Estudo comparativo da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física

Comparative study of the quality of life of elderly women practitioners and not practitioners of physical activity

Anna Paula Masson da Cruz[1], Cilene Mariane Campos Muzzi[1], Marcelo Diniz Santos[2], Regiane Cristina Mendonça[2]

Recebido em 28/3/2009
Aceito em 15/5/2009

RESUMO

Durante o envelhecimento da mulher ocorrem alterações estruturais e funcionais com tendência ao comprometimento da qualidade de vida deste segmento da população. Estudos recentes demonstram que a prática de atividade física regular auxilia na melhoria da qualidade de vida. **Objetivos:** Analisar e comparar a qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física. **Métodos:** Foram avaliadas 40 idosas na faixa etária de 60 a 80 anos, sendo 20 praticantes de atividade física em três academias na cidade de Cuiabá e 20 não praticantes de atividade física, divididas em quatro grupos: grupo 1, praticantes de atividade física nível socioeconômico A, grupo 2, praticantes de atividade física nível socioeconômico B, grupo 3, não praticantes de atividade física nível socioeconômico A e grupo 4, não praticantes de atividade física nível socioeconômico B. Foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão em português com 26 questões. Após a aplicação do questionário foi realizada a comparação da qualidade de vida entre os grupos. **Resultados:** Os resultados foram analisados e demonstraram que houve diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos em relação à qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente, com desempenho melhor para os grupos 1 e 2. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstraram que idosas praticantes de atividade física apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente do que o grupo não praticante de atividade física.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, WHOQOL-BREF.

ABSTRACT

During the aging of the woman occur structural and functional alterations with trend to the commitment of the quality of life in this phase. Recent studies demonstrate that practice of regular physical activity assists in the improvement of the quality of life. **Objectives:** To analyze and to compare the quality of life of practitioners and not practitioners elderly women of physical activity in the city of Cuiabá – MT. **Methods:** It had been evaluated 40 elderly women between 60 to 80 years old, 20 out of 40 were practitioners physical activity in three health clubs in the city of Cuiabá and 20 were not practitioners of physical activity, divided in 4 groups: group 1, practitioners of physical activity socioeconomic level A, group 2, practitioners of physical activity socioeconomic level B, group 3, not practitioners of physical activity socioeconomic level A and group 4, not practitioners of physical activity socioeconomic level B. It was applied the questionnaire of evaluation of the World Health Organization of the Quality Of Life, version in Portuguese with 26 questions. After the application of the questionnaire was assessed quality

[1] Unidade de Fisioterapia Fisioterapia da Universidade de Cuiabá (Unic).
[2] Universidade de Cuiabá (Unic).

Endereço para correspondência: Cilene Mariane Campos Muzzi • Rua João Barbosa de Farias, 118/602, Ed. Kayabi, Dom Aquino – 78015-245 – Cuiabá, MT • E-mail: lena_muzzi@hotmail.com

of life between the groups. **Results:** The results had been analyzed and had demonstrated that it had a statistical difference ($p < 0,05$) between the groups related to the quality of life on the domains physic and environment, with better performance for groups 1 and 2. **Conclusion:** The results demonstrated that elderly women practitioners of physical activity had presented better quality of life on the domains physic and environment than the group of not practitioners of physical activity.

Key words: Quality of life, WHOQOL-BREF.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos[1]. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção da população no Brasil mostra a tendência de crescimento do número de idosos, a maioria composta por mulheres (aproximadamente 15 milhões)[2].

O processo de envelhecimento se inicia a partir da terceira década de vida, quando se rompe o equilíbrio entre o anabolismo e o catabolismo, com predomínio deste último[3]. O envelhecimento biológico é fenômeno multifatorial que está associado a profundas mudanças na atividade das células, dos tecidos e dos órgãos, com consequente diminuição das reservas funcionais, associada à maior vulnerabilidade do organismo aos distúrbios metabólicos, ao estresse e aos processos patológicos[3,4]. As principais alterações estruturais e funcionais são diminuição da massa muscular e da densidade óssea, perda da função muscular, deficiência do equilíbrio, maior rigidez dos tendões e dos ligamentos, enrijecimento da rede arterial, declínio da frequência cardíaca máxima (FCmáx.) durante esforço, diminuição da capacidade aeróbica máxima (VO_2máx.), redução da utilização periférica de oxigênio (O_2), elevação da pressão arterial média e hipertrofia do ventrículo esquerdo[3,5].

Atualmente, chegar à velhice é realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de maneira equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O crescimento da população idosa é fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de modo radical e bastante acelerado[6].

