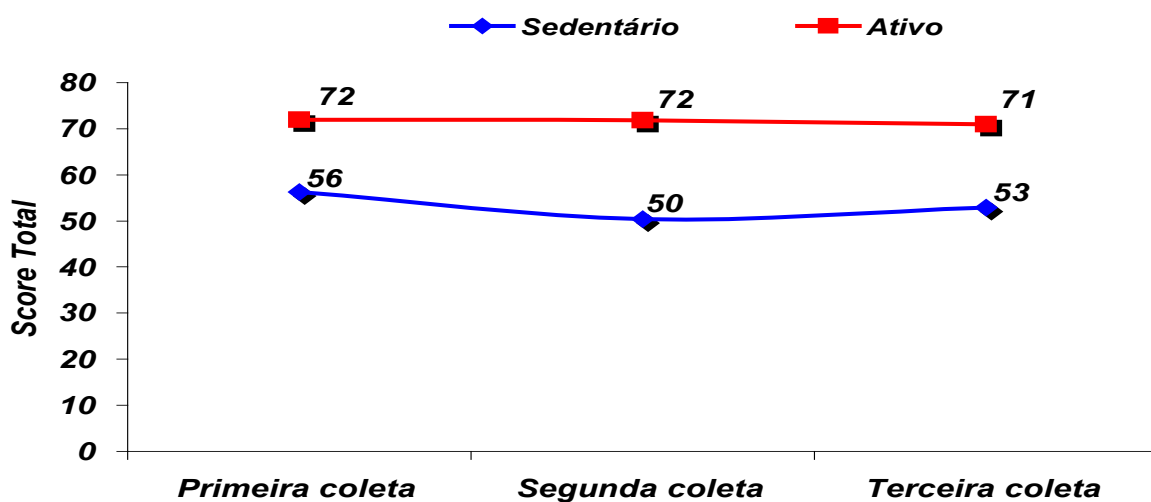
Variáveis	Ativos	Sedentários
<b>Escolaridade</b>	1º g. incompleto – 30% 1º g. completo – 20% 2º g. completo – 40% 3º g. incompleto – 10%	1º g. incompleto – 90% 2º g. completo – 10%
<b>Trabalho</b>	Trabalham – 70% Não trabalham – 30%	Não trabalham – 100%
<b>Moradia</b>	Própria – 60% Vivem com Parentes – 40%	Própria – 50% Alugada – 20% Vive com Parentes – 30%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro – 40% Casado – 50% Viúvo – 10%	Solteiro – 70% Casado – 30%

Ao analisar a 2ª tabela, percebe-se que 90% das pessoas com deficiência sedentárias não possuem o 1º grau completo e a totalidade deste grupo não exerce nenhuma atividade remunerada. Com relação ao grupo ativo, 40% possui o 2º grau completo sendo que, 70% dos indivíduos deste grupo exercem uma atividade remunerada.

O nível de escolaridade apresentado por quase todos os indivíduos do grupo sedentário é relativamente muito baixo e este fator influencia na falta geral de emprego para o grupo. Nesta condição, os benefícios sociais acabam sendo de grande valia, principalmente, ao grupo sedentário, já que boa parte do grupo ativo dispõe de renda própria.

Conforme Menezes et al. (2020) a QV é um reflexo do nível de bem-estar biopsicossocial, espiritual e até econômico do indivíduo, ou seja, a obtenção da QV relaciona-se aos diversos aspectos da vida como condições de saúde, moradia, trabalho e a segurança financeira proporcionada pelo mesmo.

A figura 1 abaixo mostra a média geral dos escores por coleta, com a comparação desta, tendo sido realizada entre os grupos durante as sucessivas coletas.



**Figura 1.** Média geral do índice de QV entre os grupos por coletas

A tabela 3 abaixo apresenta as diferenças significativas na análise geral do índice de QV entre os grupos em cada coleta realizada.

**Tabela 3.** Nível de significância dos grupos por coleta

Grupo	Ativo		Sedentário		P
	Média	DP	Média	DP	
Primeira coleta	71,98	9,71	56,35	15,91	0,016*
Segunda coleta	71,87	8,84	50,42	11,80	0,000**
Terceira coleta	70,98	5,39	52,92	12,78	0,001**

