

VANESSA DE SOUZA SANTOS MACHADO¹

ANA LÚCIA RIBEIRO VALADARES¹

LUCIA COSTA-PAIVA²

SIRLEI SIANI MORAIS²

AARÃO MENDES PINTO-NETO²

Morbidades e fatores associados em mulheres climatéricas: estudo de base populacional em mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade

Morbidity and associated factors in climacteric women: a population based study in women with 11 or more years of formal education

Artigo Original

Palavras-chave

Menopausa
Envelhecimento
Hipertensão
Diabetes Mellitus
Distúrbios do início e da manutenção do sono
Depressão

Keywords

Menopause
Aging
Hypertension
Diabetes Mellitus
Sleep initiation and maintenance disorders
Depression

Resumo

OBJETIVO: Avaliar os fatores associados a algumas morbidades em mulheres brasileiras de 40 a 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade. **MÉTODOS:** Análise secundária de estudo transversal de base populacional, empregando-se um questionário anônimo e autorrespondido por 377 mulheres. Foram avaliadas, com o uso deste instrumento, algumas morbidades (hipertensão, diabetes, insônia e depressão) e fatores sociodemográficos, comportamentais, clínicos e reprodutivos. A associação entre as morbidades e as variáveis independentes foi avaliada por meio do teste do χ^2 . Realizou-se a regressão logística múltipla com critério de seleção *stepwise* para selecionar os principais fatores associados a cada uma das morbidades. **RESULTADOS:** Na análise múltipla, a insônia esteve associada à autopercepção da saúde péssima/ruim (OR=2,3) e ao nervosismo (OR=5,1). O relato de depressão esteve associado à autopercepção da saúde péssima/ruim (OR=3,7) e ter lazer péssimo/ruim (OR=2,8). A hipertensão apresentou-se relacionada à obesidade (OR=3,1) e a estar na pós-menopausa (OR=2,6). Já diabetes, à idade acima de 50 anos (OR=3,9) e obesidade à (OR=12,5). **CONCLUSÕES:** A prevalência de morbidades foi alta e pior autopercepção da saúde e obesidade foram os principais fatores associados à presença de morbidades.

Abstract

PURPOSE: To evaluate factors associated with morbidities among Brazilian women aged 40-65 years and with 11 or more years of schooling. **METHODS:** A secondary analysis of a cross-sectional population-based study was conducted, using an anonymous self-report questionnaire completed by 377 women. Were evaluated, with this instrument, some morbidities (hypertension, diabetes, insomnia and depression) and sociodemographic, behavioral, clinical and reproductive factors. The association between morbidities and independent variables was evaluated by the χ^2 test. Multiple logistic regression analysis with stepwise selection criteria was used to select the major factors associated with morbid conditions. **RESULTS:** In the multiple regression analysis, insomnia was associated with bad/fair self-perception of health (OR=2.3) and nervousness (OR=5.1). Depression was associated with bad/fair self-perception of health (OR=3.7) and bad/poor leisure (OR=2.8). Hypertension was associated with obesity (OR=3.1) and being in postmenopausal (OR=2.6). Diabetes was associated with age above 50 years (OR=3.9) and obesity (OR=12.5). **CONCLUSIONS:** The prevalence of morbidities was high and a worse self-perception of health and obesity were the main factors associated with morbidity.

Correspondência

Ana Lúcia Ribeiro Valadares
Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade
Estadual de Campinas
Rua Alexander Fleming 101
CEP: 13083-970
Campinas (SP), Brasil

Recebido

25/02/2012

Aceito com modificações

02/04/2012

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Programa de pós-graduação do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O Brasil apresenta profundas transformações na composição etária de sua população devido a um acelerado processo de envelhecimento¹. A expectativa de vida ao nascer, de acordo com a última tábua de mortalidade do IBGE (Brasil), foi de 77,3 anos para as mulheres e de 69,7 anos para os homens². As mulheres, por viverem mais, estão mais sujeitas às doenças crônicas comumente associadas ao envelhecimento, como hipertensão, *diabetes mellitus*, depressão e insônia³. No nosso país, assim como no mundo, a hipertensão arterial é a condição crônica mais frequente, com prevalência em torno de 53% em idosos com mais de 60 anos e é importante fator de risco para doença cardiovascular⁴. Considerada a principal causa de morte no mundo, representa quase metade de todas as mortes, e sua incidência aumenta depois dos 45 anos^{3,5}.

