

QUALIDADE DE VIDA E RISCO CARDIOVASCULAR EM CRIANÇAS QUE PRATICAM NATAÇÃO

QUALITY OF LIFE AND CARDIOVASCULAR RISK IN CHILDREN WHO PRACTICE SWIMMING

RESUMO: **Objetivo:** Identificar os efeitos de uma intervenção com natação sobre a Qualidade de Vida (QV) e o Risco Cardiovascular (RC) em crianças na cidade de Anápolis- Goiás, bem como, correlacionar a QV com o RC. **Métodos:** Estudo observacional experimental, incluindo 41 crianças, com média de idade ($9,88 \pm 1,452$). Foi utilizado um questionário de Qualidade de Vida - PedsQL e mensuradas circunferência de cintura (CC), massa corporal, estatura e pressão arterial (PA). Para a análise estatística foi utilizado um Teste "t" pareado, o teste de Wilcoxon e uma correlação de Pearson. **Resultados:** Para QV as médias foram de 69,8 a 84,1 de scores nos dois momentos. Para variáveis de risco cardiovascular apenas o IMC obteve melhoras, diminuindo o número de obesos/sobrepesos de 39% para 31,7%. O Domínio Ambiente teve correlação com a PAS de $-0,339^*$, CC $-0,429^*$ e IMC $-0,527$. Já no domínio social houve correlação com CC $-0,323^*$, IMC $-0,314^*$ e IC $-0,339^*$. No domínio psicológico houve correlação com o IMC $-0,371^*$. Já no domínio saúde a correlação foi com a PAD de $0,495^*$. **Conclusões:** O estudo concluiu que, dois meses de prática de natação não houve diferença significativa quanto a QV e quanto aos RC apenas uma melhora na classificação do IMC. E houve uma correlação moderada da QV com RC, percebeu-se que quanto menor a QV das crianças, maiores foram as variáveis que indicam o Risco Cardiovascular.

Palavras Chave: Qualidade de vida, Crianças, Natação.

ABSTRAT: **Objective:** To identify the effects of a swimming intervention on Quality of Life (QOL) and Cardiovascular Risk (CR) in children in the city of Anápolis-Goiás, as well as to correlate QOL with CR. **Methods:** Experimental observational study, including 41 children, with a mean age (9.88 ± 1.452). We used a Quality of Life Questionnaire - PedsQL and measured waist circumference (WC), body mass, height and blood pressure (BP). Statistical analysis was performed using a paired "t" test, Wilcoxon test and a Pearson correlation. **Results:** For QOL, the averages were 69.8 to 84.1 of scores at both moments. For cardiovascular risk variables only BMI improved, reducing the number of obese / overweight from 39% to 31.7%. The Environment Domain correlated with SBP of -0.339^* , CC -0.429^* and BMI -0.527 . In the social domain, however, there was a correlation with WC -0.323^* , BMI -0.314^* and CI -0.399^* . In the psychological domain, there was a correlation with BMI -0.371^* . In the health domain, the correlation was with DBP of 0.495^* . **Conclusions:** The study concluded that two months of swimming there was no significant difference in QoL and in RC only an improvement in BMI classification. And there was a moderate correlation of QoL with CR, it was noticed that the lower the children's QoL, the higher the variables that indicate Cardiovascular Risk.

Keywords: Quality of life, Children, Swimming.

Patrícia Espíndola Mota Venâncio¹
Maria Eduarda de Oliveira Xavier²
Cristina Gomes Oliveira Teixeira³
William Alves Lima⁴
Viviane Soares⁵

- 1- Dr^a. Professora de Educação Física - Centro Universitário de Anápolis. Goiás, Brasil;
- 2- Graduada em Educação Física – Centro Universitário de Anápolis, Goiás, Brasil;
- 3- Dr^a. Professora de Educação Física do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás/Campus Anápolis. Goiás, Brasil;
- 4- Dr. Professor do Curso de Educação Física- Prof. do Programa de Pós-Graduação em Movimento Humano e Reabilitação - Centro Universitário de Anápolis. Goiás, Brasil;
- 5- Dr^a. Professora do Curso de Educação Física- Prof^a. do Programa de Pós-Graduação em Movimento Humano e Reabilitação - Centro Universitário de Anápolis, Goiás, Brasil;

