

Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle.

The influence of exercise in the quality of life of postmenopausal women: a case-control study

Olga Sergueevna Tairova¹
Dino Roberto Soares De Lorenzi¹

Resumo

Objetivo: Avaliar a influência de atividade física na qualidade de vida e sintomas referidos por um grupo de mulheres pós-menopáusicas. **Metodologia:** estudo caso-controle envolvendo de 197 mulheres na pós-menopausa com idade entre 50-65 anos: 132 sedentárias e 65 praticantes de exercícios físicos aeróbicos de intensidade leve a moderada. A qualidade de vida e a sintomatologia climatérica foram avaliadas pela Menopause Rating Scale (MRS). Na análise estatística, procedeu-se à análise multivariada por regressão linear múltipla. **Resultados:** O grupo fisicamente apresentou índices de qualidade de vida significativamente melhores em todos os domínios do instrumento MRS: sintomas sômato-vegetativos ($p < 0,01$), sintomas psicológicos ($p < 0,01$) e geniturinários e sexuais ($p < 0,01$); 63,6% do grupo sedentário e 33,4% do fisicamente ativo referiram sintomas de intensidade moderada a severa. A capacidade cardiorrespiratória se mostrou também significativamente maior entre as mulheres fisicamente ativas ($26,5 \pm 7,0$ ml/Kg/min and $20,2 \pm 7,8$ ml/kg/min, respectivamente). Através da análise multivariada, mostraram-se fatores preditores da qualidade de vida no presente estudo, a confirmação de atividade física regular ($p < 0,01$) e a renda familiar per capita ($p < 0,01$), de modo que as mulheres fisicamente ativas ou com melhor renda tenderam a referir menor sintomatologia climatérica e melhor qualidade de vida. **Conclusões:** No presente estudo, a atividade física regular de intensidade leve a moderada e a renda familiar per capita influenciaram positivamente a qualidade de vida e a intensidade da sintomatologia climatérica.

Palavras-chave:

Climatério. Menopausa.
Qualidade de Vida.
Exercício físico.
Envelhecimento feminino.

Abstract

Objective: To evaluate the influence of physical activity on the quality of life and symptoms in a group of postmenopausal women. **Methods:** A case-control study involving 197 postmenopausal women at the age of 50 to 65: 132 sedentary and 65 regularly practicing light to moderate aerobic physical exercises. The quality of

¹ Universidade de Caxias do Sul, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Caxias do Sul, RS, Brasil

Correspondência / Correspondence

Olga S. Tairova
Rua Bento Gonçalves 609/21
95020-410 - Caxias do Sul, RS, Brasil
E-mail: tairova@terra.com.br

life and climacteric symptoms were verified using the Menopause Rating Scale (MRS). To fulfill the analysis, a multivariate analysis was performed through multiple linear regression. *Results:* The physically active group showed a significantly better quality of life in all the domains that compose the MRS instrument: somatovegetative, symptoms ($p < 0.01$), psychological ($p < 0.01$) and genitourinary and sexual symptoms ($p < 0.01$). Moderate to severe symptoms showed up in approximately 63.6% of the sedentary group and 33.4% of the physically active group. The cardio-respiratory capacity was more clearly expressed in the physically active group in relation to the sedentary (26.5 ± 7.0 ml/Kg/min and 20.2 ± 7.8 ml/kg/min, respectively). The predictive factors of quality of life in the current study were the confirmation of regular physical activity ($p < 0.01$) and the family income ($p < 0.01$). The confirmation of regular physical activity and as higher was the family income, better was the quality of life scores. *Conclusion:* In the present study, the regular physical activity of light to moderate intensity had a positive influence on the quality of life and the intensity of climacteric symptoms. The family per capita income was the other factor significantly associated with these variables.

Key words: Climacteric. Menopause. Quality of life. Physical exercise. Woman's aging.