O *diabetes mellitus* tem sua prevalência aumentada a partir dos 45–50 anos⁶ e é também importante fator de risco para doença cardiovascular. No Brasil, a prevalência é de 18,7% para mulheres com mais de 60 anos⁷.

A depressão em suas várias formas é muito prevalente em mulheres⁸. No estudo americano *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN)⁹, 40,5% das mulheres entre 40 e 55 anos de idade reportaram que se sentiram deprimidas nas últimas duas semanas. Associações entre depressão e incapacidades são bem conhecidas e têm sido documentadas em vários estudos^{8,10,11}.

A insônia é definida como uma síndrome associada ao prejuízo do funcionamento diário e marcada por problemas em adormecer, permanecer dormindo, despertar precoce e sono não restaurador¹². Mulheres estão mais propensas a desenvolver insônia que os homens. Vários estudos indicam que 40 a 50% das mulheres passando pela experiência da menopausa sofrem com problemas do sono¹³⁻¹⁵.

Identificar doenças que afetam mulheres no processo de envelhecimento e seus fatores de risco permitirá introduzir programas preventivos ou tratamentos evitando ou adiando seu início, diminuindo a incidência e taxa de mortalidade e aumentando a qualidade de vida^{3,6,16}. Estudo anterior realizado pelo nosso grupo, com a mesma amostra de mulheres utilizada no presente manuscrito, teve como objetivo avaliar os fatores associados a multimorbidades, ou seja, a presença de duas ou mais morbidades. Verificou-se neste estudo que 39 mulheres relataram duas ou mais doenças. A insônia foi referida por 38%, a depressão por 31%, a hipertensão arterial por 28% e o diabetes por 6%¹⁷. No entanto, os fatores associados a cada uma dessas morbidades não foi avaliado.

Assim, delineou-se a presente pesquisa, que tem como objetivo avaliar os fatores associados isoladamente à hipertensão, diabetes, insônia e depressão em mulheres de 40 a 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade do Sudeste brasileiro.

Métodos

Tamanho amostral

Para o cálculo amostral, levou-se em conta que a hipertensão seria a doença mais prevalente entre as estudadas, com frequência de 37,9 a 54% entre a população feminina brasileira de 45 a 64 anos¹⁸. Assim, o tamanho da amostra foi recalculado para avaliar a perda de precisão e consistiu de 370 mulheres, considerando a proporção estimada de hipertensão na amostra (28,4%) e o erro tipo I (α) de 0,05, totalizando o erro amostral de aproximadamente 4,6%. Também foi avaliado o poder do teste nas análises bivariadas para cada um dos desfechos (para as variáveis significativas após a análise múltipla: autopercepção da saúde, nervosismo, obesidade, estado menopausal, lazer e idade). Observou-se o poder (α) de 90% em todos os desfechos, exceto para a associação entre hipertensão e obesidade, quando o poder da amostra foi de 85%.

Seleção dos sujeitos

Trata-se de análise secundária de estudo transversal de base populacional. Para tal, foi utilizado um questionário autorrespondido pelas participantes em suas próprias casas, entre maio e setembro de 2005, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil¹⁹.

Para este estudo, o município de Belo Horizonte, Brasil, foi estratificado em nove regiões e avaliou-se a unidade primária de amostragem (UPA), segmento censitário cuja seleção é realizada com probabilidade proporcional ao tamanho. Essa unidade é constituída por uma área geográfica designada como área de ponderação (AP). Tratam-se de unidades geográficas formadas por agrupamento mutuamente exclusivo de setores censitários, para aplicação dos procedimentos de calibração das estimativas com as informações conhecidas para o total da população. Dezoito APs foram selecionadas aleatoriamente e cinco setores censitários (unidade amostral secundária) foram sorteados em cada uma. Em seguida, cinco esquinas do setor censitário foram selecionadas aleatoriamente para iniciar as visitas. As variáveis do plano de amostragem (estratos e UPA) foram consideradas para a análise dos dados.

