



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério



Miguel Arcangelo Serpa^a, Angélica Alves Lima^{a,b}, Antônio Carlos Pinto Guimarães^c, Maria Ruth Gaede Gonçalves Carrilo^b, Wendel Coura-Vital^b e Vanja Maria Veloso^{a,d,*}

^a Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil

^b Departamento de Análises Clínicas, Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil

^c Departamento de Medicina, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil

^d Departamento de Farmácia, Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 8 de março de 2016

Aceito em 3 de abril de 2016

On-line em 15 de junho de 2016

Palavras-chave:

Climatério

Menopausa

Qualidade de vida

Uso de medicamento

R E S U M O

Este trabalho foi composto por um estudo transversal, feito em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, para avaliar os fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. Foram usados o questionário de qualidade de vida SF-36 e uma entrevista sobre dados socioeconômicos, demográficos, uso de medicamentos e hábitos de vida. A média de idade das 113 participantes foi de $53,3 \pm 4,4$ anos. Dessas, 49,6% conviviam com companheiro e 77,4% eram usuárias exclusivas do Sistema Único de Saúde. Foi observado que a renda de 54% delas era menor ou igual a um salário mínimo e 69% tinham baixa escolaridade. Na avaliação da associação entre as variáveis da entrevista e os oito domínios do questionário SF36, observou-se diferença significativa na qualidade de vida em relação a: (i) idade no domínio saúde mental; (ii) viver com ou sem companheiro nos domínios estado geral de saúde e limitação por aspecto emocional; (iii) presença de alguma doença crônica nos domínios estado geral de saúde e saúde mental; (iv) uso de medicamento contínuo no domínio saúde mental. Conclui-se que o aumento da idade, a presença de doenças crônicas e o uso de medicamentos agrava a qualidade de vida dessas mulheres. Entretanto, a convivência com parceiro modifica positivamente alguns domínios associados à qualidade de vida.

© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Factors associated with quality of life in climacteric women

A B S T R A C T

A cross-sectional study was conducted in Ouro Preto, Minas Gerais, Brazil to evaluate the factors associated with quality of life in climacteric women. It was used for this evaluation the questionnaire SF-36 of quality of life and one interview about socioeconomic, demographic, medicines used and living habits. The average age of the 113 participant was 53.3 ± 4.4 years, 49.6% living with a partner and 77.4% using the public health system as the exclusive health

Keywords:

Climacteric

Menopause

Quality of life

Use of medication

* Autor para correspondência.

E-mails: vanjaveloso@gmail.com, vanjaveloso@ef.ufop.br (V.M. Veloso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.04.001>

1413-2087/© 2016 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

insurance. It was observed that the income of 54% of them were less than or equal to the minimum wage and 69% had low education. Assessing the association between the variables of the interview and the eight domains of the SF-36, there was significant difference in the quality of life in relation to: (i) age, in the mental health domain; (ii) living with or without a partner, related to general health and limitation by emotional aspect; (iii) the presence of any chronic disease correlated to general health and mental health; (iv) continuous-use medication in the mental health domain. Concluding, the higher the age, in association with chronic diseases and medicines intake, the worse the quality of life of these women. Moreover, living with a partner positively modifies some areas associated with quality of life.

© 2016 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Nos últimos anos a expectativa de vida da população brasileira tem aumentado. A média de idade atual é de 74,6 anos, porém para as mulheres atinge 78,3 anos.¹ Com o aumento da longevidade, há cada vez mais mulheres que vivem o climatério e, conseqüentemente, a demanda por estratégias que visam a melhorar a qualidade de vida (QV) dessa população também aumenta.²

O climatério se caracteriza pelo surgimento de eventos fisiológicos que se manifestam em decorrência da diminuição da função ovariana³ e os sintomas podem ser classificados como de curto e longo prazo. Dentre as manifestações de curto prazo estão os sintomas vasomotores. Os mais comuns são os fogachos e as palpitações, as manifestações de atrofia do sistema geniturinário, o ressecamento de pele e mucosas e ainda alterações psíquicas, que podem ir de cansaço à insônia e à depressão. As manifestações em longo prazo são o surgimento, principalmente, da osteoporose e de doenças cardiovasculares.⁴⁻⁶

