

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Faculdade de Medicina (FAMED)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE CERVANTES DE
10 ITENS (CS-10) E AVALIAÇÃO DO PERFIL, SINTOMAS
MENOPÁUSICOS, QUALIDADE DE VIDA E FATORES RELACIONADOS EM
MULHERES CLIMATÉRICAS**

MONA LÚCIA DALL'AGNO

Porto Alegre, Brasil

Setembro de 2023

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Faculdade de Medicina (FAMED)

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE CERVANTES DE
10 ITENS (CS-10) E AVALIAÇÃO DO PERFIL, SINTOMAS
MENOPÁUSICOS, QUALIDADE DE VIDA E FATORES RELACIONADOS EM
MULHERES CLIMATÉRICAS**

Orientador: Prof^a Dr^a Maria Celeste
Osorio Wender

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor no
Programa de Pós Graduação em
Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.

Porto Alegre, Brasil

Setembro de 2023

CIP - Catalogação na Publicação

Dall'Agno, Mona Lúcia
Validação da versão brasileira da Escala de
Cervantes de 10 itens (CS-10) e avaliação do perfil,
sintomas menopáusicos, qualidade de vida e fatores
relacionados em mulheres climatéricas / Mona Lúcia
Dall'Agno. -- 2023.
132 f.
Orientadora: Maria Celeste Osório Wender.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Climatério. 2. Estudo de Validação. 3.
Inquéritos e questionários. 4. Qualidade de Vida. 5.
Saúde da Mulher. I. Osório Wender, Maria Celeste,
orient. II. Título.

*"I stand
On the sacrifices
Of a million women before me
Thinking
What can I do
To make this mountain taller
So the women after me
Can see farther
- legacy"*

Rupi Kaur

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo às dezenas de mulheres inspiradoras que passaram na minha vida. A começar pelas da minha família: minha mãe, Ana, por ser incansável na busca pelos seus sonhos. Por me ensinar com seu exemplo a acreditar que o impossível é só uma questão de perspectiva. Minha avó “Anita” e minha bisavó “Nona”, os maiores exemplos de força que conheci. Minha cunhada, Camila, por encarar e batalhar frente a cada desafio.

Em seguida, aquelas que me inspiram fora do contexto familiar: minha orientadora, Maria Celeste; amigas e colegas; mães.

Às mulheres que vivem o climatério e que acreditam que qualidade de vida é possível, que buscam sua melhor versão nas diferentes fases e situações que a vida às impõem.

Dedico também às mulheres que participaram deste estudo e despenderam o seu tempo nessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Celeste Osorio Wender, minha orientadora, por ser uma verdadeira inspiração. Uma mulher forte, batalhadora, profissional. Equilibra as diversas facetas da sua vida como ninguém. Obrigada pela acolhida e por tornar minha passagem pelo HCPA um período cheio de boas memórias. Por me apresentar às mulheres climatéricas e despertar em mim o desejo de tê-las na minha vida profissional dali em diante. Também agradeço eternamente por enxergar em mim potencial para a pesquisa quando eu nem imaginava que seria possível. Agradeço o incentivo sem limites, orientação segura, sabedoria e dedicação. Mas, principalmente, agradeço pela relação de confiança que criamos. Sou imensamente feliz de poder dividir contigo tantas experiências e oportunidades. Sou e serei uma eterna fã!

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisa Climatério e Menopausa, principalmente aqui representados pela Dra Fernanda Ferreira e pelo Professor Dr Charles Francisco Ferreira. Obrigada pela amizade, pelo convívio, apoio e incentivo. Pela paciência, pelos ensinamentos doados e por compartilharem sua experiência. Levarei vocês para sempre comigo.

Ao meu marido que me apoiou e embarcou comigo em todas as minhas ideias e desejos. Agradeço por entender a dedicação e o cansaço, por “segurar as pontas” para que eu pudesse me dedicar da maneira mais integral possível, por se dedicar ao João e abdicar das tuas prioridades em detrimento das minhas. Obrigada pela dupla que formamos e por estar sempre ao meu lado.

À minha família que sempre me incentivou a sonhar grande. Obrigada pelo apoio incondicional e em qualquer momento. E nesses últimos meses, obrigada por serem rede de apoio e pelo amor e carinho com o João enquanto a mamãe precisava se dedicar de maneira mais intensa.

Aos colegas da Universidade de Caxias do Sul (UCS) pela compreensão e incentivo nesse momento de maior dedicação com vistas à conclusão dessa etapa.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia por terem dividido seu conhecimento ao longo dessa caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul, pela oportunidade e pelo auxílio burocrático.

Às alunas de Iniciação Científica e demais colegas do Grupo de Pesquisa Climatério e Menopausa que participaram ativamente na coleta de dados e entrevistas que fizeram parte desse projeto

Às mulheres, que participaram do estudo ou não, que me inspiraram, e seguem inspirando diariamente a seguir em frente mesmo nos momentos difíceis.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS.....	10
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE TABELAS	13
RESUMO.....	14
ABSTRACT	16
INTRODUÇÃO	18
REVISÃO DA LITERATURA.....	20
ESTRATÉGIA PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES ...	20
MAPA CONCEITUAL E ESQUEMÁTICO	22
CLIMATÉRIO	23
Conceitos e Epidemiologia.....	24
Fisiopatologia.....	26
Quadro clínico.....	28
Avaliação Objetiva dos Sintomas Climatéricos.....	32
QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO	36
Avaliação objetiva da qualidade de vida no climatério.....	40
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PESQUISA	43
JUSTIFICATIVA	48
HIPÓTESES.....	49
OBJETIVOS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ARTIGO EM INGLÊS - I.....	Erro! Indicador não definido.
ARTIGO EM INGLÊS - II.....	63
PERSPECTIVAS.....	94
APÊNDICES.....	96

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	96
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO E INSTRUMENTOS	99

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AMH – *Anti-müllerian hormone* (Hormônio anti-Mülleriano)

CS – *Cervantes Scale* (Escala de Cervantes)

DMO – Densidade Mineral Óssea

FSFI – *Female Sexual Function Index* (Índice de Função Sexual Feminina)

FSH – *Follicle-stimulating hormone* (Hormônio folículo estimulante)

GCS – *Greene Climacteric Scale* (Escala Climatérica de Greene)

GnRH – *Gonadotropin releasing hormone* (Hormônio liberador de gonadotrofinas)

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IK – Índice de Kupperman

IMC – Índice de Massa Corporal

IMS – *International Menopause Society* (Sociedade Internacional de Menopausa)

IPAQ – *International physical activity questionnaire* (Questionário Internacional de Atividade Física)

IQOD – *International Health-related Quality of Life Outcomes Database*

LH – *Luteinizing hormone* (Hormônio luteinizante)

MENCAV – *Menopause Quality of Life Scale*

MENQOL – *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire*

MENQOL-Intervention – *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire – intervention*

MQOL – *McGill Quality of Life Questionnaire*

MRS – *Menopause Rating Scale* (Escala de Avaliação da Menopausa)

MST – *Menopause Transition Scale*

MVAS – *Menopause Visual Analogue Scale*

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

SGM – Síndrome Genitourinária da Menopausa

SMV – Sintomas Vasomotores

STRAW+10 – *Stages of Reproductive Aging Workshop + 10*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UQOL – *Utian Quality of Life Scale*

WHQ – *Women's Health Questionnaire* (Questionário de Saúde da Mulher)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceitual..... 21

Figura 2. Sistema de estadiamento do *Stages of reproductive aging workshop + 10 (STRAW +10)* para mulheres..... 23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultado de busca de referências bibliográficas nas bases eletrônicas de dados.....	20
Tabela 2. Resultado do cruzamento de busca de referências bibliográficas nas bases eletrônicas de dados.....	20
Tabela 3. Número de artigos selecionados relacionados à temática do tema.	20
Tabela 4. Fatores gerais influenciando a qualidade de vida após a menopausa..	37
Tabela 5. Qualidade de vida relacionada à saúde – problemáticas relacionadas à menopausa e ao envelhecimento.....	37
Tabela 6. Instrumentos de pesquisa para avaliação de sintomas climatéricos e QV validados para a população brasileira.....	41

RESUMO

Introdução: O climatério se caracteriza como um período de transição entre a fase reprodutiva e não-reprodutiva da vida da mulher. Devido ao hipoestrogenismo característico, algumas manifestações podem impactar negativamente a qualidade de vida, sendo os sintomas vasomotores as mais frequentes. Instrumentos de pesquisa concisos e objetivos agregam confiabilidade na avaliação e valorização da qualidade de vida relacionada à saúde no cenário da prática clínica da mulher climatérica. **Objetivo:** O presente estudo objetiva traduzir, adaptar culturalmente e validar a versão brasileira da Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10), um instrumento curto, rápido e de fácil aplicação que avalia sintomas climatéricos e qualidade de vida de mulheres de meia-idade. Também objetiva avaliar o perfil, os sintomas menopáusicos, a qualidade de vida e fatores relacionados em mulheres climatéricas brasileiras. **Métodos:** Estudo transversal observacional que incluiu mulheres brasileiras da comunidade, com idade entre 40 e 55 anos. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, através de um questionário semiestruturado, foram coletados dados sociodemográficos, informações de saúde geral e hábitos, incluindo o Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (IPAQ). Após, as participantes preencheram o CS-10 e o Questionário de Saúde da Mulher (WHQ). O uso dessas ferramentas se faz necessário para o processo de validação do CS-10, além de permitir a avaliação dos sintomas climatéricos, da qualidade de vida e de fatores relacionados. **Resultados:** Para o processo de validação, 422 mulheres foram incluídas. Análise fatorial confirmatória (CFA) foi realizada através do software AMOS 16.0,

demonstrando bom ajuste. Qui-quadrado sobre graus de liberdade (χ^2/df), Índice de ajuste comparativo (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI) e Raiz média dos quadrados dos erros de aproximação (RMSEA) foram utilizados como índices de adequação de ajustes ($\chi^2/df=1,454$, CFI=0,989; TLI=0,985; RMSEA=0,033; CI 90%=0,002-0,052; PCLOSE=0,921; Model p=0,049). O Coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna, com boa confiabilidade (Alfa de Cronbach=0,724). Para a avaliação do perfil, dos sintomas da qualidade de vida e fatores associados das mulheres climatéricas da região sul do Brasil, foram incluídas 918 participantes. A idade média da menopausa foi de 47,00 [43,00 – 50,00] anos. Os sintomas climatéricos mais prevalentes nessa população foram “sentir-se ansiosa e nervosa” (80,6%), seguido de “sentir que os músculos e/ou as articulações doem” (74,2%) e “pele seca” (67,2%). A mediana do escore total do CS-10 foi 15,00 [8,00 – 24,00]. Pior qualidade de vida (maior escore total do CS-10) foi associado a não estar empregada ou com alguma ocupação, atividade física irregular ou sedentarismo, maior índice de massa corporal, menopausa cirúrgica e maior tempo desde a menopausa. Maior nível educacional foi associado a melhora qualidade de vida (menor escore total do CS-10). **Conclusão:** O CS-10 é uma ferramenta consistente para a avaliação da QV relacionada à saúde em mulheres brasileiras de meia-idade. Sintomas climatéricos e qualidade de vida de mulheres brasileiras de meia-idade são relacionados a fatores hormonais, educacionais, socioeconômicos, de estilo de vida e antropométricos.

Palavras-chave: Climatério; Estudo de Validação; Inquéritos e questionários; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Climacteric is characterized as a transitional period between the reproductive and non-reproductive years. Menopausal manifestations – vasomotor symptoms are the most frequent – occur due to hypoestrogenism and may negatively influence the quality of life. Objective and easy-to-apply instruments add reliability in the assessment and appreciation of health-related quality of life in the scenario of clinical practice of climacteric women. **Aim:** To translate, culturally adapt and validate the Brazilian 10-item Cervantes Scale (CS-10), a concise and easy-to-apply instrument for climacteric symptoms and quality of life assessment in mid-age women. In addition, this study aims to assess the profile, the menopausal symptoms, the quality of life and related factors in Brazilian climacteric women. **Methods:** This is an observational cross-sectional study that includes community women aged 40 - 55 years in southern Brazil. After being informed about the purpose and methods of the study and signing the Informed Consent, the participants answer a semi-structured questionnaire containing sociodemographic, general health and habits data, including the International Physical Activity Questionnaire – short version (IPAQ). After, the participants filled-out the CS-10 and the Women’s Health Questionnaire (WHQ). These are instruments for the questionnaire validation process and assessment of climatic symptoms, quality of life and related factors of the climacteric population of southern Brazil. **Results:** For the validation process, 422 women were included. A Confirmatory Factor Analysis (CFA) was conducted with the AMOS 16.0 software and showed a good fit. Chi-square of degrees of freedom (χ^2/df), the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker-Lewis Index (TLI)

and the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) were used as indices of goodness of fit ($\chi^2/df=1.454$, CFI=0.989; TLI=0.985; RMSEA=0.033; CI 90%=0.002-0.052; PCLOSE=0.921; Model $p=0.049$). Cronbach's alpha coefficient was used for internal consistency and established a good reliability CS-10 and WHQ (Cronbach's alpha=0.724). For the assessment of the Brazilian climacteric women profile, climacteric symptoms, quality of life and related factors, 918 women were included. The median menopause age reported was 47.00 [43.00 – 50.00] years. The most prevalent climacteric symptom was "feeling anxious or nervous" (80.6%), followed by "aching in muscles and/or joints" (74.2%) and "skin dryness" (67.2%). The median CS-10 total score was 15.00 [8.00 – 24.00]. Not being employed, irregularly active or a sedentary lifestyle, having a higher body mass index, having surgical menopause, or having a higher time since menopause onset was directly related to a higher CS-10 total score (worse quality of life), while a higher educational level is associated with a lower CS-10 total score (good quality of life).

Conclusion: The translated and adapted to Brazilian culture CS-10 is a consistent tool for menopause symptoms and QoL assessment in mid-aged women. Menopausal symptoms and QoL of this Brazilian middle-aged women sample were related to hormonal, educational, lifestyle, socioeconomic and anthropometric aspects.

Keywords: Climacteric; Quality of life; Surveys and questionnaires; Validation study; Women's Health.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população tem levado a transformações profundas na composição etária global. A expectativa de vida eleva-se substancialmente a cada década, graças à diminuição da mortalidade da população acima de 65 anos de idade, o que se reflete na reestruturação da pirâmide etária mundial. Conforme algumas previsões, no ano de 2050 as nações hoje conhecidas como desenvolvidas serão sociedades retangulares. A população feminina passará quase metade de sua vida no período do climatério e pós-menopausa, fase que engloba não apenas alterações biológicas, mas também mudanças sociais e culturais, associados a consequências do processo de envelhecimento.

Os sintomas que mais caracterizam a transição menopausal são aqueles relacionados ao hipoestrogenismo, como as alterações no ciclo menstrual, os sintomas vasomotores (SMV) - fogachos e sudorese noturna, os distúrbios do sono e as alterações urogenitais. Concomitantemente, algumas manifestações clínicas são reflexo do processo fisiológico de envelhecimento.

O envelhecimento da população produz uma reorganização socioeconômica e estimula novas pesquisas, não mais exclusivamente para diagnóstico e tratamento de enfermidades comuns da população desta faixa etária, mas principalmente para a manutenção de sua qualidade de vida (QV).

Para avaliação da QV, questionários têm sido elaborados possibilitando que pesquisadores transformem informações subjetivas em dados objetivos e

mensuráveis, que resultam em informações que podem ser quantificadas e comparadas entre indivíduos e até mesmo entre populações diferentes.

