

Efeitos da hidrocinestoterapia na sintomatologia menopáusica e qualidade de vida

*Effects of hydrotherapy on menopausal symptoms
and quality of life*

Eliane Araújo de Oliveira
Priscilla Dyanna Cavalcanti de Oliveira
Suellen Marinho Andrade

RESUMO: Este estudo analisou os benefícios da hidrocinestoterapia na melhora sintomatológica e qualidade de vida na menopausa. Os dados apontaram sintomas menopáusicos moderados em 53,8% das participantes na pré-intervenção, com redução para 15,4% após a intervenção. Em relação à qualidade de vida, houve aumento da média em todos os domínios. Pode-se inferir, portanto, que a hidrocinestoterapia é eficaz na melhoria dos sintomas menopáusicos e da qualidade de vida na menopausa.

Palavras-chave: Menopausa; Qualidade de Vida; Hidrocinestoterapia.

ABSTRACT: *This study examined the benefits of hydrotherapy in symptom improvement and quality of life in menopause. The data indicate moderate menopausal symptoms in 53.8% of participants in the pre-intervention and reduction of 15.4% after the intervention. Regarding quality of life, an increase in average in all areas. Therefore, the hydrotherapy improves menopausal symptoms and quality of life in menopause.*

Keywords: *Menopause; Quality of Life; Hydrotherapy.*

Introdução

Climatério é o período em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida da mulher, que se inicia com o declínio da função ovariana e o anúncio da menopausa. A menopausa denota a cessação permanente da menstruação, ou seja, o último fluxo menstrual, comprovado por meio da amenorreia espontânea por 12 meses consecutivos (Freitas, Silva, & Silva, 2008).

A expectativa de vida das mulheres atualmente em países desenvolvidos já atingiu os 80 anos e, no Brasil já ultrapassa dos 75 anos. Portanto, as mulheres viverão cerca de um terço de suas vidas após a menopausa e, apesar da expectativa de vida aumentar, a idade da menopausa tem permanecido em torno dos 50 anos de idade (Ferreira, 2011).

Este período corresponde a uma série de modificações no organismo da mulher, tanto em nível físico quanto psíquico. A queda da taxa do hormônio estrogênio acarreta alterações como: ondas de calor, fadiga, irritabilidade, dor muscular, ansiedade, incontinência urinária, dentre outros, sendo este último aspecto o responsável por afastar as mulheres de suas atividades sociais (Guyton, & Hall, 2006), acarretando grandes desafios no processo de viver das mulheres (Zampieri, *et al.*, 2009).

Ao longo dos tempos, a saúde e a qualidade de vida têm sido relacionadas somente a aspectos físicos e à ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura a que está inserida, em relação às suas metas, expectativas, padrões e crenças” (The World Health Organization Quality of Life Assessment, 1995).

As alterações ou quase todas alterações provenientes desta fase da vida poderiam ser amenizadas, pois há vários recursos dentro da área da saúde, que poderão atuar a fim de reduzir esses sintomas e fazer com que a mulher transcorra esse período de uma maneira menos sofrida. São poucas, porém, as mulheres que estão informadas sobre tais recursos e muitas não estão preparadas para a chegada do climatério e menopausa, similarmente à velhice (De Góis, & Roveratti, 2007).

A prática de exercícios físicos regulares tem papel muito importante nos aspectos de saúde, sociabilidade e vitalidade, contribuindo, de forma significativa, para uma melhor qualidade de vida e promoção de estilo de vida independente (Leite, 1996).

De modo promissor, pesquisas têm apontado, inclusive, para um possível efeito benéfico da atividade física no alívio da sintomatologia menopáusicas, principalmente no que se refere aos sintomas vasomotores. Estes interferem no cotidiano das mulheres, dificultam o sono e o trabalho, causando desconforto e maiores níveis de estresse que acabam por comprometer a qualidade de vida (De Lorenzi, Soares, & Baracat, 2005; De Lorenzi, Catan, Moreira, & Ártico, 2009).

A atividade física na água tem sido apontada como uma forma de exercitação importante (Teixeira, Pereira, & Rossi, 2007). Trata-se de uma forma versátil de exercitar-se, sendo também um programa ideal de condicionamento físico no qual, além dos exercícios aeróbicos, incluem-se exercícios que podem desenvolver flexibilidade, força muscular e resistência em um mesmo programa, aproveitando a resistência da água como sobrecarga e do empuxo como redutor do impacto, o que permite a prática de um exercício, mesmo em intensidades altas, com diminuídos riscos de lesão (Krasevec, & Grimes, 1990; Krueel, 2000). Contudo, estudos envolvendo a análise dos efeitos da hidrocinesioterapia em mulheres com sintomatologia menopáusicas e seu impacto na qualidade de vida ainda são escassos na literatura. Dessa forma, torna-se imperioso averiguar o tamanho do efeito deste tipo de tratamento e sua relação com domínios importantes da vida da mulher.