Na mulher idosa o período pós-menopausa está associado ao aumento significativo da incidência de distúrbios clínicos relacionados à idade; alguns destes também dizem respeito à deficiência de estrogênio nessa fase da vida. O estrogênio exerce efeito protetor no sistema cardiovascular, no perfil lipídico e na reatividade vascular, o que leva ao aparecimento de doenças cardiovasculares após a menopausa; o sistema osteomioarticular também é beneficiado pela atuação do estrogênio na homeostase do cálcio nos ossos, produção de elastina e colágeno[7,8]. Observa-se que mulheres na pós-menopausa são mais vulneráveis a rápido ganho de peso, o que leva ao súbito aumento dos casos de obesidade entre as populações, principalmente quando associada à alimentação desequilibrada e ao sedentarismo[9]. Essas alterações hormonais podem associar-se a algumas doenças que, aliadas a alterações na capacidade respiratória ocasionadas pelo aumento da idade cronológica, podem contribuir para a diminuição dos níveis de atividade física[10].

Prática de atividade física

A prática de atividades físicas entre os idosos favorece a interação social, melhora a autoeficácia (crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas) e proporciona maior sensação de controle sobre os eventos e as demandas do meio. O efeito benéfico do exercício físico em idosos deprimidos reside em uma série de fatores: melhora do humor, redução das respostas fisiológicas ao estresse, efeitos positivos na imagem corporal, no funcionamento cognitivo e na autoestima, além de melhora na qualidade do sono e maior satisfação com a vida. Mecanismos neuroendócrinos são também apontados como responsáveis pelos efeitos antidepressivos no humor, como alterações na atividade central de norepinefrina e aumento da secreção de serotonina e endorfina. Seja com vistas à prevenção primária ou secundária, o exercício físico tem sido estudado como forma de tratamento da depressão em diferentes populações de idosos[11].

Estudos mostram que a prática de atividade física regular promove aumento da força muscular e da densidade óssea, melhora do perfil lipídico e do metabolismo de glicose, melhora do equilíbrio, aumento do consumo periférico de O_2, aumento do VO_2máx. em cerca de 30% a 40% do seu valor inicial, redução dos níveis pressóricos, melhora a recuperação cardiovascular, diminuição da gordura corporal e facilidade do abandono do tabagismo[3,12].

Sabe-se que a prática de atividade física é benéfica, prevenindo, principalmente, as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, acidente vascular encefálico, osteoporose, osteoartrite e cânceres de próstata, mama e cólon intestinal. Esses benefícios à saúde ocorrem mesmo quando a prática de atividade física é iniciada em uma fase tardia de vida, por sujeitos sedentários[12].

A OMS definiu qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações[13]. Há consenso de que a boa QV depende de condições objetivas (saúde, atividade, envolvimento social, associados aos níveis de renda, de escolaridade e de estilo de vida, entre outros) e de condições subjetivas (bem-estar psicológico)[14]. Estudos recentes demonstram que a prática de atividade física regular auxilia na melhoria da QV em todas as idades, sendo de suma importância para a independência e bem-estar de pessoas idosas[1]. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar e na QV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população senescente[15].

Nesta perspectiva, o presente trabalho teve como propósito analisar e comparar a QV de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física na cidade de Cuiabá, MT.

MÉTODOS

Amostra

Foram selecionados 40 indivíduos do sexo feminino por atender a confiabilidade estatística e em razão da dificuldade de se encontrar maior número de pessoas com as características estabelecidas nos critérios de inclusão e exclusão. As pessoas selecionadas foram divididas em grupo de estudo e grupo-controle:

- grupo de estudo (GE) com 20 praticantes de atividade física em três academias na cidade de Cuiabá, MT, as quais foram selecionadas por conveniência; subdividido em grupo 1, praticantes de atividade física nível socioeconômico A e grupo 2, praticantes de atividade física nível socioeconômico B;
- grupo-controle (GC) com 20 não praticantes de atividade física, subdividido em grupo 3, não praticantes de atividade física nível socioeconômico A e grupo 4, não praticantes de atividade física nível socioeconômico B.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram assim divididos:

- participantes do sexo feminino;
- faixa etária de 60 a 80 anos;
- renda familiar, sendo para o nível A de sete ou mais salários mínimos (SM) e nível B de três ou menos SM; academias, nível A mensalidade acima de 130 reais e nível B no valor máximo de 70 reais; para o GE, praticantes de exercício aeróbio, frequência das atividades, no mínimo, três vezes por semana; para o GC, ausência de atividade física regular.

Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram assim divididos:

- patologias que limitam a função biomecânica, como as doenças osteoarticulares e sequelas neurológicas;
- participantes com faixa etária menor que 60 anos e maior que 80 anos;
- voluntárias que se recusaram a participar do estudo e que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Esclarecimento e termo de consentimento

Houve prévio esclarecimento às participantes sobre o desenvolvimento e os objetivos da pesquisa e, em seguida, as mulheres que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá (CEP/Unic), sob Protocolo nº 0307-156.

Instrumentos

Foi aplicado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, (WHOQOL-Bref), versão em português com 26 questões. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da QV e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), como: Domínio I – Físico, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II – Psicológico, focalizando as seguintes face-

tas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos; Domínio III – Relações sociais, abordando as facetas: relações pessoais, apoio social e atividade sexual; Domínio IV – Meio ambiente, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada entre 1º de março e 10 de julho de 2008, na cidade de Cuiabá, MT. As praticantes de atividade física foram selecionadas mediante o cadastro nas academias, no qual foram verificados a idade, o tipo de exercício (aeróbico), a frequência das atividades (no mínimo, três vezes por semana) e o valor da mensalidade para diferenciar os níveis socioeconômicos. As não praticantes de atividade física nível socioeconômico A foram selecionadas no grupo beneficente da Igreja Mãe dos Homens. As não praticantes de atividade física nível socioeconômico B foram selecionadas no Grupo de Idosos da Unidade de Saúde da Família do bairro Praeiro e para ambos os grupos foram verificados, mediante autorrelato de cada participante, a ausência de atividade física regular, a idade e a renda familiar. Após a aplicação do questionário, os escores foram pontuados utilizando-se o programa estatístico SPSS 8.7 Sintaxe SPSS – WHOQOL-Bref para a comparação dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Análise estatística

Para a análise estatística foi utilizado o programa SAEG versão 7.1 (Sistema de Análises Estatísticas e Genéticas), elaborado pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

O teste de Tukey a 5% de probabilidade foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos para QV geral e domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-Bref.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados e demonstraram que a idade das voluntárias variou de 60 a 80 anos, sendo a média de idade do grupo 1 igual a 66,0 (± 5,9), do grupo 2 igual a 71,1 (± 7,6), do grupo 3 igual a 70,8 (± 7,7) e do grupo 4 igual a 69,9 (± 7,5), e a renda familiar dos grupos 1 e 3 de sete ou mais SM e os grupos 2 e 4 de três ou menos SM, como descrito na tabela 1.

Os resultados descritivos do WHOQOL-Bref para QV geral e domínios físico (I), psicológico (II), relações sociais (III) e meio ambiente (IV) podem ser observados na tabela 2, porquanto o grupo 2 obteve maior média para QV geral (34,8 ± 5,00), domínio físico (113,8 ± 14,3) e relações sociais (55,8 ± 15,3); e o grupo 1 obteve maior média para os domínios psicológico (98,0 ± 8,4) e meio ambiente (135,6 ± 8,3).

Tabela 1. Faixa etária das voluntárias expressa em média e desvio-padrão e renda familiar expressa em salários mínimos.

Grupos	Média	DP	Renda familiar
Grupo 1	66,0	± 5,9	Sete ou mais SM
Grupo 2	71,1	± 7,6	Três ou menos SM
Grupo 3	70,8	± 7,7	Sete ou mais SM
Grupo 4	69,9	± 7,5	Três ou menos SM

DP: desvio-padrão; SM: salários mínimos.

Tabela 2. Resultados por domínios e qualidade de vida geral do WHOQOL-Bref com os valores expressos em média e desvio-padrão.

Grupos	QV Geral(*)		Domínio I(**)		Domínio II(*)		Domínio III(*)		Domínio IV(**)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Grupo 1	32,0	± 6,7	111,2a	± 9,7	98,0	± 8,4	45,2	± 9,9	135,6a	± 8,3
Grupo 2	34,8	± 5,0	113,8a	± 14,3	90,8	± 14,4	55,8	± 15,3	132,0a	± 14,4
Grupo 3	30,4	± 4,2	101,6ab	± 13,0	91,2	± 11,4	47,6	± 9,6	121,2a	± 14,9
Grupo 4	30,0	± 5,0	94,0b	± 16,9	83,6	± 10,2	45,6	±7,5	104,4b	± 9,6
Total	31,8	± 5,5	105,1	± 15,4	90,9	± 12,0	48,55	± 11,4	123,3	± 16,9

QV: qualidade de vida; DP: desvio-padrão; (*) Não significativo $p > 0,05$ pelo teste de Tukey; (**) Letras diferentes na mesma coluna mostram que houve diferença significativa entre os grupos, $p < 0,05$, pelo teste de Tukey.