Um dos instrumentos utilizados para avaliar a QV relacionada com a saúde da mulher durante a perimenopausa e pós-menopausa é a Escala de Cervantes (CS), desenvolvida na Espanha e validada para o português brasileiro em 2009. Originalmente, o questionário é composto por 31 itens, o que o torna longo e pouco prático para a aplicação no âmbito clínico e científico.

Com a intenção de elaborar um instrumento menor e, conseqüentemente, mais rápido, uma versão curta da CS foi elaborada a partir do questionário original. O novo instrumento com 10 itens foi publicado em 2013 e ganhou validações para outras populações em 2014 (Equador) e em 2018 (Portugal). Todas as versões mantêm as propriedades psicométricas da ferramenta original.

O uso de uma ferramenta de fácil e rápida aplicação para avaliação da QV e sua relação com os sintomas climatéricos auxilia e estimula os profissionais da saúde a valorizarem e buscarem a QV dos seus pacientes.

Frente a essa realidade, esse estudo objetivou traduzir, adaptar culturalmente e validar a versão brasileira da Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10). É aventado que o processo de validação resulte em um instrumento confiável, de fácil aplicação na prática clínica e pesquisa. Além disso, o uso do instrumento validado permitirá o acesso a dados inéditos sobre o perfil, sintomas menopáusicos, qualidade de vida e fatores relacionados em mulheres climatéricas no sul do Brasil.

REVISÃO DA LITERATURA

ESTRATÉGIA PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

Os estudos nos idiomas espanhol, inglês e português foram selecionados nas bases eletrônicas de dados Pubmed/Medline e SciELO. Inicialmente foram selecionadas as publicações dos últimos 5 anos. Os artigos mais antigos foram selecionados por serem referências nos artigos da primeira busca e por serem consagrados na literatura.

Foram empregados os seguintes descritores, conforme o Medical Subject Headings (MeSH): a) Climacteric, b) Quality of life, c) Cervantes scale e d) Validation studies.

Em seguida, realizou-se o cruzamento dos descritores nas bases de dados: a) *Climacteric AND Quality of life*; b) *Climacteric AND Cervantes scale*; c) *Climacteric AND Validation studies*; d) *Quality of life AND Cervantes scale* e) *Quality of life AND Validation studies*; f) *Cervantes scale AND Validation studies*.

As Tabelas 1 e 2 resumam as estratégias de busca de referências bibliográficas. A Tabela 3 inclui o número de artigos selecionados relacionados à temática do tema.

Tabela 1. Resultado de busca de referências bibliográficas nas bases eletrônicas de dados.

DESCRITORES	BASES DE PESQUISA	
	PUBMED	SciELO
<i>Climacteric</i>	13789	127
<i>Quality of life</i>	208353	6488
<i>Cervantes scale</i>	143	6
<i>Validation studies</i>	19169	1408

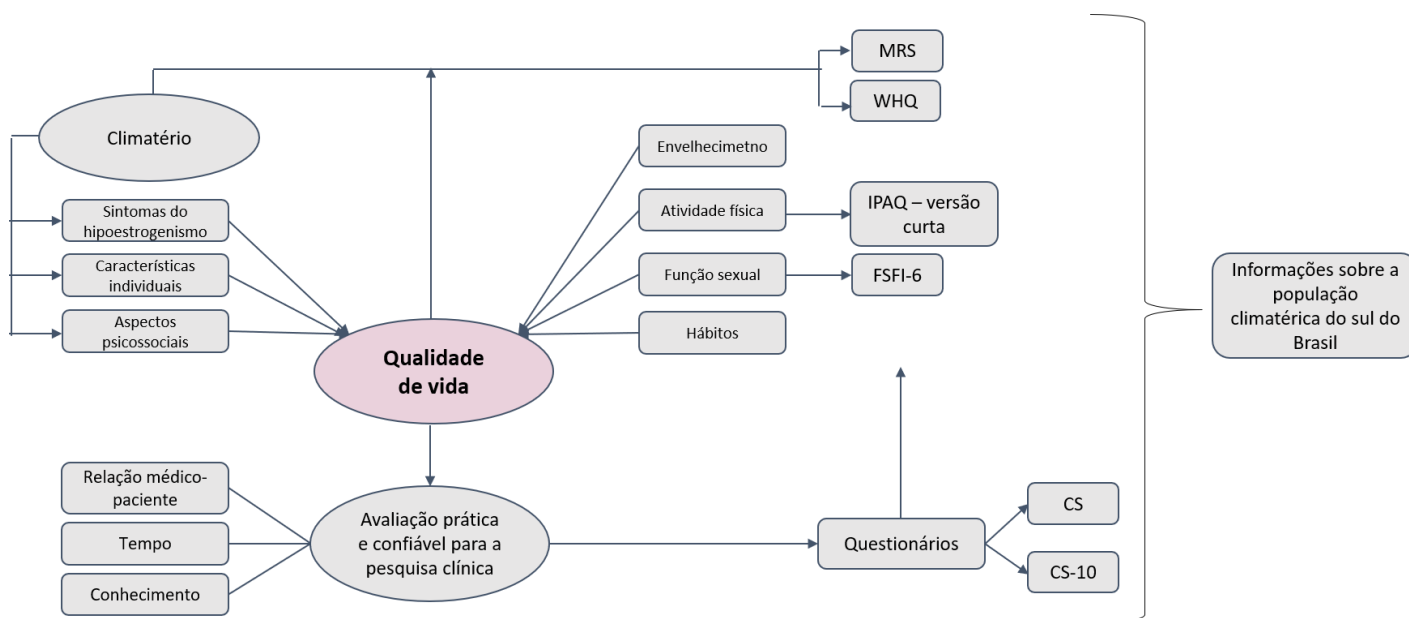
Tabela 2. Resultado do cruzamento de busca de referências bibliográficas nas bases eletrônicas de dados.

DESCRITORES	BASES DE PESQUISA	
	PUBMED	SciELO
<i>Climacteric AND Quality of life</i>	1526	31
<i>Climacteric AND Cervantes scale</i>	20	3
<i>Climacteric AND Validation studies</i>	115	0
<i>Quality of life AND Cervantes scale</i>	19	2
<i>Quality of life AND Validation studies</i>	1507	62
<i>Cervantes scale AND Validation studies</i>	2	1

Tabela 3. Número de artigos selecionados relacionados à temática do tema.

DESCRITORES	BASES DE PESQUISA	
	PUBMED	SciELO
<i>Climacteric AND Quality of life</i>	44	3
<i>Climacteric AND Cervantes scale</i>	5	0
<i>Climacteric AND Validation studies</i>	10	0
<i>Quality of life AND Cervantes scale</i>	5	0
<i>Quality of life AND Validation studies</i>	21	3
<i>Cervantes scale AND Validation studies</i>	1	0

MAPA CONCEITUAL E ESQUEMÁTICO

**Figura 1:** Mapa conceitual e esquemático.

Postula-se que os sintomas climatéricos e outros aspectos dessa fase da vida da mulher possam interferir de forma significativa na QV. Dentre eles estão aspectos ambientais, biológicos, culturais, pessoais e sociais, além das consequências do próprio envelhecimento.

Entende-se a importância da avaliação adequada dos sintomas climatéricos por profissionais da saúde ao objetivarmos a QV do paciente. Essa avaliação nem sempre será satisfatória devido à subjetividade que a compõe, além da dificuldade imposta pelo tempo escasso em cada consulta, pela falta de conhecimento dos profissionais avaliadores e muitas vezes pela relação médico-paciente ser pouco empática ou eventual, principalmente na saúde pública.

Com vistas a padronizar a avaliação da QV no climatério, principalmente em nível de pesquisa clínica, questionários validados foram elaborados. Objetivando tornar essa avaliação mais prática e rápida, e ainda assim confiável, propusemos a tradução, adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10).

De posse dessas ferramentas validadas, é possível entendermos de forma mais confiável e aprofundada os aspectos que permeiam o climatério: os sintomas do hipoestrogenismo, a qualidade de vida e outros fatores associados.

CLIMATÉRIO

Conceitos e Epidemiologia

Segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (*International Menopause Society – IMS*), o termo “climatério” se refere a um período progressivo e fisiológico do envelhecimento feminino, marcado pela transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida da mulher.⁽¹⁾ O climatério engloba a perimenopausa, que conforme o estadiamento baseado nas etapas da vida reprodutiva feminina proposto pelo *Stages of Reproductive Aging Workshop* em 2001 e revisada e validada em 2012 (STRAW +10 – Figura 1), é composto pelo estágio de “transição menopausal” (-2 e -1) e pelo primeiro ano do período “pós-menopausa inicial” (+1a), passando pela menopausa propriamente dita: a data da última menstruação.^(2,3)

		MENARCA				ÚLTIMA MENSTRUACÃO (0)				
Estágios	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	2
Terminologia	REPRODUTIVO				TRANSIÇÃO MENOPAUSAL		PÓS-MENOPAUSA			
	Inicial	Pico	Final		Inicial	Final	Inicial		Final	
					PERIMENOPAUSA					
Duração	Variável				Variável	1 – 3 anos	2 anos (1 + 1)		3 – 6 anos	Até o fim da vida
Critérios principais										
Ciclo menstrual	Variável a Regular	Regular	Regular	Variações sutis no fluxo e duração	Duração variável	Amenorreia > 60 dias				
Critérios de apoio										
Endócrinos										
FSH			Baixo	Variável	Levemente elevado	> 25 UI/L	Elevado	Estabilizado		
AMH			Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo		
Inibina B				Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo		
CFA*			Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Muito baixa	Muito baixa		
Características descritivas										
Sintomas						Sintomas vasomotores prováveis	Sintomas vasomotores muito prováveis			Sintomas urogenitais

*CFA: contagem de folículos antrais

Figura 3: Sistema de estadiamento do *Stages of reproductive aging workshop + 10 (STRAW +10)* para mulheres.

Fonte: adaptado de Harlow SD, Gass M, Hall JE, *et al.*⁽³⁾

A menopausa é um evento fisiológico e inevitável que ocorre devido ao envelhecimento ovariano e sua consequente perda funcional progressiva.^(3,4) É representada pelo último ciclo menstrual, identificado depois de 12 meses de amenorreia. Usualmente, é esperada de forma natural no final da 4ª e início da 5ª década de vida.^(5,6) A idade da menopausa natural reflete uma complexa inter-relação de fatores de saúde e socioeconômicos. Dados de uma meta-análise envolvendo 36 estudos e 6 continentes demonstraram que o último ciclo

menstrual ocorre, globalmente, entre 46 e 52 anos. Essa variação se dá devido a diferenças étnicas, regionais, ambientais e comportamentais, como o tabagismo.⁽⁶⁾

A média global da idade da menopausa foi descrita como 48,78 anos [48,33 – 49,22], sendo reportada abaixo dessa média nos países da América Latina (47,37 [46,91 – 47,51]), África (48,38 [48,12 – 48,65]), Ásia (48,75 [48,08 – 49,42]) e Oriente Médio (47,37 [46,91 – 47,84]). A Europa (50,54 [50,04 – 51,05]), Austrália (51,25 [49,75-52,76]) e Estados Unidos (49,11 [48,78 – 49,43]) apresentam idades acima da média mundial.⁽⁶⁾

Corroborando os dados referentes à América Latina, recente estudo populacional brasileiro que incluiu 1500 mulheres de todo o território nacional e publicou dados inéditos sobre essa população, demonstrou que a média de idade da menopausa no Brasil foi de 48 anos.⁽⁷⁾ Outro estudo de base populacional, dessa vez envolvendo apenas mulheres da região Sudeste brasileira entre 45 e 60 anos, divulgou que a média de idade de ocorrência da menopausa foi $46,5 \pm 5,8$ anos.⁽⁸⁾

Fisiopatologia

O envelhecimento do sistema reprodutivo inicia-se ainda na vida intrauterina, quando grande parte dos folículos primordiais ovarianos são perdidos através do processo de apoptose celular. Até que seu número se esgote anunciando o período pós-menopáusico, os folículos crescem e sofrem atresia de forma contínua. Esse processo é irrecuperável e ininterrupto, e seu

declínio contribui para a diminuição da fertilidade além de determinar alterações hormonais importantes, responsáveis pelas alterações fisiológicas características do período peri e pós-menopáusicas.⁽⁹⁾

Durante a menacme, o hipotálamo determina a liberação dos hormônios hipofisários por meio de pulsos de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH, do inglês *gonadotropin-releasing hormone*). No ovário, 90% da produção do estradiol provém do folículo dominante e os demais folículos são responsáveis pela produção de inibina B e do hormônio anti mülleriano (AMH, do inglês *anti-müllerian hormone*). Esses produtos ovarianos, por meio de alças de retroalimentação, determinam aumento ou redução do hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) na hipófise, conforme a fase do ciclo. Essa regulação através do eixo hipotálamo-hipófise-ovário determina o ciclo menstrual normal.⁽⁹⁾

A diminuição do número de folículos ovarianos resulta na diminuição gradual da inibina B. Por sua vez, a queda nesse hormônio, desativa a alça de retroalimentação negativa existente sobre a hipófise, consequentemente liberando a secreção de FSH e aumentando o recrutamento folicular.⁽⁹⁾

Enquanto houver folículos, a ovulação é mantida e os níveis de estradiol permanecerão dentro da normalidade. A contínua perda da reserva folicular diminui os níveis de estradiol que não são mais suficientes para estimular o pico de LH, encerrando assim os ciclos ovulatórios. Sem a ovulação propriamente dita, não há menstruação, e tampouco produção de corpo lúteo e progesterona.⁽⁹⁾

No período pós-menopausa, na incessante tentativa de manter o estímulo ovariano, grandes quantidades de gonadotrofinas são secretadas pela hipófise, caracterizando um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. Os níveis de FSH e LH são marcadamente altos nos primeiros anos após a menopausa, decrescendo com o envelhecimento.⁽⁹⁾

Não há mais produção de progesterona. Quanto aos estrogênios, a produção de estradiol é quase nula nos ovários e a estrona, resultante da aromatização periférica da androstenediona, passa a ser o principal estrogênio circulante na pós-menopausa.⁽⁹⁾

Nos ovários, a produção remanescente de testosterona e androstenediona, mesmo reduzida, é suficiente para manter os ovários ativos. Os androgênios são os principais hormônios ovarianos disponíveis na pós-menopausa e servem como substrato para a aromatização periférica e formação de estrona.⁽⁹⁾

Quadro clínico

As alterações hormonais deste período se traduzem em diversas mudanças fisiológicas. Receptores estrogênicos existem em diferentes concentrações em vários locais do organismo (por exemplo: pele, ossos, vasos sanguíneos, coração, diversas regiões do cérebro, mama, útero, vagina, uretra e bexiga) e a redução dos níveis circulantes de estrogênio gera efeitos diferentes para cada mulher. As características individuais determinam perfis diferentes de

biodisponibilidade desse hormônio com repercussões próprias no metabolismo e quadro clínico-laboratorial.⁽¹⁰⁾ Apenas cerca de 15% das mulheres não apresentarão sintomas no período do climatério.⁽¹¹⁾

A transição menopausal é caracterizada principalmente pela irregularidade menstrual, com alterações na intensidade do fluxo e na duração e frequência das menstruações, refletindo os cada vez mais comuns ciclos anovulatórios. A irregularidade menstrual é o sintoma mais precoce da síndrome climatérica.⁽³⁾ A famosa amenorreia marca apenas a fase pós-menopausa.⁽³⁾ Já os sintomas vasomotores (SVM) – fogachos e sudorese noturna – são os sintomas climatéricos mais prevalentes e caracterizam a principal queixa nos consultórios médicos na transição menopausal e pós-menopausa inicial.⁽¹¹⁾ São referidos por mais de 80% dessas mulheres.⁽¹²⁾

O provável mecanismo para o aparecimento das ondas de calor é o estreitamento da zona termorreguladora no hipotálamo, de tal forma que alterações sutis da temperatura do corpo induzem mecanismos termoregulatórios que levam à vasodilatação.⁽¹¹⁾ Apesar do importante papel do hipoestrogenismo para os SVM, outros mecanismos parecem estar envolvidos simultaneamente, como pulsos de LH, mediados centralmente pela kisspeptina, neuroquinina B e dinorfina.⁽¹³⁾ Se caracteriza por uma sensação súbita de calor intenso, acompanhada de hiperemia da face e tronco e seguidos por sudorese profusa e frio.⁽¹³⁾ São particularmente comuns à noite, prejudicando a qualidade do sono, contribuindo para sensação de sono não-reparador^(14,15) e conseqüentemente, irritabilidade e cansaço durante o dia, diminuição na capacidade de concentração⁽⁸⁾ e impacto negativo na QV.^(16,17)

A média de tempo de duração dos SVM é de 7,4 anos, sendo que as ondas de calor iniciam ainda no período de transição menopausal (média de duração dos SVM antes da última menstruação: 2,9 anos). Após a menopausa, estima-se que os SVM durem em média mais 4,5 anos, variando conforme a etnia⁽¹⁸⁾. Aproximadamente 12% das mulheres seguirão apresentando episódios de fogachos e sudorese noturna 11 a 12 anos após a menopausa.⁽¹⁸⁾ Os sintomas prolongados parecem estar relacionados com o início precoce dos sintomas climatéricos.⁽¹⁸⁾

Distúrbios do sono, incluindo-se dificuldade para iniciar o sono, episódios de despertares noturnos (sono entrecortado) e pior qualidade do sono, estão entre os sintomas mais referidos pelas mulheres de meia-idade, sendo percebidos por até metade delas.⁽¹³⁾ Os SVM e as oscilações hormonais tem papel bem definido nos distúrbios relacionados ao sono no climatério, mas não parecem ser o único fator contribuinte.

