

QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE MENTAL EM MULHERES PRATICANTES DE PILATES SOLO**QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH INDICATORS IN WOMEN PRACTICING MAT PILATES****CALIDAD DE VIDA E INDICADORES DE SALUD MENTAL EN MUJERES PRACTICANTES DE PILATES SUELO**

Juliana Torres Dornelas Câmara¹, Wlaldemir Roberto dos Santos¹, Tainá Maria de Souza Vidal¹, Paulo Thiago Gomes da Silva², Marlene Salvina Fernandes da Costa¹

e2015430

<https://doi.org/10.33947/saude.v20i1.5430>

PUBLICADO: 08/2026

RESUMO

Objetivo: Analisar indicadores de saúde mental (ansiedade, depressão e estado de humor) e qualidade de vida em mulheres praticantes de Pilates solo. **Métodos:** Estudo descritivo-analítico, participaram 31 mulheres, com média de idade de 55 anos, atendidas em programa no Parque e Centro Esportivo Santos Dumont. Foram aplicados: Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, questionário SF-36 e Escala de Humor BRUMS. Utilizou-se o teste exato de Fisher ($p < 0,05$). **Resultados:** Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias. Observou-se ansiedade moderada em todos os grupos e tendência de aumento da depressão com o avanço da idade. Os domínios emocionais e de saúde mental apresentaram melhores médias no SF-36. **Conclusão:** Não foram evidenciadas associações estatisticamente significativas entre a prática do Pilates e a redução dos sintomas de ansiedade e depressão, contudo, foram observadas tendências relevantes nos indicadores de saúde mental e qualidade de vida, especialmente em diferentes fases do envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Saúde mental. Exercício físico. Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: To analyze mental health indicators (anxiety, depression, and mood state) and quality of life in women practicing mat Pilates. **Methods:** A descriptive-analytical study including 31 women (mean age: 55 years) enrolled in a program at Parque e Centro Esportivo Santos Dumont. The following instruments were applied: Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, SF-36 questionnaire, and the Brunel Mood Scale (BRUMS). Fisher's exact test was used ($p < 0.05$). **Results:** No statistically significant differences were observed between age groups. Moderate anxiety levels were identified across all groups, along with a tendency for increased depressive symptoms with advancing age. Emotional and mental health domains showed higher mean scores in the SF-36. **Conclusion:** No statistically significant associations were found between Pilates practice and the reduction of anxiety and depression symptoms. However, relevant trends were observed in mental health and quality of life indicators, particularly across different stages of aging.

KEYWORDS: Quality of Life. Mental Health. Exercise. Aging.

RESUMEN

Objetivo: Analizar indicadores de salud mental (ansiedad, depresión y estado de ánimo) y calidad de vida en mujeres practicantes de Pilates suelo. **Métodos:** Estudio descriptivo-analítico con la participación de 31 mujeres (edad media: 55 años), atendidas en un programa en el Parque y Centro Deportivo Santos Dumont. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, cuestionario SF-36 y la Escala de Humor de Brunel (BRUMS). Se utilizó la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$). **Resultados:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios. Se identificaron niveles moderados de ansiedad en todos los grupos, junto con una tendencia al aumento de los síntomas depresivos con el avance de la edad. Los dominios emocionales y de salud mental presentaron medias más altas en el SF-36. **Conclusión:** No se evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre la práctica de Pilates y la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, se observaron

¹ Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

tendencias relevantes en los indicadores de salud mental y calidad de vida, especialmente en diferentes etapas del envejecimiento.

PALABRAS CLAVE: *Calidad de vida. Salud mental. Ejercicio físico. Envejecimiento.*

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental comum, de natureza multifatorial, que acomete milhões de pessoas em diferentes faixas etárias e contextos sociais. Caracteriza-se por sintomas como tristeza persistente, isolamento social, perda de interesse por atividades habituais e comprometimento funcional, impactando diretamente as atividades diárias, o desempenho profissional e acadêmico, além das relações interpessoais¹.

Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas vivam com depressão no mundo¹. No Brasil, aproximadamente 11,7 milhões de indivíduos são afetados, correspondendo a 5,8% da população, o que coloca o país entre os de maior prevalência na América Latina². Dados mais recentes também indicam aumento na frequência de sintomas depressivos, especialmente entre mulheres^{3,4}.

Frequentemente associada à depressão, a ansiedade, especialmente o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), pode preceder ou ocorrer concomitantemente aos quadros depressivos. Caracteriza-se por preocupação excessiva e persistente, acompanhada de sintomas como tensão muscular, alterações de humor e fadiga, configurando-se como importante problema de saúde pública^{5,6}.

A prevalência de transtornos de ansiedade tem aumentado significativamente, com estimativas indicando crescimento expressivo nos últimos anos. No Brasil, cerca de 9,3% da população apresenta algum transtorno de ansiedade, sendo o país com uma das maiores taxas globais². Quando não tratados, esses quadros podem evoluir e agravar o comprometimento da saúde mental.

O tratamento da depressão e do TAG envolve, de forma geral, a combinação entre psicoterapia, com destaque para a terapia cognitivo-comportamental e o uso de antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), considerados eficazes na redução dos sintomas^{7,8}.

Além das abordagens tradicionais farmacológicas, a prática regular de exercício físico tem sido amplamente reconhecida como estratégia complementar no manejo desses transtornos. Evidências indicam que o exercício contribui para a melhora do bem-estar psicológico, da autoestima e do humor, além de reduzir sintomas de ansiedade e depressão⁹.

Nesse contexto, destacam-se práticas que integram corpo e mente, como o método Pilates. Desenvolvido por Joseph Pilates, o método baseia-se em princípios como controle, respiração, concentração e fluidez, podendo ser realizado tanto em aparelhos quanto no solo, com foco no fortalecimento, alongamento e controle corporal¹⁰.

O Pilates tem apresentado crescimento no número de praticantes, impulsionado pela busca por melhor qualidade de vida, entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida em seu contexto cultural e social¹¹. Estudos apontam benefícios do método em diferentes domínios da qualidade de vida, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais^{12,13}.

Considerando a relação entre saúde mental, qualidade de vida e práticas corporais, o humor também se configura como um importante indicador do estado emocional, frequentemente associado aos sintomas de ansiedade e depressão. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar sintomas de ansiedade, depressão, estado de humor e qualidade de vida em mulheres praticantes de Pilates solo, em diferentes faixas etárias.

Métodos

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, conforme proposto por Thomas, Martin, Etnier e Silverman¹⁴. A população do estudo foi composta por mulheres com mais de 18 anos, inscritas na modalidade de aulas de Pilates Solo oferecidas pelo Parque e Centro Esportivo Santos Dumont. As participantes deveriam estar na prática do Pilates há pelo menos dois meses. Foram considerados critérios de exclusão alunas que não responderam integralmente aos questionários, que não mantiveram frequência mínima de uma aula por semana ou que apresentaram interrupções prolongadas na prática.

Participantes

A amostra inicial foi composta por 62 alunas. Após aplicação dos critérios de exclusão, foram retiradas 9 participantes que não responderam completamente aos questionários, 7 que não mantiveram frequência regular e 4 que apresentaram interrupções na prática. Além disso, 12 alunas não demonstraram interesse em participar, totalizando 31 participantes na amostra final.

Procedimentos da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE da Universidade de Pernambuco (UPE), sob o parecer 6.725.095, obedecendo aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente o primeiro contato foi realizado presencialmente com a instrutora de Pilates do Parque e Centro Esportivo Santos Dumont, com a finalidade de explicar o estudo. Em um segundo encontro destinado a conversa com as alunas, elas foram convidadas de forma não probabilística, intencional e espontânea a participar da pesquisa através da instrutora da turma, a entrevistadora era aluna do curso de Educação Física da UPE, a qual foi devidamente capacitada e orientada sobre suas atribuições fornecendo para as alunas as informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta, bem como os possíveis riscos e benefícios da participação.