Os resultados do teste de Tukey apontaram diferença significativa ($p < 0,05$) para os domínios físico e meio ambiente, visto que os grupos 1, 2 e 3 apresentaram médias semelhantes e superiores ao grupo 4. Na análise realizada para a QV geral e os domínios psicológico e relações sociais não houve diferença significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou e comparou a QV de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física, e foi observado que quem pratica atividade física regularmente apresenta melhores escores nos domínios físico e meio ambiente. Atualmente, tem se observado aumento da expectativa de vida da população mundial e isso leva à crescente preocupação no campo das pesquisas na área da saúde sobre QV em idosos. Nesta perspectiva, foram encontrados na literatura vários estudos com o propósito de comparar a QV e a prática de exercício físico em diferentes localidades.

Em São Paulo foi realizado um estudo comparativo da QV em atletas idosas e mulheres saudáveis sedentárias, onde concluíram que a atividade física regular foi relacionada com melhor QV[16]. O processo de envelhecimento abrange questões de ordem socioeconômica, cultural e política, as quais interferem no bem-estar e na QV da senescência. Isso torna importante a pesquisa científica e social, com intuito de promover alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde.

Os fatores associados à QV após a menopausa foram comparados em Caxias do Sul, onde a QV foi significativamente pior entre as mulheres não brancas, com baixa escolaridade, menor renda *per capita*, sem atividade física regular e com comorbidades clínicas prévias[17]. A baixa escolaridade e a renda familiar podem influenciar na capacidade da sua autoavaliação de QV, como foi demonstrado nos resultados da pesquisa realizada em Cuiabá, MT, no grupo 4, que apresentou médias semelhantes ($p > 0,05$) entre os grupos para QV geral, domínios psicológico e relações sociais. Esse resultado parece demonstrar a dificuldade de interpretação das questões abordadas dentro dos domínios, e também pela vida menos ativa, característica dessa população. No entanto, quando foi avaliado o domínio meio ambiente houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias dos grupos, porquanto o grupo 4 obteve média inferior. O fato de as voluntárias desse grupo residir em um bairro periférico, com déficit de saneamento básico e de infraestrutura, que favorece a maiores riscos para a saúde e QV em geral, pode explicar o referido achado.

Um grupo de idosos na cidade de São Paulo foi submetido a programa de exercício em bicicleta ergométrica três vezes por semana, em dias alternados por seis meses, no qual foi observado que esse programa de exercício foi suficiente para promover modificações favoráveis nos escores indicativos de depressão e ansiedade e melhorar a QV de idosos[18]. A prática de atividade física favorece alterações no mecanismo neuroendócrino e nas relações sociais, atuando na melhora da autoestima, diminuição do estresse, satisfação com a vida e, consequentemente, menor frequência de pensamentos negativos, como desespero, ansiedade e depressão. Os resultados desse estudo discordaram, pois tanto as praticantes de atividade física quanto as não praticantes apresentaram resultados semelhantes em relação aos domínios psicológico e relações sociais ($p > 0,05$), o que pode ser decorrente do fato de que os grupos de não praticantes de atividade física talvez passem pelas alterações psicossociais do envelhecimento de maneira mais branda, pois ambos os grupos participam de atividades sociais realizadas em grupo, tendo maior contato com a vizinhança, melhorando, assim, as relações interpessoais. Em contrapartida, as praticantes de atividade física realizam exercícios individualmente, não tendo, frequentemente, o mesmo contato social, embora sejam favorecidas pelos benefícios psicológicos proporcionados pela prática de atividade física, podendo justificar a semelhança dos resultados.

Um estudo realizado em Fortaleza comparou a QV em mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física e utilizou o questionário WHOQOL-Bref, no qual as praticantes de atividade física obtiveram melhores resultados da QV em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente)[1], diferentemente do estudo realizado em Mato Grosso, que pôde estatisticamente comprovar a diferença apenas entre os domínios, físico e meio ambiente. Outras pesquisas afirmam que as pessoas que praticam atividade física têm poucas dores, são mais enérgicas e satisfeitas, são mais independentes, tanto de auxílio quanto de medicamentos, e têm melhor qualidade do sono, fatores esses que influenciam comprovadamente em uma melhor QV, especialmente quando relacionados ao domínio físico[1,19].