INTRODUÇÃO

O climatério é o período da vida que se estende dos 35 aos 65 anos, decorrente do esgotamento folicular ovariano que ocorre em todas as mulheres de meia idade, levando a um estado progressivo de hipoestrogenismo que culmina com a interrupção dos ciclos menstruais (menopausa). Clinicamente, caracteriza-se pelo surgimento de sintomas incomodativos com possíveis reflexos na qualidade de vida feminina.¹⁻³

A preocupação com as questões relacionadas à qualidade de vida no climatério ganhou crescente interesse na última década, principalmente após a publicação do estudo conhecido como WHI (Women's Health Initiative, 2002), que passaram a limitar o uso da terapia hormonal, e a crescente expectativa de vida feminina. Dentre outras consequências, os resultados do estudo WHI culminaram com uma maior reflexão acerca da assistência à mulher climacterica, que passou a ter como eixo norteador a qualidade de vida.¹⁻⁴

Atualmente, ainda que não proscrita, a terapia hormonal à base de estrógenos passou a ser indicada com critérios mais rígidos, havendo um estímulo ao resgate de outras medidas que contribuíssem para um envelhecimento feminino

mais sadio e ativo, como o cuidado nutricional e o estímulo à atividade física.^{3,4}

Infelizmente, a literatura tem alertado para uma tendência de declínio na atividade física habitual no processo de envelhecimento, especialmente na população feminina.⁵ Preocupa, em particular nos anos que se seguem à menopausa, o aumento do risco cardiovascular pela perda da ação cardioprotetora dos estrógenos endógenos, condição esta agravada pelo sedentarismo. As mesmas condições contribuem para uma maior ocorrência de fraturas decorrentes de eventuais estados osteoporóticos.¹⁻⁵

O envelhecimento caracteriza-se por um declínio da capacidade funcional decorrentes da diminuição da capacidade aeróbica e da debilitação progressiva da musculatura corporal, fenômenos estes que se acentuam a partir dos 50 anos, período coincidente com a menopausa. O sedentarismo é um fator agravante desse processo.⁶

Infelizmente, pouco ainda se conhece acerca do papel da atividade física na preservação da capacidade funcional nos anos que se seguem à menopausa.^{7,8} De modo promissor, pesquisas têm apontado, inclusive, para um possível efeito benéfico da atividade física no alívio da sintomatologia climacterica, principalmente no que se refere aos

sintomas vasomotores. Estes interferem no cotidiano das mulheres no climatério, dificultam o sono e o trabalho, causando desconforto e maiores níveis de estresse que acabam por comprometer a qualidade de vida.^{1,3,9,10}

Com base nessas considerações, o presente estudo objetivou avaliar a influência da prática regular de exercícios aeróbicos de intensidade leve a moderada na qualidade de vida e sintomatologia climatérica de um grupo de mulheres pós-menopáusicas residentes na Região Sul do Brasil, comparando os dados obtidos com os observados em um grupo de mulheres também climatéricas, porém sedentárias.

METODOLOGIA

Estudo caso-controle, onde se compararam os aspectos relacionados à qualidade de vida de 197 mulheres pós-menopáusicas (12 meses ou mais sem menstruar), com idade entre 50 e 65 anos. Destas, 132 eram sedentárias (controles) e 65 praticavam regularmente exercícios físicos aeróbicos de intensidade leve a moderada nos últimos 12 meses (casos). As primeiras foram recrutadas no Ambulatório Multidisciplinar de Atenção ao Climatério da Universidade de Caxias do Sul (UCS); as demais eram participantes do Programa Projeto Ritmo e Movimento na Boa Idade, também patrocinado pela mesma instituição. Os exercícios físicos compreenderam caminhadas supervisionadas, dança e ginástica, sendo realizados em sessões de 60 minutos, três vezes por semana.

O tamanho amostral foi obtido considerando-se a prevalência de sintomatologia climatérica segundo a literatura (70%) e o número de participantes no Projeto Ritmo e Movimento na Boa Idade da UCS, que no período de observação era de 73 mulheres. Com o percentual de perdas e recusas de 11%, chegou-se a 65 mulheres fisicamente ativas. Para a definição do número de controles (n = 132), levou-se em conta uma razão entre não-expostos e expostos de 2:1 (exposição = atividade física), aceitando um erro alfa de 5% e um poder do estudo de 80%.

As variáveis avaliadas foram: idade, cor (classificada pela própria entrevistada como branca ou não branca), total de anos completos de estudo, estado marital (com ou sem companheiro fixo), número de filhos, renda familiar (em salários mínimos per capita), índice de massa corporal (considerou-se com sobrepeso as mulheres com IMC entre 25 e 29 Kg/m² e obesas as com IMC \geq 30 Kg/m²), história de tabagismo (nos últimos 12 meses), idade da menopausa (última menstruação seguida de 12 meses de amenorreia espontânea) e uso de terapia hormonal nos últimos 12 meses.