Foram avaliadas e separadas as voluntárias de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Neste mesmo encontro foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para maiores de 18 anos, o qual foi assinado pelas participantes que participaram da pesquisa, na sequência foram obtidas as medidas corporais (massa e estatura) e aplicados os questionários: sociodemográfico, o Inventário de Depressão de Beck (BDI)^{15, 17}, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)^{16,17}, Avaliação da qualidade de vida (SF-36)¹⁸ e Escala de Humor BRUMS¹⁹.

O local das aulas ocorriam no Parque e Centro Esportivo Santos Dumont, sendo realizadas na sala de ginástica e dança, com frequência de duas aulas semanais: nas segundas e quartas-feiras com duração de 50 minutos a aula, com horários durante os períodos da manhã, tarde e noite, totalizando quatro aulas por dia, realizadas com nível de intensidade moderada, na ocorrência da aluna apresentar alguma limitação que o impedisse de realizar os exercícios propostos, era demonstrada uma segunda alternativa de exercício de forma adaptada, que trabalhasse com o mesmo objetivo o exercício indicado anteriormente.

As aulas das segundas-feiras eram voltadas ao trabalho de membros inferiores (MMII) e da musculatura do core, com foco em exercícios abdominais. Já nas quartas-feiras, além dos exercícios abdominais, incluíam-se exercícios para membros superiores (MMSS), tendo como um padrão de aula a sequência de exercícios iniciando com um aquecimento com foco na respiração e mobilidade de acordo com os membros a serem trabalhados no respectivo dia da semana, em seguida trabalhando uma sequência de exercícios abdominais, de isometria e de postura, finalizando a aula com exercícios de relaxamento.

Instrumentos de coleta de dados

A estatura foi mensurada por meio de um estadiômetro da marca Sanny (São Paulo, Brasil), com precisão de 0,1 cm, com a participante descalça. A massa corporal foi avaliada utilizando uma balança digital (Filizola, São Paulo, Brasil), com precisão de 100 gramas²⁰. A partir desses dados, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), por meio da fórmula: peso (kg) dividido pela altura ao quadrado (m^2).

Para a avaliação da depressão, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI)¹⁵ que é uma escala de autoavaliação que identifica manifestações comportamentais associadas à depressão, embora não tenha finalidade diagnóstica¹⁷. Esse instrumento é composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, com quatro ou cinco afirmações por item, cada uma refletindo um grau crescente de gravidade (de 0 a 3)²¹. A versão em português do BDI resultou da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos, quatro psiquiatras e uma tradutora. Ela foi testada junto com a versão original em uma amostra de 32 pessoas bilíngues, com três dias de intervalo entre as aplicações e variação na ordem de apresentação dos idiomas entre os grupos. A consistência interna do BDI foi de 0,84, e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p < 0,001$)¹⁷. De acordo com Hopko, Armento e Cantu²², o instrumento apresenta alta validade e fidedignidade entre adultos com depressão. Conforme afirma Weaver²³, “o BDI tem sido considerado o padrão ouro para avaliação da depressão”. De acordo com Beck *et al.*¹⁵, são recomendados os seguintes pontos de corte para o Inventário de Depressão de Beck: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão leve a moderada; de 19 a 29 = depressão moderada a grave; e de 30 a 63 = depressão grave.

A avaliação da ansiedade foi realizada com o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁶, um instrumento destinado à avaliação da presença e da intensidade de sintomas ansiosos, por meio de autopreenchimento¹⁷. O questionário possui 21 itens e utiliza os seguintes pontos de corte para classificação: 0–10 (ansiedade mínima), 11–19 (ansiedade leve), 20–30 (ansiedade moderada) e 31–

63 (ansiedade grave). A partir dos 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade, mas não de depressão. Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e boa confiabilidade teste – reteste com intervalo de uma semana $r(58) = 0,75^{16}$, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63. Mediante a aplicação do BAI, é possível analisar a existência dos sintomas: dormência, sensação de calor, tremores, incapacidade de relaxar, medo de acontecer o pior, atordoado, palpitações, perda do equilíbrio, aterrorizarão, nervosismo, sensação de sufocação, medo de perder o controle e de morrer, dificuldade para respirar, assustado, indigestão, sensação de desmaio, ardência no rosto e suor.