Os idosos com mais de 70 anos que caminhavam diariamente, pelo menos 30 minutos, foram avaliados na Suécia e apresentaram melhor capacidade física, menor peso corporal, menor prevalência de doença coronariana em relação aos que caminhavam menos de 30 minutos[20]. Por ser um país de primeiro mundo, a população tem amplo conhecimento em relação à saúde e às consequências provocadas pelo sedentarismo, e maior acessibilidade à prática de exercícios físicos, o que leva à excelente justificativa dessa QV. No entanto, na cidade de Cuiabá podemos constatar a falta de acessibilidade, tanto de academias de baixo custo quanto de projetos sociais que integrem a população senil com atividades aeróbicas.

A Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME), em posicionamento oficial sobre o tema "Atividade Física e Saúde", entre outras recomendações, estabelecem que os profissionais da saúde devem combater a inatividade física, estimulando o incremento da atividade física por meio de atividades informais e formais. Mais especificamente sobre a saúde da mulher, a SBME recomenda o aumento da atividade física cotidiana, a inserção de exercícios físicos ou de práticas desportivas para ajudar no combate ao risco da doença arterial coronariana[10].

Os benefícios da atividade física apresentam aos idosos e à sociedade nova forma de ver e viver o envelhecimento, o que implica bem-estar na velhice, dando significado para a continuidade da vida. A atividade física causa mudanças corporais, o que altera também a imagem que o idoso tem de si mesmo, melhorando, em função disso, o autoconceito e a afetividade. Ele se torna mais confiante, passa a acreditar na possibilidade de realizar coisas novas e vivenciar experiências antes não experimentadas por falta de confiança em si e em seu corpo[19].

Os conhecimentos fisiológicos, biomecânicos e das alterações que ocorrem no envelhecimento são importantes, pois exigem profissionais cada vez mais capacitados na elaboração e na execução de ações específicas para essa população.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que mulheres idosas praticantes de atividade física apresentaram melhor QV nos domínios físico e meio ambiente do que o grupo não praticante de atividade física.

Os achados deste estudo sugerem continuidade em pesquisas nesta área, a fim de implementar campanhas de educação em saúde e orientação de atividade física para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Gordia PA, Quadros TMB, Vilela Jr GB, Souza EA, Cabral C, Morais TB, et al. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. Lecturas Educación Física y Deportes, Rev Digital. 2007;106(11).
2. Navega MT, Oishi J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. Rev Brasil Reumatol. 2007;47(4):258-64.
3. Ghorayeb N, Smith P, Dioguardi GS, Júnior AR. Exercício físico na terceira idade. In: Cohen M, Abdala RJ. Lesões nos esportes: diagnóstico, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 75-9.
4. Rebelatto JR, Calvo J, Orejuela JR, Portillo JC. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. Rev Bras Fisioter. 2006;10(1):127-32.
5. Rodrigues KL, Honda CM, Buriti MA. Problema da perda de equilíbrio na terceira idade: fatores de risco e conseqüências. Rev Fisio & Terapia. 2004;7:32-7.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. [acesso em 2009 May 12]; 43(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000025&lng=pt.
7. Baracho E, Alvarenga MB, Guimarães TA. A importância da fisioterapia durante o climatério e terceira idade. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2007. p. 467-84.
8. Sakabe DI, Catai AM, Neves VFC, Oliveira L, Silva de Sá MF, Azevedo GD, et al. Análise da modulação autonômica do coração durante condições de repouso em homens de meia-idade e mulheres pós-menopausa. Rev Bras Fisioter. 2004;8(1):89-95.
9. Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. Rev Nutr. 2004;17(4):479-89.
10. Silva RB, Costa-Paiva L, Neto AMP, Braga AAB, Morais SS. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(4):242-6.
11. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(4):481-92.
12. Caromano FA, Ide MR, Kerbauy RR. Manutenção na prática de exercícios por idosos. Rev Dep Psicol. 2006;18(2):177-92.
13. Berkenbrock I. Envelhecimento Saudável e com qualidade de vida. In: Hargreaves LHH, editor. Geriatria. Brasília: Seep; 2006. p. 113.
14. De Vitta A, Nery AL, Padovani CR. Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. Rev Bras Fisioter. 2003;7(1):45-52.
15. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiat. 2006;28(1):27-38.
16. Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. Sao Paulo Med J. 2006; 124(5):304-5.
17. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Junior, IP. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2006;53(5):312-7.
18. Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, Mello MT. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. Rev Bras Psiquiat. 2005;27(4):266-71.
19. Freitas EV, Ghorayeb N, Pereira JBM, Ghorayeb C. Atividade física no idoso. In: Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 858-65.
20. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(2):327-35.