Cada mulher pode viver esse período de maneira diferente, pois fatores culturais, biológicos e psicossociais também podem influenciar a ocorrência de manifestações clínicas.^{2,7-9} Nesse sentido, busca-se compreender se a qualidade de vida da mulher no climatério está associada a esses múltiplos fatores e ao processo de envelhecimento, evidenciado pela maior presença de doenças crônicas e, conseqüentemente, maior uso de medicamentos nessa população.^{2,10-12}

Na última década diversos trabalhos mostraram que ainda não existe um consenso sobre o impacto do climatério/menopausa na qualidade de vida.^{8,10,13,14} Alguns estudos sugerem uma influência negativa do climatério na qualidade de vida^{10,14} e outros não demonstram essa associação.^{8,15,16} Apesar desse avanço, poucos estudos são feitos no Brasil, o que limita o conhecimento sobre essa população.¹⁷⁻¹⁹ Nesse contexto, a identificação dos fatores associados à qualidade de vida em mulheres climatéricas brasileiras é de grande importância para subsidiar a elaboração de programas e estratégias que visam à promoção da saúde, ao alívio dos sintomas, à prevenção e ao controle das doenças mais frequentes e buscar, assim, melhorar a qualidade de vida dessa população.

Objetivo

Avaliar a qualidade de vida em mulheres no climatério residentes em Ouro Preto, Minas Gerais.

Métodos

Desenho do estudo

Foi feito um estudo de corte transversal de março a junho/2014 em Ouro Preto, Minas Gerais. O município tem 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 na sede, e 6.315 mulheres na faixa de 45 a 59 anos, segundo o censo 2010 do IBGE. Foram selecionadas três UBS, nas quais havia aproximadamente 550 mulheres cadastradas, na faixa de 45 a 60 anos.

Para aplicação do instrumento, as mulheres foram selecionadas aleatoriamente. O nome de todas as mulheres cadastradas foi colocado em ordem alfabética e numerado, em seguida foram gerados números aleatórios os quais permitiram o sorteio das participantes. Como critério de inclusão a mulher deveria ter entre 45 e 60 anos e estar cadastrada em uma das Unidades de Saúde selecionadas. Foram excluídas as mulheres que não aceitaram participar ou aquelas que não foram encontradas em casa após duas visitas.

Cálculo amostral

Para o cálculo amostral foi usada uma estimativa de prevalência de 50%, uma precisão de estimativa de 7% e um nível de confiança de 95%, que resultou em uma amostra de 116 mulheres.

Coleta de dados

O instrumento foi composto por duas partes: (1) roteiro de entrevista sobre dados socioeconômicos e demográficos, uso de medicamentos e hábitos de vida e (2) questionário para avaliação da qualidade de vida SF36.²⁰

O instrumento de coleta de dados foi aplicado por uma equipe previamente treinada composta por alunos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto.

Para ajustar os instrumentos, foi feito um estudo-piloto com 10% da amostra.

Análise dos dados

Foi usado o pacote estatístico SPSS versão 20. Inicialmente foi feita uma análise exploratória dos dados, por meio da análise gráfica e da obtenção de medidas-resumo.

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF-36 mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais foram transformados numa escala de zero a 100, na qual zero correspondeu a uma pior e 100 a uma melhor qualidade de vida.²⁰ Posteriormente, foi analisado separadamente cada um dos oito domínios: (1) capacidade funcional, (2) aspecto físico, (3) dor, (4) estado geral de saúde, (5) vitalidade, (6) limitação por aspecto funcional, (7) aspecto social e (8) aspecto emocional.