Para avaliar a qualidade de vida (QV), foi utilizado o SF-36¹⁸, um questionário multidimensional composto por 36 itens distribuídos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final varia de 0 a 100, sendo que valores mais baixos indicam pior estado geral de saúde e valores mais altos indicam melhor condição percebida de saúde¹⁸.

O humor, foi avaliado pela Escala de Humor de Brums¹⁹, um questionário autoaplicável, desenvolvido para permitir uma rápida mensuração do estado de humor de populações compostas por adultos e adolescentes. Adaptado do “Profile of Mood States (POMS)”, a BRUMS contém 24 indicadores simples de humor, tais como as sensações de raiva, disposição, nervosismo e insatisfação que são perceptíveis pelo indivíduo que está sendo avaliado. O questionário apresenta a pergunta “Como você se sente agora?”, cabendo aos avaliados responderem como se situam em relação a cada sensação dos 24 indicadores, de acordo com a escala do tipo *Likert* de 5 pontos (nada = 0; um pouco = 1; moderadamente = 2; bastante = 3; extremamente = 4). Os 24 itens da escala compõem seis subescalas: raiva, confusão mental, depressão, fadiga, tensão e vigor. Cada subescala contém quatro itens, com escore variando de 0 a 16. Na presente investigação, a escala BRUMS apresentou consistência interna de 0,78, com valores superiores a 0,70 em todas as subescalas¹⁹.

Análise estatística

Os dados foram registrados em fichas, tabulados em planilhas eletrônicas e então analisados. Para o tratamento dos dados foi realizada inspeção exploratória de valores extremos, normalidade de distribuição e homogeneidade dos dados. Foram utilizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequências). O teste exato de Fisher foi aplicado para comparação entre faixas etárias para os níveis de ansiedade e depressão, nos escores de QV e no estado de humor das praticantes de Pilates. A análise estatística foi realizada através do software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. O nível de significância foi estabelecido de $p < 0,05$ para as análises.

Resultados

A amostra foi composta por 62 alunas do programa de Pilates solo do Parque e Centro Esportivo Santos Dumont. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e considerando as

participantes que consentiram voluntariamente, o estudo foi finalizado com 31 mulheres. Todas responderam aos questionários de ansiedade, depressão, qualidade de vida (QV) e humor. A Tabela 1 apresenta as características gerais da amostra, com média de idade de 55,4 anos (DP=13,0), massa corporal de 66,5 kg (DP=14,4), estatura de 161 cm (DP=0,066) e IMC médio de 25,4 (DP=4,07) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra

	Média $\pm$ DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	55.40 $\pm$ 13.00	22	79
Massa (kg)	66.50 $\pm$ 14.40	45.50	105.00
Estatura (cm)	161.00 $\pm$ 0.066	145	175.00
IMC	25.40 $\pm$ 4.07	18.40	37.60

A Tabela 2 mostra que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias quanto aos níveis de ansiedade ($p=0,830$) e depressão ($p=0,506$). Observou-se predominância de níveis moderados de ansiedade em todas as faixas etárias, com maior proporção de casos graves entre mulheres de 41 a 50 anos. Em relação à depressão, verificou-se predominância de níveis leves, com tendência de aumento dos sintomas com o avanço da idade.

Tabela 2. Comparação por faixa etária com os inventários de ansiedade e depressão

Intervalo idade (n=31)						X ²	Valor p
Média (DP)							
	20 a 40 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos	61 a 70 anos	71 a 80 anos		
Ansiedade							
Moderada, n (%)	3 (9,7%)	5 (16,1%)	8 (25,8%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	1.48	0.830
Grave, n (%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)		
Depressão							
Ausência, n (%)	3 (9.7%)	4 (12.9%)	6 (19.4%)	2 (6.5%)	1 (3.2%)	7.29	0.506
Leve, n (%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)	5 (16.1%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)		
Moderada, n (%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.2%)		

A análise dos domínios do SF-36 revelou que a maior média foi observada em capacidade funcional (80,0), indicando boa aptidão para as atividades da vida diária. Por outro lado, o domínio dor apresentou a menor média (32,9), sugerindo presença de queixas dolorosas entre as participantes. A média do estado geral de saúde (48,4) sugere percepção intermediária de QV. Vitalidade (53,9) e aspectos sociais (48,8) foram inferiores a 60, indicando possível impacto emocional e de interação social.