Apesar da dificuldade das mulheres climatéricas em relatar sintomas urogenitais, essas alterações são comuns e progressivas, podendo acarretar consequências importantes a longo prazo.⁽¹⁹⁾ Devido ao hipoestrogenismo, alterações tróficas da vulva, vagina e trato urinário baixo podem ocorrer, levando à Síndrome Genitourinária da Menopausa (SGM), que compreende modificações histológicas, físicas e funcionais dessas estruturas.⁽¹⁹⁾ Acomete aproximadamente metade das mulheres pós-menopáusicas,^(4,20) e é uma condição subdiagnosticada cujo manejo, nem sempre, é realizado de forma satisfatória.^(20,22) Há ressecamento, ardência e irritação local, a lubrificação

vaginal está prejudicada podendo resultar em dispareunia e disfunção sexual, além da presença de sintomas urinários como disúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição e piora de incontinência urinária pré-existente.^(19,21,22) A QV é severamente impactada pela SGM.⁽²³⁾

Inúmeras vezes a sintomatologia vasomotora e as alterações atróficas são extremamente acentuadas e comprometem o dia a dia, porém, uma das principais preocupações a longo prazo do período pós-menopáusicas são as alterações ósseas. A osteoporose pós-menopáusicas é caracterizada pela fragilidade óssea, resultado da redução da densidade mineral óssea (DMO) e alterações microestruturais, aumentando o risco de fraturas por traumatismos leves.⁽²⁴⁻²⁹⁾ A perda de massa óssea é acentuada após a menopausa, chegando a 1,8-2,3% ao ano na coluna vertebral e 1,0-1,4% no quadril.^(24,25)

A importância da osteoporose e das conseqüentes fraturas se deve as suas frequência e a gravidade, que acarretam altos custos pessoais e sociais, relacionados a dor, deformidades e limitações na mobilidade, impactando a QV.⁽²⁶⁾ Quadros mais graves podem resultar em mortalidade prematura.⁽²⁶⁾

Outros sintomas, não menos importantes, também são atribuídos as modificações hormonais decorrentes da menopausa: distúrbios do humor, alterações cognitivas, alterações na função sexual, alterações em fâneros (pele e cabelo), dores articulares, mudanças na composição corporal e mudanças metabólicas e impacto no risco cardiovascular também fazem parte do arsenal de sintomas da síndrome climatérica.^(13,14)

Avaliação Objetiva dos Sintomas Climatéricos

Os sintomas climatéricos podem ser avaliados por meio de escalas validadas e amplamente aceitas. Estes instrumentos permitem a avaliação quantitativa do quadro clínico, comparações do mesmo indivíduo ao longo do tempo, propõem avaliar efetividade dos tratamentos propostos e podem contribuir para avaliar a QV relacionada à saúde.⁽³⁰⁾ Alguns instrumentos foram desenvolvidos com estes objetivos.

Nos anos 50, Kupperman e seus colegas desenvolveram o conhecido Índice de Blatt-Kupperman (IK), baseando-se em uma visão mais simplista desse conjunto de sinais e sintomas.^(31,32) Não se tinha conhecimento aprofundado sobre as modificações fisiológicas que ocorriam no climatério, e a elaboração do instrumento teve como base a expertise clínica de Kupperman.^(31,32) Apesar de ainda ser amplamente utilizado, o IK sofre duras críticas de estudiosos que defendem que suas propriedades psicométricas não atendem minimamente às exigências atuais e portanto seu uso deveria ser abandonado.⁽³¹⁾ Tampouco foram publicados estudos de validação dessa escala para diferentes populações.⁽³¹⁾

O IK contempla onze sintomas comuns no climatério aos quais são classificados como “ausente” (0), “leve” (1), “moderado” (2) ou “intenso” (3) pelas mulheres avaliadas e resultam em um escore numérico. Pontuações de 0 a 5 pontos são classificadas como ausência de sintomas, 5 a 10 como sintomatologia leve, 10 a 15 sintomatologia moderada e maior do que 15, sintomatologia grave.⁽³¹⁾ Em publicação posterior, foram atribuídos pesos diferentes aos sintomas contemplados na escala original e a pontuação de

escore total foi atualizada, passando a ser categorizada como sintomatologia leve (15 a 20 pontos), moderada (20 a 35 pontos) e grave (acima de 35 pontos).⁽³¹⁾ Não está claro se o instrumento é autoaplicável ou não.⁽³¹⁾

Com o passar dos anos, o melhor entendimento das alterações endocrinológicas envolvidas no processo de transição menopausal e a compreensão da multifatoriedade desse período reprodutivo, embasou a justificativa para desenvolvimento de novos instrumentos, dessa vez, mais complexos e abrangentes.

Em resposta à falta de escalas padronizadas e validadas para medir a gravidade dos sintomas associados à menopausa e o impacto desses sintomas na qualidade de vida relacionada à saúde, em 1990 foi desenvolvido a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS, do inglês *Menopause Rating Scale*), um questionário autoaplicável e com metodologia publicada garantindo sua validação, confiabilidade e estabilidade.⁽³³⁻³⁶⁾ Os autores tiveram como objetivo inicial avaliar os sintomas climatéricos de forma padronizada, além das implicações relacionadas a esses sintomas (QV relacionada à saúde).⁽³⁶⁾ Recentemente, estudos validaram essa escala para avaliação de desfechos relacionados ao tratamento hormonal na menopausa.⁽³⁷⁾

O MRS é composto de 11 itens capazes de avaliar 3 domínios: psicossocial, somatovegetativo e urogenital.⁽³³⁾ Desde sua publicação original na Alemanha, foram desenvolvidas diversas versões internacionais validadas e publicadas do MRS, incluindo a versão brasileira. Todas as traduções foram feitas seguindo recomendações metodológicas internacionais para a adaptação

linguística e cultural das medidas de qualidade de vida, usando a versão em inglês como fonte para garantir a equivalência transcultural entre os países ⁽³⁰⁾

Em 1992, o Questionário de Saúde da Mulher (WHQ, do inglês *Women's Health Questionnaire*) foi desenvolvido e publicado com o objetivo de medir a saúde física e mental de mulheres de meia-idade (45 a 65 anos) através da percepção de sintomas menopausais.^(38,39) Também permite a avaliação da QV relacionada à saúde no climatério. É uma ferramenta de destaque por conta de sua qualidade e confiabilidade, sendo o primeiro questionário a ser incluído no banco de dados internacional de desfechos de QV relacionados à saúde (IQOD, do inglês *International Health-related Quality of Life Outcomes Database*) do *MAPI Research Institute*.⁽⁴⁰⁾

O WHQ é um instrumento com 36 itens que avalia nove domínios de saúde física e mental classificados em escalas de até 4 pontos (humor depressivo, sintomas somáticos, ansiedade/medos, SVM, distúrbios do sono, comportamento sexual, sintomas menstruais, concentração e memória, atratividade/autoimagem). Possui questões específicas relacionadas à menopausa e outras associadas a questões psicológicas, saúde geral e envelhecimento. Sua aplicação é variável, sendo usado em estudos epidemiológicos e intervencionistas, e já foi traduzido e validado para diferentes países e idiomas, inclusive o português brasileiro.⁽⁴⁰⁾ Uma versão revisada foi publicada em 2006 e contempla 6 domínios com 23 itens.

Finalmente, em 1998, nova ferramenta para avaliar sintomas menopáusicos foi publicada. Sete estudos analíticos fatoriais de sintomas climatéricos foram examinados para determinar o conteúdo dos sintomas e sua estrutura. A *Greene Climacteric Subscale* (GCS) subdivide 21 sintomas em quadro domínios: psicológico, físico, vasomotor e sexual. Cada item pode ser classificado em quatro graus de intensidade, de ausentes (0) a intensos (4), através de uma escala Lickert autoaplicável. O escore total é a soma simples de cada um dos escores.⁽⁴¹⁾ Não há tradução da GCS para a língua portuguesa e tampouco há validação para uso na população brasileira.⁽⁴²⁾

Apesar da ampla oferta de ferramentas para avaliação da síndrome climatérica, carecem dados padronizados que avaliem as suas propriedades psicométricas. Uma comparação entre o MRS e o IK claramente demonstrou que ambas as escalas medem as mesmas condições.⁽³⁴⁾ Outro estudo recente, concluiu que o IK, MRS, GCS e o WHQ avaliam os sintomas climatéricos de uma forma muito similar e que faltam dados que comprovem sua robustez.⁽⁴³⁾ Além disso, não há critérios para priorização para cada um dos instrumentos ou para quais situações devem ser utilizados, bem como, a possível correlação entre eles.^(43,44)

Novos questionários vem sendo desenvolvidos com vistas ao aperfeiçoamento e qualidade psicométricas, além de garantir maior especificidade em relação a população estudada, como por exemplo o *Menopause Transition Scale* (MST) e o *Menopause Visual Analogue Scale* (MVAS) que contemplam mulheres na transição menopausal.^(45,46) Além destes,

existem algumas ferramentas desenvolvidas para avaliar intensidade e comportamentos relacionados a alguns sintomas climatéricos específicos, por exemplo os SVM. É o caso do *Daily Hot Flash Diary*,⁽⁴⁷⁾ o *Daily Hot Flash Diary* revisado,⁽⁴⁸⁾ o *Hot Flash Rating Scale*⁽⁴⁹⁾ e o *The Hot Flush Behaviour Scale* (ou *Hunter Menopause Scale*).⁽⁵⁰⁾ Nenhum deles foi validado para a nossa população até o momento.

QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO

A preocupação com a QV cresce exponencialmente com a humanização dos atendimentos em saúde. Há alguns anos, são valorizados parâmetros mais amplos do que apenas a ausência de doença, o controle dos sintomas e índices de mortalidade.⁽⁵¹⁾ Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) definir QV como um estado de bem-estar físico, mental e social, o termo parece não ter apenas um único significado, sendo um conceito subjetivo, que engloba o indivíduo como um todo, além do contexto cultural, social e ambiental no qual está inserido.⁽⁵²⁾

Há também a QV relacionada à saúde (*health-related quality of life*), conceito ainda centrado na avaliação subjetiva do indivíduo, porém, necessariamente relacionado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de viver plenamente.^(51,53)

Quando falamos em saúde, a QV é considerada um indicador de eficácia, eficiência e impacto de intervenções e ao avaliarmos esse indicador, os aspectos subjetivos e multidimensionais são primordiais.⁽⁵¹⁾ A subjetividade trata da percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-

médicos do seu contexto de vida. Já a multidimensionalidade decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na QV de um indivíduo.⁽⁵¹⁾

A atenção à QV relacionada à saúde ao longo do processo do envelhecimento e, conseqüentemente, no climatério, tem aumentado com o tempo. Isso se dá devido ao efeito do aumento exponencial e progressivo da expectativa de vida, além da percepção, tanto dos profissionais de saúde tanto dos próprios pacientes, em desejar a manutenção do bem-estar em geral e foco na prevenção de incapacidades que envolvem esse processo.⁽⁵³⁻⁵⁵⁾

Dados de 2022 revelam que as pessoas vivem 3 vezes mais do que há 250 anos.⁽⁵⁶⁾ A expectativa de vida global ao nascer atingiu 72,8 anos em 2019, sendo que as mulheres vivem mais, independente da região (73,8 *versus* 68,4 anos).⁽⁵⁶⁾ O país com maior expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, é Mônaco (87 anos), seguido por Japão (85 anos) e China (Hong Kong e Macau) (85 anos).⁽⁵⁶⁾

Em nosso país, segundo dados referentes ao ano de 2021 publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),⁽⁵⁷⁾ a expectativa de vida ao nascer aumentou, chegando a 77 anos para a população geral e 80,5 anos para as mulheres. De 1940 a 2019, o incremento na expectativa de vida foi de 31,1 anos para ambos os sexos.⁽⁵⁸⁾

A população feminina na pós-menopausa também cresce. Estima-se que no ano de 2025, o número global de mulheres acima dos 50 anos será maior do que 1 bilhão, em número absoluto.⁽⁵⁹⁾ No Brasil não é diferente: estima-se que

em 2060, o percentual de mulheres acima de 50 anos de idade será de 47% da população feminina em nosso país, enquanto que no ano de 2010 a mesma taxa era de 21,5%.⁽⁶⁰⁾ Desse modo, a menopausa deixou de ser um evento pertencente ao final da vida das mulheres, que hoje passam metade de suas vidas no período climatérico.

