

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, da aluna TELMA GUARISI, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, da FCM/UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre.

Campinas, 20 de dezembro de 1996.



PROF. DR. AARÃO MENDES PINTO NETO

ORIENTADOR

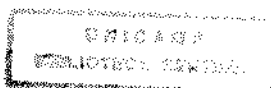
TELMA GUARISI

**FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DE SINTOMAS
URINÁRIOS E GENITAIS EM MULHERES CLIMATÉRICAS**

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM MEDICINA: ÁREA
DE TOCOGINECOLOGIA

ORIENTADOR: PROF. DR. AARÃO MENDES PINTO NETO
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. ANÍBAL FAÚNDES

UNICAMP
1996



9705442

UNIDADE BC
N.º CHAMADA: T700ICAMP
G 931f
V. 1 E. 1
TOMBO BC/ 30284
PROC. 281/97
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 21/05/97
N.º CPD C. M. 00097196-8

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

G931f	Guarisi, Telma Fatores associados com a prevalência de sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas/Telma Guarisi. Campinas, SP: [s.n.], 1996. Orientadores: Aarão Mendes-Pinto Neto, Aníbal Faúndes Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Menopausa. 2. Aparelho Genital. 3. Aparelho Urinário. I. Aarão Mendes Pinto-Neto. II. Aníbal Faúndes. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.
-------	--

Banca Examinadora da Tese de Mestrado

Aluno: TELMA GUARISI

Orientador: Prof. Dr. AARÃO MENDES PINTO NETO

Membros:

1.

Aurto

2.

M. Barros

3.

[Signature]

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/12/96

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Nelson e Maria Odete,
que, com amor, exemplo de honestidade e caráter,
apóiam-me no dia-a-dia*

*As minhas irmãs, Cláudia e Renata, e ao meu cunhado, Luiz Henrique,
que, com carinho e amizade, estimulam-me cada vez mais*

*As minhas queridas sobrinhas, Ana Paula, Carolina e Renata,
estímulo constante*

*A minha tia Nilce, aos meus tios Carlinhos e José Atílio
e aos meus avós, Arnaldo e Olimpya,
Antonio e Celeste "in memoriam",
que concretizam o conceito de família*

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Especialmente ao amigo e orientador, Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, por me confiar e me aceitar como sua orientanda. Grata pelo estímulo e ajuda constantes e pelo seu exemplo de honestidade e caráter.

Ao Prof. Dr. Anibal Faúndes, pelo exemplo de pesquisador e pela orientação sempre presente.

Ao Prof. Dr. Álvaro da Cunha Bastos, pelo exemplo de mestre e pela amizade e confiança em mim depositadas.

Ao amigo João Bosco, pelo convite para meu início na carreira docente, pelo exemplo de trabalho médico, humano e acadêmico, e pela ajuda na fase final deste trabalho.

À Profa. Dra. Lenir Mathias, que, com seu exemplo de mestre, incentiva-me na carreira universitária.

Ao amigo Ricardo Porto Tedesco, com quem dividi muitas horas de estudo, trabalho e ansiedades.

À Profa. Dra. Ellen Hardy, pelo estímulo e orientação na metodologia do trabalho.

Aos meus amigos Edna e Nelson Maia, pelo estímulo oferecido.

Ao Prof. Dr. Guilherme Cecatti, pelo apoio desinteressado e amizade.

Aos amigos Adriana Orcesi Pedro, Lúcia Helena Simões da Costa Paiva e Silval Fernando Zabaglia, pela colaboração e incentivo.

Aos membros da Banca Examinadora, por terem aceito o meu convite.

À Margarete, da Comissão de Pós-Graduação, pela ajuda durante todo o Curso.

À enfermeira Bia, do Ambulatório de Menopausa, pelo carinho e preocupação durante a coleta dos dados.

A todas as enfermeiras e funcionárias do Ambulatório de Menopausa, cuja ajuda e apoio foram-me de inestimável valor.

A minha irmã Renata, pela ajuda na fase final desta tese.

À Maria Helena, estatística do CEMICAMP, que realizou a maior parte do trabalho estatístico, sobretudo pela paciência nas horas de mudanças.

Ao Josemar e Dário, do CEMICAMP, pela ajuda na preparação dos dados.

À Sueli Chaves, da ASTEC, pela revisão do trabalho e pela preocupação e carinho oferecidos.