Para a avaliação da associação entre as variáveis correspondentes a fatores socioeconômicos e demográficos, uso de medicamentos, hábitos de vida e os oito domínios do questionário SF36, a variável idade foi categorizada em duas faixas (≤ 50 e > 50 anos). Essas faixas foram estabelecidas a partir da média de idade de início da menopausa em brasileiras segundo o manual de climatério do Ministério da Saúde.²¹ As demais variáveis foram categorizadas da mesma forma. Para comparar a mediana entre os grupos, já que a distribuição dos dados não foi normal (teste de Shapiro-Wilk), usou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto sob o número CAAE-0030.0.238.000-09. O consentimento informado e esclarecido foi obtido de todas as participantes.

Resultados

Características da população

Foram entrevistadas 113 mulheres, com média de $53,3 \pm 4,4$ anos, idade mínima de 46,3 e máxima de 60.

Foi observado que aproximadamente a metade das participantes estudo vivia com companheiro (49,6%) e a frequência de presença de alguma doença crônica foi de 54,9%. Dentre as doenças mais frequentes estavam hipertensão arterial (HAS) (51,3%) e diabetes mellitus (9,7%). O uso de pelo menos um medicamento contínuo foi referido por 60,2% das entrevistadas. Nenhuma usava ou tinha usado terapia hormonal (TH). A maioria (77,4%) era usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, enquanto apenas 4,2% referenciaram o uso exclusivo do sistema privado. As demais (18,4%) relataram usar ambos. A renda da maioria das mulheres foi menor ou igual a um salário mínimo (54%) e apenas sete (6,2%) tinham renda superior a três. A maior parte delas (69%) tinha no máximo o ensino fundamental e apenas 8% haviam concluído o ensino superior. Foi encontrada uma não alfabetizada (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres em relação aos aspectos socioeconômicos, demográficos, uso de medicamentos e hábitos de vida, Ouro Preto, Minas Gerais, 2014

Variáveis	Frequência	%
Faixa etária		
≤ 50 anos	35	31
> 50 anos	78	69
Estado civil		
Casada	56	49,6
Divorciada	21	18,6
Solteira	22	19,5
Viúva	14	12,4
Doença crônica		
Com	62	54,9
Sem	51	45,1
Hipertensão arterial	58	51,3
Diabetes	11	9,7
Medicamento de uso contínuo		
Sim	62	60,2
Não	45	39,8
Sistema de saúde		
SUS	72	63,7
Privado	21	18,6
NR	20	17,7
Renda da mulher		
< 1 salário	25	22,1
1 salário	36	31,9
Entre 1 e 2 salários	23	20,4
Entre 2 a 3 salários	6	5,3
Entre 3 a 5 salários	3	2,7
> 5 salários	4	3,5
NR	16	14,1
Escolaridade		
Não alfabetizada	1	0,9
Fundamental incompleto	59	52,9
Fundamental completo	18	15,9
Médio incompleto	5	4,4
Médio completo	21	18,6
Superior completo	9	8

%, percentual; NR, não respondido; SUS, Sistema Único de Saúde.

Avaliação da qualidade de vida

A [figura 1](#) apresenta os valores dos escores correspondentes às medianas e aos intervalos interquartílicos dos oito domínios do questionário SF-36 respondidos pelas participantes. Observou-se maiores medianas nos domínios limitação por aspecto físico e limitação por aspecto emocional (100) e a menor (60) foi observada no domínio vitalidade ([fig. 1](#)).

Na avaliação da associação entre as variáveis correspondentes aos fatores socioeconômicos e demográficos, uso de medicamentos, hábitos de vida e os oito domínios do questionário SF36, observou-se diferença significativa na qualidade de vida em relação a: (1) idade no domínio saúde mental ($p=0,02$); (2) viver com ou sem companheiro nos domínios estado geral de saúde e limitação por aspecto emocional, ambos com valor de p igual a 0,03; (3) presença de alguma doença crônica nos domínios estado geral de saúde ($p=0,04$).