Na Tabela 3 são apresentadas as comparações entre as faixas etárias nos domínios da qualidade de vida avaliados, sem diferença significativa. De modo geral, os escores de capacidade funcional apresentaram tendência de redução com o avanço da idade, com valores mais elevados nas faixas etárias mais jovens.

Nos domínios relacionados aos aspectos físicos e à dor, observou-se variação entre as faixas etárias, sem um padrão linear definido. Em relação à vitalidade, os escores indicaram valores mais baixos em faixas etárias intermediárias, enquanto os aspectos sociais apresentaram redução nas faixas etárias mais avançadas.

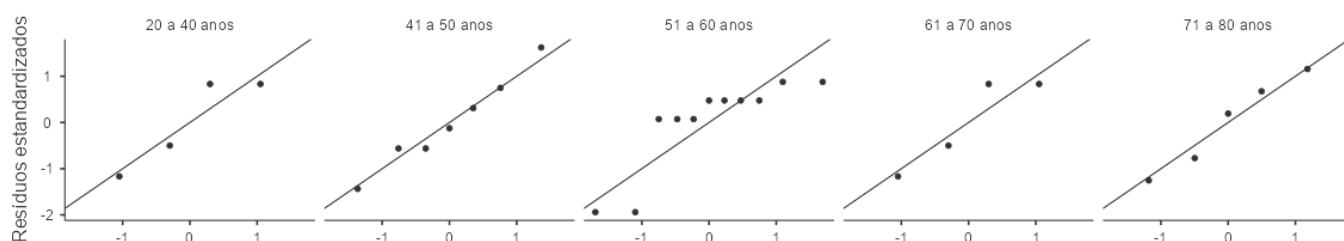
Para os domínios emocionais e de saúde mental, os resultados evidenciaram variações entre os grupos etários, sem diferenças estatisticamente significativas, mantendo-se escores relativamente próximos entre as faixas.

Tabela 3. Qualidade de vida (QV) (SF-36) média por faixa etária dos escores por domínios

	Intervalo idade (n=31)					Valor <i>p</i>
	Média (dp)					
	20 a 40 anos (n=4)	41 a 50 anos (n=7)	51 a 60 anos (n=11)	61 a 70 anos (n=4)	71 a 80 anos (n=5)	
Saúde Física						
Capacidade funcional	92.50.50±6.45	85.00±17.08	82.30.45±15.55	67.50.50±24.66	68.00±21.39	0.159
Limitação aspectos físicos	56.30±42.70	75.00±35.36	81.80±31.80	75.00±35.36	55.00±51.23	0.648
Dor	27.50±17.08	27.10±17.04	30.00±16.73	37.50±15.00	48.00±14.83	0.216
Saúde Mental						
Vitalidade	52.50±5.00	59.29±7.86	50.00±10.00	58.75±2.50	52.00±7.58	0.144
Aspectos sociais	53.13±11.96	50.00±7.21	48.86±21.97	43.75±7.21	47.50±10.45	0.933
Aspectos emocionais	83.30±33.35	66.70±43.04	87.90±22.48	100.00±0.00	60.00±43.47	0.283
Saúde mental	61.00±2.00	57.10±3.80	63.60±8.84	62.00±6.92	63.20±4.38	0.344

Comparativo geral da QV, classificado por faixa etária, constatando que não houve diferenças estatisticamente significativas para o estado geral de saúde, de acordo com o SF-36, na prática do Pilates solo. Em relação ao escore total por faixa etária, observa-se que o intervalo entre 61 e 70 anos apresenta os melhores escores (58,8) no estado geral de saúde. O Gráfico 1 ilustra essas diferenças.

Gráfico 1. Escore total QV (SF-36) classificação por faixa etária



Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias nos domínios do estado de humor avaliados. De modo geral, os escores apresentaram variações entre os grupos etários, sem um padrão consistente.