E-mail: venanciopatricia@hotmail.com

Recebido em: 27/11/2019

Revisado em: 15/03/2020

Aceito em: 01/05/20

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde interpreta a Qualidade de Vida (QV) como padrões culturais, realizações pessoais e profissionais que levam ao reconhecimento do sujeito perante a sociedade¹. A QV é um componente crucial para a saúde, o qual não é considerada apenas com a inexistência de doenças e também como o bem-estar completo do indivíduo, que usufrui de aspectos psicológicos, físicos e sociais².

Existem dois pontos de vista a serem observados sobre QV, o primeiro ponto como uma construção mental, a que está relacionada às vivências adquiridas durante a vida, o qual pode ser conceituada como a satisfação e realização do cidadão no seu âmbito profissional, familiar e pessoal. E o segundo ponto é defini-la através da saúde, onde aspectos ambientais, como padrão de vida, não são os principais a serem examinados e sim os funcionais, através de boas relações entre o meio interno e externo³.

A falta de realização pessoal, estresse no dia a dia, inatividade física e provas escolares, são fatos que interferem diretamente na QV de crianças/adolescentes, sobretudo em adolescentes. No período da adolescência as alterações em sua concepção geram modificações na QV, e ao se aproximar da fase adulta o aspecto psicológico passa por diversas transformações e mudanças que atingem sentimentos como alegria e tristeza, e ao chegarem à adolescência há uma maior exposição a problemas como abandono, carência e infelicidade⁴.

A rotina acumulada de estresse, a falta de tempo, problemas financeiros e insatisfação no ambiente de trabalho, geram transformações negativas no bem-estar, e a maior parte do tempo do dia fica destinada apenas em obrigações rentáveis e priva qualquer chance de lazer e de movimentação saudável do corpo. A carga horária de serviço é desgastante o suficiente para trazer desconforto emocional e físico, fazendo com que a QV decaia consideravelmente, podendo provocar riscos à saúde e futuramente até o aparecimento de doenças, como por exemplo, doenças cardiovasculares (DCV)⁵.

No Brasil a mortalidade por DCV tem predominância em locais menos desenvolvidos, mas, se comparados ao leste e oeste europeu os resultados são equivalentes, já que a quantidade de óbitos decai em centros urbanos bem desenvolvidos, presume-se então que declínio de mortalidades é devido às ações realizadas para gerência de uma boa saúde, seja para fins terapêuticos, operações cirúrgicas, auxílio de remédios, ou prevenção de riscos cardiovasculares, com a realização de atividade física e boa alimentação⁶.

Sendo assim, crianças de famílias com baixa renda que frequentam escolas públicas são prejudicadas, visto que, têm poucas oportunidades de aprendizado, fazendo com que haja um atraso em suas capacidades físicas⁷. Já estudantes da rede particular de ensino estão em circunstâncias mais favoráveis se comparados com a rede pública, independente de terem a mesma idade, alunos das escolas particulares recebem um tempo maior para atividades físicas e atualidades

relacionadas ao mundo em geral, com isso, as capacidades físicas dos mesmos consequentemente são mais trabalhadas⁸.

Desta forma, a escola possui papel fundamental na elevação da QV, sendo transmissora de conhecimento, estimulando a realização da prática de atividade física e a alimentação saudável dos estudantes, evitando que se tornem adultos obesos e sedentários⁹. Na fase escolar, crianças e adolescentes estão em constate crescimento e a atividade física executada pelos alunos interferem diretamente para a boa saúde, podendo diminuir o risco de doenças crônicas como as DCV¹⁰.

