Survey on the knowledge and acceptance of the «genitourinary syndrome of menopause» among Portuguese gynaecologists

Inquérito sobre o conhecimento e aceitação da «síndrome geniturinária da menopausa» pelos ginecologistas portugueses

Pedro Vieira-Baptista*, Sara Tavares**, Joana Lima-Silva**, Ana Raquel Neves**, Fernanda Geraldes***, Fernanda Águas****

Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Maternidade Bissaya Barreto, Cento Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Abstract

Overview and Aims: The concept of "genitourinary syndrome of menopause" (GUSM), created in 2013, is widely used, despite the lack of studies and validation. This survey intended to evaluate the knowledge, agreement and concerns of Portuguese gynaecologists about it.

Study design, population and methods: An online survey was sent to Portuguese gynaecologists (all the members of the Portuguese Society of Gynaecology, personal contacts and specific groups in social networks).

Results: Out of 118 completed surveys, 66.1% belonged to specialists and 43.9% to residents. It was reported by 83.9% that they were acquainted with the GUSM, without differences between specialists and residents (85.0% vs. 83.3%, p=1.000). Most (66.7%) use "vaginal atrophy" or "atrophic vaginitis" in their daily practice; GUSM is used by 6.1% and 27.3% use both denominations. Considering "0" to be total disagreement and "10" total agreement, the justifications for the creation of this syndrome were rated as follows: "vaginitis implies infection or inflammation, which is not always the case" 8.1±2.57; "urinary signs and symptoms tend to be overlooked" 6.4±2.96; "atrophy has a negative connotation" 4.7±3.46 and "vagina is not generally a well-accepted term by women and the media" 3.4±3.41. It was considered by 37.9% that it may lead to sub-diagnosis/no diagnosis of sexual dysfunction; of vulvar pathology by 32.6% and of urinary tract pathology by 23.7%. Globally, 77.8% agree with the concept of GUSM, without differences between specialists and residents (80.0% vs. 73.5%, p=0.459); 75.4% consider that they will use it in the future (residents 57.9% vs. specialists 83.3%, p=0.053).

Conclusion: Most Portuguese gynaecologists are aware of the concept of GUSM, and intend to use it the future, despite not fully agreeing with the assumptions that led to its creation.

Keywords: Genitourinary syndrome of menopause; Menopause; Vaginal atrophy; Survey; Portugal.

INTRODUÇÃO

Em 2012, um grupo de elementos da *International Society for the Study of Women's Sexual Health* (ISSWHS), conjuntamente com outros da *North American Menopause Society* (NAMS) defenderam que era necessário rever a terminologia associada à sintomatologia geniturinária, na mulher pós-menopáusica. Após uma reunião de consenso, em Maio de 2013, cunhou-se uma nova designação: «síndrome geniturinária da menopausa» (SGUM)[1].

Segundo os signatários deste documento, a nova designação – que, alegadamente, deverá substituir designações como «atrofia vaginal» ou «vaginite atrófica», é mais adequada em termos médicos, mais abrangente, mais bem aceite pelo público e tem a vantagem de evitar a referência a «atrofia» e a «vagina»[1,2].

A criação da nova designação assentou em quatro pilares: 1) «vaginite» (atrófica) implica infecção ou inflamação, o que nem sempre se verifica, 2) os sintomas urinários tendem a ser desvalorizados, 3) «atrofia» tem

*Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia
**Interna de Formação Específica de Ginecologia e Obstetrícia
***Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
****Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Ginecologia e Obstetrícia

uma conotação negativa e 4) «vagina» não é um termo bem aceite pelos meios de comunicação e pelas mulheres em geral. Alguns destes pontos – nomeadamente os dois primeiros, podem ser facilmente aceites, enquanto noutros, a sua aceitação poderá não ser assim tão linear[2]. Para concluir relativamente à inadequação, de «atrofia», para além de «ter uma conotação negativa» os autores socorreram-se da definição do dicionário Merriam-Webster, que se pode traduzir por algo como: «diminuição de tamanho ou definhar de uma parte do corpo ou tecido; definhar ou declínio progressivo, por exemplo, por desuso». Efectivamente, na definição, não parece haver suporte para o não uso[2] e, relativamente à conotação, não foi realizado nenhum estudo ou inquérito que comprovasse tal assunção. A relutância em utilizar o termo «vagina» foi baseada apenas na opinião dos participantes, sem qualquer outro suporte.

Pode ainda ser questionado se se pode falar em «síndrome»: recorrendo, por coerência, ao mesmo dicionário anteriormente referido, encontramos que esta se define como «um grupo de sinais e sintomas que ocorrem em conjunto e caracterizam uma anomalia particular»[3]. Ora, sendo as alterações vulvovaginais da menopausa praticamente universais[4], poder-se-á realmente falar em síndrome?