Nesta perspectiva, o presente trabalho visa a analisar a melhora da sintomatologia menopáusicas e da qualidade de vida em um grupo de mulheres submetidas a um protocolo de atendimento hidrocinesioterapêutico.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal, com medidas pré- e pós-aplicação de hidrocinesioterapia, envolvendo participantes do sexo feminino, voluntárias do projeto de extensão “*A Hidrocinesioterapia na melhora da qualidade de vida de mulheres menopáusicas*”, desenvolvido na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

O grupo foi composto por mulheres menopáusicas, com mais de um ano de amenorreia, provenientes das comunidades próximas da UFPB e encaminhadas por Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídas aquelas que apresentassem algum tipo de contraindicação à prática de exercícios físicos, doenças neurológicas e/ou distúrbios psiquiátricos.

Os atendimentos foram realizados em piscina terapêutica, aquecida a 30° C, com dimensões de 9 metros de comprimento, 6 metros de largura, 1,30m de profundidade. Foram aplicadas sessões duas vezes por semana, com duração média de 90 minutos.

Para a intervenção, verificava-se a pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória no início e após o atendimento. O protocolo de atendimento hidrocinesioterapêutico era composto por: aquecimento, alongamentos globais, fortalecimento, todos associados à estimulação respiratória, descarga de peso parcial e total, treino de baixo impacto, exercícios aeróbicos e relaxamento. Os exercícios eram realizados de forma lúdica, estimulando a integração e sociabilidade das participantes.

Todos os instrumentos de coleta de dados foram aplicados por pesquisador devidamente treinado, em uma sala reservada no início do projeto e após nove meses de atendimento, sendo a bateria de avaliação composta por: 1) Ficha de Avaliação Climatérica, especialmente desenhada para esta investigação, contendo os dados sócio-demográficos e clínicos como: idade, estado civil, escolaridade, profissão, n.º gestação, n.º de partos e abortos, terapia de reposição hormonal, incontinência urinária e fecal, prática de atividade física, forma física atual, estado geral de saúde; 2) Índice Menopausal de Kupperman (IK), que identifica e avalia os diversos sintomas menopáusicos (ondas de calor, parestesia, nervosismo, depressão, fadiga, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação, zumbido), cujo resultado é contabilizado pela soma das respectivas graduações dos sintomas (Sousa, Sousa, Silva, & Filizola, 2000); 3) Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-ítem Short Form Health Survey*), o qual avalia tanto os aspectos negativos de saúde como os aspectos positivos de qualidade de vida. É composto por 36 perguntas que engloba oito dimensões, que são: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e uma questão comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás (Brandão, 2011).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo: 008/08). Foi realizado de acordo com os aspectos éticos e os sujeitos concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regula a pesquisa em seres humanos.

Os dados foram analisados por meio do Programa Estatístico SPSS versão 21.0 para Windows. Foram aplicadas estatística descritiva e estatística inferencial durante as análises. Para análise das variáveis categóricas, foi aplicada estatística descritiva, em termos de média e desvio-padrão. Na análise inferencial, utilizou-se o teste de Wilcoxon, para amostras relacionadas. Foi considerado como nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 13 mulheres, com idade média de 61-92 anos ($\pm 8,77$).

A maioria das voluntárias era casada (53,85%), com nível escolar correspondente ao primeiro grau incompleto (30,77%) e terceiro grau completo (30,77%).

Em relação à história clínica, no que se refere à idade que iniciou a menarca, foi observada média de 12,54 anos ($\pm 1,66$), sendo o início da menopausa aos 49,92 anos ($\pm 1,65$).

Quanto ao número de gestações, este foi na ordem de 3,15 ($\pm 2,03$), com número de partos referente a 3,08 ($\pm 1,8$) e baixa taxa de abortos (0,85 $\pm 1,46$).

A Tabela 1 apresenta as variáveis correspondentes aos sintomas menopáusicos, tendo sido observado que a maioria apresentou ondas de calor (53,8%); não realizou Terapia de Reposição Hormonal (76,9%) e nenhuma delas não apresentou urgência urinária (100%).