As DCV afetam indivíduos de todas as idades, sendo consideradas um grande problema na vida de adultos, adolescentes e até mesmo crianças. Nota-se um aumento no número de adolescentes e crianças com pressão alta podendo se transformar em DCV na vida adulta, há necessidade de acompanhar o dia a dia das crianças, realizando correções em seus hábitos, para gerar uma promoção à saúde diminuindo os riscos de desenvolver doenças crônicas e, posteriormente, minimizar a chances de adquirir doenças cardiovasculares ainda na infância, diminuindo a taxa de mortalidade cardiovascular¹¹.

A obesidade abdominal, ou seja, o acúmulo de gordura localizada na região central do corpo é considerado o maior indicador de risco cardiovascular, essa obesidade e excesso de peso é preeminente em indivíduos que possuem uma má alimentação e/ou não realizam nenhuma atividade física sistematizada, como ir academia e fazer caminhada de forma regular,

a falta dessas atividades acaba provocando uma chance alta de desenvolver DCV, e também a hipertensão¹².

Vista como um dos maiores motivos que levam as DCV, a hipertensão também corrobora para a diminuição da QV e da perspectiva de vida de toda a população que dispõe dessa síndrome, há uma necessidade de evidenciar a gravidade dessa doença, expondo todos os aspectos de riscos para a sociedade. O índice de hipertensão no Brasil mostra a precisão de um auxílio da saúde pública, os brasileiros precisam obter informações para melhor se prevenir de empecilhos que possam diminuir sua expectativa de vida¹³.

No Brasil, aproximadamente 30% do número de mortes se devem as DCV, cerca 350 000 brasileiros morrem por ano vítimas de DCV, em 2013 ocorreram 1 138 670 mortes, sendo que 339 672 delas eram resultantes de DCV¹⁴, como as mais comuns entre as DCV estão: doença coronariana, doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio, arritmias e insuficiência cardíaca, e para que haja um decréscimo desses valores é preciso averiguar os possíveis riscos que causam essas patologias¹⁵.

Das possíveis formas de avaliar as DCV as medidas antropométricas é a forma mais utilizada em estudos, como: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal e relação cintura-quadril¹⁶, para o diagnóstico do excesso de massa corporal da região abdominal destaca-se a circunferência da cintura, tal medida antropométrica é um protocolo fácil e de baixo custo, o qual pode ser utilizado como indicador do acúmulo de gordura abdominal e obesidade central. Os

valores de classificação são específicos e dependem da idade e sexo do indivíduo, por sua vez, valores altos representam um risco para o surgimento de doenças cardiovasculares e complicações metabólicas na vida adulta¹⁷.

E uma forma de prevenir essas doenças se deve a prática de atividade física, como por exemplo, a natação que pode auxiliar no tratamento de DCV e doenças respiratórias¹⁸, a natação é um esporte que pode ser praticado antes mesmo dos primeiros passos de um bebê, visto como um indicador de saúde que auxilia os seus praticantes nos aspectos motores possibilitando uma melhor estabilidade¹⁹.

A natação traz diversos benefícios quando praticada, proporciona privilégios para todo o corpo e principalmente ao músculo cardíaco, como o aumento nas ramificações dos capilares sanguíneos, uma maior capacidade de ejeção do ventrículo esquerdo, a manutenção da pressão arterial e também na flexibilidade dos vasos, essas vantagens contribuem diretamente para uma boa saúde, mantendo assim seu corpo em forma, reduzindo as chances de desenvolver doenças¹⁹.

Neste sentido, o estudo tem como problema quais os efeitos de uma intervenção com natação sobre a Qualidade de Vida (QV) e o Risco Cardiovascular (RC) em crianças e adolescentes que praticam natação na cidade de Anápolis, Goiás?