Existe, ainda, o risco, teórico, de que o uso do conceito de SGUM possa levar a uma desvalorização e subdiagnóstico de patologia urinária e, sobretudo, vulvar[2]. O documento fundador do conceito ressalva que o diagnóstico é de exclusão – que é preciso descartar outras causas, mas de forma timorata[1]. Os sinais e sintomas são muito pouco específicos, não estando sequer definido um número mínimo que configure esta síndrome[5].

Foram excluídas deste consenso a maioria das potenciais sociedades internacionais interessadas no assunto; considerou-se a potencial desvalorização da sintomatologia urinária, mas, concomitantemente, nenhuma sociedade deste foro foi auscultada.

Assim, posto este contexto, os autores realizaram um inquérito *online*, com o objectivo principal de saber se os ginecologistas portugueses conhecem, estão familiarizados e concordam com o conceito de SGUM. Secundariamente, pretendeu-se avaliar: se havia diferenças de acordo com as áreas de interesse de cada um, se usam a denominação SGUM no dia-a-a e se pretendem vir a fazê-lo no futuro, o grau de concordância com os pilares que sustentaram a criação da SGUM e se consideram que esta pode levar a subdiagnóstico de algumas condições; cada variável foi avaliada de acordo com o grau de diferenciação (interno *vs.* especialista).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi construído um inquérito na plataforma «Google docs» (https://docs.google.com/forms/). O inquérito foi composto de 13 perguntas fechadas, permitindo uma caracterização demográfica, académica e profissional, para além das questões específicas relativamente ao assunto em estudo. Todas as questões eram de resposta obrigatória; apenas nas de opinião era possível a resposta «sem opinião».

A ligação para o inquérito foi enviada, por correio electrónico, para todos os sócios da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) com contacto de *e-mail* (cerca de 650), para os contactos pessoais dos autores, e foi divulgado em grupos específicos das redes sociais. Os dados foram recolhidos entre 02 e 10 de Fevereiro de 2016.

A análise dos dados foi efectuada utilizando os programas: Microsoft® Excel® 2011 (Microsoft Corporation©, 2011, Redmond, WA, USA) e IBM® SPSS® 20.0 (IBM Corporation©, 2011, Armonk, NY, USA). Foi utilizado o teste exacto de Fischer para as variáveis categóricas e o T de Student para as contínuas. Um valor de p <0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Dadas as características do estudo, considerou-se isento de necessidade de aprovação por uma Comissão de Ética.

RESULTADOS

Foram obtidas 118 respostas, sendo que 66,1% (78/118) foram de especialistas e as restantes de internos (33,9% [40/118]). De entre os especialistas, a maioria tinha mais de 10 anos de prática (64,1% [50/78]), realizava 50 a 150 consultas por mês (60,2% [47/78]), sendo que 38,5% (30/78) estimavam que mais de 25% das mulheres observadas em consulta eram pós-menopáusicas. Em termos de áreas de actividade, apenas 19,2% (15/78) se dedicavam exclusivamente à prática obstétrica. A maior parte das respostas foi de elementos do sexo feminino (80,5% [95/118]). De entre os internos, a maioria encontrava-se na segunda metade do internato (65,0% [26/40]) (Quadro I).

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

	% (n/N)
Grau de formação	
Internos	33,9% (40/118)
Especialistas	66,1% (78/118)
Fase de internato	
≤3º ano	35,0% (14/40)
>3º ano	65,0% (26/40)
Anos de prática (especialistas)	
<5 anos de prática	17,9% (14/78)
5-10 anos de prática	17,9% (14/78)
>10 anos de prática	64,1% (50/78)
Sexo	
Masculino	19,5% (23/118)
Feminino	80,5% (95/118)
Nº médio de consultas (mês) (especialistas)	
1-50	19,2% (15/78)
51-100	47,4% (37/78)
101-150	12,8% (10/78)
>150	20,5% (16/78)
Percentagem de mulheres pós-menopáusicas em consulta (especialistas)	
0	3,8% (3/78)
1-10%	10,2% (8/78)
10-25%	34,6% (27/78)
26-50%	37,2% (29/78)
>50%	14,1% (11/78)
Área principal de actividade (especialistas)	
Ginecologia	42,3% (33/78)
Obstetrícia	19,2% (15/78)
Ambos	38,5% (30/78)

A denominação de SGUM era conhecida por 83,9% (99/118) dos participantes no inquérito. Estratificando para o grau de formação, fase do internato, anos de prática, sexo e área principal de actividade, só se encontraram diferenças relativamente à fase do internato (64,3% [9/14] se na primeira metade *vs*. 96,2% [25/26] se na segunda, p=0,014) (Quadro II).