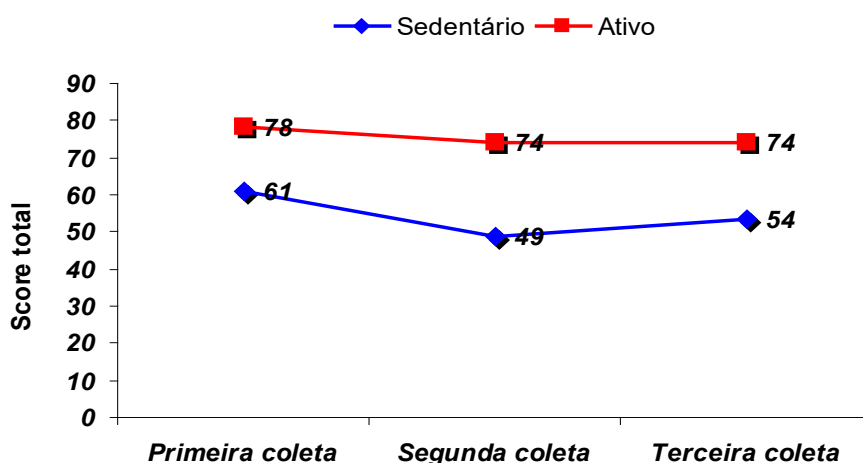
\* $p < 0,05$     \*\* $p < 0,01$

Através dos resultados gerais apresentados sobre o índice de qualidade de vida no gráfico 1, pôde-se notar que em todas as coletas, os valores médios absolutos referentes à percepção da QV do grupo ativo foram significativamente superiores aos valores do grupo sedentário. Também, foi percebido um declínio não gradativo dos escores gerais, e este fato faz

demonstrar que o grupo sedentário apresentou uma maior instabilidade quanto à percepção para o índice de qualidade de vida geral.

A prática de atividade física regular tem papel de destaque na melhoria da capacidade funcional á medida que reflete nas habilidades físicas, na dependência para realizar as atividades de vida diária (AVDs), na aparência de vigor físico e na interação social, interferindo até mesmo no âmbito da saúde mental (Menezes et al., 2020).

A figura 2 abaixo mostra a média geral dos escores relacionados ao domínio físico, com a comparação desta média tendo sido realizada entre os grupos durante as coletas.



**Figura 2.** Média geral dos escores referentes ao domínio físico entre os grupos por coletas.

A tabela 4 abaixo apresenta as diferenças na análise do domínio físico.

**Tabela 4.** Nível de significância dos grupos por coleta referente ao domínio físico

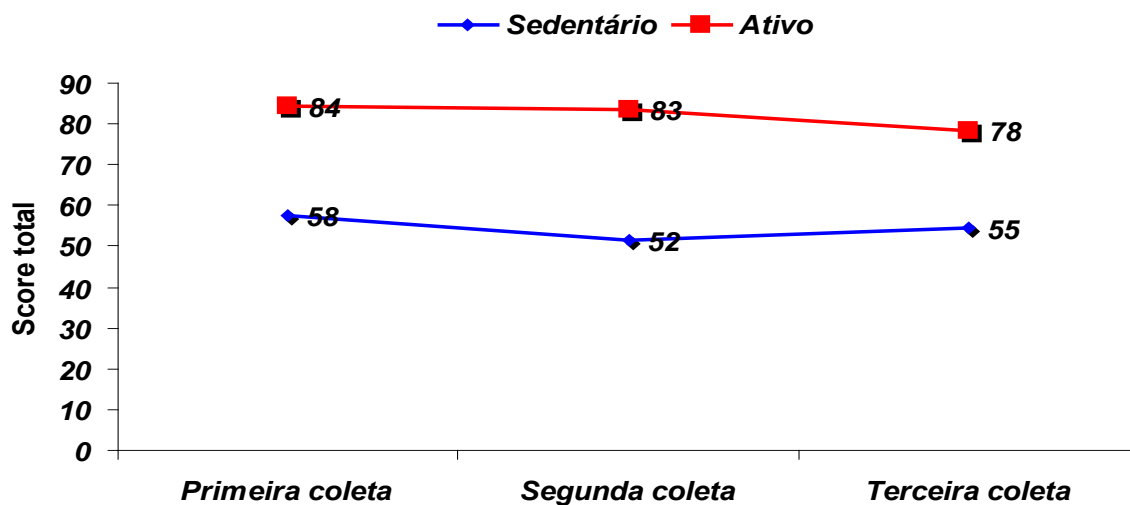
Grupo	Ativo		Sedentário		P
	Média	DP	Média	DP	
<b>Primeira coleta</b>	78,21	13,20	60,71	18,90	0,027*
<b>Segunda coleta</b>	73,93	11,71	48,57	12,84	0,000**
<b>Terceira coleta</b>	73,93	14,49	53,57	15,97	0,008**

\*p<0,05    \*\*p<0,01

Verificou-se, através do gráfico 2, que em todas as coletas os valores médios absolutos referentes ao grupo ativo envolvendo o domínio físico, foram significativamente superiores aos do grupo sedentário principalmente, na 2º e 3º coleta que apresentaram níveis de significância de (p<0,01).