O presente estudo teve como objetivo identificar os efeitos de uma intervenção com natação sobre a Qualidade de Vida (QV) e o Risco Cardiovascular (RC) em crianças na cidade de Anápolis- Goiás, bem como, correlacionar a QV com o RC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional experimental com caráter quantitativo, realizado com 100% das crianças matriculadas no Projeto Esporte em Ação realizado pela Prefeitura de Anápolis GO, foi constituída por 41 crianças, de ambos os sexos, com média de idade ($9,88 \pm 1,452$). Como critério de inclusão as crianças deveriam estar matriculadas nas aulas de natação e ter pelo menos 75% de frequência, e responder o questionário de Qualidade de Vida - Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL e ter participado de todas as medidas antropométricas (circunferência de cintura, peso, estatura e pressão arterial).

O estudo foi aprovado junto ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Anápolis (sob n. 2.147.331). Foi realizado o convite as crianças e explicado o objetivo do estudo, e logo após levaram os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Assentimento do menor para os responsáveis assinarem.

Após as assinaturas dos termos foi dado início a pesquisa. Em que no primeiro momento foi aplicado o questionário de QV dentro da sala fechada no Parque Aquático da UniEVANGÉLICA, onde os alunos estavam sentados em fileiras, foi entregue o questionário e em seguida explicado uma questão por vez, no final de cada questão eles tiveram um tempo para responder. Após a aplicação do questionário as crianças foram separadas por sexo para a coleta dos dados antropométricos, que foi feita em forma de rodízio, começando pela circunferência de cintura, massa corporal, estatura e pressão arterial.

Para a avaliação da QV foi utilizado o questionário pediátrico de Qualidade de Vida -

Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL, validado no Brasil. O PedsQL compreende 23 itens divididos em quatro Domínios: Domínio Saúde (oito itens); Domínio Psicológico (cinco itens); Domínio Social (cinco itens); Domínio Ambiente (cinco itens). As questões são respondidas conforme uma graduação de 0 a 4 (nunca, quase nunca, algumas vezes, muitas vezes/frequentemente, quase sempre) e com referência ao último mês vivenciado pela criança. Os itens foram aferidos e transformados linearmente para uma escala de 0 a 100 (0 = 100; 1= 75; 2=50; 3=25; e 4=0). Realizada a soma dos itens e dividiu-se pelo número de perguntas respondidas pelo Domínio. Quanto maior o escore, melhor a QV.

Para a coleta da circunferência de cintura, a medida foi mensurada com a Fita Antropométrica Sanny, por cima do uniforme de modo que a fita passe entorno do abdômen abaixo da última costela, após foi feita leitura, os sujeitos foram classificados conforme a proposta de Ferández e Redden²⁰, sendo risco aumentado $\geq$ percentil 75th.

A massa corporal foi mensurada por meio de uma Balança Digital G-Tech BALGL10 em Vidro Temperado, sendo que os alunos estavam de uniforme e sem calçados, e foi orientado que o peso do corpo fosse distribuído igualmente em ambos os pés. A estatura foi mensurada com uma Fita Antropométrica Sanny, onde foi colocada na parede um metro acima do chão, assim com o indivíduo de costas para a fita antropométrica, calcanhares unidos e braços soltos ao longo do corpo.

A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) foi conforme os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da

Saúde²¹, em quatro categorias: baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade, para fins estatísticos, foram agrupadas as categorias sobrepeso/obesidade.

A pressão arterial foi mensurada com o Aparelho de Pressão Digital de braço autom. Ma100 G-Tech, o indivíduo sentado em uma cadeira, à mensuração foi realizada duas vezes e preferivelmente no braço esquerdo, onde estava apoiado no braço na cadeira, as medidas foram classificadas segundo o IV Relatório de Diagnóstico, Avaliação e Tratamento de Hipertensão Arterial em Crianças e Adolescentes²².

O índice de Conicidade foi classificado através da fórmula de Pitanga²³ no qual valores acima de 1,25 no sexo masculino e 1,18 no sexo feminino foram classificados com risco cardiovascular e valores abaixo sem risco.

Aulas de natação foram ministradas no Parque Aquático da UniEvangélica por um período de dois meses, nas terças e quintas-feiras e tinham duração de 40 minutos.