O climatério tende a figurar no período de meia-idade da vida da mulher, momento de vida específico dentro do intervalo chamado idade adulta, inserido no processo de envelhecimento humano.⁽⁶¹⁾ As mudanças pessoais e sociais são importantes, e o papel da menopausa nem sempre é totalmente compreendido, sendo os sintomas percebidos e interpretados sob influências culturais e pessoais.⁽⁵³⁾

Para algumas mulheres, a transição menopausal é considerada fisiológica sem grandes implicações negativas. A variabilidade no impacto mais amplo da menopausa na vida feminina pode ser atribuída aos diferentes graus de manifestações clínicas possíveis. Além disso, mulheres com maior conhecimento do climatério e suas consequências parecem compreender e aceitar de forma mais branda as mudanças que estão por vir.^(53,54)

Para outras mulheres, a crença na menopausa como doença ainda é uma realidade e a diferenciação entre os efeitos do hipoestrogenismo e do envelhecimento nem sempre são claras. Além, disso, acontecimentos próprios da meia-idade podem acarretar mudanças permanentes de rotina e da autoimagem da mulher, muitas vezes com significado de sofrimento.^(53,54) Modificações corporais – por vezes encaradas como perda da feminilidade –, perda da capacidade reprodutiva, comprometimento da capacidade funcional,

sintomas atróficos com consequências na vida sexual, alterações cognitivas, mudanças no trabalho como a aposentadoria, relação próxima com a morte e perda de familiares, síndrome do ninho-vazio, entre outras novas condições, resultam na percepção de declínio mental, do bem-estar físico, pessoal e social, traduzidos em distúrbios como ansiedade, depressão, humor deprimido e, conseqüentemente, comprometimento da QV.^(53,54)

Tabela 4. Fatores gerais influenciando a qualidade de vida após a menopausa.

Saúde geral
Estilo de vida
Integridade física e funcionalidade
Saúde mental
Estabilidade psicológica e emocional
Parceria (anterior ou atual) positiva – incluindo vida sexual satisfatória
Atividade profissional / acadêmica
Religião
Ambiente cultural
Integração social

Fonte: adaptado de Schneider HPG & Birkhäuser M, 2017.⁽⁵³⁾

Tabela 5. Qualidade de vida relacionada à saúde – problemáticas relacionadas à menopausa e ao envelhecimento.

Sintomas vasomotores

Função cognitiva
Ressecamento vaginal
Sintomas relacionados ao humor
Queixas urinárias
Sangramento uterino
Sono
Atratividade e autoestima
Atividade sexual
Ansiedade
Depressão
QV relacionada à saúde associada com doenças crônicas

Fonte: adaptado de Schneider HPG & Birkhäuser M, 2017.⁽⁵³⁾

Avaliação objetiva da qualidade de vida no climatério

Apesar da vasta literatura envolvendo o climatério, a sua relação com a QV e a maneira com que essa relação acontece não está clara.^(53,62) Dessa forma, abre-se espaço para as avaliações padronizadas e objetivas alcançadas com uso de questionários validados, que estimam os sintomas climatéricos e seu impacto na QV, ou seja, a QV relacionada à saúde.⁽⁶²⁾

Como citado anteriormente neste texto, os questionários são uma forma de avaliação barata, não-invasiva, funcional e em sua maioria, autoaplicáveis. Seu uso é de extrema valia principalmente no âmbito da pesquisa, mas com

aplicabilidade clínica bem definida.⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ No entanto, não há consenso sobre a melhor ferramenta a ser utilizada.⁽⁶⁴⁾ A escolha deverá aproximar a proposta do questionário aos objetivos da investigação,⁽⁶⁴⁾ baseada no conhecimento crítico de suas propriedades psicométricas.⁽⁶²⁾

Em uma revisão sistemática, sete instrumentos que avaliam a QV no período pós-menopáusico tiveram suas propriedades psicométricas estudadas.⁽⁶²⁾ O Questionário de Saúde da Mulher (WHQ), Escala de Avaliação da Menopausa (MRS), *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL), *McGill Quality of Life Questionnaire* (MQOL), *Menopause Quality of Life Scale* (MENCAV), *Utian Quality of Life Scale* (UQOL) e *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire – intervention* (MENQOL-*Intervention*), os últimos 5 sem tradução e validação para uso na população brasileira. Dentre os instrumentos estudados, o de melhor propriedades psicométricas foi o WHQ. E a principal conclusão do estudo foi que a maior parte das ferramentas disponíveis para avaliação da QV relacionada à saúde da população climatérica é de baixa qualidade e necessitam aprimoramentos visando melhores propriedades psicométricas.⁽⁶²⁾

Outra revisão recente apresenta oito escalas como arsenal para avaliar QV na menopausa. Dentre os instrumentos apresentados estão GCS, WHQ, MRS, Qualifeme, MENQOL, *Menopause Symptom List* (MSL) – este sem validação para nossa população, MQOL e UQOL. A revisão não compara os instrumentos entre si e tampouco sugere o uso preferencial de algum deles.⁽⁵³⁾

Além destes instrumentos bastante conhecidos mundialmente, outro questionário envolvendo a população climatérica foi desenvolvido em 2002, primeiramente contemplando mulheres hispânicas: a Escala de Cervantes (CS).⁽⁶⁵⁾ Essa ferramenta possui 31 itens baseados em sintomas climatéricos conhecidos e outros aspectos subjetivos, divididos em quatro domínios: menopausa e saúde, sexualidade, relação de casal e psíquico. Cada item é pontuado em uma escala Likert variando entre 0 e 5 pontos, do pior para o melhor para “perguntas negativas” e escores inversos para “perguntas positivas”. O escore total é a soma dos escores de cada item. O escore também pode ser calculado para cada domínio. A CS tem propriedades para avaliar tanto sintomas climatéricos quanto QV relacionada à menopausa. Uma de suas vantagens é a possibilidade de ser utilizado em grupos que contemple a pré-, peri e pós-menopausa.⁽⁶⁵⁾

Visando uma ferramenta mais objetiva e rápida, sem perder as propriedades psicométricas da original, a versão curta da CS com 10 itens (CS-10) foi desenvolvida e validada em uma população de mulheres colombianas de meia-idade e publicada pela primeira vez por Pérez-Lopéz e colaboradores em 2013.⁽⁶⁶⁾ No ano seguinte, Chedraui e colegas⁽⁶⁷⁾ validaram a escala em uma população de mulheres equatorianas e em 2019, a CS-10 foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para a população climatérica de Portugal por Pimenta e colaboradores.⁽⁶⁸⁾

O processo de elaboração da versão curta da CS contou com a seleção de 10 itens derivados da escala original distribuídos em 3 domínios. O domínio

“sexualidade” foi excluído, permanecendo os demais domínios da escala original contemplados na versão curta.⁽⁶⁶⁾

As vantagens da CS-10 frente a escala original incluem a facilidade e rapidez na aplicação, além da manutenção das propriedades psicométricas da escala de 31 itens nas 3 versões até agora validadas da CS-10.⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾

Dentre as ferramentas para avaliação da QV na pós-menopausa validadas para o português brasileiro autorizando seu uso nessa população estão a WHQ⁽⁴⁰⁾, a MRS⁽³⁰⁾ e a CS⁽⁶⁹⁾.

Tabela 6. Instrumentos de pesquisa para avaliação de sintomas climatéricos e QV validados para a população brasileira.

	Sintomas climatéricos	Qualidade de vida
Escala de Cervantes (CS e CS-10)	Sim	Sim
Escala de avaliação da menopausa (MRS)	Sim	Sim
Questionário de saúde da mulher (WHQ)	Sim	Sim

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os instrumentos são desenvolvidos para serem aplicados apenas para populações e culturas semelhantes à original. Geralmente, quando forem

utilizados para diferentes populações, com cultura e língua nativa diferentes, necessitam adaptação cultural, além da tradução, para posterior validação.^(64,70) Diretrizes para guiar essa adaptação foram criadas, com objetivo de padronizar os processos de validação de instrumentos de pesquisa e garantir a sensibilidade de cada ferramenta.^(64,70)

Um protocolo elaborado pela OMS descrevendo a metodologia para o processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos de pesquisa foi publicado em 2005⁽⁷¹⁾ e atualizado em 2017.⁽⁷²⁾ Segundo os autores, o primeiro passo deve ser a solicitação de autorização para a realização do processo de validação junto aos autores do instrumento original. Em seguida, a tradução (“*forward translation*”) deve ser realizada por dois tradutores independentes, o que reduz a chance de vieses frente a possíveis termos ambíguos do instrumento original. O terceiro passo compreende uma revisão com vistas à conciliação (“*reconciliation*”) das traduções, resultando em um documento único e harmonizado do ponto de vista de possíveis discrepâncias entre as duas traduções.^(71,72)

O documento resultante é submetido a uma retro-tradução (“*back translation*”), visando o controle de qualidade da tradução previamente realizada. Esse processo é realizado por um terceiro pesquisador, que traduz o documento resultante da tradução e conciliação novamente para o idioma original. Deve-se realizar uma revisão da retro tradução, garantindo a equivalência da tradução conceitual e literal.^(71,72)

Com a finalidade de detectar e lidar com quaisquer discrepâncias de tradução que surjam entre as diferentes versões do questionário nos diferentes idiomas, a realização da harmonização (*“harmonization”*) é recomendada, garantindo assim a equivalência conceitual entre as versões de idioma de origem e de destino e entre todas as traduções. Isso fornece uma etapa adicional de controle de qualidade e garante ainda que os dados de testes globais possam ser agregados com segurança.^(71,72)

Ainda, a OMS sugere a necessidade de avaliar a compreensão e equivalência cognitiva da tradução através de teste cognitivo ou pré-teste (*“cognitive debriefing”*) com um pequeno grupo de indivíduos da população de destino. Com esses dados, é possível realizar a revisão após o teste e finalizar a tradução (*“review of cognitive debriefing results and finalization”*) e então, a revisão final (*“proofreading”*) é realizada e o documento final é desenvolvido (*“final report”*).^(71,72)

A adaptação de instrumentos não se limita às diferenças entre países e idiomas. Os ajustes regionais e culturais merecem atenção.⁽⁶⁴⁾ A equivalência cultural é definida quando, pelo menos, 85% dos sujeitos da pesquisa não demonstram dificuldade para responder cada questão formulada. Revisões podem ser realizadas até que nenhuma questão seja considerada incompreensível por mais de 15% dos respondentes.⁽⁶⁴⁾

O processo de validação do instrumento ocorre somente após a conclusão da adaptação cultural. Alguns autores referem que o próprio rigor do processo de adaptação cultural de um instrumento garante a validade do

instrumento na população de destino, porém, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento se mantenham.⁽⁷³⁾ Embora essas propriedades já tenham sido estabelecidas na elaboração do instrumento original, é necessário determiná-las na versão da língua de destino.^(64,73) Para tanto, é necessário a avaliação das propriedades psicométricas, validade e confiabilidade.⁽⁷⁴⁾

A validade é a confirmação estatística de que o instrumento mede o que supostamente se propõe a medir. Pode ser realizado de várias maneiras, como validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério. Cada uma delas avalia aspectos diferentes do instrumento e devem ser realizadas como parte de um processo de adaptação.⁽⁷⁴⁾

Já a confiabilidade refere-se a precisão da medida, além da estabilidade e consistência do instrumento. Pode ser avaliado através da consistência interna e estabilidade.⁽⁷⁴⁾

Os fundamentos da psicometria são utilizados como guias para desenvolvimento e validação de instrumentos, porém, não há um modelo bem definido para tal.^(64, 75) Antes de aplicar técnicas de validação e confiabilidade já conhecidas, pode-se iniciar esse processo através de uma Análise Fatorial dos itens do instrumento, com vistas a avaliar, através de uma técnica multivariada, a correlação e covariância entre as variáveis agrupando-as em fatores, criando variáveis latentes (não mensuradas) e diminuindo o número de variáveis a serem trabalhadas, com perda mínima de informações. Essas técnicas proporcionam evidências de validade.⁽⁷⁵⁾

Finalmente, após a validação de conteúdo, de construto e critério, é necessário acessar a confiabilidade do instrumento, realizado através de medidas de consistência interna. O método mais utilizado para tal é o alfa de Cronbach, um teste cujo resultado varia entre zero e 1, sendo o valor $>0,8$ aceito como índice consistente.⁽⁷⁵⁾

JUSTIFICATIVA

Há escassez de dados epidemiológicos referentes à população climatérica brasileira, bem como informações quanto a prevalência de sintomas climatéricos e seus impactos na QV dessa população.

A avaliação da QV é dificultada pela multifatoriedade que a envolve. Com a intenção de facilitar essa avaliação, existem algumas opções de instrumentos validados. Porém, em sua grande maioria, esses instrumentos consistem em questionários longos, que resultam em um tempo longo de aplicação e consequente desmotivação do sujeito avaliado. A validação de uma opção de ferramenta curta, prática, confiável e com apenas 10 itens, que facilite a compreensão e a aplicação do questionário e embase a avaliação da QV da população climatérica em âmbito clínico e científico, é fundamental.

HIPÓTESES

HIPÓTESE NULA

O perfil epidemiológico, os sintomas climatéricos e a QV das mulheres climatéricas brasileiras são semelhantes aos das mulheres de mesma faixa etária nas diferentes regiões do mundo.

O CS-10 não é um instrumento confiável para avaliação da QV em mulheres climatéricas brasileiras; os sintomas menopáusicos e outros fatores associados não impactam de forma significativa a QV desta população.

HIPÓTESE ALTERNATIVA

O perfil epidemiológico, os sintomas climatéricos e a QV das mulheres climatéricas brasileiras diferem das mulheres de mesma faixa etária nas diferentes regiões do mundo.

O CS-10 é um instrumento confiável para avaliação da QV em mulheres climatéricas brasileiras; os sintomas menopáusicos e outros fatores associados impactam de forma significativa a QV desta população.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Conhecer o perfil epidemiológico das mulheres climatéricas brasileiras.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever o perfil da amostra estudada em relação às características do climatério.

Traduzir, adaptar culturalmente e validar para o português brasileiro a Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10).

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde da mulher durante a pré-, peri e pós-menopausa utilizando a versão brasileira do instrumento Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10).

Avaliar os sintomas mais prevalentes do climatério utilizando a versão brasileira do instrumento Escala de Cervantes de 10 itens (CS-10).

Identificar possíveis fatores associados aos sintomas climatéricos e à QV das mulheres dessa população.

Estimar retrospectivamente o gasto energético semanal de atividades físicas relacionadas com o trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer através do instrumento Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (IPAQ, do inglês *International Physical Activity Questionnaire*).⁽⁷⁶⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Blümel JE, Lavín P, Vallejo MS, Sarrá S. Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? *Climacteric*. 2014;17(3):235-41.
- 2 Soules MR, Sherman S, Parrot E, Regar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. *Menopause*, 2001; 8(6),402-7.
- 3 Harlow SD, Margery G, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, 2012;19(4):387-95.
- 4 Armeni E, Lambrinoudaki I, Ceausu I, Depypere H, Mueck A, Pérez-López FR, et al. Maintaining postreproductive health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society (EMAS). *Maturitas*. 2016;89:63-72.
- 5 Randolph Jr JF, Zheng H, Sowers MR, Crandall C, Crawford S, Gold EB, et al. Change in follicle-stimulating hormone and estradiol across the menopausal transition: effect of age at the final menstrual period. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(3),746-54.
- 6 Schoenaker DAJM, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol*. 2014;43,(5),1542-62.

- 7 Pompei LM, Bonassi-Machado R, Steiner ML, Pompei IM, Melo NR, Nappi RE, Fernandes CE. Profile of Brazilian climacteric women: results from the Brazilian Menopause Study, *Climacteric* 2022; 25:5, 523-29.
- 8 Lui Filho JF, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM, et al. Factors associated with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(4),152-8.
- 9 Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology & infertility.* 9th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins; 2019.
- 10 Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3),489-501.
- 11 Kaunitz AM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms. *Obstet Gynecol.* 2015;126(4),859-76.
- 12 Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4),531-9.
- 13 Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(4):199-215.