À Isabel e William, da ASTEC, pela ajuda e atenção oferecidas.

À Heloísa Galvão Eid, pela ajuda na tradução.

À Patrícia Meire Escórcio, exemplo de seriedade no trabalho, pela amizade e incentivo que me são de muito valor.

As minhas secretárias Sílvia, Neide e Odete, pela paciência e apoio.

Às pacientes do Ambulatório de Menopausa, sem as quais teria sido impossível este trabalho.

Aos alunos e residentes da Faculdade de Medicina de Jundiaí, que são o estímulo principal da minha carreira docente.

A Deus que, presente no meu dia-a-dia, sempre mostrou um "caminho".

SUMÁRIO

SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
LISTAS	
TABELAS	i
SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS	iii
RESUMO	v
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	14
2.1. Geral	14
2.2. Específicos	14
3. SUJEITOS E MÉTODOS	15
3.1. Desenho do estudo	15
3.2. Tamanho da amostra	15
3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos.....	16
3.4. Critérios de exclusão	16
3.5. Variáveis	17
3.6. Coleta dos dados ou amostra	24
3.7. Processamento dos dados	24
3.8. Análise dos dados	25
3.9. Aspectos éticos	29
4. RESULTADOS	30
4.1. Características das 229 mulheres estudadas	30
4.2. Queixas urinárias e genitais	34
4.3. Fatores associados às queixas urinárias	38
4.4. Fatores associados às queixas genitais	47
4.5. Fatores associados às queixas urinárias e genitais	55
4.6. Regressão logística com análise múltipla	57
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÕES	74
7. ANEXOS	76
Anexo 1. Questionário	76
Anexo 2. Ficha de dados de exame físico	82
8. SUMMARY	84
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES ESTUDADAS.....	31
Tabela 2 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS MULHERES ESTUDADAS.....	33
Tabela 3 - PORCENTUAL DAS QUEIXAS URINÁRIAS REFERIDAS PELAS MULHERES.....	35
Tabela 4 - PORCENTUAL DAS QUEIXAS GENITAIS REFERIDAS PELAS MULHERES.....	36
Tabela 5 - ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEIXAS URINÁRIAS E GENITAIS.....	37
Tabela 6 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	38
Tabela 7 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	40
Tabela 8 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS SEGUNDO O TIPO DE PARTO.....	42
Tabela 9 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS SEGUNDO ALGUNS ANTECEDENTES.....	44
Tabela 10 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS SEGUNDO DADOS DE EXAME FÍSICO.....	46

Tabela 11 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	48
Tabela 12 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO ALGUNS ANTECEDENTES.....	50
Tabela 13 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.....	51
Tabela 14 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO O TIPO DE PARTO.....	52
Tabela 15 - PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO DADOS DE EXAME FÍSICO.....	54
Tabela 16 - VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADAS ÀS QUEIXAS URINÁRIAS E GENITAIS.....	56
Tabela 17 - VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADAS ÀS QUEIXAS URINÁRIAS (ANÁLISE MÚLTIPLA).....	57
Tabela 18 - VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADAS ÀS QUEIXAS GENITAIS (ANÁLISE MÚLTIPLA).....	58

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ACOG	= American College of Obstetrician and Gynecologists
CAISM	= Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
EP coeficiente	= Erro-padrão do coeficiente estimado
I.M.C.	= Índice de massa corpórea
N	= Número
OMS	= Organização Mundial da Saúde
PVA	= Parede vaginal anterior
PVP	= Parede vaginal posterior
SPSS PC+	= Statistical package for social sciences fo personal computer plus
TRH	= Terapia de reposição hormonal
UNICAMP	= Universidade Estadual de Campinas
%	= Porcentagem