Tabela 1- Frequência e percentual das variáveis clínicas do grupo (n = 13)

Variáveis	Frequência	Percentual
Ondas de calor		
Sim	7	53,8
Não	6	46,2
Terapia de reposição hormonal		
Sim	10	23,1
Não	3	76,9
Urgência urinária		
Sim	0	0
Não	13	100,0
Sangramento pós-coital		
Sim	0	0
Não	13	100,0
Prolapsos urogenitais		
Sim	0	0
Não	13	100,0
Incontinência urinária		
Sim	2	15,4
Não	11	84,6
Incontinência fecal		
Sim	1	7,7
Não	12	92,3

Com relação à prática de atividades físicas, observou-se que 23,1% não pratica nenhuma atividade física, enquanto 38,5% praticam de duas a três vezes por semana. Já relacionado à percepção que essas mulheres têm quanto a sua forma física atual, cerca de 38% relatou que sua forma física estava classificada como aceitável (Tabela 2).

Tabela 2- Frequência e percentual da prática de atividade física, forma física e percepção da saúde (n = 13)

Variáveis	Frequência	Percentual
Prática de atividade física		
Não pratica	3	23,1
De vez em quando	1	7,7
1 vez por semana	2	15,4
2 a 3 vezes por semana	5	38,5
Mais de 4 vezes por semana	2	15,4
Forma Física Atual		
Péssima	1	7,7
Deficiente	3	23,1
Aceitável	5	38,5
Boa	3	23,1
Excelente	1	7,7
Como vê atualmente seu estado de saúde		
Péssimo	2	15,4
Aceitável	7	53,8
Bom	4	30,8

No que diz respeito aos valores do IK, foram obtidos 21,69 pontos ($\pm 10,21$), na medida pré-intervenção, com redução para 13,31 pontos ($\pm 6,10$), após a aplicação do protocolo. Dessa forma, verifica-se diferença significativa antes e depois do tratamento ($Z = -3,18$; $p = 0,01$).

A Tabela 3 apresenta a classificação da sintomatologia, medida pelo IK. Antes da intervenção, a maior parte das voluntárias encontrava-se classificada na categoria de sintomas moderados (53,8%). Após o tratamento, houve uma modificação no panorama, com melhora da sintomatologia, já que quase a totalidade das participantes atingiu a categoria leve (84,6%).

Tabela 3- Dados referentes à classificação do Índice de Kupperman (n=13)

Categorias do Índice de Kupperman	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Leve – até 19	5	38,5	11	84,6
Moderado – 20 a 35	7	53,8	2	15,4
Intenso – mais de 35	1	7,7	0	0
Total	13	100	13	100

Quanto à qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, foi observada evolução em todas as dimensões avaliadas, com valores maiores alcançados nos domínios 7 (limitação por aspectos emocionais) e 2 (limitação por aspectos físicos). Dados significativos foram obtidos nos domínios 2,3,4,6 e 7, conforme Tabela 4.

Tabela 4- Demonstrativo dos domínios da qualidade de vida antes e depois intervenção (n = 13)

Domínios	Antes		Depois		Z
	Média	SD	Média	SD	
Domínio 1	51,54	23,36	57,69	22,60	-2,308
Domínio 2	36,54	36,25	69,23	39,73	-,565*
Domínio 3	49,69	20,41	60,96	31,97	-2,092*
Domínio 4	45,19	23,30	62,41	15,58	-2,071*
Domínio 5	56,54	24,94	63,46	24,27	-2,098
Domínio 6	58,38	25,18	75,00	33,46	-2,493*
Domínio 7	25,46	36,20	58,97	45,44	-1,115*
Domínio 8	61,85	27,20	67,08	25,04	-2,316

Discussão

Há uma variedade de fatores culturais que envolvem o ser e o viver da mulher, bem como o quanto eles podem vir a determinar um comportamento prejudicial à saúde e que precisam ser conhecidos e considerados para que se possa compreender os fenômenos por elas vividos (Gonçalves, Merighi, & Aldrighi, 2003; Santos, *et al.*, 2007).

Mesmo que outras atividades corporais também sejam indicadas no período menopáusico, a hidrocinesioterapia, por ser realizada em grupo e em um ambiente diferenciado, pode oferecer maior motivação para que se mantenha a regularidade da prática.

As atividades em grupo permitem um enfoque metodológico em que se favorece a integração da mulher, a aceitação de sua situação, o apoio do grupo e a adoção de estilos de vida saudáveis. Para que os efeitos da hidrocinesioterapia surjam, deve-se atentar para sua prática regular e realização de forma segura. O exercício deve ser bem planejado e orientado por profissionais capacitados (Teixeira, *et al.*, 2007).

O presente estudo revelou os resultados na melhoria sintomatológica menopáusica, bem como também em uma melhor qualidade de vida das mulheres que foram submetidas a uma intervenção fisioterapêutica, por meio de exercícios aquáticos.