Para a análise dos dados foi feita em médias e desvio padrão de forma descritiva e percentual, recorreu-se ao Teste "t" pareado para comparar os momentos pré e pós do grupo nos Domínios na QV, o teste de Wilcoxon para comparar a classificação dos riscos cardiovasculares. E uma correlação de Pearson para verificar o quanto a QV influencia o risco cardiovascular. Foi utilizado o programa SPSS 20.0, adotando o nível significante de $p \leq 0,005$.

RESULTADOS

A tabela I mostra a média das variáveis antropométricas no 1º e 2º momento de todos os escolares.

A Tabela II mostra a média dos scores dos domínios de QV no 1º e 2º momento dos

escolares, tendo como resultado médias de 69,8 a 84,1 de scores, resultados esses, que classificam em uma boa QV, não havendo diferença significativa em nenhum domínio após intervenção com as aulas de natação.

Tabela I. Comparação das variáveis antropométricas entre momentos (pré e pós intervenção).

1º MOMENTO	média	dp	2º MOMENTO	média	dp
Peso	39,29	11,98	Peso	40,17	12,09
Estatuta	1,41	0,08	Estatuta	1,41	0,09
CC	67,61	11,07	CC	68,61	11,03
PAS	100,98	11,77	PAS	103,61	14,40
PAD	64,29	11,52	PAD	63,15	13,00
IMC	19,30	4,49	IMC	19,82	4,42
IC	1,18	0,83	IC	1,19	0,08

Legenda: 1º momento: pré intervenção; 2º momento pós intervenção; CC: Circunferência de Cintura; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Índice de Conicidade.

Tabela II. Comparação da QV entre momentos (pré e pós intervenção).

	média	dp	p
Domínio Saúde 1º momento	82,3	13,5	
Domínio Saúde 2º momento	84,1	12,9	0,373
Domínio Psicológico 1º momento	69,8	19,5	
Domínio Psicológico 2º momento	68,9	16,6	0,744
Domínio Social 1º momento	80,8	16,8	
Domínio Social 2º momento	80,8	16,6	0,993
Domínio Ambiente 1º momento	78,0	16,5	
Domínio Ambiente 2º momento	72,8	18,5	0,088

Legenda: 1º momento: pré intervenção; 2º momento pós intervenção.

A Tabela III se refere à classificação das variáveis de risco cardiovasculares no 1º e 2º momento, onde, apenas na variável IMC apresentou diferença significativa, aumentando o número de crianças classificadas com o IMC adequado de 58,5% para 63,4% e diminuindo o número de obesos/sobrepesos de 39% para 31,7%.

A Tabela IV mostra a correlação entre os domínios e as variáveis no 2º momento. O

Domínio Ambiente teve correlação negativa com três variáveis, sendo elas, PAS com r de -0,339*, CC -0,429* e IMC com r de -0,527, portanto quanto maior o PAS, CC e IMC menor foi a satisfação com o domínio ambiente. Já no domínio social obtivemos correlação negativa com CC com r -0,323*, IMC com r -0,314* e IC com r -0,339*. No domínio psicológico houve correlação negativa com a IMC com r de -0,371*, consequentemente quanto maior o IMC

menor foi o domínio psicológico, insatisfeitos no domínio saúde a correlação negativa foi com comportamentos mentais e emocionais. Já com a PAD com r de 0,495*.

Tabela III. Comparação do Risco Cardiovascular entre momentos (pré e pós intervenção).

	n% Classif. 1	n% Classif. 2	n% Classif. 3
PA 1º momento	37 (90,2)	1 (2,4)	3 (7,3)
PA 2º momento	36 (87,8)	1 (2,4)	4 (9,8)
CC 1º momento	26 (63,4)	8 (19,5)	7 (17,1)
CC 2º momento	23 (56,1)	12 (29,3)	6 (14,6)
IMC 1º momento	1 (2,4)	24 (58,5)	16 (39,0)
IMC 2º momento	2 (4,9)	26 (63,4)*	13 (31,7)
IC 1º momento	22 (53,7)	19 (46,3)	
IC 2º momento	21 (51,2)	20 (48,8)	

Legenda: 1º momento: pré intervenção; 2º momento pós intervenção; PA: Pressão Arterial; CC: Circunferência de Cintura; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Índice de Conicidade.