- 14 The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2017;24(7):728-53.
- 15 Cintron D, Lipford M, Larrea-Mantilla L, Spencer-Bonilla G, Lloyd R, Gionfriddo MR, et al. Efficacy of menopausal hormone therapy on sleep quality: systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2017;55(3):702-11.
- 16 Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*. 2021; 28(8):875-82.
- 17 Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*. 2011;18(7):778-85.
- 18 Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Liu Z, Gracia CR. Duration of menopausal hot flashes and associated risk factors. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5),1095-104.
- 19 Portman DJ, Gass MLS, Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10),1063-8.

- 20 Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014;17(1):3-9.
- 21 Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Genitourinary Syndrome of Menopause: Management Strategies for the Clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(12),1842-49.
- 22 The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9),976–92.
- 23 Pompei LM, Wender MCO, Melo NR, Kulak Jr J, Pardini D, Machado RB, et al. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey in Latin America (VIVA-LATAM): focus on Brazil. *Climacteric* 2020;24(2):157-163.
- 24 Cooper C, Ferrari S. *IOF Compendium of Osteoporosis*. 1ed. 2017.
- 25 Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019;30(1):3-44.
- 26 Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. *The Lancet*. 2019;393(10169):364-76.
- 27 Pedro AO, Plaper PR. *Manual Brasileiro de Osteoporose: orientações práticas para profissionais da saúde*. São Paulo: Clannad; 2021.
- 28 Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldery LS, Farooki A, et al. American Association of Clinical endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment

- of postmenopausal osteoporosis - 2020 update executive summary. *Endocr Pract.* 2020;26:1-46.
- 29 Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The NAMS. *Menopause.* 2021;28(9):973-97.
- 30 Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:28.
- 31 Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas.* 1998;29(1):19-24.
- 32 Cogo-Moreira H, Jackowski AP, Araújo TRE, Vieira LHL, Haidar MA, Silva I. Poor-fit indexes of Kupperman index: a psychometric analysis based on item response theory. *Menopause.* 2015;22(4):444-7.
- 33 Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:45.
- 34 Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric.* 2000;3(1):50-8.
- 35 Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric.* 2000;3(1):59-64.

- 36 Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol.* 1994;116(1):16-23.
- 37 Heinemann LAJ, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HPG. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:67.
- 38 Hunter MS. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol & Health.* 1992;7:45–54.
- 39 Hunter MS. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Quality of Life Res.* 2000;9:733–38.
- 40 Hunter MS. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:41.
- 41 Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas.* 1998;29:25–31.
- 42 Greene Climacteric-Scale: available translations [Internet]. Disponível em: <https://lifesciences.rws.com/greeneclimactericscale/translations/available-translations>

- 43 Cota e Souza LA, Araujo AT, Lima AA. Correlation among four questionnaires that evaluate menopausal symptoms. *Menopause*. 2022;29(6):700-6.
- 44 Sourouni, M, Zangger M, Honermann L, Foth D, Stute P. Assessment of the climacteric syndrome: a narrative review. *Arch Gynecol Obstet*. 2021; 304:855–862.
- 45 Andersen NJ, Parker JL, Pettigrew S, Bitner D. Validation of the Menopause Transition Scale (MTS). *Menopause*. 2022;29(7):868-76.
- 46 Dama M, Mahoney JL, Van Lieshout RJ, Frey BN, Steiner M. The Menopause Visual Analogue Scale: a new tool for measuring the severity and response to treatment of symptoms throughout the menopausal transition. *Climacteric*. 2018;21(5):502-8.
- 47 Sloan JA, Loprinzi CL, Novotny PJ, Barton DL, Lavoie BI, Windschitl H. Methodologic lessons learned from hot flash studies. *J Clin Oncol*. 2001;19(23):4280–90.
- 48 Guttuso T, DiGrazio WJ, Reddy SY. Review of hot flash diaries. *Maturitas*. 2012;71(3):213–16.
- 49 Hunter MS, Liao KL. A psychological analysis of menopausal hot flashes. *Br J Clin Psychol*. 1995;34(4):589–99.
- 50 Hunter MS, Ayers B, Smith M. The Hot Flash Behavior Scale: a measure of behavioral reactions to menopausal hot flashes and night sweats. *Menopause*. 2011;18(11):1178–83.

- 51 Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:580-88.
- 52 The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- 53 Schneider HPG, Birkhäuser M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric*. 2017; 20(3):187-94.
- 54 Schneider HPG. The quality of life in the post-menopausal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002;16(3):395-409.
- 55 Zöllner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res*. 2005;14(2):309-27.
- 56 Department of Economic and Social Affairs. Population division. World population prospects 2022. Summary results. [Internet]. United Nations. New York, 2022. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.
- 57 Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2021. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>.

- 58 Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.
- 59 World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2019.
- 60 Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>.
- 61 Antunes PDC, Silva AM. Elementos sobre a concepção da Meia Idade, no processo de envelhecimento humano. Revista Kairós Gerontologia. 2013; 16(5).
- 62 Shin H, Shin HS. Measurement of quality of life in menopausal women: a systematic review. West J Nurs Res. 2012;34(4):475-503.
- 63 GIRALDI, A. et al. Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: a review and proposal for a standardized screener. J Sex Med, v. 8, n. 10, p. 2681-706, Oct 2011. ISSN 1743-6109. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810182> >.

- 64 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
- 65 Palacios S, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina Clínica*. 2004;122(6):205-211.
- 66 Perez-Lopez FR, et al. Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*. 2013;76(2):151-4.
- 67 Chedraui P, et al. Application of the 10-item Cervantes Scale among mid-aged Ecuadorian women for the assessment of menopausal symptoms. *Maturitas*. 2014;79:100-105.
- 68 Pimenta F, et al. Validation of the 10-item Cervantes Scale in middle-aged Portuguese women: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Menopause*. 2018;26(2):203-210.
- 69 Lima JEM, Wender MCO. Tradução, adaptação cultural e validação da versão em português brasileiro da Escala de Cervantes de qualidade de vida relacionada com a saúde da mulher durante a perimenopausa e pós-menopausa. Dissertação de mestrado: Ciências médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

- 70 Chiari A, Sardim CC, Natour J. Translation, cultural adaptation and reproducibility of the Cochin Hand Functional Scale questionnaire for Brazil. *Clinics*. 2011;66(5):731-6.
- 71 Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.
- 72 Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P; PRO Consortium's Process Subcommittee. Patient-Reported Outcome (PRO) Consortium translation process: consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes*. 2017;2(1):12.
- 73 Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index: *Cad Saúde Pública*. 2008;24: 416-26.
- 74 Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3):925-36.
- 75 Haynes SN, Richard DC, Kubany ES. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. *Psychological Assessment*, 1995.

- 76 Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVGD. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Rev Bras Ciênc Mov. 2004;12(1):25-34.

ARTIGO EM INGLÊS - II

Profile and assessment of menopause-related symptoms and quality of life in Brazilian middle-aged women

ABSTRACT

Objective: To understand epidemiological characteristics of menopause in a south-Brazilian middle-aged women population in addition to identify and evaluate menopausal symptoms and other factors related to climacteric QoL.

Methods: This is a cross-sectional observational study involving 918 women in the community aged 40–55 years in the Southern region of Brazil. They completed a general health, habits and socio-demographic questionnaire and the 10-item Cervantes Scale (CS-10). Women unable to understand the survey, not consenting to participate, or having incapacity imposing difficulties during the completion of the questionnaire were not included.

Results: Women were classified as pre- (n = 137), peri (n = 305), or postmenopausal (n = 476). The median age of the participants was 50.00 [46.00 - 53.00] years. The median menopause age reported was 47.00 [43.00 - 50.00] years and the median time since menopause onset was 5.00 [2.00 - 7.00] years. The most prevalent climacteric symptom was “feeling anxious or nervous” (80.6%), followed by “aching in muscles and/or joints” (74.2%) and “skin dryness” (67.2%). The median CS-10 total score was 15.00 [8.00 – 24.00]. Not being employed, irregularly active lifestyle or a sedentary lifestyle, having a higher body

mass index, having surgical menopause, or having a higher time since menopause onset was directly related to a higher CS-10 total score (worse quality of life), while a higher educational level is associated with better quality of life.

Conclusion: Menopausal symptoms and QoL of this Brazilian middle-aged women sample were related to hormonal, educational, lifestyle, socioeconomic and anthropometric aspects.

Keywords: Climacteric; Hot Flashes; Quality of life; Surveys and questionnaires; Women's Health.

INTRODUCTION

The Brazilian population, as well as the rest of the world, experiences an aging process that results in increased longevity.¹ It is estimated that approximately half of the Brazilian female population will be aged 50 or over in 2060, 30% more than in 2010.² This context highlights climacteric, since approximately half of women's lives will be spent in the peri- and postmenopausal period.

Hormonal changes are determined by the menopausal period. Hypoestrogenism, the main one, is responsible for a range of consequences such as the occurrence of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats), genitourinary syndrome, joint pain, sleep disorders, increased risk of osteoporosis and cardiovascular diseases. In addition, psychological and social changes also occur.³ These organic changes in association with aging itself have an important and negative impact on quality of life (QoL).⁴

Although the climacteric impact on women's lives and the need for specialized health care is already known, there are few national or regional population-based studies on the epidemiology of menopause. A recent publication involving 1500 women from all over Brazil assessed sociodemographic data and information about menopausal status, treatment and a self-assessment of their health status through online questionnaires.⁵ Other studies included only women residing in Campinas region (a city in southeastern Brazil),^{6,7} and were carried out more than 20 years ago.^{8,9} The authors demonstrated the mean menopause age for the studied population, the association between the intensity of menopausal symptoms and self-perception of health status besides the percentage of women who seek medical attention for

climacteric symptoms. A high percentage of the studied women did not seek help mainly because they believed their symptoms were ordinary.⁶⁻⁹ Also, the few surveys assessing Brazilian climacteric women QoL include populations restricted to isolated health services, which makes difficult to extrapolate results to the general population.¹⁰⁻¹³ There are no recent studies evaluating that.

Due to lack of data, this research aimed to understand epidemiological characteristics of menopause in the south-Brazilian middle-aged female population in addition to identify and evaluate menopausal symptoms and other factors related to climacteric QoL.

METHODS

STUDY DESIGN AND PARTICIPANTS

This is a cross-sectional study, performed in areas of free access and transit of the population (eg. parks, squares, streets, shopping) in cities located in the three southern Brazilian region states. The interviews were conducted from January to October 2017 and included community middle-aged women, between 40-55 years old, not using hormonal contraceptive methods and who agreed to participate of the study.

The sample size was estimated by The WinPEPI (PEPI-for-Windows, version 11.65), considering data from National Institutes of Health (2005)¹⁴ for prevalence of vasomotor symptoms in middle-aged women and demographic data from the IBGE Census (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).¹⁵

Considering the 95% Confidence Interval [95%CI], standard deviation, significance set at 5%, and 20% of losses, 475 participants were necessary.

INSTRUMENTS

Assessment of sociodemographic, menopausal and health status, and lifestyle variables

Sociodemographic characteristics were investigated by a semi-structured questionnaire including age (years), partner status (yes/no), marital status, educational level (total years), professional status, socio-economic class. Menopausal status (pre-, peri-, and postmenopausal) was assessed according to the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW+10),¹⁶ and details related to menopausal status, such as menopause age, type of menopause (natural or surgical), pharmacological treatment for menopausal symptoms (yes/no, type) were evaluated. General health and disease data, surgical procedures performed, psychological conditions (depression, anxiety), anthropometric data (weight, height and body mass index – BMI, in kg/m²), as well as life habits (smoke and alcohol consumption and physical activity by International Physical Activity Questionnaire - short form tool) were assessed.

The CS-10

The CS-10¹⁷ is a questionnaire developed based on the original 31-item Cervantes Scale (CS).^{18,19} This instrument is used to assess menopausal

symptoms and related QoL in middle-aged women - including pre, peri and postmenopausal phase. The tool, already validated for the Brazilian Portuguese language,²⁰ considered 10 items from the original scale and three distinct domains. Each item is scored in a 6-point Likert scale, from 0 (“no symptom”) to 5 (“very severe”). The global score is the sum of the scores obtained for each item and can range from 0 to 50, with higher scores indicating more severe menopausal symptoms. The lower the score, the better the health related QoL. There’s no cut off value.

PROCEDURE

Ethical approval was obtained from the Brazil Platform (www.saude.gov.br/plataformabrasil, CAAE reference number 62485816.9.0000.5327) and the Institutional Review Board of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, number 16-0621) before data collection begins.

Written informed consent was asked to participants and the aims of the study were explained, highlighting that this participation was voluntary and that they could interrupt their collaboration at any time, without consequences. After that, participant’s information to the semi-structured questionnaire containing health, habits, sociodemographic and physical activity data (by IPAQ-SF tool) was collected by interview. Finally, women were requested to voluntarily fill out the CS-10 tool. Women who could not understand the survey or who had difficulty filling out the questionnaire were not included.

STATISTICAL ANALYSIS

Database double entry, review and analysis were performed using the SPSS, version 18.0 [SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. Quantitative data was expressed by median and interquartile range ([IQR], 25th–75th percentiles), minimum and maximum, according to the normality of data distribution assessed by the Shapiro-Wilk test. Qualitative variables were described as absolute (n) and relative (%) frequencies.

Median differences among menopausal groups were analyzed with the Kruskal-Wallis with Dunn *post hoc* test, while possible associations of proportions were assessed with the Chi-Square test with adjusted residual analysis. Spearman's rho (ρ) coefficients were estimated for determining correlations between the CS-10 total score and variables of interest, within each menopausal group. In addition, linear regression enter method of the CS-10 total score and variables of interest, within each menopausal group, were conducted. For each menopausal group, linear regression coefficients were described (e.g., Model's p-value, determination coefficient R^2 , adjusted R^2 , predicted R^2 , and Z-score), and for each variable inserted in the model, it was described the adjusted coefficient (β), the 95% Confidence Interval (lowest and highest limits), and the p-value. The level of significance was set at 5% for all analysis.

RESULTS

In total, 918 women met inclusion criteria of this study, being classified as pre- (n = 137), peri (n = 305), or postmenopausal (n = 476), according to the STRAW+10

criteria.¹⁰ The median age [IQR] of the participants was 50.00 [46.00 – 53.00] years. The participants' profile is presented in **Table 1**.

Most women were aged between 50 to 54 years (39.7%), married or living with a partner (65%), studied for 12 years or less (59.1%) and were employed at the time of the interview (66.1%). Considering health and habits aspects, 142 (15.5%) were smokers, 288 (31.4%) reported consuming alcohol daily or weekly, 156 (17%) had hypertensive disorder, 42 (4.6%) were diabetic, and 241 (26.5%) had a psychiatric condition (eg. depression symptoms and anxiety). Over half participants were sedentary or had an irregularly active lifestyle (54.7%). The median [IQR] body mass index was 26.30 [23.50 - 30.00] kg/m², ranging from 16.00 kg/m² to 54.10 kg/m².

The median [IQR] menopause age reported by postmenopausal participants was 47.00 [43.00 – 50.00] years. Most of them had a natural menopause (41.1%) and the median [IQR] time since menopause onset was 5.00 [2.00 – 7.00] years. Considering the climacteric symptoms for the total sample, “feeling anxious or nervous” was cited by the most women (80.6%), followed by “aching in muscles and/or joints” (74.2%), “skin dryness” (67.2%), “lacking energy” (61.8%), “difficulty in sleeping” (60,9%) and finally “vasomotor symptoms” (58.4%). Median [IQR] CS-10 total score was 15.00 [8.00 – 24.00]. Although most have sought medical care (53.7%), the vast majority do not undergo any type of pharmacological treatment to control climacteric symptoms (86.4%).