Com relação aos sintomas menopáusicos, observou-se uma melhora da sintomatologia após intervenção. A importância da prática de atividade física associada à melhora desta sintomatologia também foram confirmadas por Lorenzil e Tairova (2011), com mulheres menopáusicas praticantes de exercícios como a caminhada, dança e ginástica, durante três vezes na semana. Os dados apontaram que 63,6% das mulheres sedentárias referiram sintomas climatéricos de intensidade moderada a severa, contrastando com valores de apenas 33,4% do grupo fisicamente ativo. Estudo realizado por Daley, *et al.* (2006) mostrou que somente 5% das mulheres com atividade física regular apresentavam fogachos intensos, em comparação a 14% das mulheres que se exercitavam pouco ou nada por semana.

Ao comparar a eficácia da terapia no solo e hidrocinesioterapia entre pacientes com osteoporose, Gomes e Garcia (2006) afirmam que, na mulher menopausada, os exercícios diminuem a remodelação óssea provocada pelo hipostrogenismo. Dessa forma, as vantagens do exercício visam a não somente suas ações sobre o esqueleto, mas também sobre a musculatura que atua sobre a estabilidade.

Baracho (2007) afirma que as mulheres praticantes de exercícios físicos regulares apresentam sensação de calor e sudorese menos intensa. O fogacho é o sintoma com maior intensidade e frequência nas mulheres menopáusicas e é considerado o responsável por desencadear outros sintomas do climatério como a irritabilidade, nervosismo e insônia (Halbe, 2000).

O presente estudo também verificou a qualidade de vida em seus diversos domínios e sua relação com a prática de atividade física na água, onde observou-se que após a intervenção houve aumento das médias em todas as categorias avaliadas, com maior evolução nos domínios referente aos aspectos físicos e emocionais. Segundo Zahar, Aldrighi, & Tostes (2001), a qualidade de vida é definida como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado, estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social.

Dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher menopáusica, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, bem como a sua inserção social e experiências diante de eventos vitais. Mais recentemente, tem sido reconhecida a influência das atitudes e percepções da mulher em relação à menopausa na qualidade de vida no climatério (Hunter, 1993; Lorenzi, Soares, Danelon, Saciloto, & Padilha Jr., 2005). Para Tairova, Lorenzi, & Dino (2011), a diminuição da capacidade aeróbia e da debilitação progressiva da musculatura corporal e sedentarismo, são fatores agravantes nesse processo.

Os resultados obtidos neste estudo corroboram os resultados apresentados por Martín, *et al.* (2009) que encontraram mudanças significativas na maioria das dimensões do teste SF-36, após um protocolo de tratamento com exercícios físicos em mulheres com sintomatologia menopáusica.

Este estudo foi desenvolvido em atividades em grupo, de forma lúdica, estimulando a interação social, as trocas de experiência entre si. O resultado positivo obtido vai ao encontro do que dito na literatura que afirma que a recreação pode auxiliar numa maior integração e participação do grupo, desperta alegria e a satisfação, desenvolve capacidade de ação e adaptação a novas respostas motrizes; contribui para uma melhoria do desempenho cognitivo e global e desenvolve a capacidade criativa.

Além disso, melhora as tensões emocionais, proporcionando autocontrole, confiança e uma participação mais efetiva dos integrantes nas atividades propostas. Dessa forma, melhora a qualidade de vida nas dimensões dos aspectos sociais, emocionais e saúde mental (Mazo, Lopes, & Benedetti, 2001).

Considerações Finais

Este estudo mostrou que a prática da hidrocinesioterapia melhora os níveis sintomatológicos da menopausa, bem como a qualidade de vida das participantes.

Os dados obtidos no presente trabalho confirmam os achados da literatura que destacam os benefícios da prática regular de atividades, quando realizada por meio de um programa bem elaborado, seguro e sistematizado. É percebido que a atividade sendo realizada em grupo favorece o bem-estar psíquico e emocional.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de adoção deste tipo de prática na rotina terapêutica voltada à saúde da mulher, bem como o desenvolvimento de trabalhos que avaliem estes benefícios em estudos longitudinais.