Observou-se maior escore de tensão nas faixas etárias mais jovens, enquanto valores mais elevados de vigor e fadiga foram identificados em faixas etárias intermediárias. Por outro lado, menores escores de depressão e raiva foram observados em faixas etárias mais avançadas. Os domínios de confusão mental e fadiga apresentaram variações entre as faixas etárias, sem tendência linear definida (Tabela 4).

Tabela 4. Estados de Humor nas praticantes de Pilates solo por faixa etária

Intervalo idade (n=31)						Valor p
Média (dp)						
	20 a 40 anos (n=4)	41 a 50 anos (n=7)	51 a 60 anos (n=11)	61 a 70 anos (n=4)	71 a 80 anos (n=5)	
Tensão	3.25±2.75	2.85±2.79	3.09±0.944	0.75±1.50	2.60±1.34	0.301
Depressão	1.75±1.50	3.00±2.58	2.00±2.09	1.00±0.81	2.00±1.41	0.588
Raiva	1.25±1.89	1.85±2.03	2.72±3.28	0.50±1.00	0.60±0.89	0.397
Vigor	7.00±1.41	6.42±3.73	8.36±3.69	4.75±2.36	4.00±2.12	0.116
Fadiga	3.50±2.51	3.28±3.25	6.54±4.78	2.75±3.59	4.40±3.36	0.338
Confusão	2.00±0.81	1.57±1.90	2.09±2.21	0.75±0.50	2.40±1.51	0.666

Discussão

Os resultados do presente estudo sugerem ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias quanto aos níveis de ansiedade e depressão em mulheres praticantes de Pilates solo. Esse achado sugere que, no contexto investigado, a idade não se configurou como um fator discriminante para esses desfechos, reforçando o caráter multifatorial dos transtornos emocionais e a influência de diferentes determinantes biopsicossociais.

Apesar da ausência de significância estatística, observou-se a predominância de níveis moderados de ansiedade em todas as faixas etárias, bem como maior proporção de ansiedade grave entre mulheres de 41 a 50 anos. Adicionalmente, verificou-se tendência de aumento dos sintomas depressivos com o avanço da idade. Esses achados estão em consonância com a literatura, que aponta para a influência de fatores hormonais, psicossociais e do processo de envelhecimento na manifestação de sintomas ansiosos e depressivos^{4,24}.

Nesse sentido, a maior proporção de ansiedade observada na faixa etária de 41 a 50 anos pode estar relacionada a fatores descritos na literatura, como mudanças hormonais e demandas psicossociais características desse período da vida, embora tais aspectos não tenham sido diretamente investigados no presente estudo.

Em relação à qualidade de vida, o escore médio do estado geral de saúde (48,40) indica uma percepção menos favorável entre as participantes. Esse resultado sugere que, mesmo inseridas em um contexto de prática regular de atividade física, as mulheres avaliadas não percebem sua saúde de forma plenamente positiva.

Essa percepção pode estar relacionada ao caráter multidimensional da qualidade de vida, que abrange não apenas aspectos físicos, mas também fatores emocionais e sociais, como suporte social, condições de trabalho, presença de doenças crônicas e níveis de estresse^{11,25}. Dessa forma, diferentes elementos do cotidiano podem influenciar a forma como essas mulheres avaliam sua própria saúde, independentemente da prática de exercício físico.

A análise dos domínios específicos do SF-36 reforça essa interpretação, os baixos escores em vitalidade, particularmente na faixa etária de 51 a 60 anos, sugerem comprometimento nos níveis de energia e disposição, aspectos diretamente relacionados ao bem-estar físico e mental.

Esse achado pode estar associado tanto a fatores emocionais quanto a condições contextuais, como sobrecarga de trabalho, alterações hormonais e demandas familiares, que tendem a se intensificar nesse período da vida²⁶. De forma semelhante, os menores escores nos aspectos sociais, especialmente entre mulheres de 61 a 70 anos, indicam possíveis limitações na interação

social, as quais podem decorrer das mudanças nos papéis sociais e das condições de saúde associadas ao envelhecimento²⁷.