Para PA: Classif. 1- Normotenso, Classif. 2- Pré-hipertenso e Classif. 3- Hipertenso; Para CC: Classif. 1- Dentro dos padrões de saúde, Classif. 2- Obesidade abdominal e Classif. 3- Obesidade grave; Para IMC: Classif. 1- Baixo peso, Classif. 2- Adequado e Classif. 3- Sobrepeso; Para IC: Classif. 1- Sem risco cardiovascular, Classif. 2- Com risco cardiovascular.

Tabela IV. Correlação entre QV e Risco Cardiovascular.

	r	p
Domínio Ambiente x PAS	-0,339*	0,030
Domínio Ambiente x CC	-0,429*	0,005
Domínio Ambiente x IMC	-0,527*	0,000
Domínio Social x CC	-0,323*	0,040
Domínio Social x IMC	-0,314*	0,046
Domínio Social x IC	-0,339*	0,030
Domínio Saúde x PAD	0,495*	0,001
Domínio Psicológico x IMC	-0,371*	0,017

Legenda: PAD: Pressão Arterial Diastólica; PAS: Pressão Arterial Sistólica CC: Circunferência de Cintura; IMC: Índice de Massa Corporal; IC: Índice de Conicidade.

DISCUSSÃO

O presente estudo observou que os alunos que praticaram natação por um período de dois meses apresentaram uma melhora na QV e também, uma redução nas medidas antropométricas, esses resultados vieram corroborar com o estudo de Reis²³ em que relata que o sedentarismo é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes para a promoção da saúde, aliado a percepção da

qualidade de vida esse resultado permite compreender além da prática física os sentimentos e percepções que são tidos pelas crianças no ambiente escolar. Tais constatações são convergentes com os resultados da presente pesquisa em que as crianças ativas praticantes de natação obtiveram valores favoráveis quanto QV, isso pode ser comprovado pelo aumento da satisfação com a QV depois da intervenção

com a prática esportiva. Diante disso esses resultados despertam positivamente a prática de atividade física e percepção da sua qualidade de vida. E os resultados encontrados por Gonçalves²⁴ vem demonstrar que além de melhorar essa QV as crianças que praticam a natação possuem uma melhor flexibilidade, resistência abdominal e resistência geral, valências que contribuem para que a criança se mantenha dentro do peso normal para sua idade diminuindo assim, risco cardiovascular.

Com os resultados do presente trabalho, foi constatado que as crianças com baixa QV possuem maiores valores de CC, IMC e PA. Esses valores são convergentes com os resultados encontrados por Pantoja²⁵, em que ao comparar a QV relacionada à saúde de crianças obesas com crianças eutróficas, também obtiveram resultados semelhantes, concluindo que as crianças obesas possuem QV inferior quando comparadas às eutróficas. E esses resultados caso não seja modificado poderá influenciar, na vida adulta dessas crianças e/ou até mesmo prejudicar a sua QV ou até mesmo adquirir mais DCV.

O estudo de Guimarães²⁶ teve como objetivo demonstrar os valores de sobrepeso e obesidade de escolares nas macrorregiões brasileiras, os valores encontrados demonstraram que a prevalência de sobrepeso e obesidade é preocupante, fazendo que seja necessária a busca de tratamento e prevenção da obesidade. E foi com base nessa preocupação do crescimento de sobrepeso e obesidade que o presente estudo contribui com o avanço da ciência em que aplicações práticas de aulas de natação por 02 meses a essa amostra obteve resultados favoráveis que

após a intervenção com as aulas de natação o número de alunos com sobrepeso/obesidade foi alto no 1º momento do estudo, ou seja, antes da intervenção, no entanto, com a prática da natação ocorreu uma diminuição do número de crianças com sobrepeso/obesidade, e consequentemente diminuir os fatores risco cardiovascular.