Assistentes de pesquisa, guiadas por mapas de cada setor censitário, iniciando pelas esquinas das ruas selecionadas aleatoriamente, visitavam as residências e verificavam se havia mulheres brasileiras, de 40 a 65 anos de idade, vivendo lá e se tinham pelo menos 11 anos de escolaridade. Foram selecionadas mulheres com 11 ou mais anos de escolaridade por se tratar de um grupo com maior probabilidade de preencher um questionário autorrespondível. Além disso, esse grupo é subestudado, uma vez que a maioria dos estudos, especialmente no Brasil, contempla mulheres com menor escolaridade²⁰.

Se essas mulheres concordassem em participar da pesquisa, um questionário era deixado na residência para ser respondido. Foram abordadas 420 mulheres, das quais 378 aceitaram participar. As razões dadas para a não participação foram: falta de tempo, não se sentir confortável respondendo às questões ou objeção do marido à participação na pesquisa. Dos 378 questionários preenchidos, 377 continham respostas às questões sobre a presença de morbidades.

Os critérios de inclusão foram: ser brasileira, ter entre 40 e 65 anos de idade e ter 11 anos ou mais de escolaridade. O critério de exclusão consistiu na incapacidade de a mulher participar do estudo por qualquer razão que a impedisse de responder o questionário, como doença, compromissos e incompatibilidade de horários, por exemplo. As variáveis dependentes constituíram as morbidades depressão, hipertensão, *diabetes mellitus* e insônia, obtidas por meio de autorrelato.

As variáveis independentes foram idade (classificada de 40 a 49 anos e 50 a 65 anos), estado menopausal (classificada em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa), estado marital (casada/morando junto ou outro), renda (<US\$ 1.300 ou ≥US\$ 1.300), escolaridade (classificada em até dez anos ou ≥11 anos), jornada de trabalho (nenhuma/≤20 horas por semana ou >20 horas por semana), atividade física (nenhuma/<3 vezes por semana ou ≥3 vezes por semana), cor da pele referida pela mulher (branca ou outra), número de gestações (≤2 ou >2), ondas de calor no último mês (presente ou ausente), lazer (pessimista, ruim, regular, bom, excelente), uso de terapia de reposição hormonal (nunca ou alguma vez), percepção da saúde (péssima, ruim, regular, boa, excelente), tabagismo (nunca, prévio ou ativo), índice de massa corporal (obesas – IMC ≥30 ou não obesas – IMC <30), autoavaliação da vida sexual (péssima, ruim, regular, boa, excelente), nervosismo (presente ou ausente) e idade à menopausa (em anos completos).

Instrumento

Foi utilizado um questionário estruturado e pré-testado para se obter as informações de interesse para o estudo. Todas as variáveis basearam-se no autorrelatório das mulheres. O questionário contém 53 perguntas fechadas e foi estruturado para a realização de um amplo estudo de base populacional sobre climatério. Ele apresenta questionamentos sobre as condições sociodemográficas, clínicas, reprodutivas, comportamentais e sexuais.

Neste estudo não foram utilizadas questões sobre sexualidade, mas sobre as doenças estudadas. Para avaliar as informações referentes à hipertensão, diabetes e depressão, foi feita pergunta sobre sua presença e, se a resposta fosse afirmativa, era questionado sobre o uso de medicações. Assim, reforçava-se a presença da doença em questão.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê em Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Análise estatística

A associação entre as morbidades e as variáveis independentes foi avaliada com uso do teste do χ^2 . Em seguida, realizou-se a regressão logística múltipla com critério de seleção *stepwise* para selecionar os principais fatores associados a cada uma das morbidades.

Para as análises bivariada, com o teste do χ^2 e regressão logística múltipla, o estrato e a unidade primária de amostragem foram considerados na ponderação da amostra, segundo o percentual de mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade em cada área. O nível de significância foi assumido em 5% e o *software* utilizado foi o SAS versão 9.2.

Resultados

A amostra se caracterizou por 50,6% de mulheres entre 50 e 65 anos, com insônia referida por 38,5%, depressão por 31%, hipertensão arterial por 28,4% e diabetes por 6,3% delas. Quanto a outras características, 41,4% estavam na pós-menopausa, 48,0% afirmaram fazer uso do tabagismo prévio ou ativo, 38,5% tinham renda >US\$ 1.300, 34,8% realizavam atividade física 3 ou mais vezes por semana, 33% afirmaram ter lazer péssimo/ruim, 53,4% nervosismo e 13,5% eram obesas. A autopercepção da saúde foi péssima/ruim/regular em 40,2%, e 28,6% relataram ondas de calor (dados não apresentados).