A capacidade cardiorrespiratória foi avaliada com base nas estimativas de consumo máximo de oxigênio (VO₂ Max.), este mensurado através do teste de esforço de carga máxima em esteira rolante, de acordo com o protocolo por Bruce & Hosmer (1973) e o Consenso Nacional de Ergometria (1995). Para as mulheres que não foram capazes de alcançar a frequência cardíaca máxima necessária, utilizou-se a duração do teste de esforço como referencial.^{11,12}

O nível de qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia climatérica foram avaliados através da Escala de Avaliação da Menopausa (Menopause Rating Scale - MRS). Esta foi desenvolvida na Alemanha, tendo sido validada para a língua portuguesa no Brasil. Possui 11 questões avaliadas numa escala de zero (ausência de sintomas) até quatro (maior severidade) e distribuídas em três domínios: sintomas somato-vegetativos, sintomas urogenitais e sintomas psicológicos.¹³ O escore total do MRS é obtido através do somatório da pontuação de cada domínio, de forma que, quanto maior for esta, mais severa a sintomatologia e pior a qualidade de vida. A intensidade geral da sintomatologia climatérica referida foi categorizada segundo a severidade dos sintomas que compõem cada domínio do MRS em: sintomatologia ausente ou ocasional (0-4 pontos), leve (5-8 pontos), moderada (9-15 pontos) ou severa (\geq 16 pontos).¹³

Os dados foram analisados através do programa SPSS for Windows (versão 12.0). Inicialmente, foram descritas as frequências simples, médias,

desvios-padrão e medianas. Para a análise de proporções, utilizou-se o teste não paramétrico do Qui-quadrado, para a comparação de médias e medianas recorreu-se aos testes *t* de *Student* e de *Mann-Whitney*, respectivamente. Considerando a possibilidade de ocorrência de variáveis de confusão nas análises anteriores, procedeu-se à regressão linear múltipla, tendo como variável desfecho os escores totais de qualidade de vida obtidos a partir do MRS. Porém, como estes apresentavam uma distribuição não-gaussiana, foram antes submetidos à transformação logarítmica, a fim de serem incluídos nos modelos de regressão. Pelo mesmo motivo, as variáveis categóricas “escolaridade, estado marital, tabagismo, uso de terapia hormonal e atividade física regular” receberam valores “0” ou “1”, conforme a ausência ou presença do fator em estudo (variáveis *dummy*). Em todas as análises realizadas, aceitou-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi previamente avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, tendo sido aprovado. Todas as mulheres entrevistadas foram esclarecidas acerca dos seus objetivos e metodologia, tendo após assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A idade média das mulheres sedentárias foi de $64,5 \pm 6,9$ anos, chegando a $60,5 \pm 6,9$ entre as fisicamente ativas, não sendo verificadas diferenças etárias significativas entre os dois grupos ($p=0,09$).

A escolaridade (tabela 1), por sua vez, se mostrou maior entre as mulheres com atividade física regular. Cerca de 40% destas tinham oito anos ou mais de estudo completos, ao passo que no grupo controle, esse percentual foi de 28% ($p=0,01$). Quanto à renda familiar per capita, esta também foi significativamente maior no grupo fisicamente ativo ($p < 0,01$).

Não se evidenciaram diferenças significativas entre os grupos estudados no que tange ao estado marital, número de filhos, idade da menopausa, história de tabagismo e índice de massa corporal (tabela 1). A maioria das entrevistadas, independentemente do nível de atividade física, confirmou ter um companheiro fixo, bem como filhos. Negaram tabagismo prévio; 95,4% das mulheres com atividade física regular e 84,1% do grupo sedentário. No grupo fisicamente ativo, o índice de massa corporal médio foi de $27,8 \pm 3,6$ Kg/m², chegando a $27,6 \pm 3,9$ Kg/m² no grupo sedentário ($p=0$). É significativo o fato de que a menopausa ocorreu mais tardiamente ($p < 0,01$) no grupo praticante de atividade física ($53,4 \pm 8,5$ anos) em comparação às sedentárias ($49,5 \pm 7,0$ anos).