Considerando apenas os inquiridos familiarizados com o conceito de SGUM, a maior parte referiu usar no dia-a-dia «vaginite atrófica» ou «atrofia vaginal» (66,7% [66/99]); SGUM era utilizado por 6,1% (6/99) e 27,3% (27/99) usavam ambas as terminologias.

Classificando o grau de concordância com os pressupostos usados para a criação da SGUM, usando uma escala de Likert («0» discordância total até «10» concordância total) obteve-se, em termos médios, concordância com 1) «vaginite implica infecção ou inflamação, o que nem sempre se verifica» (8,1±2,57) e com 2) «sinais e sintomas urinários tendem a ser desvalorizados» (6,4±2,96). Houve discordância com 3) «atrofia tem uma conotação negativa» (4,7±3,46) e 4) «o termo vagina é mal aceite» (3,4±3,41). Relativamente aos dois últimos pressupostos, comparou-se se haveria algum potencial efeito do sexo na resposta. Para o sexo masculino e feminino, respectivamente, encontrou-se: 3) 5,3±3,25 e 4,5±3,51, p=0,358; para o 4) 4,2±3,62 e 3,2±3,35, p=0,253.

Foi considerado por 37,9% (36/95) que o conceito de SGUM pode levar ao subdiagnóstico/não diagnóstico de disfunções sexuais, por 32,6% (31/95) ao de patologia vulvar e por 23,7% (23/97) ao de patologia urinária.

De entre os que estavam familiarizados com o conceito de SGUM, 77,8% (77/99) afirmaram concordar, globalmente, com o mesmo e 75,4% (46/61) consideram que o vão utilizar no futuro. Estratificando para o grau de formação, fase do internato, anos de prática, sexo e área principal de actividade, em ambas as questões, apenas se encontrou uma tendência dos internos para o não uso do conceito de SGUM no futuro (internos 57,9% [11/19] *vs*. especialistas 83,3% [35/42], p=0,053) (Quadro II).

DISCUSSÃO

Ainda que a amostra seja de dimensões relativamente reduzidas, parece ser representativa da nossa realidade e adequada à estimativa das posições dos ginecologistas portugueses, relativamente à SGUM. A maioria dos internos teria já bastante contacto com a prática ginecológica e os especialistas realizavam um número avultado de consultas, sendo que a maioria lida com um número significativo de mulheres pós-menopáusicas.

A maioria dos inquiridos (mais de 80%) encontrava-se familiarizado com o conceito de SGUM, excepção feita aos internos na primeira fase do internato – traduzindo, provavelmente, a recomendação de que este se deve iniciar pela Obstetrícia. Apesar desta familiaridade, a maior parte continua a utilizar outras designações, não deixando, contudo, de ser relevante que um quarto já adoptou o SGUM para a sua prática clínica diária.

QUADRO II. IMPACTO DAS DIVERSAS VARIÁVEIS SOBRE A PROBABILIDADE DE CONHECER O SGUM, CONCORDAR COM O MESMO E DE NO FUTURO O UTILIZAR

	Conhece o conceito de SGUM	p=	Globalmente concorda com o conceito de SGUM	p=	No futuro pensa vir a utilizar o conceito de SGUM	p=
Grau de formação						
Internos	85,0% (34/40)	1,000	73,5% (23/34)	0,459	57,9% (11/19)	0,053
Especialistas	83,3% (65/78)		80,0% (52/65)		83,3% (35/42)	
Fase de internato						
≤3º ano	64,3% (9/14)	0,014	66,7% (6/9)	0,670	50% (3/6)	1,000
>3º ano	96,2% (25/26)		76,0% (19/25)		61,5% (8/13)	
Anos de prática (especialistas)						
≤10 anos de prática	78,6% (22/28)	0,528	77,3% (17/22)	0,749	81,2% (13/16)	1,000
>10 anos de prática	86% (43/50)		81,4% (35/43)		84,6% (22/26)	
Sexo						
Masculino	95,7% (22/23)	0,117	77,3% (17/22)	1,000	71,4% (10/14)	0,730
Feminino	81,1% (77/95)		77,9% (60/77)		76,6% (36/47)	
Área principal de actividade (especialistas)						
Ginecologia±Obstetrícia	82,5% (52/63)	1,000	82,7% (43/52)	0,274	82,9% (29/35)	1,000
Obstetrícia (apenas)	86,7% (13/15)		69,2% (9/13)		85,7% (6/7)	