Na análise bivariada, relatar depressão esteve associado à renda menor que US\$ 1.300 semanais ($p=0,02$), tabagismo prévio ou ativo ($p=0,005$), sedentarismo ($p=0,003$), lazer péssimo/ruim ($p<0,0001$), nervosismo ($p=0,0004$) e autoavaliação da vida sexual péssima/ruim ($p<0,001$). Já relatar hipertensão esteve associado ao nervosismo ($p=0,007$), obesidade ($p=0,007$), a estar na pós-menopausa ($p<0,0001$) e à autopercepção da saúde péssima/ruim ($p<0,02$); relatar insônia, ao tabagismo ($p=0,006$), nervosismo ($p<0,0001$), à autoavaliação da vida sexual péssima/ruim ($p=0,03$), estar na pós-menopausa ($p=0,03$), autopercepção da saúde péssimo/ruim ($p=0,0002$) e à presença de ondas de calor ($p=0,01$); e diabetes esteve relacionado à idade acima de 50 anos ($p=0,01$), ter mais que duas gestações ($p=0,03$), obesidade ($p=0,02$) e estar na pós-menopausa ($p=0,02$) (Tabela 1).

Na análise múltipla, relatar depressão esteve associado à autopercepção da saúde péssima/ruim (OR = 3,7 e ter lazer péssimo/ruim (OR = 2,8). A hipertensão esteve associada à obesidade (OR = 3,1) e a estar na pós-menopausa (OR = 2,6); insônia à autopercepção da saúde péssima/ruim (OR = 2,3) e ao nervosismo (OR = 5,1); e diabetes à idade acima de 50 anos (OR = 3,9) e à obesidade (OR = 12,5) (Tabela 2).

Tabela 1. Variáveis associadas à presença de depressão, hipertensão, insônia ou diabetes – análise bivariada

Variáveis	Depressão	Hipertensão	Insônia	Diabetes
	Valor p	Valor p	Valor p	Valor p
Idade >50 anos	NS	NS	NS	0,01
Número de gestações >2	NS	NS	NS	0,04
Renda <US\$ 1.300	0,02	NS	NS	NS
Tabagismo prévio ou ativo	0,005	NS	0,006	NS
Nenhuma atividade física ou <3 vezes por semana	0,003	NS	NS	NS
Lazer péssimo/ruim	<0,0001	NS	NS	NS
Nervosismo presente	0,0004	0,008	<0,0001	NS
Autoavaliação da vida sexual péssima/ruim	<0,002	NS	0,03	NS
Obesidade	NS	0,008	NS	0,02
Pós-menopausa	NS	<0,0001	0,04	0,03
Autopercepção da saúde péssima/ruim	NS	<0,03	0,0002	NS
Ondas de calor presents	NS	NS	0,02	NS

NS: não significativo.

As variáveis: estado marital, cor, escolaridade, jornada de trabalho semanal, idade à menopausa e terapia de reposição hormonal não apresentaram associação significativa. $p > 0,05$; teste do χ^2 .

Tabela 2. Variáveis associadas à presença de depressão, hipertensão, insônia ou diabetes – análise múltipla

Variáveis	Depressão	Hipertensão	Insônia	Diabetes
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Idade (anos)				
40–49	NS	NS	NS	1,0
50–65				3,9 (1,1–14,0)
Lazer				
Bom/excelente	1,0	NS	NS	NS
Péssimo/ruim	2,8 (1,2–6,9)			
Nervosismo			1,0	
Ausente	NS	NS	5,1 (3,3–10,5)	NS
Presente				
Obesidade				
≤30	NS	1,0	NS	1,0
>30		3,1 (1,3–6,7)		12,5 (3,5–43,4)
Estado menopausal				
Pré-menopausa	NS	1,0	NS	NS
Perimenopausa		1,9 (0,8–4,3)		
Pós-menopausa		2,6 (1,2–5,6)		
Autopercepção da saúde				
Boa/excelente	1,0	NS	1,0	NS
Péssima/ruim/regular	3,7 (1,8–7,4)		2,3 (1,1–4,3)	

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança; NS: não significativo.