Em função destes valores, acredita-se que o estilo de vida ativo possa promover maiores benefícios à saúde física, uma vez que, a prática de atividade física de forma regular, gera benefícios ao bem estar e constitui uma forma efetiva de promover a saúde, prevenindo doenças (Pereira e Silva, 2020).

A figura 3 abaixo mostra a média geral dos escores relacionados ao domínio psicológico.



**Figura 3.** Média geral dos escores referentes ao domínio psicológico entre os grupos por coletas

As diferenças significativas na análise do domínio psicológico entre os grupos em cada coleta realizada são apresentadas conforme a tabela 5.

**Tabela 5.** Nível de significância dos grupos por coleta referente ao domínio psicológico

Grupo	Ativo		Sedentário		P
	Média	DP	Média	DP	
Primeira coleta	84,17	9,58	57,50	16,41	0,000**
Segunda coleta	83,33	10,21	51,67	15,24	0,000**
Terceira coleta	73,93	14,49	54,58	14,09	0,000**

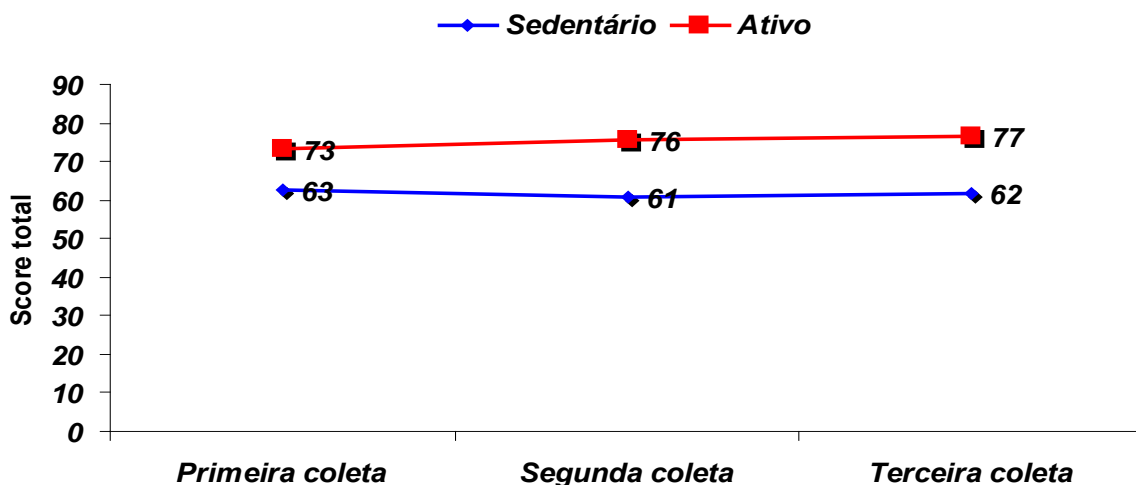
\*p<0,05 \*\*p<0,01

Observando a figura 3, percebe-se que em todas as coletas, os valores médios absolutos do grupo ativo envolvendo o domínio psicológico, foram significativamente superiores aos valores do grupo sedentário tendo níveis de significância de ( $p < 0,01$ ).

A prática regular de atividade física exerce efeitos positivos sobre a memória, previne declínios cognitivos, melhora o bem-estar do indivíduo, prevenindo sedentarismo e todas as consequências malélicas para o corpo (Pereira e Silva, 2020).

Para o portador de deficiência física que se envolve constantemente em atividades esportivas, ocorre uma compensação ou regeneração dos distúrbios de ordem psíquica, por sensações de bem estar e pelo combate á depressão, melhorando a motivação, autonomia e autoestima (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A figura 4 abaixo mostra a média geral dos escores relacionados ao domínio social.



**Figura 4.** Média geral dos escores referentes ao domínio social entre os grupos por coletas

A tabela 6 abaixo mostra o nível de significância do domínio social entre os grupos em cada coleta realizada.