A capacidade cardiorrespiratória segundo a estimativa do consumo máximo de oxigênio (VO₂ máx.) revelou-se também significativamente maior entre as mulheres fisicamente ativas ($p < 0,01$), atingindo valores médios ao redor de $26,5 \pm 7,0$ ml/Kg/min, enquanto que entre as sedentárias atingiu valores médios ao redor de $20,2 \pm 7,8$ ml/Kg/min (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da população estudada segundo a atividade física. Caxias do Sul, RS, 2006-2008.

Variáveis	Ativas	Sedentárias	p
Idade (em anos)			
Média (desvio-padrão)	64,5±6,9	60,5±6,9	0,09 ^a
Escolaridade (anos completos de estudo)			
< 8 anos	39 (60,0%)	95 (72,0%)	0,01 ^b
≥ 8 anos	26 (40,0%)	37 (28,0%)	
Renda familiar (em salários mínimos perca pita)			
Mediana			< 0,01 ^c
Percentil 25	2,3	1,1	
Percentil 75	1,6	0,8	
	3,9	1,8	
Estado marital			
Com companheiro fixo	41 (63,1%)	85 (64,4%)	0,86 ^b
Sem companheiro fixo	24 (36,9%)	47 (35,6%)	
Filhos			
Mediana	3,0	3,0	0,25 ^c
Percentil 25	2,0	2,0	
Percentil 75	4,0	5,0	
Idade da menopausa (em anos)			
Média (desvio-padrão)	53,4±8,5	49,5±7,0	< 0,01 ^b
Tabagismo			
Sim	3 (4,6)	17 (12,9)	0,08 ^c
Não	62 (95,4)	115 (87,1)	
Índice de massa corporal (Kg/m ²)			
Média (desvio-padrão)	27,8±3,6	27,6±3,9	0,77 ^a
VO ₂			
Média (desvio-padrão)	26,5±7,0	20,2±7,8	< 0,01 ^a
Total	65 (33,0%)	132 (67,0%)	197 (100%)

^a Teste T de Student^b Teste do Qui-quadrado^c Teste de Mann Whitney

Quanto à qualidade de vida, constataram-se escores significativamente melhores entre as mulheres com atividade física regular em todos os domínios que compõem a Menopause Rating Scale (MRS), bem como no seu escore total, apontando para uma menor severidade da sintomatologia climatérica nesse grupo (tabela 2).

Enquanto 63,6% das mulheres sedentárias relataram sintomas climatéricos de intensidade moderada a severa, o mesmo foi referido por 33,4% do grupo fisicamente ativo (figura 1). Além disso, as mulheres deste grupo não relataram sintomas muito severos, ao contrário de 3,8% das sedentárias.

Tabela 2 – Escores de qualidade de vida segundo a atividade física. Caxias do Sul, RS, 2006-2008.

Qualidade de vida	Atividade física	Mediana	Percentil		p
			25%	75%	
Sintomas somato-vegetativos	Ativa	4,0	2,0	5,0	<0,01
	Sedentária	7,0	4,0	9,0	
Sintomas psicológicos	Ativa	4,0	2,0	6,0	<0,01
	Sedentária	6,0	3,3	10,8	
Sintomas urogenitais	Ativa	1,0	-	2,0	<0,01
	Sedentária	2,0	0,3	4,8	
Escore total	Ativa	9,0	6,0	13,0	<0,01
	Sedentária	17,0	10,0	22,8	

Teste de Mann-Whitney.