O resultado do presente estudo apresentou uma média antes e depois da intervenção com a prática da natação quanto ao IC de 1,18. Esses resultados foram divergentes ao estudo de Arruda Neta²⁷ em que esses valores foram bem mais elevados que o presente estudo ficando de IC de 1,32 a 1,35 entre meninos e meninas.

No estudo de Bezerra²⁸, o qual teve como um dos objetivos identificar os fatores de risco cardiovascular em 152 escolares do município de Várzea Alegre – CE, apontou não existir associação entre as variáveis categóricas IMC, níveis de atividade física e pressão arterial, concluindo que a maioria dos escolares não demonstram grandes alterações no que se refere as variáveis analisadas quando contrapostas a literatura atual, esses resultados foram convergentes com os resultados da presente pesquisa em a maioria dos escolares tanto antes quanto após a intervenção mostraram que a maioria se encontra com um IMC adequado e uma PA com níveis normais.

No estudo de Cunha²⁹, foram analisadas as diferenças da QV entre crianças com sobrepeso/obesidade e crianças eutróficas, e constataram que os escolares que tinham um escore baixo da QV foram as crianças que tinham a classificação com sobrepeso/obesidade e as crianças eutróficas

resultados foram bem superiores, resultados esses que são convergentes aos resultados encontrados no presente estudo, em que ao constatar que a embora maioria das crianças analisadas antes e depois da intervenção da prática esportiva os resultados foram favoráveis para a maioria quanto a QV e Risco cardiovascular, ao correlacionar essas duas variáveis o estudo constatou que houve uma correlação negativa, ou seja, quanto menor a QV e nível de satisfação das crianças com o ambiente onde vivem, maiores foram os valores de PA, CC e IMC.

CONCLUSÃO

O estudo concluiu que, dois meses de pratica de natação não houve diferença significativa quanto a QV e quanto aos RC apenas uma melhora na classificação do IMC. E houve uma correlação moderada da QV com RC, percebeu-se que quanto menor a QV das crianças, maiores foram as variáveis que indicam o Risco Cardiovascular; e que na QV das crianças avaliadas, a maioria se encontra com escore acima de 50, obtendo uma boa QV pr  e p s-intervenção. Já quanto ao Risco Cardiovascular, PA, CC, IMC e IC estão dentro do recomendável para a saúde pr  e p s-intervenção. Sugerem-se mais estudos com um tempo maior de intervenção e grupo controle.

REFERÊNCIAS

- 1 Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 1995;41(10): 1403-09.
- 2 World Health Organization. Constitution of the world health organization. 1995.
- 3 Davoglio TR., Lettnin CC, Baldissera CG. Avaliação da qualidade de vida em docentes brasileiros: uma revisão sistemática 2015;26(3): 145-66.
- 4 Agath o BT, Reichenheim ME, Moraes CL. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23: 659-68.
- 5 Rigoni ACC, Silva LF, Silva, TP, Fernandes BPBPF, Silva CL. Relações entre a educação física escolar, as práticas corporais e a qualidade de vida. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal* 2017; 9(1).
- 6 Negrão CE, Barreto ACP. *Cardiologia do exercício do atleta cardiopata*. 2  ed. São Paulo: Manole; 2005. p.3.
- 7 Guimarães MAP, Quadros MC Jr, Fonseca MA, Amorim CR, Pinto EP Jr. Características socioecon micas, prática de atividade física e qualidade de vida de escolares da rede pública. *Arquivos de Ciências da Saúde* 2015; 22(2):57-62.
- 8 Pinto GMC, Pedroso B, Resseti JC. Qualidade de vida de estudantes: um estudo comparativo entre a rede pública e particular de um município do interior do estado do paraná. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* 2017.
- 9 Pedraza D F, Silva FA, Melo NLS, Araujo EMN, Sousa CPDC. Estado nutricional e hábitos alimentares de escolares de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Ciência e saúde coletiva* 2017; 22: 469-77.
- 10 Fernandes MM, Penha DSG, De Assis F. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e conseqüências para o desempenho físico. *Journal of Physical Education*, 2012; 23(4): 629-34.
- 11 Fonseca FL, Brandão AA, Pozzan R, Campana EMG, Pizzi OL, Magalhães MEC, Brandão AP. A relação entre a pressão arterial e índices antropométricos na infância/adolescência e o comportamento das variáveis de risco cardiovascular na fase adulta jovem, em seguimento de 17 anos: estudo do Rio de Janeiro. *Rev SOCERJ* 2008; 21(5): 281-90.
- 12 Barbosa JPAS, Bartholomeu T, Rezende J, Basso L, Oliveira J, Tani G, Prista A, Maia J, Forjaz C. Risco cardiovascular e prática de atividade física em adultos de Muzambinho/MG: influência do g nero e da idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2013; 18(2): 242-42.
- 13 Passos VMA, Assis TD, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e serviços de Saúde* 2006;15(1):35-45.
- 14 Rocha RM, Martins WA. Manual de prevenção cardiovascular. Rocha RM. *Epidemiologia das doenças cardiovasculares e fatores de risco* 2017;10-23.
- 15 Magalhães FJ, Mendonça LBA, Rebouças CBA, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de