RESUMO

RESUMO

As estimativas sobre a proporção de mulheres portadoras de sintomas geniturinários variam entre cifras de 11 até 50%, em diferentes trabalhos realizados com populações distintas. O climatério é considerado fator agravante de tais distúrbios. Apoiados na insuficiência dos dados, principalmente em nível nacional, sobre a prevalência de distúrbios urinários e genitais nas mulheres climatéricas e pós-menopausadas, realizou-se um estudo para investigar a freqüência destes sintomas, bem como os fatores associados a maior prevalência de distúrbios urinários e genitais. Entrevistaram-se 229 mulheres que foram submetidas ao exame ginecológico no Ambulatório de Climatério do CAISM da Universidade Estadual de Campinas, através de questionário detalhado, observando-se variáveis como idade, raça, estado marital, antecedentes tocoginecológicos, uso de anticoncepção hormonal, estado menstrual, uso de terapêutica de reposição hormonal, cirurgia prévia para incontinência urinária, infecção urinária de repetição, diabetes, tabagismo, tosse crônica, quimioterapia e/ou radioterapia prévia, distopias genitais, trofismo vaginal, muco cervical e teste de Schiller. A análise dos dados foi realizada através dos testes estatísticos Qui-Quadrado, Exato de Fisher e Análise Múltipla. A freqüência de distúrbios urinários foi de 42,8%, sendo o sintoma mais encontrado a incontinência urinária; pouco mais da metade das mulheres (54,1%) apresentavam queixas genitais, sendo a

secura vaginal a mais freqüente. Os fatores que se associaram à prevalência de queixas urinárias, através da análise bivariada, foram o número de gestações, número de partos e presença de distopias genitais. Já presença de parceiro, antecedente de diabetes, cirurgia anterior para incontinência urinária, infecção urinária de repetição e menor trofismo genital associaram-se à prevalência de queixas genitais. A análise múltipla mostrou que o número de gestações associou-se a queixas urinárias e, por outro lado, as queixas genitais associaram-se à presença de parceiro, diabetes, menor trofismo vaginal e menor índice de massa corpórea. Concluiu-se que os fatores associados à prevalência de queixas urinárias e genitais são distintos e que merecem, portanto, uma abordagem diferente do ponto de vista propedêutico e terapêutico.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O estudo da menopausa tem sido assunto de muito interesse na atualidade, tanto do ponto de vista médico como social. Neste período ocorrem numerosas alterações somáticas, fisiológicas e psicológicas, algumas devidas à deficiência de estrogênio em consequência da exaustão folicular ovariana, e outras produzidas pelas consequências da idade, independente do estrogênio (WENTZ, 1990).

Menopausa é o momento em que ocorre a parada permanente das menstruações devido à falência ovariana (OMS, 1981; SPEROFF, 1994). Um conceito mais amplo é o de climatério, definido como a fase da vida biológica da mulher que representa a transição entre a menacme e a senilidade, marcando, portanto, a transição entre o período reprodutor e o não reprodutor (HALBE, 1987). Segundo a OMS (1981), o termo perimenopausa ou climatério deve ser usado para incluir o período imediatamente antes da menopausa com características clínicas, biológicas e endocrinológicas de sua aproximação, e pelo menos o primeiro ano após a mesma, sendo pós-menopausa definida como o período a partir da menopausa, embora isto não se possa determinar até

que se tenha observado um período de 12 meses de amenorréia espontânea.

Existe controvérsia no que diz respeito aos limites de idade, tanto do climatério como da menopausa. Calcula-se que a idade média da menopausa das mulheres norte-americanas seja de 50 a 51 anos (WENTZ, 1990). Em um estudo sobre a saúde da mulher, em Massachusetts, considerou-se como início do período perimenopausal aquele em que as mulheres relatavam aparecimento de irregularidade menstrual. A idade média de perimenopausa foi de 47,5 anos e a idade média de menopausa foi de 51,3 anos (SPEROFF, 1994). Avaliando-se, retrospectivamente, 115 mulheres climatéricas na clínica ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FONSECA e cols. (1985), observaram que a média etária foi de 48,1 anos. De modo geral, são aceitos os limites de 35 e 64 anos de idade para o climatério (HALBE, 1987).

Não conhecemos, no Brasil, nenhum estudo de base populacional avaliando a idade de menopausa bem como o impacto desta sobre a vida das mulheres, tanto do ponto de vista social como médico.

Com o aumento progressivo da expectativa de vida da população, o número de mulheres no climatério tenderá a aumentar cada vez mais. Atualmente, a média de expectativa de vida das mulheres nos países ocidentais é de 77 anos e, aproximadamente no ano 2.000, quando a população estará aumentada, 12% terão mais do que 65 anos, e a expectativa de vida será mais prolongada. O Brasil tem hoje uma população de 160 milhões e 56% desta são mulheres. A expectativa de vida feminina tem aumentado, principalmente nos últimos anos, passando de 45 anos em 1940 a 68 anos na atualidade, mostrando um incremento de 50% em apenas 45 anos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). As estimativas são de que este aumento continue durante o século XXI. Assim, uma mulher que atualmente alcança 50 anos, viverá mais 28 anos e passará um terço de sua vida após a menopausa (WENTZ, 1980), convivendo com os sintomas e sinais próprios do climatério por todo este período ou parte dele.