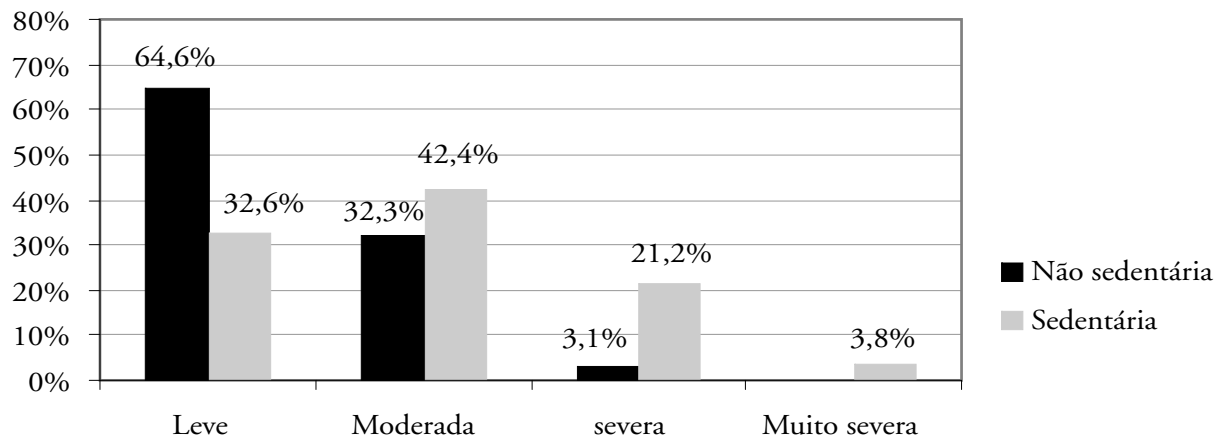


Figura 1 - Distribuição da população estudada quanto à severidade da sintomatologia climatérica (MRS). Caxias do Sul, RS, 2006-2008.

Com vistas a identificar os possíveis fatores associados à qualidade de vida entre a população estudada, procedeu-se à regressão linear múltipla, tendo como variável-desfecho os escores totais de qualidade de vida obtidos através do instrumento MRS (tabela 3). Tal análise mostrou que a qualidade de vida na pós-

menopausa na população estudada era significativamente influenciada pelo grau de atividade física ($p < 0,01$) e pela renda familiar ($p < 0,01$), de modo que as mulheres fisicamente ativas, bem como as de maior renda familiar per capita, apresentaram melhores escores de qualidade de vida.

Tabela 3 – Fatores associados à qualidade de vida: análise por regressão linear múltipla. Caxias do Sul, RS, 2006-2008.

Variáveis *	<	P
Atividade física (não ser sedentária)	- 0,30	< 0,01
Renda familiar percapita	- 0,25	< 0,01

* Análise ajustada para: atividade física, idade, escolaridade, renda familiar per capita, estado marital, número de filhos, idade da menopausa, tabagismo, índice de massa corpora e níveis de VO₂.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a atividade física como um recurso terapêutico valioso que poderia ser mais explorado nos anos do climatério. As mulheres praticantes de atividade física, ainda que de intensidade leve a moderada, mostraram uma capacidade funcional (níveis de VO₂ máx) significativamente maior do que as mulheres sedentárias, considerando que a média etária entre os dois grupos era estatisticamente semelhante. Tais resultados vão ao encontro do relatado por outros autores, segundo os quais ocorreria um aumento de 10 a 25% no consumo máximo de oxigênio após treinamento aeróbico.^{14,15}

Macedo & colaboradores¹⁵ demonstraram que mesmo mulheres com mais idade (entre 60 e 69 anos e entre 70 e 81 anos), quando praticantes regulares de atividade física, tendiam a apresentar melhor capacidade cardiorrespiratória (maiores valores de VO₂ máx) quando comparadas a mulheres na mesma faixa etária, porém sedentárias.

No que tange à qualidade de vida, as mulheres fisicamente ativas apresentaram em nosso estudo melhores escores em todos os domínios que compõem o instrumento MRS. Os sintomas climatéricos se mostraram significativamente menos severos neste grupo, o que reforça o papel positivo do exercício físico no climatério, dado este corroborado por Daley & colaboradores.¹⁶

Slaven & Lee.¹⁷ mostraram que as mulheres no climatério que praticavam regularmente exercícios

físicos tinham mais bom humor e memória, bem como menos sintomas somáticos. Ivarson & colaboradores¹⁸, por sua vez, em estudo conduzido na Suécia, mostraram que somente 5% das mulheres com atividade física regular apresentavam fogachos intensos, em comparação a 14% a 16% das mulheres que se exercitavam pouco ou nada por semana (risco relativo de 0,26, IC 95%, 0,10-0,71). Tal achado, de modo similar ao observado na presente casuística, não foi explicável por eventuais diferenças relacionadas ao índice de massa corporal, história de tabagismo ou confirmação de uso de terapia hormonal.