De forma não surpreendente, os inquiridos concordaram massivamente que «vaginite» não é um bom termo a aplicar às alterações vulvovaginais (fisiológicas), decorrentes do hipoestrogenismo da menopausa. Efectivamente, pode existir atrofia da mucosa vaginal com ou sem inflamação associada. Por norma, no segundo padrão a celularidade em geral é baixa, enquanto no primeiro tende a ser abundante[6]. Como o uso do exame microscópico do corrimento a fresco pode claramente distinguir-se entre estes dois padrões[7] – não o fazendo, é necessário concordar que, pelo menos, «vaginite atrófica» deve ser evitado, não nos chocando, contudo, que se use de forma generalizada «atrofia vaginal» (considerando que esta pode englobar uma variante com inflamação e uma sem).

Houve alguma concordância em que os sintomas urinários tendem a ser desvalorizados. Efectivamente, tal poderá ser verdade – em parte porque o médico não o inquire, mas também porque as mulheres podem não associar as queixas urinárias à menopausa. Curiosamente, nem todos os estudos encontram agravamento das queixas na menopausa, quando comparada com o climatério[8,9] – ou seja, este pressuposto, mais do que baseado em factos relevantes, pode tê-lo sido apenas numa percepção da prática clínica.

Relativamente à suposta conotação negativa de «atrofia», a opinião global foi no sentido da discórdia, ainda que muito próxima da neutralidade. O uso de «atrofia» faz parte do léxico médico – de uma forma neutra, sem qualquer julgamento ou juízo de valor. Partiu-se do princípio que as mulheres poderão ficar melindradas por terem uma «atrofia», mas não por terem uma «síndrome» ou uma «menopausa». A classificação como síndrome transforma o fisiológico em patológico – esta iatrogenização da menopausa pode ser perigosa, especialmente num período em que novas moléculas (ospemifeno, por exemplo)[10] e tecnologia (*laser*)[11] tentam encontrar espaço para a sua aplicação, nem sempre com o fundamento científico necessário. Testado se haveria diferença no sentido das respostas de acordo com o sexo do inquirido, tal não se verificou: efectivamente, as mulheres ficaram ligeiramente abaixo da linha da neutralidade e homens ligeiramente acima desta, ainda que sem diferença estatística.

Conforme seria expectável, houve discordância global relativamente à inadequação do uso de termos anatómicos. Mais uma vez, não houve diferenças em termos de resposta, atribuíveis ao sexo. A classe médica, em geral, deveria pugnar pela educação da população em termos de anatomia e fisiologia. A posição pro-

posta, de usar termos alternativos é, no mínimo, obscurantista, tornando tabu a palavra «vagina».

Cerca de um terço dos participantes considerou haver risco de subdiagnóstico de patologia urinária, vulvar e disfunções sexuais, inerente à adopção do conceito de SGUM. Não existe, correntemente, definição da síndrome, mas antes uma listagem de sinais e sintomas. Esta lista é extensa: 19 sinais e sintomas, aos quais se podem acrescer ainda três achados adicionais, de suporte. É, necessariamente, pouco específica. Muitos dos achados são comuns – tanto em situações fisiológicas como patológicas. Por exemplo, a diminuição do tamanho dos pequenos lábios, tanto pode ser fisiológica como estar associada a uma dermatose liquenóide. A patologia vulvar é mais comum na menopausa[4,12] e, mais frequentemente, sintomática[13]. Não havendo, actualmente, adequada formação pré ou pós-graduada nesta área, pode-se especular que muitas situações de patologia vulvar serão sumariamente rotuladas de SGUM, com atraso ou mesmo não diagnóstico da verdadeira causa das queixas. O mesmo tipo de raciocínio pode ser aplicado à patologia urinária, ainda que, provavelmente, o risco de subdiagnóstico de condições potencialmente complicadas seja mais baixo[8]. Já a questão das disfunções sexuais pode ser mais complexa, pois torna-se a aliar a falta de formação médica, a vergonha em expressar as queixas e o facto de na listagem de critérios de SGUM vários deles serem, insistente e repetidamente, relativos a patologia deste foro (desconforto/dor, diminuição da lubrificação e perturbação do desejo/excitação/orgasmo). É preciso manter em mente que facilmente as doentes recorrem à *Internet* e facilmente encontrarão uma síndrome onde todas as suas queixas encaixam – a necessidade do exame físico foi muito pouco destacada! Curiosamente, os achados de suporte são dos mais específicos de toda a listagem: aumento das células parabasais e diminuição das superficiais[14] (o que, na prática, é equivalente). Relativamente ao pH, há que ter precauções no seu uso isolado, pois pode estar aumentado por vários outros motivos (por exemplo, vaginite aeróbica[15] ou bacteriose vaginal[16]).