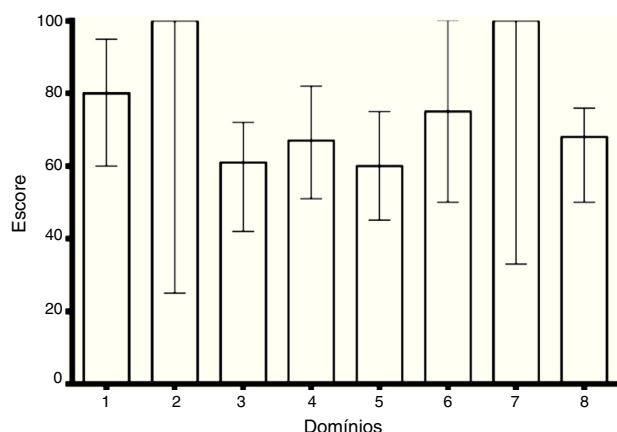


Figura 1 – Perfil dos oito domínios obtidos no questionário de qualidade de vida SF-36, Ouro Preto, Minas Gerais, 2014. 1, capacidade funcional; 2, limitação por aspecto físico; 3, dor; 4, estado geral de saúde; 5, vitalidade; 6, aspectos sociais; 7, limitação por aspecto emocional; 8, saúde mental.

e saúde mental ($p=0,02$); (4) uso de medicamento contínuo no domínio saúde mental ($p=0,01$) Para as demais variáveis não foi observada interferência na QV das participantes do estudo (tabela 2).

Discussão

A região estudada é considerada menos desenvolvida, a população, de maneira geral, tem baixo poder aquisitivo. É composta por territórios de três Equipes Saúde da Família. Segundo Avis e Johannes, a qualidade de vida de climáticas tem uma estreita relação com características socioeconômicas.²² Essa relação pode estar associada a falta de acesso a dispositivos sociais, saúde, cultura e lazer.

A idade média das participantes foi acima de 50 anos. Essa idade é considerada um marco de passagem da pré-menopausa para a menopausa estabelecida.²¹ Segundo alguns autores, a idade da menopausa pode variar entre países e está relacionada com diferentes fatores, tais como nutrição, paridade, etnia e tabagismo, pode se antecipar em até três anos. Porém, esses autores mostraram também que a faixa média de ocorrência da menopausa é de 50 anos.²³

Nesse estudo, a idade interferiu negativamente na QV dessas mulheres no domínio saúde mental. Isso possivelmente se deve às mudanças físicas e psicossociais que ocorrem nesse período. Contudo, transformações biopsicossociais que incidem conjuntamente no climatério têm um relevante papel em relação à saúde mental das mulheres, pois uma vivência com experiências negativas nesse período pode levar ao aparecimento de queixas e sintomas psíquicos, dos quais se destacam irritabilidade, depressão, ansiedade e disfunção sexual. Esses sintomas são agravados em mulheres que não

Tabela 2 – Avaliação dos domínios do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis do questionário socioeconômico e hábitos de vida, Ouro Preto, Minas Gerais, 2014

	Domínios do questionário SF-36															
	1	p	2	p	3	p	4	p	5	p	6	p	7	p	8	p
Idade																
≤ 50	90		100		72		72		70		100		100		72	
> 50	80	0,18	75	0,11	52	0,09	65	0,08	60	0,16	75	0,12	100	0,37	62	0,02
Vive com companheiro																
Sim	85		100		62		72		63		87		100		68	
Não	75	0,56	75	0,19	61	0,28	62	0,03	60	0,24	75	0,34	100	0,03	64	0,06
Doença crônica																
Sim	75		75		61		62		60		75		100		60	
Não	85	0,28	100	0,41	52	0,93	72	0,04	65	0,06	75	0,87	100	0,33	72	0,02
Usa medicamento contínuo																
Sim	78		75		61		62		60		75		100		60	
Não	85	0,26	100	0,11	62	0,27	72	0,09	65	0,09	86	0,46	100	0,52	76	0,01
Sistema de saúde																
SUS	78		75		61		65		60		75		100		64	
Privado	90	0,31	100	0,15	52	0,84	77	0,09	70	0,1	88	0,48	100	0,17	68	0,77
Renda																
Até 1 salário	80		100		62		67		60		75		100		68	
> 1 salário	80	0,96	88	0,9	52	0,81	62	0,79	58	0,35	75	0,5	100	0,37	68	0,87
Escolaridade																
Até ensino E.F.	80		75		61		67		60		75		100		64	
> E.M.	85	0,34	100	0,05	61	0,53	67	0,64	65	0,23	88	0,88	100	0,61	68	0,17