Sabe-se, hoje, que os sintomas típicos do climatério, tais como fogachos e ansiedade, coincidem com o decréscimo nos níveis circulantes de estrógenos. Problemas de conseqüências mais graves e de ocorrência em longo prazo, como a osteoporose e a doença

cardiovascular, que representam problemas de saúde pública neste grupo populacional, também são agravados pelo déficit hormonal e, conseqüentemente, podem ser prevenidos ou tratados pela terapia de reposição estrogênica (REKERS, 1989; SPEROFF, 1994).

Tem-se dado, na literatura médica, menor atenção a um outro aspecto da deficiência estrogênica: atrofia do trato urogenital baixo. As mudanças do trofismo que ocorrem nas mucosas do trato genital do aparelho urinário, pela insuficiência estrogênica, levam a sintomas diversos, como secura vaginal, prurido vulvar, dispareunia, urgência miccional, noctúria, disúria, predisposição a infecções urogenitais e incontinência urinária (CARDOZO, 1996).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a incontinência urinária é mais comum nas mulheres, em todas as faixas etárias, e que ocorre um aumento de sua freqüência com o avançar da idade (MILNE, WILLIAMSON, MAULE, 1972).

Para que haja continência urinária, a pressão uretral deve ser maior do que a pressão vesical. Os principais fatores determinantes da pressão intra-uretral são o trofismo da mucosa da uretra, os tecidos conjuntivo e vascular e a musculatura peri-uretral. Todos, ao que parece, são

influenciados pelo estrogênio (FABER & HEIDENREICH, 1977; WALTER et al., 1978; RUD, 1980; RUD et al., 1980; BEISLAND et al., 1984; BUMP & FRIEDMAN, 1986; TAPP & CARDOZO, 1986; CARDOZO, 1990).

As mucosas da vagina e uretra são muito sensíveis às alterações estrogênicas. O tecido epitelial escamoso responde, tanto à diminuição como ao aumento dos níveis estrogênicos (WIEGERINK et al., 1980). SMITH (1972) comprovou este fato demonstrando mudanças citológicas no tecido do trato urinário baixo de mulheres, associadas à deficiência estrogênica pós-menopausal.

DEL CASTILLO, ARGONZ, MAININI (1948) verificaram que as células de sedimento urinário, colhidas nas diversas fases do ciclo menstrual, apresentavam alterações semelhantes às observadas nas células de esfregaço vaginais, simultaneamente obtidos. Comprovaram, ainda, ser semelhante nestes dois locais a ação de estrogênios administrados. Tais resultados foram confirmados por WALTER et al., em 1978.

O tecido conjuntivo, importante elemento no mecanismo de continência, tem como maior componente o colágeno. BRINCAT et al. (1983) descreveram a presença de receptores de esteróides sexuais nos

fibroblastos e comprovaram, também, haver diminuição da quantidade de colágeno na pele com o evoluir da idade. Observaram que as alterações cutâneas atróficas eram atenuadas com o uso de estrogênios.

O hipoestrogenismo da pós-menopausa acarreta atrofia da mucosa uretral, comprometimento da integridade vascular e do colágeno e diminuição da sensibilidade da musculatura lisa uretral ao estímulo alfa-adrenérgico (REKERS, et al., 1992). O hipoestrogenismo também se associa a quadros de vaginite atrófica, a sintomas uretrais irritativos, tais como disúria e infecções recidivantes do trato urinário, e a incontinência urinária de esforço (BENT, 1991). Em uma recente e extensa revisão VERSI et al. (1995) concluíram que as conseqüências do hipoestrogenismo não são iguais para diferentes condições; enquanto o estrogênio exerce papel na prevalência da freqüência urinária e noctúria, o mesmo não é verdade no que diz respeito à incontinência urinária.