Cerca de três quartos dos inquiridos concordam, globalmente, com o conceito de SGUM e tencionam vir a utilizá-lo no futuro. Curiosamente, parece haver mais resistência por parte dos internos em fazê-lo. Qualquer tentativa de explicar esta diferença é especulativa. Pode, por exemplo, aventar-se que haja uma maior sensibilidade para a patologia vulvar entre os mais novos (eventualmente atribuível ao investimento que a SPG tem realizado nesse campo, com cursos anuais), mas não se verificaram diferenças entre internos e especialistas em termos de considerar risco de subdiagnóstico de patologia vulvar, urinária ou de disfunções sexuais (dados não apresentados).

Tratando-se de um inquérito *online*, existem riscos acrescidos de enviesamento: maior probabilidade de resposta por elementos interessados na temática e exclusão de elementos com acesso mais limitado à informática.

Em conclusão, o SGUM é conhecido pelos ginecologistas portugueses, que o tencionam continuar ou passar a utilizar no futuro. Contudo, não deixam de estar cientes das suas limitações e riscos inerentes ao seu uso.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer à Sociedade Portuguesa de Ginecologia a divulgação do inquérito pelos seus associados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portman DJ, Gass MLS. 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. Maturitas. 2014 Nov;79(3):349–354.

2. Vieira-Baptista P, Marchitelli C, Haefner HK. The «Genitourinary Syndrome of Menopause»: A Leap Forward? J Low Genit Tract Dis. 2015;19(4):362–363.

3. http://www.merriam-webster.com/medical/syndrome

4. Lewis FM. Vulval symptoms after the menopause - Not all atrophy! Post Reprod Heal [Internet]. 2015 Dec;21(4):146–150.

5. Tavares S, Xavier J, Rei M, Lima Silva J, Vieira-Baptista P, Beires J. «Síndrome genito-urinária da menopausa» – um conceito útil? In: 184a Reunião da SPG. 2016.

6. Heller DS, Weiss G, Bittman S, Goldsmith L. Does a diagnosis of atrophic vaginitis on Papanicolaou test signify the presence of inflammation? Menopause. 2015 Aug;22(8):814–815.

7. Donders GGG, Marconi C, Bellen G. Interobserver variability in vaginal fluid wet mount microscopy can be reduced by precise definition of flora types and use of phase contrast. J Low Genit Tract Dis [Internet]. 2011 Oct;15(4):331–2; author reply 332–324.

8. Jones HJ, Huang AJ, Subak LL, Brown JS, Lee KA. Bladder Symptoms in the Early Menopausal Transition. J Womens Health (Larchmt). 2016 Jan 7

9. Mitchell ES, Woods NF. Correlates of urinary incontinence during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Climacteric. 2013 Dec;16(6):653–662.

10. Portman DJ, Bachmann GA, Simon JA. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. Menopause. 2013 Jun;20(6):623–630.

11. Hutchinson-Colas J, Segal S. Genitourinary syndrome of

menopause and the use of laser therapy. Maturitas. 2015 Dec;82(4):342–345.

12. Constantine GD, Bruyniks N, Princic N, Huse D, Palmer L, Lenhart G, Blumentals WA, Nappi RE. Incidence of genitourinary conditions in women with a diagnosis of vulvar/vaginal atrophy. Curr Med Res Opin. 2014 Jan;30(1):143–148.

13. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J, Martinez-de-Oliveira J. What Differentiates Symptomatic from Asymptomatic Women with Lichen Sclerosus? Gynecol Obstet Invest. 2014 Oct 21

14. Mylonas I, Bergauer F. Diagnosis of vaginal discharge by wet mount microscopy: a simple and underrated method. Obstet Gynecol Surv. 2011 Jun;66(6):359–368.

15. Zodzika J, Rezeberga D, Jermakova I, Vasina O, Vedmedovska N, Donders G. Factors related to elevated vaginal pH in the first trimester of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Jan;90(1):41–46.

16. Frobenius W, Bogdan C. Diagnostic Value of Vaginal Discharge, Wet Mount and Vaginal pH - An Update on the Basics of Gynecologic Infectiology. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015 Apr;75(4):355–366.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Pedro Vieira-Baptista
Centro Hospitalar de São João
Porto, Portugal
E-mail: pedrovieirabaptista@gmail.com

RECEBIDO EM: 05/05/2016
ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 19/09/2016