1, capacidade funcional; 2, limitação por aspecto físico; 3, dor; 4, estado geral de saúde; 5, vitalidade; 6, limitação por aspecto social; 7, limitação por aspecto emocional; 8, saúde mental. Foi considerado um nível de significância quando $p < 0,05$.

conseguem readequar seu papel social e redefinir seus objetivos de vida.^{7,24,25} Por outro lado, a presença de companheiro parece interferir positivamente na QV das entrevistadas. Isso foi observado nos domínios estado geral de saúde e limitação por aspecto emocional, provavelmente a presença de um companheiro nesse período pode representar uma segurança e um apoio emocional, além de melhorar a renda familiar. Deve-se considerar também que nessa fase a mulher está exposta a eventos determinantes em sua vida, como perda de entes queridos, separação, mudança no papel social e surgimento de doenças crônicas.²⁶

A presença de alguma doença crônica foi associada a uma pioria na QV referida pelas mulheres nos domínios saúde mental e estado geral de saúde. Sabe-se que a presença de enfermidades afeta diretamente a qualidade de vida e quanto maior o número de doença crônica, pior será a QV.²⁷ Nesse mesmo sentido, Silva et al. afirmaram que quanto maior o tempo de duração da doença, pior a percepção do indivíduo em relação ao seu estado de saúde.²⁸ Nesse estudo, mais da metade das mulheres referiu ter alguma doença crônica, a hipertensão arterial e o diabetes foram as mais frequentes. A ocorrência de doenças crônicas pode levar ao uso de medicamentos contínuos, o que também pode interferir na QV. Essa hipótese foi verificada no domínio saúde mental. As mulheres que usavam medicamentos tiveram uma pior qualidade de vida em relação às que não usavam. Diferentes autores consideram as condições socioeconômicas como determinantes do consumo de medicamentos.^{29,30} Daí a importância das políticas públicas de acesso gratuito, principalmente aos medicamentos de uso contínuo, uma vez que oneram importante parcela dos orçamentos familiares.³¹ Como a grande maioria das participantes tinha uma renda inferior a um salário mínimo e eram dependentes exclusivamente do SUS, os programas de distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes são de extrema necessidade. Essa afirmativa pode ser comprovada pelo estudo de Garcia et al., no qual observaram que enquanto entre as famílias de menor renda predominavam os gastos com analgésicos, antigripais e anti-inflamatórios, nas de maior renda predominavam os gastos com medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, incluindo diabetes, hipertensão e doenças do coração. Esses autores não descartaram a possibilidade de que os programas de assistência farmacêutica básica do SUS tenham contribuído para essa realidade.³¹ Outro estudo feito no Brasil mostrou que os tranquilizantes/antidepressivos são a medicação de escolha (28,3%) para mulheres que procuraram o serviço de saúde por queixas climatéricas.⁷ Interessantemente, não foi encontrada participante do presente estudo que fazia ou teria feito uso de terapia hormonal (TH). Esse fato pode estar associado às condições socioeconômicas, o que corrobora o estudo de Avis e Johannes, que associou o baixo uso da TH aos menores níveis socioeconômicos e de escolaridade.²⁰ No entanto, vários estudos já mostraram que o uso de TH não influencia na qualidade de vida da mulher.^{15,16,32}

Conclui-se que o aumento da idade, a presença de doenças crônicas e o uso de medicamentos agravam a qualidade de vida das mulheres no climatério. Já a convivência com um parceiro modifica positivamente alguns domínios associados à qualidade de vida. O conhecimento do perfil dessa população

possibilita um planejamento específico de ações da equipe de saúde que permitam melhorar sua qualidade de vida.