Como conseqüência tem-se procurado estudar os efeitos da hormonioterapia de reposição sobre o sistema geniturinário, baseando-se na origem embriológica comum dos epitélios vesical, uretral e vaginal a partir do endoderma do seio urogenital (MOORE, 1978; GOSLING & DIXON, 1991). A presença de receptores esteróidicos no trato urinário

baixo, como demonstraram INGELMAN-SUNDBERG et al. (1981), associada à ação sensibilizadora dos estrogênios sobre os receptores alfa-agonistas encontrados na musculatura peri-uretral (SCHREITER, FUCHS, STOCKAMP, 1976; BEISLAND et al., 1984; CALLHAN & CREED, 1985), revelam a susceptibilidade urogenital aos estrogênios. A expressão da população de receptores estrogênicos no trato urinário e no vaginal nem sempre são equivalentes (WOLF, WANDT, JONAT, 1991).

Os resultados do tratamento das alterações urogenitais da pós-menopausa com estrogênios não são ainda perfeitamente estabelecidos, principalmente no que diz respeito à incontinência urinária, devido ao fato de os critérios de avaliação, os tipos de hormônios empregados, as vias de administração e as dosagens terem sido muito variados entre os diferentes pesquisadores (CARDOZO, 1996).

Em vários estudos, têm-se relatado bons resultados subjetivos em mulheres pós-menopausadas com incontinência urinária. CAINE & RAZ, (1973) mostraram que 26 de 40 mulheres (65%) com incontinência urinária de esforço apresentaram aumento da pressão uretral máxima e melhora dos sintomas enquanto usavam estrogênios conjugados via oral. FABER & HEIDENREICH (1977) demonstraram, em 95% de suas

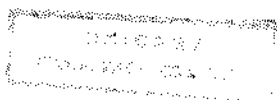
pacientes, uma melhora significativa no perfil de pressão uretral. MOLANDER et al. (1991), estudando 346 mulheres climatéricas com incontinência urinária, comprovaram, em algumas delas, melhora ou até mesmo cura clínica, após a administração de estriol por via oral, fato este discordante dos achados de WALTER et al. (1978) que, utilizando administração oral de estriol e estradiol, não encontraram mudanças no perfil de pressão uretral, assim como não houve alteração do quadro de incontinência urinária.

Em um estudo multicêntrico, duplo-cego, placebo-controle, randomizado, utilizando estriol via oral, em mulheres pós-menopausadas com quadro de urgência miccional, apesar de se observar melhora subjetiva e objetiva nas funções do trato urinário baixo, esta não foi significativamente melhor do que no grupo tratado com placebo (CARDOZO et al., 1993).

SMITH et al. (1993), estudando 222 mulheres pós-menopausadas com sintomas e sinais de atrofia da mucosa vaginal, observaram melhora na maturação do epitélio vaginal, medida através de parâmetros citológicos, durante o tratamento com anéis vaginais de estradiol.

Como podemos observar, os resultados do tratamento dos sintomas urinários e genitais com derivados estrogênicos são variados. Outro fato de importância refere-se à porcentagem de incontinência urinária em mulheres pós-menopausadas que varia muito entre os relatos de estudiosos. Assim, TEASDELE et al. (1988), em uma amostra de 599 pessoas, sendo 75% de mulheres, encontraram 33% do total da amostra com alguma forma de incontinência urinária (37% das mulheres e 22% dos homens). REKERS (1989), através de questionário randomizado enviado a 1900 mulheres da cidade holandesa de Zoetermeen, encontrou 26,3% de mulheres com incontinência. Por outro lado, IOSIF & BEKASSY (1984) entrevistaram 902 suecas, com idade média de 62 anos, encontrando 29% de queixa de incontinência, sendo que 70% destas relacionavam o início dos sintomas com a menopausa.

Segundo STANTON & CARDOZO (1980), 26% das mulheres no período reprodutivo apresentam o sintoma, elevando-se este índice para 30 a 42% após a menopausa. YARNELL et al. (1981) encontraram uma prevalência de 42% nas mulheres entre 18 e 64 anos e de 59% naquelas com idade superior a 75 anos. DIOKNO et al. (1986); OUSLANDER, KANE, ABRASS (1982) obtiveram 33 a 50% em uma população geral



com idade entre 70 e 74 anos e acima de 65 anos, respectivamente (75% desta população eram compostas por mulheres em ambos os estudos). Por outro lado, CAMPBELL, REINKEN, McCOSH (1985) encontraram índices mais baixos, de 11,6% e 21,7% em populações com idade superior a 65 e 80 anos respectivamente.