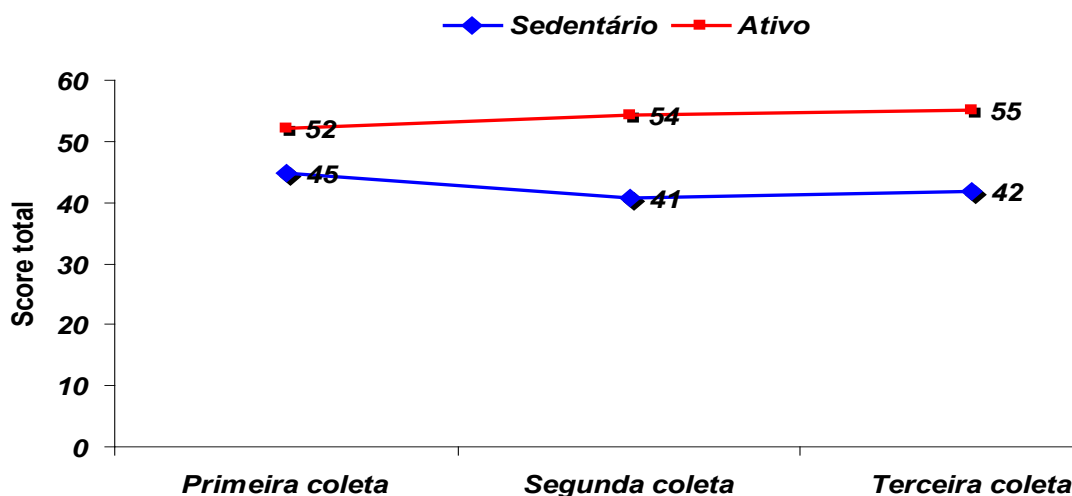
**Tabela 6.** Nível de significância dos grupos por coleta referente ao domínio social

Grupo	Ativo		Sedentário		P
	Média	DP	Média	DP	
<b>Primeira coleta</b>	73,33	20,71	62,50	28,67	0,346
<b>Segunda coleta</b>	75,83	16,41	60,83	22,24	0,103
<b>Terceira coleta</b>	76,67	15,11	61,67	20,49	0,079

\*p<0,05    \*\*p<0,01

Nota-se que, apesar de todos os valores médios absolutos do grupo ativo ter sido maiores aos do outro grupo por coleta, não houve nenhuma diferença significativa entre os grupos envolvendo o domínio social. Pode-se observar que o estilo de vida sedentário não influencia de maneira negativa as relações sociais, uma vez que os melhores índices de QV apresentados por este grupo se inclinaram para o domínio social, com valores médios absolutos (63/61/62) sendo superiores aos valores dos outros domínios apresentados (físico e psicológico).

A figura 5 abaixo apresenta a média geral dos escores relacionados ao domínio ambiental.



**Figura 5.** Média geral dos escores referentes ao domínio ambiental entre os grupos por coletas

A tabela 7 apresenta as diferenças significativas na análise do domínio ambiental entre os grupos em cada coleta realizada.

**Tabela 7.** Nível de significância dos grupos por coleta referente ao domínio ambiental

Grupo	Ativo		Sedentário		P
	Média	DP	Média	DP	
Primeira coleta	52,19	12,68	44,69	20,36	0,336
Segunda coleta	54,38	12,25	40,63	13,74	0,030*
Terceira coleta	55,00	10,01	41,88	14,67	0,031*

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Nas últimas coletas, observou-se que os valores médios absolutos do grupo ativo envolvendo o domínio ambiental, foram significativamente superiores ao do grupo sedentário com níveis de significância de ( $p < 0,05$ ), como mostra a tabela 7. Talvez o que contribuiu para os melhores escores do grupo ativo relacionados a este domínio, foi o fato de 70% dos indivíduos deste grupo ter uma fonte de renda, uma vez que, Conforme Menezes et al. (2020) a QV é um reflexo do nível econômico do indivíduo.

Pode-se pensar que durante o período da pesquisa houve uma relevante insatisfação generalizada (ativo-sedentários) para com as diversas variáveis do domínio ambiental (transporte, moradia, ambiente físico, lazer, segurança física e recursos financeiros relacionados ao trabalho).

## Considerações finais

Os resultados desta pesquisa mostraram de maneira significativa que o nível de qualidade de vida de pessoas com deficiências físicas que se mantêm ativas, quando comparado aos sedentários, são melhores, avaliando os índices de QV referentes aos domínios ambiental, social e, principalmente, psicológico e físico tendo nestes últimos significativas diferenças na comparação.

Além disso, podemos observar que a prática regular de exercício físico deve ser incentivada às pessoas com deficiência física, uma vez que este estímulo apresenta um impacto positivo na qualidade de vida, levando-os a terem maiores benefícios relacionados à saúde física, psicológica e social.