enfermagem: estratégias de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2014; 67(3).

16 Gharakhanlou R, Farzad B, Agha-Alinejad H, Steffen LM, Bayati M. Medidas antropométricas como preditoras de fatores de risco cardiovascular na população urbana do Irã. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(2): 126-35.

17 Knabben EG, Ulbrich AZ, Constantini E, Paulitsky BLM, Biesdorf M, Heck TG, Wathier, CA. Valor de referência da circunferência da cintura a partir do percentil 85 do "imc" de adolescentes. *Biomotriz* 2015; 8 (2).

18 Corrêa CRF, Massaud MG. Escola de Natação. Rio de Janeiro: Sprint; 1999. p. 66.

19 Damasceno LG. Oficina de docência de práticas aquáticas: natação. Vitória: UFES, Núcleo de Educação Aberta e a Distância, 2012. p. 68.

20 Fernández JR, Reden DT. Waist Circumference Percentiles in Nationally representative Samples of American, European-American, and Mexican-American Children and Adolescents. *Journal of Pediatrics* 2004;145(4):439-44.

21 World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. 2007.

22 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev. Brasileira de Hipertensão* 2010; 17(1) p.6.

23 Reis GC. Avaliação do nível de atividade física e a percepção da qualidade de vida dos escolares do ensino fundamental. 2019. 49 f. Monografia (Graduação) - Curso de Educação física, UFT, Miracema, 2019.

24 Gonçalves IF, Lavorato VN, Lobato L, Maffia RM, Guedes JM. Nível de aptidão física relacionada à saúde em crianças praticantes de natação. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2019; 12(79): 1052-5.

25 Pantoja MS, Portella MB, Cunha LM, Lima AVML, Furlaneto IP. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida* 2017; 9(4).

26 Guimaraes MS Jr, Fraga AS, Araújo TB, Tenório MCC. Fator de risco cardiovascular: a obesidade entre crianças e adolescentes nas macrorregiões brasileiras. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2018; 12(69): 132-42.

27 Arruda ACP Neta, FARIAS JC Jr, MARTINS PR, FERREIRA FELL. Índice de conicidade como preditor de alterações no perfil lipídico em adolescentes de uma cidade do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3).

28 Bezerra MAA, Bezerra GGO, Lopes CR, Bottcher LB. Tempo de Tela, Qualidade do Sono e Fatores de Risco Cardiovasculares de Escolares. *Ver. Interfaces: saúde, humanas e tecnologia* 2018; 6(17):119-28.

29 Cunha LM, Pantoja MS, Portella MG, Furlaneto IP, Lima AVN. Negative impact of obesity on children's quality of life/Impacto negativo da obesidade sobre a qualidade de vida de crianças. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2018; 12(70): 231-39.