

## Escala de Avaliação da Menopausa (MRS)

Quais dos seguintes sintomas se aplicam a si neste momento?

(Marque com X UMA caixa para CADA Sintoma. Para Sintomas Que Não se Aplicam, Marque “Nenhum”).

Sintomas:	nenhum	ligeiro	moderado	acentuado	Extrema- mente acentuado
	-----	-----	-----	-----	-----
Pontuação =	0	1	2	3	4
1. Ondas de calor, sudorese (episódios de sudorese) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desconforto cardíaco (consciência invulgar do batimento cardíaco, coração aos saltos, acelerado, aperto) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de sono (dificuldade em adormecer, dificuldade em dormir durante a noite, acordar cedo) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Humor depressivo (estar em baixo, triste, com vontade de chorar, falta de motivação, alterações de humor) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritabilidade (sensação de nervosismo, tensão interior, sentir-se agressiva) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ansiedade (inquietação interior, sensação de pânico) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Exaustão física e mental (diminuição geral do desempenho, memória prejudicada, diminuição da concentração, esquecimento) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemas sexuais (alteração no desejo, na atividade e na satisfação a nível sexual) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas de bexiga (dificuldade em urinar, aumento da necessidade de urinar, incontinência urinária) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Secura da vagina (sensação de secura ou ardor na vagina, dificuldade nas relações sexuais) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Desconforto articular e muscular (dor nas articulações, queixas reumáticas) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MRS QOL questionnaire\_Trans\_Paper\_PT-Portuguese\_14Apr2023

1. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HPG: Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). Zentralbl Gynakol 1994; 116:16-23.
2. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep 2;2:45. doi: 10.1186/1477-7525-2-45. PMID: 15345062; PMCID: PMC516787.
3. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul 30;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28. PMID: 12914663; PMCID: PMC183844.