Limitações

O uso de apenas três UBS em uma região de menor poder aquisitivo foi a principal, visto que não retrata a população do município.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) (APQ-01407-11).

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em 16 de janeiro de 2016.
2. Miranda JS, Ferreira MLSM, Corrente JE. Quality of life of postmenopausal women attended at Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2014;67:803-9.
3. Zampieri MFM, Tavares CMA, Hames MLC, Falcon GS, Silva AL, Gonçalves LT. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. *Escola Anna Nery*. 2009;13:305-12.
4. Appolinario JC, Meirelles RMR, Coutinho W, Povia LC. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45:383-9.
5. Gonçalves R, Merighi MAB. Climacteric: the corporeity as cradle of life experience. *Rev Bras Enferm*. 2005;58:692-7.
6. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). *Cad Saude Publica*. 2009;25:1337-49.
7. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Climacteric women seeking medical care, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2002;36:484-90.
8. Ozkan S, Alatas ES, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Qual Life Res*. 2005;14:1795-801.
9. Hess RT, Thurston RC, Hays RD, Chang C-CH, Dillon SN, Ness Rb, et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Qual Life Res*. 2012;21:535-44.
10. Dennerstein L, Leher P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Womens Ment Health*. 2002;5:15-22.
11. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Sacilotto B, Padilha I Jr. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras [online]*. 2006;52:312-7.
12. NAMS, SOBRAC. Prática Clínica na Menopausa: Um Guia Médico. 4 ed. 2015. Disponível em: http://sobrac.org.br/nams_pratica_clinica_na_menopausa_um_gui_medico_4_edicao.html.

13. Baccaro LF, Boin IF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Quality of life and menopausal symptoms in women with liver transplants. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35:103-10.
14. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res.* 2003;12:405-12.
15. Ware J, Sherbourne C. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).1. Conceptual-Framework And Item Selection. *Medical Care.* 1992;30:473-83.
16. Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. Statistical issues encountered in the comparison of health-related quality of life in diseased patients to published general population norms: problems and solutions. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:405-12.
17. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2009;16:860-9.
18. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaesma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.
19. Brasil. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde 2008.
20. Avis NE, Johannes C. Socioeconomic status and HRT use. *Menopause.* 1998;5:137-9.
21. Fernandes CE, Baracat EC, Lima GR. Climatério: manual de orientação. São Paulo: Febrasco; 2004.
22. Dennerstein L, Guthrie J, Clark M, Lehert P, Henderson V. A population-based study of depressed mood in middle-aged, Australian-born women. *Menopause.* 2004;11:563-8.
23. Blumel J, Cruz M, Aparicio N. Menopausal transition. Pathophysiology, clinical, and therapeutic aspects. *Medicina-Buenos Aires.* 2002;62:57-65.
24. Galvão LLL, Farias MCS, Azevedo PRM, Vilar MJP, Azevedo GD. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53:414-20.
25. Agnes E, Ferreira P. Qualidade de vida em diálise. *Rev Port Saúde Pública.* 2009;8:67-82.
26. Silva I, Pais-Ribeiro J, Ramos H. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Aná Psicológica.* 2003;2:185-94.
27. Arrais PS, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21:1737-46.
28. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Uso de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública.* 2004;38:228-38.
29. Garcia LP, Sant'Anna AC, Magalhães LCG, Freitas LRS, Aurea AP. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:1605-16.
30. Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto Neto AM, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51:133-8.
31. Martins MAD, Nahas EAP, Nahas-Neto J, Uemura G, Buttros DAB, Traiman P. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31:196-202.
32. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med.* 2003;348:1839-54.