MILSON et al (1993) investigaram a prevalência de incontinência urinária, infecções do trato urinário e queixas urogenitais em uma amostra representativa de mulheres idosas, relatando um aumento linear da incidência da incontinência urinária com a idade mais elevada. Não houve, no entanto, evidência que sugerisse aumentar a ocorrência da incontinência urinária na época do período da menopausa.

Conforme THIEDE (1989), esta relativa variabilidade com relação à prevalência de incontinência urinária poderia ser atribuída a vários fatores: investigações em populações com características acentuadamente distintas, utilização de diferentes métodos diagnósticos, comunicação restrita, por constrangimento de algumas pacientes, aplicação inadequada dos termos "prevalência" e "incidência" e, ainda, utilização de terminologia não apropriada.

Existem, em nosso meio, poucos dados de literatura sobre prevalência de distúrbios urinários no climatério. Em 1989, RIBEIRO et al. relataram que cerca de 10% das mulheres que procuram atendimento ginecológico têm, como queixa primordial, a perda de urina aos esforços. ALDRIGHI (1992) relatou a importância do hipoestrogenismo na fisiopatologia dos distúrbios urinários e BARACAT (1992) ressaltou a importância do tratamento da atrofia urogenital na mulher menopausada, visto que todos os problemas derivados da atrofia urogenital, em especial a incontinência urinária de esforço, chegam a produzir conseqüências sociais enormes. Esta atrofia interfere com a atividade sexual e, com freqüência, implica uma diminuição da libido, aumento da ansiedade e diminuição da estima pessoal.

Em resumo, observou-se que, através da revisão da literatura a respeito do assunto, foram muitos os trabalhos relativos ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios urinários e genitais. No entanto, os dados disponíveis sobre a prevalência destes sintomas na mulher climatérica são muito variáveis (de 1,6% até em torno de 50%) em diferentes estudos, que nem sempre utilizam metodologia adequada e populações homogêneas. Sobretudo em nosso país, não existem dados específicos

em relação à prevalência dos distúrbios urinários nas mulheres climatéricas, e não está clara a associação entre o início do quadro de incontinência urinária e o déficit estrogênico que acompanha a menopausa.

Estes fatos motivaram a realização deste estudo e foram reforçados pela recomendação recente do AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, em um boletim técnico sobre incontinência urinária (1996), o que recomenda aos ginecologistas preocuparem-se em reconhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento de queixas urogenitais e, mais especificamente, a incontinência urinária. Uma história clínico-cirúrgica detalhada deveria ser obtida rotineiramente em todas as mulheres com sintomas do trato urogenital. Histórias de diabetes mellitus, doença tireoidiana, esclerose múltipla, acidente cerebrovascular devem ser investigadas. A paridade da paciente, tipos de partos e cirurgia pélvica anterior devem ser questionadas para determinar os possíveis efeitos desses fatores na função do trato geniturinário.

A falta de publicações sobre sua prevalência justifica o estudo dos sintomas urogenitais em mulheres climatéricas em nosso meio, ainda que

apenas entre aquelas que procuram serviço médico por alguma queixa relacionada a este período da vida. Especificamente em um serviço dirigido a mulheres climatéricas e menopausadas, a pergunta que sempre gera dúvida é qual a real extensão dos problemas geniturinários nessa população.

O presente estudo pretende identificar a frequência das queixas urinárias e genitais em mulheres climatéricas e sua associação a variáveis como idade, antecedentes tocoginecológicos, obesidade, tabagismo, estado menstrual, uso de anticoncepcional hormonal prévio, uso de terapia de reposição hormonal, cirurgia vaginal anterior, infecção urinária de repetição e outros antecedentes patológicos, como bronquite crônica e diabetes mellitus.

O conhecimento advindo desse estudo permitirá determinar a prevalência dos sintomas urogenitais no climatério nesta amostra selecionada de mulheres e sua associação aos fatores acima citados, o que, em estudos posteriores, poderá facilitar uma abordagem mais direcionada à sua identificação e tratamento.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Estudar a prevalência de distúrbios urinários e genitais e os fatores associados à estas queixas em mulheres climatéricas e menopausadas que procuram apoio médico em um serviço para atenção à menopausa.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Determinar a prevalência de distúrbios urinários e genitais nas mulheres que freqüentam o Ambulatório de Menopausa do CAISM.
- 2.2.2.** Identificar os fatores associados às queixas urinárias e genitais.
- 2.2.3.** Avaliar a associação entre a paridade e a prevalência de queixas urinárias e genitais.
- 2.2.4.** Comparar as prevalências de queixas urinárias e genitais nas mulheres pré e pós-menopausadas, com e sem terapia de reposição hormonal.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

O estudo foi descritivo, de corte transversal.