Considering the CS-10 comparisons among menopausal status (**Table 3**), mild to very severe hot flushes were associated with the postmenopausal group (14.5% and 17.2%, respectively), while no hot flush symptom had a higher frequency in the pre- (64.0%) and the perimenopausal (46.2%) groups (Chi-Square test, $p \leq 0.0001$). In the same way, the postmenopausal group was associated with mild to severe vaginal discomfort and dryness (10.9% and 6.7%, respectively), while no vaginal discomfort and dryness had a higher frequency in the pre- (72.3%) and the perimenopausal (64.9%) groups (Chi-Square test, $p \leq 0.0001$). The postmenopausal group was associated with very severe difficulty in sleeping (18.9%), while mild difficulty in sleeping had a higher frequency in the premenopausal (18.2%) group (Chi-Square test, $p = 0.011$). The perimenopausal group was associated with severe anxiety (17.0%), while moderate anxiety had a higher frequency in the pre- (24.8%) and the postmenopausal (19.5%) groups (Chi-Square test, $p \leq 0.0001$). The postmenopausal group was associated with moderate to severe skin dryness (19.3% and 17.6%, respectively), while the pre- (40.1%) and the perimenopausal (38.0%) groups were not. Even so a part of participants from the premenopausal group reported mild skin dryness (24.8%) and a part of participants from the perimenopausal group reported severe skin dryness (15.1%) (Chi-Square test, $p \leq 0.0001$). The perimenopausal group presented a higher frequency of palpitations (16.4%), while the premenopausal group did not (62.3%) (Chi-Square test, $p = 0.022$). When comparing the CS-10 total scores among groups, the median [IQR] of the peri- (15.00 [6.00 - 25.00]) and the postmenopausal (15.00 [9.00 - 27.00]) groups was higher in relation to the premenopausal (11.00 [6.00 - 18.00]) group (Kruskal-Wallis with Dunn *post hoc*, $p \leq 0.0001$).

Spearman's correlations between the CS-10 total score and variables of interest were conducted by the menopausal group (**Table 4**). For the premenopausal group, having an irregularly active or a sedentary lifestyle is directly related to a higher CS-10 total score (worse QoL) (Spearman's correlation, $\rho = 0.202$, $p = 0.018$). For the perimenopausal group, being single or without a partner or having a higher educational level is inversely related to a higher CS-10 total score (good QoL) (Spearman's correlation, $\rho = -0.175$ and $\rho = -0.292$, $p = 0.002$ and $p \leq 0.0001$, respectively). For the postmenopausal group, having a higher educational level is inversely related to a higher CS-10 total score (good QoL) (Spearman's correlation, $\rho = -0.203$, $p \leq 0.0001$), but not being employed, having a higher body mass index, having surgical menopause, or having a higher time since menopause onset was directly related to a higher CS-10 total score (worse QoL) (Spearman's correlation, $\rho = 0.196$ and $\rho = 0.129$ and $\rho = 0.105$ and $\rho = 0.112$, $p \leq 0.0001$ and $p = 0.005$ and $p = 0.022$ and $p = 0.014$, respectively).

Linear regression models were carried out by the menopausal group (**Table 5**). The premenopausal group ($n = 137$) showed that not being employed is directly related to a higher CS-10 total score (worse QoL) (Linear regression enter method, $p = 0.003$). The perimenopausal group ($n = 303$) showed that being single or not having a partner, as well as having a higher educational level, are inversely related to a higher CS-10 total score (good QoL) (Linear regression enter method, $p = 0.014$ and $p \leq 0.0001$, respectively). The postmenopausal group ($n = 474$) showed that not being employed or having a longer time since menopause onset were directly related to a higher CS-10 total score (worse QoL)

(Linear regression enter method, $p = 0.002$ and $p = 0.001$, respectively). On the other hand, for the postmenopausal group, being single or without a partner, as well as having a higher educational level were inversely related to a higher CS-10 total score (good QoL) (Linear regression enter method, $p = 0.008$ and $p = 0.002$, respectively).

DISCUSSION

This is a population-based study on the profile and QoL of Brazilian climacteric women. The median menopause age reported by participants was 47 years, with is compatible with the most recent Brazilian climacteric profile publication in 2022 (47.6 years) and the last analysis of the city of Campinas in 2018 (46.5 years).^{5,6} Additionally, it is similar to menopause age in Latin American countries (47.37 years), according to global meta-analysis data.²¹ Still, the median menopause age in Brazil is lower compared to other reported results, for instance, the global median (48.78 years), the United States (49.11 years), European countries (50.54 years), and Australia (51.25 years).²¹ Although factors directly related to this variation are not identified, it is already known that socioeconomic and lifestyle factors, as well genetic and racial factors can contribute to the timing of menopause.²¹ Some developing countries characteristics seem to be related to an early age of menopause, such as the country's income, geographic location, poverty conditions and low education.²² Moreover, in our sample, 99 women underwent surgical menopause, which may contribute to the decrease in the average age of the last menstrual period.

In this study, the three most prevalent menopausal symptoms revealed by an assessment using the CS-10 with middle-aged Brazilian women were: “feeling anxious or nervous” was cited by the most women (reported by 80.6% of women in this sample), followed by “aching in muscles and/or joints” (72.5%) and “skin dryness” (65.9%). Similar but no identical results were obtained in other studies including Colombian, Ecuadorian and Portuguese women who were assessed with the CS-10.²³⁻²⁵ In those populations the most prevalent menopausal symptom was “aching in muscles and/or joints”, followed by “feeling anxious or nervous” in the Portugal sample, and “skin dryness” in Ecuadorian women.

Although the most part of our sample includes peri- and postmenopausal women, the non-predominance of classic climacteric symptoms like hot flushes and night sweats (vasomotor symptoms) in the total sample can be explained by its menopause characteristics and the heterogeneity related to the menopausal status. When evaluating the sample by menopause status, the postmenopausal group was associated to mild to very severe hot flushes and mild to severe vaginal discomfort and dryness complaints, while the pre- and perimenopausal groups were not associated to these symptoms. Comparison between groups have showed a statistically significant difference ($p \leq 0.0001$ for both symptoms). Difficulty in sleeping and skin dryness were other more severe symptoms in the postmenopausal groups. The results confirm previous studies data on the higher prevalence of climacteric symptoms in postmenopausal than in perimenopausal women.²⁶⁻²⁸ Some symptoms appear in an early phase of climacteric whereas others are late and happen when hypoestrogenism is totally installed.²⁶⁻²⁸ According to that, postmenopausal women might report more vasomotor

symptoms than perimenopausal women, confirming the finding in the Brazilian sample, where almost only postmenopausal women reported hot flushes. Furthermore, 13.5% of the studied women were being treated for vasomotor symptoms at the time of the interview.

The higher the CS-10 total score, more climacteric symptoms and the worst health related QoL. The median CS-10 total score of all middle-aged women was 15.00 [8.00 – 24.00]. There is no cut-off value to interpretate the tool, but the comparison between the Brazilian sample and other countries ones, also assessed using the CS-10, shows some differences. First, Brazilian participants are lower classified in QoL than Paraguay²² (CS-10 total score 8.5 [9.75]) and Ecuador²⁴ (CS-10 total score 10 [9.5]) women. The differences of the demographic and menopause-related characteristics of the sample can explain that. Still, our population is older than the others (median age [IQR] of the participants was 50.00 [46.00 – 53.00] years in Brazil, 48.00 [45.00 – 53.00] years in Ecuador and 48.00 [44.00 – 53.00] years in Paraguay) and the proportion of women named as peri and postmenopausal is higher than the other studies: 85% of the Brazilian sample, 65% of the Ecuadorian sample and 63% of the Paraguayan sample.

The menopausal status defines an impact on QoL due to biological, social, cultural, physical and psychological aspects,²⁹ and, as expected, total CS-10 scores were positively associated with menopausal status. The median [IQR] CS-10 total score in the postmenopausal is higher than in the premenopausal group (15.00 [9.00 – 27.00] *versus* 11.00 [6.00 – 18.00]), Kruskal-Wallis with Dunn *post*

hoc, $p \leq 0.0001$). The perimenopausal group median CS-10 total score is the same as the postmenopausal group (15.00 [6.00 – 25.00]), which means they present as important symptomatology as the postmenopausal women, although they do not present the same symptoms. Research have shown that some climacteric symptoms are more prevalent during the menopausal transition and the first postmenopausal years compared to the late reproductive stage,³⁰ evidence in agreement with our study that found higher global CS-10 scores among peri- and postmenopausal women.

Besides the menopausal status directly influences the QoL of these women, correlations and linear regressions by group have found that premenopausal women QoL is also negatively impacted by lifestyle (irregularly active or sedentary) and being unemployed. Physical activity has demonstrated to decrease the intensity of menopausal symptoms in middle-aged women by modulating the secretion of norepinephrine, dopamine and serotonin.³¹ Serotonin plays a role in most menopausal symptoms and is well know that it levels are decreased during the menopause transition. Physical activity also modulates the secretions of opioids and endocannabinoids leading to an anxiolytic and sedative effect that can improve pain sensibility, mood and muscle/joint problems. The impact on the body mass index is well known too.³¹

Some conditions were directly related to worse QoL for the postmenopausal group: not being employed, having a higher body mass index, having surgical menopause, or having a higher time since menopause onset. A multiple linear regression analysis is a study with middle-aged Colombian women

have also determined that higher global CS-10 scores (worse QoL) was correlated with years since menopause onset and body mass index.¹⁷ Prospective studies on premenopausal women undergoing bilateral oophorectomy (surgical menopause) have consistently reported an increase in menopausal symptoms including: vasomotor symptoms (hot flushes, night sweats), vaginal dryness, sexual dysfunction, and sleep and mood disturbances, which may be persistent and impair QoL.³² The abrupt decline in circulating sex hormones (e.g., estrogen, testosterone, and progesterone) seems to play a role in the intensity of the symptoms. The treatment with hormonal therapy improves but does not resolve them.^{32,33}

While vasomotor symptoms are more prevalent in the initial menopause, the symptomatology characteristics in the late reproductive stage are different and only about 10% of women are still experiencing hot flushes.²⁷ The most frequent symptoms of this phase are the alterations present in the genitourinary syndrome, the impact of hypoestrogenism in sleep, skin, bones and cardiovascular system.^{16,27} Their impact on sex life and long-term QoL is clear, along the effects of aging also contribute to that.^{16,27,30}

Influences of occupation status and education level on QoL are well documented and understood. An employment impacts in general the personal and family income, access to basic services and self-esteem.^{5,22} However, educational level has mainly impacted the peri and postmenopausal groups, which may reflect in greater knowledge related to the menopausal status and its

natural process, at the same time as the possibility of improvement when seeking help and treatment.⁵

Regarding the limitations of this study, we can mention its cross-sectional design that only allows determining associations and not causality, and, the information collected through self-reporting questionnaires that can usually lack diagnostic precision.³⁴ Furthermore, the present study have used a sample in which 27% self-reported psychological conditions and information about treatment is lacking, which could impact the symptoms CS-10 scores. Even so, the study brings strengths related to the scope of the research and involves women from Brazilian representative regions.

CONCLUSIONS

As determined with the CS-10, menopausal symptoms and health related QoL of this Brazilian middle-aged women sample were related to hormonal (menopausal status, time since menopause onset and type of menopause), educational, lifestyle, socioeconomic and anthropometric aspects. Climacteric population-based studies can provide relevant information to help health professionals better understand details of this reproductive phase and choose appropriate health care and treatments aiming improve the quality of life of these women.

REFERENCES

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil. 2021 [acesso em 18 jul 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>.
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. [acesso em 18 de julho de 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>.
- 3 Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol.* 2007;110:230-40.
- 4 Shin H, Shin HS. Measurement of quality of life in menopausal women: a systematic review. *West J Nurs Res.* 2012;34(4):475-503.
- 5 Pompei LM, Bonassi-Machado R, Steiner ML, Pompei LM, Melo NR, Nappi RE, Fernandes CE. Profile of Brazilian climacteric women: results from the Brazilian Menopause Study. *Climacteric.* 2022;25(5):523-29.
- 6 Lui-Filho JF, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(4):152–8.

- 7 Lui-Filho JF, Pedro AO, Baccaro LF, Costa-Paiva L. Risk factors associated with intensity of climacteric symptoms in Brazilian middle-aged women: a population-based household survey. *Menopause*. 2018;25(4):415-22.
- 8 Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Climacteric women seeking medical care, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):484-90.
- 9 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.
- 10 Lorenzi DRS, Baracat ED, Saciloto B, Padilha Jr I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):312-7.
- 11 Miranda JS, Ferreira MLS, Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):803-9.
- 12 Serpa MA, Lima AA, Guimarães ACP, Gonçalves MRG, Coura-Vital W, Veloso VM. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. *Reprod clim*. 2016;31(2):76–81.
- 13 Assunção DFS, Pires DHK, Barreto EL, Gonçalves FA, Dias RS. Quality of life of climacteric stage women. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(2):80-3.
- 14 National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: management of menopause-related symptoms. *Ann Intern Med*, 2005. 142:1003-13.

15 Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo demográfico. 2010.

16 Harlow SD et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Fertil Steril*. 2012;97(4):843-51.

17 Perez-Lopez FR, et al. Assessment of menopause-related symptoms in middle-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*. 2013;76(2):151-4.

18 Palacios S, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina Clínica*. 2004;122(6):205-11.

19 Lima JEM, Wender MCO. Tradução, adaptação cultural e validação da versão em português brasileiro da Escala de Cervantes de qualidade de vida relacionada com a saúde da mulher durante a perimenopausa e pós-menopausa [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 70p.

20 Dall'Agno ML, Ferreira CF, Ferreira FV, Teichmann PV, Zandoná J, Pérez-López FR, Wender MCO. Validation of the Brazilian 10-item Cervantes Scale for the assessment of menopausal symptoms. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. Forthcoming 2023.45.

21 Schoenaker DAJM, Jackson CA, Rowlands JV, Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and

meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol.* 2014;43,(5),1542-62.

22 Sánchez-Zarza SC, Armeni AK, Chedraui P, Pérez-López FR, Gavilanes AWD. Prevalence of menopausal symptoms and severity related factors among middle-agedd Paraguayan women as measured with the 10-item Cervantes Scale. *Gynecological Endocrinology.* 2023;39:1.

23 Perez-Lopez FR, et al. Assessment of menopause-related symptoms in middle-agedd women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas.* 2013;76(2):151-4.

24 Chedraui P, et al. Application of the 10-item Cervantes Scale among middle-agedd Ecuadorian women for the assessment of menopausal symptoms. *Maturitas.* 2014;79:100-105.

25 Pimenta F, et al. Validation of the 10-item Cervantes Scale in middle-aged Portuguese women: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Menopause.* 2018;26(2):203-210.

26 Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3),489-501.

27 Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4),531-9.

28 Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215.

29 Freeman EW, et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. *Obstet Gynecol*. 2007;110:230-240.

30 Woods NF, Mitchell ES, Coslov N, et al. Transitioning to the menopausal transition: a scoping review of research on the late reproductive stage in reproductive aging. *Menopause*. 2021;28(4):447–466.

31 Blümel JE, Fica J, Chedraui P; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America., et al. Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity. *Menopause*. 2016;23(5):488–493.

32 Nebgen DR, Domchek SM, Kotsopoulos J, de Hullu JA, Crosbie EJ, Paramanandam VS, et al. Care after premenopausal risk-reducing salpingo-oophorectomy in high-risk women: Scoping review and international consensus recommendations. *BJOG*. 2023;2.