Nesse contexto, destaca-se que o processo de envelhecimento está frequentemente associado a alterações físicas, cognitivas e sociais que podem impactar negativamente a qualidade de vida. Condições como doenças crônicas, limitações funcionais e redução da rede de apoio social tendem a comprometer a autonomia e a participação social, reforçando a importância de estratégias que promovam o envelhecimento ativo²⁸.

A prática de atividade física, incluindo o Pilates, pode atuar como um importante componente nesse processo, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e do bem-estar, ainda que os efeitos sobre desfechos psicológicos não tenham sido estatisticamente evidenciados no presente estudo²⁹.

Em relação aos sintomas emocionais, destaca-se que mulheres na faixa etária de 41 a 50 anos apresentaram maior proporção de ansiedade grave, o que pode estar relacionado às mudanças hormonais características do período do climatério, além de fatores psicossociais associados a essa fase da vida³⁰. Estudos prévios apontam elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em mulheres climatéricas, frequentemente acompanhados de alterações de humor e impacto na qualidade de vida^{31,32}.

A análise do estado de humor complementa esses achados, evidenciando maiores escores de vigor e fadiga na faixa etária de 51 a 60 anos. Esse padrão pode refletir a coexistência de aspectos positivos e negativos do estado emocional, característica comum em períodos de transição fisiológica e social^{30,33}.

O climatério, em especial, tem sido associado a oscilações no humor, incluindo aumento da fadiga e alterações na disposição, influenciadas tanto por fatores hormonais quanto por condições de vida^{30,33}. Por outro lado, evidências sugerem que a prática regular de atividade física pode contribuir para a melhora de aspectos emocionais, como vitalidade e bem-estar psicológico, ainda que tais efeitos dependam de fatores como duração, intensidade e adesão à prática^{34,35}.

Esses achados devem ser interpretados com cautela, considerando a ausência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis investigadas. A tendência de aumento dos sintomas depressivos com o avanço da idade, a maior prevalência de ansiedade em determinadas faixas etárias e os escores reduzidos em domínios específicos da qualidade de vida evidenciam a complexa interação entre fatores biológicos, emocionais e sociais ao longo do envelhecimento feminino.

Além disso, algumas limitações devem ser consideradas, como o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade, o uso de instrumentos autorrelatados e a ausência de controle de variáveis potencialmente intervenientes, como nível de atividade física fora das aulas de Pilates, presença de comorbidades e condições socioeconômicas. Tais aspectos podem ter influenciado os resultados observados.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui ao descrever o perfil de saúde mental, qualidade de vida e estado de humor em mulheres praticantes de Pilates solo, oferecendo subsídios para a compreensão das demandas específicas desse público. Os achados reforçam a necessidade de

abordagens integradas, que considerem não apenas a prática de atividade física, mas também fatores psicossociais e de saúde geral na promoção do bem-estar ao longo do envelhecimento.

Conclusão

Conclui-se que não foi observada associação estatisticamente significativa entre a prática do Pilates e a redução dos sintomas de ansiedade e depressão nas mulheres avaliadas. No entanto, os resultados indicam padrões relevantes na distribuição desses sintomas e nos domínios da qualidade de vida ao longo das diferentes faixas etárias.

Esses achados reforçam a importância de uma abordagem ampliada na promoção da saúde mental feminina, que considere não apenas a prática de atividade física, mas também fatores biopsicossociais envolvidos no processo de envelhecimento. Nesse contexto, destaca-se a necessidade de estratégias integradas voltadas ao monitoramento do sofrimento emocional e à promoção da qualidade de vida em mulheres adultas e idosas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil é o país com maior prevalência de depressão [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>
4. Kuehner C. Why is depression more common among women than men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146-58. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2.
5. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AM, et al. Depression and generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):651-60. doi:10.1001/archpsyc.64.6.651.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.
7. Nardi AE, Silva AG, Quevedo J. Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2021.
8. Lopes AB, Souza LL, Camacho LF, Nogueira SF, Vasconcelos ACMC, Paula LT, et al. Transtorno de ansiedade generalizada: revisão narrativa. *Rev Eletr Acervo Cient*. 2021;35. doi:10.25248/reac.e8773.2021.
9. Costa RA, Soares HLR, Teixeira JAC. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. *Rev Dep Psicol UFF*. 2007;19(1):273-4. doi:10.1590/S0104-80232007000100022.