3.2. Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho amostral, utilizamos as referências de STANTON (1980) que considera uma proporção populacional de incontinência urinária em mulheres climatéricas de 30%, com uma diferença desejada entre a proporção amostral e populacional (em função de p) de 20%, e uma porcentagem de erro tipo 1 (alfa) de 5%. O número encontrado foi de 224 casos para um estudo descritivo. Desse modo, estipulou-se um total de 230 mulheres climatéricas para constituir a população total do estudo.

3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos

Foram selecionadas 230 pacientes, matriculadas no Ambulatório de Menopausa do CAISM, UNICAMP, com idade entre 35 e 81 anos. Após concordarem verbalmente em participar do estudo, as pacientes foram entrevistadas através de questionário preparado e pré-testado especialmente para o estudo, e submetidas ao exame ginecológico, seguindo ficha, também própria do estudo, ambos realizados pelo investigador principal. As mulheres foram avaliadas no período de janeiro de 1995 a março de 1996. Nos dados das primeiras 78 pacientes não constam as queixas genitais bem como os dados de exame físico referentes a estas queixas, visto ter sido com o transcorrer do trabalho que verificamos um grande número de pacientes com queixas genitais concomitantes e passamos então, a avaliar em conjunto os dois tipos de queixas.

3.4.-Critérios de exclusão

Foram excluídas as pacientes que se recusaram a participar do estudo.

3.5. Variáveis

Foram estudadas para todos os casos as seguintes variáveis:

3.5.1. Variáveis independentes

- idade: em anos completos que a mulher declarou à época da consulta médica.
- estado marital: dividido em cinco categorias: solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada e viúva.
- cor ou raça: admitiram-se cinco categorias: branca, preta/negra, parda, amarela, e indígena.
- trabalho: admitiram-se duas categorias para o tipo de trabalho: remunerado e não remunerado.
- número de gestações: dividido em quatro categorias: nenhuma, uma, duas, três ou mais gestações.

- abortos: considerou-se a ocorrência ou não de abortos, segundo as categorias : SIM e NÃO.
- paridade: número de partos, independentes da situação da vitalidade do concepto, divididos em quatro categorias: nenhum, um, dois, três ou mais partos.
- forma de parto: a maneira pela qual se ultimaram os partos considerando-se a via, divididas em três categorias: vaginal, cesárea, vaginal e cesárea.
- ocorrência de partos domiciliares: considerou-se o número de partos domiciliares que a mulher referiu ter ocorrido, utilizando-se as mesmas categorias que para paridade.
- uso de anticoncepcional hormonal prévio: considerou-se o uso, ou não, de anticoncepcional hormonal que a mulher referiu (oral ou injetável, por um período igual ou superior a seis meses), divididos em duas categorias: SIM e NÃO.

- uso de reposição hormonal anterior ou atualmente: considerou-se o uso, ou não, de tratamento hormonal que a mulher referiu ter feito ou estar fazendo, segundo as categorias: ≤ 6 meses; > 6 meses e NÃO.
- cirurgia anterior para incontinência urinária: considerou-se a realização de cirurgia por via vaginal e/ou abdominal a que a mulher referiu ter sido submetida para tratamento de incontinência urinária, segundo as categorias SIM e NÃO.
- infecção urinária de repetição: considerou-se infecção urinária de repetição a ocorrência de três ou mais episódios consecutivos de infecção, tratadas, referidas pela paciente, em intervalo de um ano, segundo as categorias SIM e NÃO.
- tabagismo: considerou-se tabagismo quando a mulher referiu fumar; divididos em duas categorias: SIM e NÃO.
- tempo de tabagismo: considerou-se o tempo, em anos, que a mulher referiu ter o hábito de fumar.