Referências

- Baracho, E. (2007). *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Brandão, C. W. P. (2011). *Ejercicio físico acuático en la mejoría de la calidad de vida de la mujer menopáusica*. Tese de doutorado. Universidad de Granada. Granada, España.
- Daley, A., MacArthur, C., McManus, R., Stokes-Lampard, H., Wilson, S., Roalfe, A., & Mutrie, N. (2006). Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacological interventions in symptomatic menopausal women. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society*, 9(5), 336-346. (doi:10.1080/13697130600864074).
- De Góis, R. B., & Roveratti, M. C. (2007). O climatério e a qualidade de vida das mulheres. *Revista eletrônica Saber*. Recuperado em 01 novembro, 2014, de: http://www.inesul.com.br/revista/arquivos/arq-idvol_9_1279053077.pdf.
- De Sousa, R. L., Sousa, E. S. S., Silva, J. C. B., & Filizola, R. G. (2000). Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *RBGO*, 22(8). Recuperado em 01 novembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n8/12063>.

- Ferreira, C. H. J. (2011). *Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Freitas, K. M. de, Silva, Â. R. de V., & Silva, R. M. da. (2008). Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum. Health Science*, 26(1), 121-128. (doi:10.4025/actascihealthsci.v26i1.1633).
- Gonçalves, R., Merighi, M. A. B., & Aldrighi, J. M. (2003). Reflexões sobre o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade. *Reprod. clim*, 18, 100-112.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Tratado de Fisiologia Médica*. (11ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2006.
- Halbe, H. W. (2000). *Tratado de Ginecologia*. (3ª ed.) São Paulo, SP: Rocca.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7(1), 33-45.
- Krasevec, J. A., & Grimes, D. C. (1990). *Hidroginástica*. São Paulo, SP: Hemus.
- Kruel, L. F. M. (2000). *Alterações fisiológicas e biomecânicas em indivíduos praticando exercícios de hidroginástica dentro e fora d'água*. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS.
- Leite, P. F. (1996). *Exercício, envelhecimento e promoção de saúde*. Belo Horizonte, MG: Editora Health.
- De Lorenzi, D. R. S. D., Catan, L. B., Moreira, K., & Ártico, G. R. (2009). Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 287-293. (doi:10.1590/S0034-71672009000200019).
- De Lorenzi, D., Soares, D. R., & Baracat, E. C. (2005). Climatério e qualidade de vida. *Femina*, 33(12), 899-903.
- De Lorenzi, D., Soares, D. R., Danelon, C., Saciloto, B., & Padilha Jr., I. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(1), 7-11. (doi:10.1590/S0100-72032005000100004).
- Martin, C. K., Church, T. S., Thompson, A. M., Earnest, C. P., & Blair, S. N. (2009). Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 269-278. (doi:10.1001/archinternmed.2008.545).
- Molina Gomes, M. C. de S., Garcia, R. R., & Garcia, R. R. (2010). Comparação entre o tratamento no solo e na hidroterapia para pacientes com osteoporose: revisão da literatura comparison between hydrotherapy and ground treatment for osteoporosis patients: a literature review. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde-USCS*, 4(7). Recuperado em 01 novembro, 2014, de: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/447/300.
- Mazo, G. Z., Lopes, M. A., & Benedetti, T.B. (2001). *Educação física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre, RS: Sulina.

Santos, L. M., Eserian, P. V., Rachid, L. P., Cacciatore, A., Bourget, M. M., Rojas, A. C., ... Elviro, M. (2007). Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Rev. APS*, 20-26.

Sousa, R. L. de, Sousa, E. S. S., Silva, J. C. B., & Filizola, R. G. (2000). Test-retest Reliability in Application of the Blatt and Kupperman Menopausal Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 22(8), 481-487. (doi: 10.1590/S0100-72032000000800003).

Tairova, O. S., Lorenzi, D., & Soares, D. R. (2011). The influence of exercise in the quality of life of postmenopausal women: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 135-145. (doi:10.1590/S1809-98232011000100014).

Teixeira, C. S., Pereira, É. F., & Rossi, A. G. (2007). A hidroginástica como meio para manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso. *Acta fisiátrica*, 14(4). Recuperado em 01 novembro, 2014, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=536599&indexSearch=ID>

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1403-1409.

Zahar, S. E. V., Aldrighi, J. M., Tostes, M. de A., Russonamo, F., & Zahar, L. O. (2001). Avaliação de qualidade de vida na menopausa. *Reprod. clim*, 16(3), 163-166.

Zampieri, M. de F. M., Tavares, C. M. A., Hames, M. de L. C., Falcon, G. S., Silva, A. L. de, & Gonçalves, L. T. (2009). O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(2), 305-312.

Recebido em 02/09/2014

Aceito em 30/01/2015

Eliane Araújo de Oliveira - Doutora em Actividad Física y Salud. Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: elianeao@gmail.com

Priscilla Dyanna Cavalcanti de Oliveira – Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: priscilla_cavalcanti@hotmail.com

Suellen Marinho Andrade - Doutora em Psicologia Social. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: suellenandrade@gmail.com