33 Hall E, Finch A, Jacobson M, Rosen B, Metcalfe K, Sun P, et al. Effects of bilateral salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual functioning among women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *Gynecol Oncol*. 2019; 152(1): 145–50.

33 Elizabeth Hall E, Finch A, Jacobson M, Rosen B, Metcalfe K, Sun P, Narod SA, Kotsopoulos J. Hormones and Aging: An Endocrine Society Scientific Statement. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2023;108:1835–74.

34 Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-166.

Table 1. Epidemiological characteristics of all surveyed women (N=918).

Variable	N = 918
Age	50.00 [46.00 – 53.00]
	minimum – maximum 40.00 – 61.00
Age	
	40 - 44 years 155 (16.9)
	45 - 49 years 259 (28.2)
	50 - 54 years 364 (39.7)
	55 years 140 (15.3)
Menopausal status	
	Premenopausal 137 (14.9)
	Perimenopausal 305 (33.2)
	Postmenopausal 476 (51.9)
Marital status	
	Married or living with partner 597 (65.0)
	Single or Divorced or Widowed 321(35.0)
Educational level (years)	
	0 – 6 142 (15.5)
	7 – 12 400 (43.6)
	≥13 376 (41.0)
Occupation status	
	Employed 607(66.1)
	Unemployed 73 (8.0)
	Retired 109 (11.9)
	Other 129 (14.1)
Social Class	
	A 37 (4.0)
	B 81 (8.8)
	C 257 (28.0)
	D/E 543 (59.2)
Body mass index	26.30 [23.50 – 30.00]
	minimum – maximum 16.00 – 54.10
	NOI – n (%) 4 (0.4)
Smoking	
	Current smoking 142 (15.5)
	Ex-smoker 194 (21.1)
	Non-smoker 582 (63.4)
Alcohol consumption	
	No 375 (40.8)
	Monthly 255 (27.8)
	Weekly or daily 288 (31.4)
Physical activity	
	Very active lifestyle 85 (9.3)
	Active lifestyle 331 (36.1)
	Irregularly active lifestyle 361 (39.3)
	Sedentary lifestyle 141 (15.4)
Comorbidities	
	Psychiatric conditions 241(26.5)
	Hypertension 156 (17.0)
	Diabetes 42 (4.6)

Data presented as median and interquartile range ([IQR], percentiles 25th and 75th), or absolute and relative frequencies [n(n%)]. Legend: Legend: NOI – not obtained information.

Table 2. Menopausal characteristics of all surveyed women (N=918).

Variable	N = 918
Age at last menstruation	47.00 [43.00 – 50.00]
minimum – maximum	21.00 – 55.00
NOI/NA	442 (48.1)
Menopause classification	
Natural menopause	377 (41.1)
Surgical menopause	99 (10.8)
NOI/NA	442 (48.1)
Time since menopause onset (years)	5.00 [2.00 – 7.00]
minimum – maximum	0.00 – 31.00
NOI/NA	442 (48.1)
Searched for medical care	
Yes	493 (53.7)
No	288 (31.4)
NOI/NA	137 (14.9)
Pharmacological treatment for menopause symptoms	
No	793 (86.4)
Hormone therapy	49 (5.3)
Alternative therapies (herbal teas, phytoestrogens)	69 (7.5)
Psychotropics	3 (0.3)
Topic estrogen	4 (0.4)

Data presented as median and interquartile range ([IQR], percentiles 25th and 75th), or absolute and relative frequencies [n(n%)]. Legend: NOI – not obtained information. NA – not applicable.

Table 3. Cervantes Scale comparisons among menopausal status of all surveyed women (N=918).

Variable		Total N = 918	Premenopausal n = 137	Perimenopausal n= 305	Postmenopausal n= 476	*p-value
(CS-1) I have hot flushes (and/or night sweats)	0 (no symptom)	382 (41.6)	89 (64.0)	141 (46.2)	152 (31.9)	≤ 0.0001
	1	94 (10.2)	16 (11.7)	29 (9.5)	49 (10.3)	
	2	110 (12.0)	14 (10.2)	27 (8.9)	69 (14.5)	
	3	148 (16.1)	9 (6.6)	52 (17.0)	87 (18.3)	
	4	64 (7.0)	3 (2.2)	24 (7.9)	37 (7.8)	
	5 (very severe)	120 (13.1)	6 (4.4)	32 (10.5)	82 (17.2)	
(CS-2) I feel my heart beating quickly and out of control	0 (no symptom)	451 (49.1)	86 (62.8)	136 (44.6)	229 (48.1)	0.022
	1	123 (13.4)	18 (13.1)	43 (14.1)	62 (13.0)	
	2	122 (133.3)	15 (10.9)	43 (14.1)	64 (13.4)	
	3	116 (12.6)	11 (8.0)	50 (16.4)	55 (11.6)	
	4	49 (5.3)	3 (2.2)	15 (4.9)	31 (6.5)	
	5 (very severe)	57 (6.2)	4 (2.9)	18 (5.9)	35 (7.4)	
(CS-3) I cannot get sufficient sleep (difficulty in sleeping)	0 (no symptom)	359 (39.1)	61 (44.5)	125 (41.0)	173 (36.3)	0.011
	1	96 (10.5)	8 (5.8)	35 (11.5)	53 (11.1)	
	2	102 (11.1)	25 (18.2)	32 (10.5)	45 (9.5)	
	3	127 (13.8)	19 (13.9)	39 (12.8)	69 (14.5)	
	4	89 (9.7)	14 (10.2)	29 (9.5)	46 (9.7)	
	5 (very severe)	145 (15.8)	10 (7.3)	34 (14.8)	90 (18.9)	
(CS-4) Aching in muscles and/or joints	0 (no symptom)	237 (25.8)	45 (32.8)	77 (25.2)	115 (24.2)	0.201
	1	114 (12.4)	20 (14.6)	41 (13.4)	53 (11.1)	
	2	102 (11.1)	19 (13.9)	28 (9.2)	55 (11.6)	
	3	158 (17.2)	22 (16.1)	51 (16.7)	85 (17.9)	
	4	121 (13.2)	14 (10.2)	39 (12.8)	68 (14.3)	
	5 (very severe)	186 (20.3)	17 (12.4)	69 (22.6)	100 (21.0)	
(CS-5) I feel tired since i get up (feeling a lack of energy)	0 (no symptom)	351 (38.2)	59 (43.1)	115 (37.7)	177 (37.2)	0.184
	1	121 (13.2)	20 (14.6)	33 (10.8)	68 (14.3)	

	2	114 (12.4)	24 (17.5)	35 (11.5)	55 (11.6)	
	3	112 (12.2)	10 (7.3)	43 (14.1)	59 (12.4)	
	4	103 (11.2)	13 (9.5)	34 (11.1)	56 (11.8)	
	5 (very severe)	117 (12.7)	11 (8.0)	45 (14.8)	61 (12.8)	
(CS-6) I have the perception of being useless	0 (no symptom)	530 (57.7)	88 (64.2)	163 (53.4)	279 (58.6)	
	1	93 (10.1)	17 (12.4)	35 (11.5)	41 (8.6)	
	2	78 (8.5)	13 (9.5)	24 (7.9)	41 (8.6)	0.087
	3	91 (9.9)	6 (4.4)	30 (9.8)	55 (11.6)	
	4	58 (6.3)	6 (4.4)	27 (8.9)	25 (5.3)	
	5 (very severe)	68 (7.4)	7 (5.1)	26 (8.5)	35 (7.4)	
(CS-7) I feel anxious or nervous	0 (no symptom)	178 (19.4)	22 (16.1)	61 (20.0)	95 (20.0)	
	1	120 (13.1)	20 (14.6)	46 (15.1)	54 (11.3)	
	2	150 (16.3)	34 (24.8)	23 (7.5)	93 (19.5)	≤ 0.0001
	3	181 (19.7)	28 (20.4)	59 (19.3)	94 (19.7)	
	4	126 (13.7)	20 (14.6)	52 (17.0)	54 (11.3)	
	5 (very severe)	163 (17.8)	13 (9.5)	64 (21.0)	86 (18.1)	
(CS-8) I am afraid of performing physical efforts because my urine leaks	0 (no symptom)	752 (81.9)	115 (83.9)	252 (82.6)	385 (80.9)	
	1	57 (6.2)	6 (4.4)	15 (4.9)	36 (7.6)	
	2	34 (3.7)	6 (4.4)	7 (2.3)	21 (4.4)	0.087
	3	37 (4.0)	8 (5.8)	18 (5.9)	11 (2.3)	
	4	15 (1.6)	0 (0.0)	6 (2.0)	9 (1.9)	
	5 (very severe)	23 (2.5)	2 (1.5)	7 (2.3)	14 (2.9)	
(CS-9) I have vaginal discomfort and dryness	0 (no symptom)	533 (58.1)	99 (72.3)	198 (64.9)	236 (49.6)	
	1	103 (11.2)	13 (9.5)	31 (10.2)	59 (12.4)	
	2	80 (8.7)	9 (6.6)	19 (6.2)	52 (10.9)	≤ 0.0001
	3	92 (10.0)	6 (4.4)	31 (10.2)	55 (11.6)	
	4	42 (4.6)	4 (2.9)	6 (2.0)	32 (6.7)	
	5 (very severe)	68 (7.4)	6 (4.4)	20 (6.6)	42 (8.8)	
(CS-10) I have noticed skin dryness (skin appearance, texture or tone)	0 (no symptom)	301 (32.8)	55 (40.1)	116 (38.0)	130 (27.3)	≤ 0.0001
	1	102 (11.1)	21 (15.3)	39 (12.8)	42 (8.8)	

	2	144 (15.7)	34 (24.8)	39 (12.8)	71 (14.9)	
	3	146 (15.9)	15 (10.9)	39 (12.8)	92 (19.3)	
	4	111 (12.1)	8 (5.8)	46 (15.1)	57 (12.0)	
	5 (very severe)	114 (12.4)	4 (2.9)	26 (8.5)	84 (17.6)	
Total CS-10 score		15.00 [8.00 – 24.00]	11.00 [6.00 – 18.00] ^a	15.00 [6.00 – 25.00] ^b	15.00 [9.00 – 27.00] ^b	≤ 0.0001
	minimum- maximum	0.00 – 48.00	0.00 – 39.00	0.00 – 46.00	0.00 – 48.00	

Data presented as median and interquartile range ([IQR], percentiles 25th and 75th), or absolute and relative frequencies [n(n%)]. Legend: Legend: NOI – not obtained information. Legend: p – significance index. CS – Cervantes Scale. *Chi-Square test with adjusted residual analysis, or Kruskal-Wallis test with Dunn post hoc. Significance set at 5% for all analysis. Bold numbers indicate association between categories/variables. ^{ab} Different letters indicate significant differences among menopausal group.

Table 4. Cervantes Scale (CS-10) correlations by menopausal status of all surveyed women (N=918).

Variable	CS-10 total score	
	ρ coefficient	*p-value
Premenopausal (n = 137)		
Single/without partner	-0.131	0.126
Retired/Unemployed/Other	0.277	0.001
Educational level (years)	-0.093	0.280
Body mass index	-0.135	0.115
Smoker	0.032	0.707
Weekly/daily alcohol	0.044	0.609
Irregularly active/sedentary lifestyle	0.202	0.018
Surgical menopause	NA	NA
Time since menopause onset (years)	NA	NA
Perimenopausal (n = 305)		
Single/without partner	-0.175	0.002
Retired/Unemployed/Other	0.092	0.108
Educational level (years)	-0.292	≤ 0.0001
Body mass index	0.094	0.102
Smoker	0.094	0.100
Weekly/daily alcohol	-0.053	0.354
Irregularly active/sedentary lifestyle	0.056	0.332
Surgical menopause	NA	NA
Time since menopause onset (years)	NA	NA
Postmenopausal (n = 476)		
Single/without partner	-0.086	0.060
Retired/Unemployed/Other	0.196	≤ 0.0001
Educational level (years)	-0.203	≤ 0.0001
Body mass index	0.129	0.005
Smoker	-0.003	0.944
Weekly/daily alcohol	-0.070	0.129
Irregularly active/sedentary lifestyle	-0.005	0.917
Surgical menopause	0.105	0.022
Time since menopause onset (years)	0.112	0.014

*Spearman's correlation of 10-item Cervantes Scale (CS-10) total score by menopausal group. Legend: ρ – Spearman's coefficient. p – significance index. NA – not applicable. Significance set at 5% for all analysis.

Table 5. Cervantes Scale (CS-10) regressions by menopausal status of all surveyed women (N=918).

Variable	CS-10 total score			*p-value
	β	95% confidence interval		
		Lowest limit	Highest limit	
Premenopausal (n = 137)				
p = 0.008; R ² = 0.147; adjusted R ² = 0.094; predicted R ² = 7.817; Z = 0.756				
Single/without partner	-0.080	-4.203	1.461	0.340
Retired/Unemployed/Other	0.251	0.647	3.165	0.003
Educational level (years)	-0.088	-0.382	0.116	0.294
Body mass index	-0.144	-0.502	0.030	0.082
Smoker	-0.002	-1.793	1.752	0.982
Weekly/daily alcohol	0.028	-1.374	1.923	0.742
Irregularly active/sedentary lifestyle	0.101	-0.626	2.589	0.229
Surgical menopause	NA	NA	NA	NA
Time since menopause onset (years)	NA	NA	NA	NA
Perimenopausal (n = 303)				
p = \leq 0.0001; R ² = 0.120; adjusted R ² = 0.096; predicted R ² = 11.026; Z = 5.017				
Single/without partner	-0.137	-5.941	-0.677	0.014
Retired/Unemployed/Other	0.034	-0.829	1.544	0.554
Educational level (years)	-0.268	-0.883	-0.357	\leq 0.0001
Body mass index	0.058	-0.113	0.364	0.302
Smoker	0.103	-0.130	3.633	0.068
Weekly/daily alcohol	0.016	-1.314	1.748	0.780
Irregularly active/sedentary lifestyle	0.034	-1.027	1.966	0.537
Surgical menopause	NA	NA	NA	NA
Time since menopause onset (years)	NA	NA	NA	NA
Postmenopausal (n = 474)				
p = \leq 0.0001; R ² = 0.124; adjusted R ² = 0.105; predicted R ² = 10.374; Z = 6.527				
Single/without partner	-0.117	-4.693	-0.707	0.008
Retired/Unemployed/Other	0.146	0.550	2.368	0.002
Educational level (years)	-0.148	-0.523	-0.124	0.002
Body mass index	0.084	-0.007	0.344	0.059
Smoker	-0.003	-1.263	1.188	0.952
Weekly/daily alcohol	-0.013	-1.334	0.985	0.768
Irregularly active/sedentary lifestyle	0.001	-1.082	1.109	0.981
Surgical menopause	0.042	-1.361	3.619	0.373
Time since menopause onset (years)	0.161	0.167	0.625	0.001

Linear regression enter method of 10-item Cervantes Scale (CS-10) total score by menopausal groups. Linear regression analysis coefficients are displayed by menopausal groups. Legend: β – adjusted coefficient. p – significance index. NA – not applicable. R² - determination coefficient. Z – Z-score (ratio of the estimated coefficient to its standard error). Significance set at 5% for all analysis

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O climatério vem ganhando espaço ao se perceber a importância desse período na vida feminina. Previsões populacionais mundiais antecipam que as mulheres passarão quase metade de suas vidas no climatério e pós-menopausa, fase que engloba não apenas alterações biológicas, mas também mudanças sociais e culturais, associados a consequências naturais do processo de envelhecimento. O impacto negativo na QV é inegável, mas como todos esses fatores que contribuem para esse impacto se relacionam é pouco compreendido.