Em relação à terapia hormonal, ainda que teoricamente propiciasse uma melhora nos níveis séricos de estrogênio, não mostrou no presente estudo qualquer associação significativa com os escores de qualidade de vida obtidos em ambos os grupos avaliados. Resultado semelhante foi obtido por Zahar e colaboradores,¹⁹ ao compararem a qualidade de vida de 207 mulheres pós-menopáusicas, sendo 106 usuárias e 101 não usuárias de terapia hormonal.

Reforçando os questionamentos do papel isolado da terapia hormonal na melhoria da qualidade de vida no climatério, De Lorenzi & colaboradores⁹ avaliaram a qualidade de vida de 323 mulheres pós-menopáusicas com idade entre 45 e 60 anos atendidas em um serviço universitário de atenção ao climatério da Região Sul do Brasil. A aplicação de modelos multivariados revelou ser esta pior em mulheres com menor escolaridade ($p < 0,01$), com menor atividade sexual ($p < 0,01$), portadoras de comorbidades clínicas prévias ($p = 0,03$) e

sedentárias ($p=0,01$). Já o uso de terapia hormonal não se associou a melhores escores de qualidade de vida ($p=0,48$).

Ainda que o mecanismo envolvido no alívio das queixas vasomotoras não seja totalmente conhecido, acredita-se que o exercício físico regular e mais vigoroso promova um aumento de bendorfina hipotalâmicas, estabilizando a termo-regulação hipotalâmica.¹⁶ Todavia, o quanto os exercícios físicos ditos leves teriam o mesmo efeito permanece controverso, havendo pesquisadores que, inclusive, alertam para o risco de piora das ondas de calor durante a sua prática.²⁰

Pesquisas conduzidas por Aiello & colaboradores²¹ evidenciaram piora dos sintomas vasomotores entre mulheres pós-menopáusicas praticantes de exercícios moderados por 12 meses, ainda que, paradoxalmente, tenham referido menos problemas de memória. Para esses autores, a piora das queixas vasomotoras estaria relacionada à diminuição do índice de massa corporal pela atividade física, levando a diminuição da conversão em periférica de andrógenos oriundos da supra-renal em estrona, agravando os sintomas vasomotores. Nosso estudo não identificou diferença significativa no índice de massa corporal entre os grupos das mulheres ativas e sedentárias, ambos tendendo ao sobrepeso, o que pode ter interferido nos resultados obtidos.

As queixas relacionadas à esfera urogenital se mostraram também menos severas nas mulheres fisicamente ativas. Estas, por tenderem a ter um humor mais estável e uma visão mais positiva da menopausa, compreendendo melhor as mudanças físicas que estão vivenciando, toleram também melhor as mudanças urogenitais e suas consequências na atividade sexual, pois é reconhecido que a atividade física melhora a autoimagem corporal e autoestima femininas. Além disso, a convivência com outras mulheres permite a troca de vivências acerca das dificuldades vivenciadas no climatério e de como lidar com elas, diminuindo os níveis de sofrimento e ansiedade.^{10,22,23} Achado similar ao nosso estudo e que corrobora essa hipótese foi descrito por Danforth & colaboradores,²⁴ que relaram uma

tendência à melhoria dos sintomas urogenitais urinários entre mulheres climatéricas que realizavam caminhadas regulares.

É reconhecido que o exercício físico também contribui para uma melhor flexibilidade e maior mobilidade articular das mulheres climatéricas, aumentando sua força muscular e coordenação motora, com reflexos positivos na postura e capacidade respiratória, além de diminuir as queixas relacionadas a artralguas e mialgias. A atividade física regular reduz a frequência cardíaca de repouso, melhora o perfil lipídico, reduz o acúmulo de gordura, aumentando a densidade mineral óssea e estabilizando a pressão arterial, contribuindo para uma menor incidência de doenças cardiovasculares e osteoporose.^{3,6,10,22,25-30}

Paralelamente ao seu impacto nas queixas relativas a esfera somática e prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, a atividade física regular teria ainda ação na esfera emocional da mulher climatérica, à medida que favorece uma autopercepção mais positiva da imagem corporal, aumentando a autoestima, o que se reflete também positivamente no humor e segurança para o exercício afetivo-sexual.^{9,10,17,18,21,22,24,25,27,29}

Procurando identificar os fatores associados à qualidade de vida e considerando a possibilidade de ocorrência de vieses de aferição, recorreu-se no presente estudo à análise multivariada. Esta confirmou a atividade física regular como um fator preditor da qualidade de vida entre as mulheres pesquisadas, bem como a renda familiar referida. Quanto maior a renda familiar per capita, melhor a qualidade de vida.