As variáveis renda, estado marital, cor, escolaridade, jornada de trabalho semanal, número de gestações, autoavaliação da vida sexual, idade à menopausa, terapia de reposição hormonal, tabagismo e ondas de calor não apresentaram associação significativa.

Regressão logística múltipla com critério de seleção de variáveis *stepwise*.

IC (95%).

Discussão

O objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores associados à hipertensão arterial, diabetes, insônia e depressão em mulheres brasileiras de 40 a 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade. Nesta amostra, a insônia

foi a morbidade com maior prevalência, seguida pela depressão, hipertensão e diabetes¹⁷.

A autopercepção de saúde péssima/ruim associou-se à presença de insônia e depressão na análise múltipla. Um estudo brasileiro de base populacional também correlacionou a pior percepção de saúde com a insônia²¹. Outro,

que incluiu mulheres com 65 anos ou mais, mostrou que 49% delas apresentavam persistência de insônia e que a presença de doenças crônicas foi um fator preditivo para essa condição²². A pior percepção de saúde associada à insônia, como evidenciado na presente pesquisa, pode estar relacionada à maior presença de doenças e, conseqüentemente, uso mais frequente de medicações para tratá-las. A utilização de alguns medicamentos, como antidepressivos, pode ter impacto negativo sobre o sono, sendo, muitas vezes, sua causa²³. Em relação à depressão, em concordância com estes dados, estudo populacional brasileiro que incluiu 1.516 idosos concluiu que sintomas depressivos e de ansiedade apresentaram associações significativas com a pior autoavaliação da saúde²⁴.

A avaliação de atividades de lazer como péssimas ou ruins também se associou à depressão. Resultados semelhantes foram observados em estudo longitudinal de uma comunidade inglesa, e verificou-se que maior atividade social foi associada a menor risco de sintomas depressivos e, em pessoas sintomáticas, foi o principal fator de melhoria após dois anos de acompanhamento²⁵. Referir nervosismo esteve relacionado à insônia. Em outro estudo realizado com mulheres de meia idade, problemas de sono também estiveram ligados a transtornos mentais e alterações do humor²⁶. A importância dos fatores psicossociais associados à insônia foi também evidenciada em estudo qualitativo utilizando dados de 22 entrevistas de profundidade com mulheres na pós-menopausa²⁷.

Na presente pesquisa, tanto a hipertensão arterial quanto o *diabetes mellitus* estiveram linkados à obesidade. Em estudo com 1.412 sujeitos da população geral, evidenciou-se também o impacto do peso corporal e da gordura visceral com o maior risco de desenvolver *diabetes mellitus* e hipertensão arterial²⁸. A hipertensão também se associou a estar na pós-menopausa. O WHILA, estudo populacional sueco com mulheres de 50 a 60 anos²⁹, mostrou que a hipertensão foi mais comum em mulheres na pós-menopausa quando comparado às mulheres na pré-menopausa, mesmo após ajuste de fatores de risco como idade, perfil lipídico e IMC. A incidência do diabetes vem aumentando no mundo todo, e seu crescimento está relacionado ao envelhecimento da população³⁰, o que foi também evidenciado no presente estudo, no qual diabetes doença esteve associada à idade acima de 50 anos.

O presente estudo deve ser avaliado dentro das suas limitações. Trata-se de um tipo transversal, o qual não permite estabelecer relação causal entre as variáveis independentes e as morbidades. Outro fator limitante pode ser a subestimação das doenças crônicas que demandam internação de longa duração e de algumas doenças mentais, já que os inquéritos domiciliares referem-se normalmente à população civil não institucionalizada³¹. Apesar de ser uma análise secundária, trata-se de um estudo de base populacional. Outro fato relevante é que os sujeitos avaliados apresentam escolaridade acima da média brasileira, o que poderia representar melhores condições de acesso a informações e serviços de saúde e que, no entanto, ainda apresentou alta prevalência de morbidades. Dados derivados deste estudo foram obtidos por questionário autorrespondido. Cabe ressaltar que pesquisas têm mostrado alta taxa de concordância entre autorrelato do estado de saúde e avaliação clínica da presença ou ausência da doença crônica não transmissível, principalmente em mulheres com maior nível de escolaridade³²⁻³⁴.