Com o envelhecimento da população a expectativa de vida alcança índices altíssimos. Mas o envelhecer sem qualidade não parece fazer sentido. A população em geral já prioriza a QV. E os profissionais de saúde necessitam acompanhar essa tendência.

Avaliar e trabalhar na manutenção da QV parece ser interessante no âmbito do cuidado com o paciente. É de interesse de quem cuida e de quem é cuidado. Ferramentas objetivas, validadas e de qualidade parecem ser o ponto de partida.

A Escala de Cervantes é um instrumento que desperta interesse por ser destinado a população feminina e de meia-idade como um todo. Sua versão mais curta (de 10 itens) chama mais atenção ainda. Foi desenvolvida, primeiramente, para contemplar a população espanhola. E a similaridade racial e cultural com a população latina abriu espaço para esse projeto de validação.

A validação ocorreu depois de um minucioso trabalho. E nos permitiu

aplicar o instrumento validado. Na prática, entendemos a importância de uma avaliação objetiva, séria, confiável e rápida dos sintomas climatéricos e da QV de mulheres de meia-idade, no âmbito clínico e científico. Ferramentas desse tipo incrementam o arsenal do profissional da saúde, principalmente em tempos como os atuais em que se valoriza cada vez mais o “viver bem” em associação ao “viver mais”.

Além da possibilidade de uma avaliação séria da QV de mulheres brasileiras de meia-idade, informações do perfil dessa população também auxiliam no planejamento do cuidado. Entender qual a média de idade na qual esperar a última menstruação, se aprofundar um pouco mais sobre o perfil de sintomas as brasileiras têm predominância e detalhar associações de QV com alguns fatores tão presentes no nosso dia a dia fazem toda a diferença.

Algumas associações eram esperadas, como o status menopausal e a QV. O impacto hormonal já é bem compreendido e se confirma na nossa população. Mas fatores como estilo de vida (sedentarismo e índice de massa corporal) estão intimamente relacionados. Bem como fatores socioeconômicos, como ter uma ocupação. Já ter um nível educacional melhor, garante uma melhor qualidade de vida. Essa relação parece se basear em uma melhor compreensão das mudanças e consequências inerentes ao climatérico, o que facilita o enfrentamento e pode propiciar a busca por soluções.

PERSPECTIVAS

Esta tese de doutorado fortalece a importância dos estudos em Climatério e Menopausa e corrobora a necessidade do fortalecimento de linhas de pesquisa nesse tema crucial. É de extrema importância que tenhamos um ponto de partida em que dados da nossa população possam ser acessados e confrontados, e assim favorecer não só o desenvolvimento de métodos terapêuticos, mas também instituir cuidados básicos para mulheres vivenciando esse período de vida tão significativo. Elucidar e divulgar dados tão importantes sobre essa população, muitas vezes negligenciada, é gratificante.

No nosso país, não temos incentivo ao cuidado de mulheres nessa faixa etária no sistema público de saúde. O arsenal terapêutico disponível gratuitamente não inclui nenhum tipo de medicamento para síndrome climatérica. Em pleno 2023, ainda é comum mulheres aceitarem sintomas muitas vezes incapacitantes e que impactam de maneira visceral em sua QV por entenderem que esse quadro é normal e que o recomendado é aguardar a sua resolução espontânea. Grande parte das mulheres não tem acesso à informação de qualidade.

É crucial que a valorização do climatério e menopausa ocorra não apenas em setores especializados de atendimento, como ambulatórios de Ginecologia de Faculdades de Medicina, mas também na rede de Atenção Primária à Saúde, uma vez que falamos de uma fase fisiológica da vida da mulher. Que consigamos espalhar esse conhecimento entre pacientes e profissionais.

Muitas respostas seguem em aberto. Entendimento quanto ao conhecimentos dessas mulheres sobre essa fase de vida, a busca por auxílio médico e o acesso a tratamentos necessitam ser compreendidas para que se possa buscar melhorias nos locais de atendimento a essas pacientes.

Provavelmente a maior missão de quem trabalha com mulheres climatéricas não seja só difundir o conhecimento de sua existência, mas também se tornar o porta-voz dessas mulheres cuja QV parece estar em segundo plano.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS MENOPÁUSICOS, FUNÇÃO SEXUAL E FATORES RELACIONADOS EM MULHERES CLIMATÉRICAS SEXUALMENTE ATIVAS

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é estudar as diversas experiências associadas à qualidade de vida na meia idade, saúde, e sexualidade em mulheres entre os 40 a 55 anos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: o preenchimento deste termo e de questionários relacionados a sua qualidade de vida, sintomas menopáusicos, função sexual e fatores relacionados. O tempo para o preenchimento destes instrumentos (102 questões, aproximadamente 45 minutos). Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são durante a entrevista e preenchimento dos questionários, se a senhora se sentir desconfortável devido às perguntas, se sinta à vontade para partilhar seus sentimentos, opiniões. Dessa forma, interromperemos a conversa para que a senhora se sinta melhor emocionalmente, sem limite de tempo, até a senhora se recuperar. Se a senhora preferir deixar para outro dia, podemos remarcar a entrevista, de acordo com sua disponibilidade. Os possíveis

benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: contribuir para o aumento do conhecimento das mulheres brasileiras que vivenciam diversas experiências associadas à meia-idade, à saúde e à sexualidade durante a menopausa, bem como receber orientações de exercícios domiciliares e mudanças nas rotinas. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof^ª Dr^ª Maria Celeste Osório Wender, pelo telefone 3359-8091 ou 3359-8117, com o pesquisador Mona Lúcia Dall'Agno, pelo telefone 3359- 8091 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359-7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO E INSTRUMENTOS

Data da entrevista: ____ / ____ / ____	GDE ____ / ____ / ____
Entrevistador (a): _____	ENTREV _____
Primeiro nome: _____ Contato: _____	

Q1) Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Q2) Situação conjugal atual: (1) Casada / Mora com companheiro(a) (2) Divorciada / Separada (3) Solteira (4) Viúva
Q3) Atualmente, tem parceiro (a) sexual? (1) Sim. Quantos? ____ (2) Não
Q4) Número de filhos: _____ Q4.1) Número de partos: Vaginal (____) Cesárea (____) Q4.2) Perda urinária: () Não () Sim: () Esforços (tossir, espirrar, carregar peso...) () Urgência (vontade intensa de ir ao banheiro) () Mista (combinando as opções anteriores)
Q5) Situação profissional? (1) Ativa / Trabalhando (2) Aposentada (3) Desempregada (4) Outra: _____
Q6) Anos de estudo: _____
Q7) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____
Q8) Renda familiar total (em reais) _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
A. MENOPAUSA
Q9) Nos últimos 12 meses , você teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com menos ou mais 7 dias do que o habitual (por exemplo, teve o período de 24 em 24 dias em vez de 31 em 31 dias)? (1) Sim (2) Não
Q10) Nos últimos 12 meses apresentou mais de 60 dias de atraso menstrual? (1) Sim (2) Não
Q11) Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? (1) Sim (2) Não (SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO Q14)
Q12) Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica? (1) Sim (2) Não
Q13) Que idade tinha quando teve a sua última menstruação? _____ anos
Q14) Procurou ajuda médica (isto é, consultou um médico ginecologista ou um médico de clínica geral) para avaliar os sintomas da menopausa? (1) Sim (2) Não

Q15) Está usando alguma medicação, produtos naturais ou de outro gênero, para os sintomas da menopausa?

(1) Sim (2) Não

Se sim, quais? _____

B. SAÚDE GERAL

Q16) Teve recentemente alguma(s) doença(s)?

(1) Sim (2) Não

Se sim, quais? _____

Q17) Foi sujeita a alguma intervenção cirúrgica?

(1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo de intervenção? _____

Se sim, há quanto tempo fez a intervenção? _____

Q18) Teve recentemente algum problema psicológico?

(1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo de problema? _____

Q19) Qual seu peso atual? _____ kg

Q20) E a sua altura? _____ m

Q21) Caso tenha excesso de peso, desde quando começou a ter peso a mais?

(1) Desde criança

(3) Desde o início da idade adulta

(2) Desde a adolescência

(4) Desde a menopausa

(5) Outro: _____

C. CONSUMO DE TABACO, BEBIDAS QUENTES, ALCOOL E CAFÉ	
Q22) Você é fumante? (SE NÃO , PULE PARA QUESTÃO Q24)	
(1) Sim	(2) Sou ex-fumante (3) Não, nunca fumei
Q23) Quantos cigarros você fuma por dia ?	
(1) Menos de 5 cigarros	(3) Entre 11 e 20 cigarros
(2) Entre 5 e 10 cigarros	(4) Mais de 20 cigarros
Q24) Com que frequência toma bebidas quentes (leite, café, chá, chimarrão, etc.) por dia ?	
(1) Nunca tomo bebidas quentes	(3) Entre 3 e 4 vezes
(2) Entre 1 e 2 vezes	(4) Mais de 5 vezes
Q25) Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	
(1) Nunca	(3) 1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)
(2) Ao menos 1 vez por mês	(4) 1 vez por dia
	(5) Mais de 1 vez por dia
Q26) Costuma tomar café? (SE NÃO , PULE PARA QUESTÃO Q28)	
(1) Sim	(2) Não
Q27) Quantos cafés costuma tomar por dia ?	
(1) Tomo café ocasionalmente	(3) Entre 3 e 4 cafés
(2) Entre 1 e 2 cafés	(4) Mais de 5 cafés

D. EXERCÍCIO FÍSICO E PESO	
Q28) Pratica algum tipo de exercício físico (academia, caminhadas, etc.)?	
(1) Sim	(2) Não (SE NÃO , PULE PARA QUESTÃO Q31)
Q29) Quantas vezes por semana? _____	
Q30) Durante quanto tempo se exercita? _____ minutos	
Q31) Quanto você pesava antes de começar a ter alterações no seu ciclo menstrual (isto é, quando começou a ter ciclos menstruais mais curtos e a ser irregular)? _____ Kg	
(1) Ainda não detectei alterações no meu ciclo menstrual	
(2) Ainda não detectei alterações no meu peso	

ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA - 6

Nas últimas **4 semanas**:

Q32) Como você qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Q33) Como você qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?

Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Q34) Com que frequência você se sentiu lubrificada (notou mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?

Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Q35) Com que frequência você alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?

Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Q36) Quão satisfeita você tem se sentido com a sua atividade sexual?

Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Q37) Com que frequência você sente incômodo ou dor vaginal na penetração?

Não tive penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

ESCALA DE CERVANTES - 10						
	Sem Sintoma					Muito Severo
	0	1	2	3	4	5
Q38. Tenho calorões (e/ou suores noturnos)	0	1	2	3	4	5
Q39. Sinto o coração acelerado e sem controle	0	1	2	3	4	5
Q40. Não consigo dormir as horas necessárias (dificuldade no sono)	0	1	2	3	4	5
Q41. Sinto que os músculos e/ou as articulações doem	0	1	2	3	4	5
Q42. Sinto-me cansada desde que me levanto (falta de energia)	0	1	2	3	4	5
Q43. Tenho a sensação de que não sirvo para nada	0	1	2	3	4	5
Q44. Sinto-me ansiosa e nervosa	0	1	2	3	4	5
Q45. Tenho medo de fazer esforço porque tenho incontinência urinária	0	1	2	3	4	5
Q46. Tenho desconforto e secura vaginal	0	1	2	3	4	5
Q47. Tenho notado a pele mais seca (mudanças na pele, textura ou tom)	0	1	2	3	4	5

MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO					
SINTOMAS	Nenhum	Pouco Severo	Moderado	Severo	Muito Severo
Q48. Falta de ar, suores, calores					
Q49. Mal-estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)					
Q50. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)					
Q51. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)					
Q52. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)					
Q53. Ansiedade (impaciência, pânico)					
Q54. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
Q55. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)					
Q56. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)					
Q57. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)					
Q58. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)					

QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER (WHQ) – VERSÃO EM PORTUGUÊS BRASILEIRO				
	Sim, sem dúvida	Sim, as vezes	Raramente	Não, de jeito nenhum
Q59. Acordo de madrugada e aí durmo mal o resto da noite				
Q60. Fico com muito medo ou apavorada sem nenhum motivo aparente				
Q61. Sinto-me triste e infeliz				
Q62. Fico angustiada quando saio de casa sozinha				

	Sim, sem dúvida	Sim, as vezes	Raramente	Não, de jeito nenhum
Q63. Perdi o interesse pelas coisas				
Q64. Sinto batadeiras (palpitações) ou sensação de frio na barriga ou no peito				
Q65. Ainda gosto das coisas das quais gostava antes				
Q66. Acho que a vida não vale a pena				
Q67. Sinto-me nervosa ou agitada				
Q68. Tenho um bom apetite				
Q69. Sinto-me inquieta e não consigo ficar parada				
Q70. Estou mais irritada que o normal				
Q71. Ficar velha me preocupa				
Q72. Sinto dores de cabeça				
Q73. Sinto-me mais cansada que o normal				
Q74. Tenho tonturas				
Q75. Meus seios estão doloridos e me incomodam				
Q76. Sinto dor nas costas ou nos braços e pernas				
Q77. Tenho ondas de calor				
Q78. Estou mais atrapalhada (desastrada) que o normal				
Q79. Sinto-me bastante animada e excitada				
Q80. Tenho desconforto ou cólicas na barriga				
Q81. Sinto-me enjoada ou com vontade de vomitar				
Q82. Perdi o interesse pela vida sexual				
Q83. Tenho sensação de bem-estar				
Q84. Sangro muito nas minhas menstruações				
Q85. Tenho suores a noite				
Q86. Sinto o estômago inchado (empachado)				
Q87. Tenho dificuldade de pegar no sono				
Q88. Sinto formigamento e agulhas nos meus pés e nas minhas mãos				
Q89. Estou satisfeita com minha vida sexual (por favor, não responda se não tiver vida sexual)				
Q90. Sinto-me fisicamente atraente				
Q91. Tenho dificuldade de concentração				
Q92. Minhas relações sexuais incomodam, porque minha vagina está seca (por favor, não responda se não tiver vida sexual)				
Q93. Tenho que urinar mais vezes que o normal				
Q94. Minha memória está ruim				

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) – VERSÃO CURTA

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana.

As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

<p>Para responder as questões pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez e lembre-se que:</p> <p>- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;</p> <p>- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</p>	
<p>Q95) Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? ____ dias por SEMANA () Nenhum (SE NENHUM PULE PARA QUESTÃO Q97)</p>	<p>IPAQ1A_____</p>
<p>Q96) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: ____ Minutos: ____</p>	<p>IPAQ1B_____</p>
<p>Q97) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA). ____ dias por SEMANA () Nenhum (SE NENHUM PULE PARA QUESTÃO Q99)</p>	<p>IPAQ2A_____</p>
<p>Q98) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: ____ Minutos: ____</p>	<p>IPAQ2B_____</p>
<p>Q99) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. ____ dias por SEMANA () Nenhum (SE NENHUM PULE PARA QUESTÃO Q101)</p>	<p>IPAQ3A_____</p>
<p>Q100) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: ____ Minutos: ____</p>	<p>IPAQ3B_____</p>
<p>Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.</p>	
<p>Q101) Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? Horas: ____ Minutos: ____</p>	<p>IPAQ4A_____</p>
<p>Q102) Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? Horas: ____ Minutos: ____</p>	<p>IPAQ4B_____</p>