10. Marés G, Oliveira KBD, Piazza MC, Preis C, Bertassoni Neto L. Importância da estabilização central no método Pilates. *Fisioter Mov.* 2012;25(3):445-51. doi:10.1590/S0103-51502012000300013.
11. World Health Organization. WHOQOL: position paper. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K.
12. Vequi MA, Prado RL, Hino AAF. Qualidade de vida de idosos praticantes de Pilates. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ.* 2021;7(12):1416-30. doi:10.51891/rease.v7i12.3583.
13. Bertoldi JT, Tesser R, Damaceno MS. Impacto do método Pilates na qualidade de vida dos praticantes. *Cinergis.* 2016;17(1):15-21. doi:10.17058/cinergis.v17i1.6768.
14. Thomas JR, Martin PE, Etnier JL, Silverman SJ. *Research methods in physical activity.* 8th ed. Champaign: Human Kinetics; 2022.
15. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988;8(1):77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5.
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893.
17. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
18. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>
19. Rohlf IC, Rotta TM, Luft CDB, Andrade A, Krebs RJ, Carvalho TD. Escala de Humor de Brunel (BRUMS). *Rev Bras Med Esporte.* 2008;14(3):176-81. doi:10.1590/S1517-86922008000300003.
20. Lohman TG. Applicability of body composition techniques for children and youths. *Exerc Sport Sci Rev.* 1986;14:325-57. Disponível em: https://journals.lww.com/acsm-essr/citation/1986/00140/11_applicability_of_body_composition_techniques.14.aspx
21. Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos; 2000. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001201795>
22. Hopko DR, Armento MEA, Cantu MS. The use of daily diaries to assess relations among mood and behavior. *Behav Res Ther.* 2003;41(10):1137-48. doi:10.1016/S0005-7967(03)00017-2.
23. Weaver TE. Outcome measurement in sleep medicine. *Sleep Med Rev.* 2001;5(3):223-36. doi:10.1053/smr.2001.0152.
24. Felipe LRR, Barbosa KSS, Virtuoso Junior JS. Sintomatologia depressiva e mortalidade em idosos. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;46. doi:10.26633/RPSP.2022.205.
25. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994;272(8):619-26. doi:10.1001/jama.272.8.619.
26. Cezar EO. *Vitalidade e autorregulação emocional em praticantes e não praticantes de atividades físicas e/ou meditativas [dissertação].* Itatiba: Universidade São Francisco; 2020.

- 27.Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: principais alterações no idoso. InterSciencePlace. 2012;1(20):106-32. doi:10.6020/1679-9844/2007.
- 28.Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 29.Cress ME, Buchner DM, Questad KA, Esselman PC, DeLateur BJ, Schwartz RS. Exercise: effects on physical functional performance in independent older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999;54(5). doi:10.1093/gerona/54.5.M242.
- 30.da Silva RM, Araújo CB, Vasconcelos Silva AR. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. Rev Bras Promoç Saúde. 2003;16(1):28-33. doi:10.5020/328.
- 31.Polisseni F, Paula CS, Silva AG, Silva Filho HC. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres climatéricas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(1):28-34. doi:10.1590/S0100-72032009000100006.
- 32.da Silva Assunção DF, Pires DHK, Lima Barreto E, Azevedo Gonçalves F, Silva Dias R. Qualidade de vida de mulheres climatéricas. Rev Soc Bras Clin Med. 2017;15(2):80-3. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/261>
- 33.Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. JAMA Intern Med. 2015;175(4):531-9. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8063.
- 34.Avelar LFDS, Oliveira Júnior MNS, Navarro F. Influência do exercício físico na sintomatologia de mulheres climatéricas. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(3):537-45. doi:10.1590/S1809-98232012000300014.
- 35.Silva DCP, Martins IB, Menezes RA, Leão ADG, Valadares YD. Efeitos do método Pilates na saúde mental. Res Soc Dev. 2022;11(7). doi:10.33448/rsd-v11i7.29368.