Contudo, um estilo de vida ativo é sempre melhor que o sedentário, e espera-se que este estudo direcione a conscientização geral da população específica sobre as influências positivas da atividade física e esportiva adaptada.

## Referências

Calado, A. C. L., Júnior, F. A. C. P., Moreira, K. L. F., Costa, S. M. L., Damião, M. E. C., & Torquato, I. M. B. (2020). Impacto da Fisioterapia na Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Indivíduos com a Síndrome Pós-Poliomielite, *Educ. Ci. e Saúde*, 7(2), 98-113, jul./dez.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Saúde Pública, São Paulo*, 33(2), 198-205, abr.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, m., Chachamovich, E. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34(2),178-183.

Gonçalves, M. L., Bicalho, C. C. F., Noce, F. (2019). Análise da percepção da qualidade de vida em praticantes de musculação de um projeto social, *Arq Cien Esp*, 7(3):114-118, 2019.

Ide, P. H., MARTINS, M. S. A. S., SEGRI, N. J. (2020) Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, p. e00142919.

Medeiros, R. S. (2014). Impacto do Atletismo Paralímpico na Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Física. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia - MG.

Menezes, G. R. S., Silva, A. S., Silvério, L. C., Medeiros, A. C. T. (2020). Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão Integrativa, *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, 3(2), 2490 -2498 mar./apr.

Nahas, M. V. (2017) *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*, 7. Edição, Florianópolis.

Pereira, E. F.; TEIXEIRA, C. S., & SANTOS, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Sociocultural • Rev. bras. educ. fís. Esporte*, 26(2).

Pereira, G. P., & Silva, C. M. G. D. (2020). Prática de atividade física e qualidade de vida no trabalho do docente universitário: revisão bibliográfica, *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 74997-75013, oct.

Pessoa, M. P. (2020). A Relação da Prática de Atividade Física com a imagem e estima corporal de pessoas com deficiência física, *Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Saúde*,

Sociedade e Endemias na Amazônia – PPSSEA, Manaus, Amazônia, 2020.

Santos, J. C., & Freitas, M. N. C. (2019). Processos Psicossociais da Aquisição de uma Deficiência, *Psicologia: Ciências e Profissões*, v.39, e175434, 1-16, 2019.

Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G.; Silva, L. M. (2014). Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 48(3).

Tavares J., Vieira, L.S., Pai, D. E., Souza, S. B. C., Ceccon, R. F., Machado, W. L. (2021). Rede de correlações entre qualidade de vida, resiliência e desequilíbrio esforço-recompensa em policiais militares, *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1931-1940.

Tough, H., Siegrist, J., Fekete, C. (2017) Relações sociais, saúde mental e bem-estar na deficiência física: uma revisão sistemática. *BMC saúde pública*, 17(1), 1-18.

Vidmar, M.F., Potulski, A. P., Sachetti, A., Silveira, M. M., Wibelinger, L. M. (2011). Atividade Física e Qualidade de Vida em idosos, *Revista Saúde e Pesquisa*, 4(0)3, 417-424, set/dez.

Vitorino, A., Monteiro, D., Moutão, J., Morgado, S., Bento, T., Cid, L. (2015). Atividade Física Adaptada na População com Necessidades Especiais, desporto e atividade física para todos, *Ver. Científica da FPDD*, 1(1), 47-51.

Wellichan, D. S. P., Santos M. G. F. (2019). Atividade Física Adaptada para a Pessoa com Deficiência: O Crossfit Adaptado para um Grupo com Cadeirantes e Amputados, *Temas em Educ. e Saúde*, Araraquara, 15(1), 146-158, jan./jun.

Xavier, E. M. (2013). A Importância das Atividades Físicas Regulares Adaptadas para Cadeirantes nas Aulas de Educação Física, *Faculdade de Educação Física, Monografia (Licenciatura em Educação Física)*, Universidade de Brasília, ARIQUEMES-RO.

## Sobre o autor

### **Franco Noce**

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

### **Thaiane Helena Fidelis de Souza**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais, Brasil

### **Sirlene Silva Nunes**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais, Brasil

### **Leticia Aline da Silveira**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais, Brasil

### **Josiane de Jesus Souza**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais, Brasil

### **Marcos Antonio Campelo Lopes**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais, Brasil

### **Cristina Carvalho de Melo**

Centro Universitário UNA de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil



## **Contato**

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

**Cristina Carvalho de Melo**

Centro Universitário Una Contagem – Av. Maria Da Gloria Rocha, 175  
Lote 01 Letra B - Bitacula, Contagem, MG, Brasil

E-MAIL

carvalho.cristina@gmail.com