O conhecimento dos fatores associados às morbidades em mulheres nessa faixa etária permite obter informações importantes para a execução de programas de prevenção de doenças que aparecem com o envelhecimento e, assim, adiar o início das morbidades, reduzindo o seu tempo ou incapacidade e concentrando esse período apenas no fim da vida, melhorando a qualidade de vida e diminuindo custos com tratamentos. O desenvolvimento de programas que possam ser utilizados em tal estratégia deve ser sustentável e em longo prazo, e as atividades propostas para a preparação e execução de tais programas precisam incluir tanto o setor privado quanto o governamental. Essa estratégia deve promover a alimentação adequada, atividade física e combate ao tabagismo, ou seja, um estilo de vida saudável, além do diagnóstico precoce das doenças crônicas não transmissíveis, facilitando, sobremaneira, o seu controle.

Agradecimentos

Às doutoras Maria Helena de Sousa e Maria José Osis pelas importantes sugestões.

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), com processo nº 04/10524-8.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2008 [cited 2011 Jun 20]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2008/indic_sociais2008.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica [Internet]. Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2011 [cited 2012 Feb 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>

3. Palacios S, Borrego RS, Forteza A. The importance of preventive health care in post-menopausal women. *Maturitas*. 2005;52(Suppl 1):S53-60.
4. Alves LC, Leimann BCG, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
5. Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med*. 2009;265(2):288-95.
6. Falagas ME, Vardakas KZ, Vergidis PI. Under-diagnosis of common chronic diseases: prevalence and impact on human health. *Int J Clin Pract*. 2007;61(9):1569-79.
7. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003 [cited 2011 Apr 20]. Available from: http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Livro_SABE.pdf
8. Bromberger JT, di Scalea TL. Longitudinal associations between depression and functioning in midlife women. *Maturitas*. 2009;64(3):145-59.
9. Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005;12(4):385-98.
10. Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(10):788-94.
11. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262(7):914-9.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. Bolge SC, Balkrishnan R, Kannan H, Seal B, Drake CL. Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms. *Menopause*. 2010;17(1):80-6.
14. Shaver JL. Women and sleep. *Nurs Clin North Am*. 2002;37(4):707-18.
15. Soares CN. Insomnia in women: an overlooked epidemic? *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(4):205-13.
16. Puts MT, Deeg DJ, Hoeymans N, Nusselder WJ, Schellevis FG. Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. *Age Ageing*. 2008;37(2):187-93.
17. Machado VSS, Valadares AL, da Costa-Paiva LS, Moraes SS, Pinto-Neto AM. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause*. 2012 [Epub 2012 Mar 12].
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por entrevistas telefônicas – VIGITEL – 2008 [cited 2011 Jan 22]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/167_Q2008.pdf
19. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Conde DM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: associated factors. *Menopause*. 2008;15(2):264-9.
20. Pedro AO, Pinto Neto AM, Paiva LH, Osis MJ, Hardy E. Age at natural menopause among Brazilian women: results from a population-based survey. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):17-25.
21. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):851-60.
22. Gureje O, Oladeji BD, Abiona T, Makanjuola V, Esan O. The natural history of insomnia in the Ibadan study of ageing. *Sleep*. 2011;34(7):965-73.
23. Ancoli-Israel S, Cooke JR. Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(7 Suppl):S264-71.
24. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa EA. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):827-34.
25. Isaac V, Stewart R, Artero S, Ancelin ML, Ritchie K. Social activity and improvement in depressive symptoms in older people: a prospective community cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(8):688-96.
26. Polo-Kantola P. Sleep problems in midlife and beyond. *Maturitas*. 2011;68(3):224-32.
27. Viçeta SM, Hachul H, Tufik S, de Oliveira EM. Sleep in postmenopausal women. *Qual Health Res*. 2012;22(4):466-75.
28. Bombelli M, Facchetti R, Sega R, Carugo S, Fodri D, Brambilla G, et al. Impact of body mass index and waist circumference on the long-term risk of diabetes mellitus, hypertension, and cardiac organ damage. *Hypertension*. 2011;58(6):1029-35.
29. Samsioe G, Lidfeldt J, Nerbrand C, Nilsson P. The women's health in the Lund area (WHILA) study – an overview. *Maturitas*. 2010;65(1):37-45.
30. Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 2011;378(9785):31-40.
31. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
32. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German Content project. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:14.
33. Simpson CF, Boyd CM, Carlson MC, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(1):123-7.
34. Okura Y, Urban LH, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(10):1096-103.