Progetto & colaboradores³¹ demonstraram, em estudo realizado na Itália, que a história de baixa renda familiar implica menores índices de qualidade de vida no climatério pós-menopáusicos. Gerber Jr.,³² por sua vez, através de pesquisa realizada nos Estados Unidos, sugeriu que as mulheres com a situação econômica mais favorecida sentem menos sintomas climatéricos por terem maior acesso à informação e assistência médica. A situação econômica mais favorecida estaria associada a melhores níveis educacionais e

maior estabilidade no emprego, propiciando maior sensação de segurança e bem-estar no lidar com as mudanças físicas e sintomas climatéricos.³³

No México, pesquisa revelou que as mulheres que moravam em áreas rurais, trabalham nos serviços mais braçais ou são donas de casa tendiam a ter a pior sintomatologia climatérica. Em contrapartida, as mulheres com melhor situação econômica e profissionalmente realizadas, por terem uma atitude mais positiva em relação à menopausa e ao envelhecimento, geralmente manifestavam melhor qualidade de vida.³⁴

No Brasil, estudo transversal de 254 mulheres pós-menopáusicas conduzido por De Lorenzi & colaboradores²⁷ mostrou que a sintomatologia climatérica tinha sua severidade influenciada tanto pela confirmação de atividade física regular, mas também pelas atitudes em relação à menopausa. Esses pesquisadores demonstraram que as mulheres sedentárias com uma percepção negativa da menopausa e de envelhecimento ($p < 0,01$) tendiam a manifestar sintomas mais severos, bem como as sedentárias ($p = 0,04$).

Em resumo, para mulher climatérica, a prática de atividade física regular, ainda que de pouca intensidade, parece contribuir globalmente para uma melhoria das condições de saúde, tendo um impacto positivo também na sua esfera psíquica e em muitos dos sintomas característicos dessa fase, melhorando, inclusive, seus sentimentos e atitudes

em relação à menopausa e ao envelhecimento, o que se reflete na sua qualidade de vida.³³

Segundo Rolin & Forti (2004), a prática regular de atividade física deveria ser uma das principais intervenções em saúde pública no envelhecimento, tendo em vista sua associação com menores taxas de morbidade e mortalidade, além de proporcionar melhoras nos aspectos psicológicos e sociais.³⁵

Possivelmente, a atividade física, quando inserida num contexto educacional, leva a um melhor entendimento das transformações biológicas (limitações físicas), psíquicas (morte de familiares, crescimento e independização dos filhos) e sociais (aposentadoria) coincidentes com o processo de envelhecer, este representado pela menopausa para muitas mulheres. Nesse contexto, contribui para uma melhoria das percepções e atitudes em relação à menopausa e o envelhecimento, que se refletirá na forma como se viverá a síndrome climatérica em termos de qualidade de vida e manutenção da sensação de bem-estar.^{10,36-40}

Ainda que os resultados do presente estudo não possam ser extrapolados para a população em geral, seus achados merecem a atenção, reforçando as recomendações originadas a partir da publicação dos resultados do estudo WHI, sobre a necessidade de se rever a assistência ao climatério, que deverá passar a incluir a atividade física regular como uma intervenção terapêutica que não deve ser relegada a um segundo plano.

REFERENCIAS

1. De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina* 2005;33(12): 903-9.
2. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med* 2002; 59(4): 15-21.
3. Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev bras enferm* 2009;62(2):287-93.
4. Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC). Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica. São Paulo: SOBRAC; 2003.
5. Anderson CB. When more is better: number of motives and reasons for quitting as correlates of physical activity in women. *Health Educ Res* 2003;18(5):525-37.
6. Gomes GC, Diogo MJD. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M, orgs. *Saúde e qualidade de vida na velhice: Campinas; 2004. p.107-32.*
7. Schroder H, Marrugat J, Covas M. Population dietary habits and physical activity modification with age. *Eur J Clin Nutr*; 2004;58(2):302-11.

8. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults participation in physical activity - a review. *Am J Prev Med* 2002;22(3):188-99.
9. De Lorenzi DRS, et al. Fatores Associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5):312-7.
10. Daley AJ, Stokes-Lampard H, MacArthur C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review. *Maturitas* 2009; 63(3):176-80.
11. Bruce RA, Kusumi F, Hosmer D. Maximal oxygen intake and nomographic assessment of functional aerobic impairment in cardiovascular disease. *Am Heart J* 1973;85(2):545-62.
12. Consenso Nacional de Ergometria. *Arq Bras Cardiol* 1995;65(2):189-92.
13. Heinemann K, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. 2004 [Acesso em 30 Jul]. Available from: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>.
14. Spina RJ, Ogawa T, Kohrt WM. Differences in cardiovascular adaptations to endurance exercise training between older men and women. *J Appl Physiol* 1993;75(2):849-55.
15. Macedo IF, Duarte CR, Matsudo VKR. Análise da potência aeróbica em adultos de diferentes idades. *Rev Bras Ciên Mov* 1987;1(1):7-13.
16. Daley AJ, MacArthur C, McManus M. Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacologic interventions in symptomatic menopausal women. *Climacteric* 2006;9(5):336-46.
17. Slaven L, Lee C. Mood and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy and exercise participation. *Health Psychol* 1997;16(3):203-8.
18. Ivarson T, Spertz AC, Hammar M. Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas* 1998; 29(2):139-46.
19. Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto Neto AM. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(3):133-8.
20. Daley AJ, Stokes-Lampard H, MacArthur C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review. *Maturitas* 2009;63(3):176-80.
21. Aiello EJ, et al. Effect of a yearlong, moderate-intensity exercise intervention on the occurrence and severity of menopause symptoms in postmenopausal women. *Menopause* 2004;11(4):382-8.
22. Cerqueira SC, Rezende LF. Atuação da fisioterapia na melhora da qualidade de vida da mulher no climatério. *Femina* 2002;30(7):477-9.
23. Favarato MEC, Aldrighi JM, Fráguas JR et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprod Clim* 2000;15(4):199-202.
24. Danforth KN, et al. Physical activity and urinary incontinence among healthy, older women. *Obstetrics & Gynecology* 2007;109(3):721-7.
25. Nelson DB, et al. Effect of physical activity on menopausal symptoms among urban women. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2008;40(1):50-8.
26. Manson IE, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002;347(10):716-25.
27. De Lorenzi DRS, et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(1):12-9.
28. Nadai A, Nahas EAP, Burini RC. Aspectos metabólicos do exercício físico na menopausa. *Femina* 1999; 27(10):791-3.
29. Ueda M, Tokunaga M. Effects of exercise experienced in the life stages on climacteric symptoms for females. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci* 2000;19(4):181-9.
30. Gonçalves JMP, Lopes JGC, Pires Neto CS et al. A influência do exercício físico no perfil lipídico e na aptidão física em mulheres idosas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(2):215-26.
31. Progetto D, Genazzani AR, Nicolucci A et al. Assessment of QoL in italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002;42(4):267-80.
32. Gerber JR. A study of premenopausal sexual satisfaction and other factors contributing to positive or negative expectations of traversing natural menopause. *Fertil Steril* 2001;76(3):S26.
33. Kakkar V, et al. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas* 2007; 57(3):306-14.
34. Malacara JM, et al. Symptoms at pre and postmenopause in rural and urban women from three States of México. *Maturitas* 2002;43(1):11-19.

35. Rolin FS, Forti VAM. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M, orgs. Saúde e qualidade de vida na velhice: Campinas: Alínea; 2004. 57-73.
36. De Lorenzi DRS. Avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30(3):103-6.
37. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch of Women Mental Health 2002; 5(1):15-22.
38. Groeneveld FPMJ, et al. Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention among women aged 45-60 years. Maturitas 1993; 17(2): 77-88.
39. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multiracial/ethnic population of women 40-55 years of age. Am J Epidemiol 2000;152(5):463-73.
40. Liao KL, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. Maturitas 1998;29(3):215-24.

Recebido: 12/5/2010

Revisado : 08/10/2010

Aprovado : 08/11/2010