- **tossidora crônica:** considerou-se a ocorrência de quadros de tosse de repetição acompanhada de expectoração, durante um período mínimo de um ano, segundo as categorias SIM e NÃO.
- **diabetes:** considerou-se a presença de diabetes referida pela paciente, segundo as categorias: SIM e NÃO.
- **obesidade:** considerou-se como obesa a mulher que apresentou uma relação peso/altura² (I.M.C.) maior que 29 (SPEROFF et al., 1994).
- **tempo de menopausa:** número de anos decorridos após a última menstruação, subdivididos em cinco categorias: menstruação ainda presente; ausência de menstruação há menos de um ano; ausência de menstruação em intervalo de um a cinco anos; ausência de menstruação em intervalo de cinco a dez anos; ausência de menstruação há mais de 10 anos
- **radioterapia prévia:** considerou-se o tratamento radioterápico que a paciente referiu ter realizado; segundo as categorias SIM e NÃO.

- quimioterapia prévia: considerou-se o tratamento quimioterápico que a paciente referiu ter realizado; segundo as categorias SIM e NÃO.
- distopias genitais: considerou-se a presença das seguintes distopias observadas durante o exame ginecológico: procidência de parede vaginal anterior, acompanhada de sua porção justa-uretral, agrupando as pacientes em quatro graus, segundo JUMA, LITTLE, RAZ, (1993). Quando, ao esforço, a parede vaginal anterior não atingia o intróito vaginal (I), se o alcançasse (II), e caso ultrapassasse o intróito ao esforço (III), ou em repouso (IV). Segundo esta classificação, agrupamos as pacientes nas seguintes categorias: ausente; discreta (I), moderada (II) e acentuada (III e IV); procidência de parede vaginal posterior, segundo as categorias: ausente, discreta, moderada e acentuada; e rotura perineal, segundo as categorias: ausente, 1º grau, 2º grau e 3º grau.
- trofismo genital: considerou-se o grau de trofismo conforme a rugosidade vaginal observada durante o exame ginecológico, segundo as categorias: presente, diminuída e ausente.

- muco cervical: considerou-se a característica do muco cervical observado durante o exame ginecológico, segundo as categorias: ausente; presente, escasso; e presente, abundante.
- teste de Schiller: considerou-se o resultado do teste de Schiller durante o exame ginecológico, segundo as categorias: positivo (presença de área iodo negativa cervical e coloração escura de todo o restante do colo e vagina), negativo (ausência de área iodo negativa cervical e coloração escura de todo o restante do colo e vagina) e iodo-claro (quando a coloração era clara, igualmente distribuída em todo colo e vagina).

3.5.2. Variáveis dependentes

- **distúrbios urinários:** considerou-se como distúrbios urinários os seguintes sintomas, referidos pelas mulheres, agrupadas de acordo com a classificação proposta pelo ACOG, 1996; segundo as seguintes categorias: ausência de sintomas urinários; incontinência urinária de esforço, definida como a perda involuntária de urina durante esforço, tal como tossir, curvar-se ou levantar objetos pesados; urge-incontinência, definida quando a mulher apresentava perda involuntária de urina com um forte desejo simultâneo de urinar, sem tempo suficiente para chegar ao banheiro; incontinência urinária mista: quando a paciente apresentava sintomas de incontinência de esforço e de urge-incontinência; disúria: quando a paciente apresentava queixa de ardor ao urinar; e outros: qualquer outro sintoma urinário referido pela paciente.
- **Dispareunia:** considerou-se como a presença de dor durante as relações sexuais; segundo as categorias SIM e NÃO.
- **Prurido genital:** considerou-se como a queixa de coceira na vagina que a paciente referiu; segundo as categorias SIM e NÃO.

- Secura vaginal: considerou-se como a queixa de vagina seca que a paciente referiu; segundo as categorias SIM e NÃO.

3.6. Coleta dos dados ou amostras

Os dados foram coletados através de entrevista individualizada e exame ginecológico, realizados pelo investigador principal com as pacientes admitidas ao Ambulatório de Menopausa do CAISM, no período de janeiro de 1995 a março de 1996, após autorização prévia das mesmas.

3.7. Processamento dos dados

Os questionários foram arquivados, após revisão quanto à legibilidade e qualidade de informação, e posteriormente foram digitados. Em caso de alguma inconsistência, na medida do possível a paciente foi reconvocada para sanar a dúvida. Quando isso não foi possível, desprezou-se a ficha e excluiu-se o caso do estudo.

As fichas corretamente preenchidas foram digitadas em microcomputador, em programa de arquivo de dados desenvolvido exclusivamente para o estudo, através do data entry SPSS-PC. A digitação foi feita duas vezes, em ocasiões distintas, para minimizar as chances de erros.

3.8. Análise dos dados

Para a análise dos dados foram montadas tabelas, relacionando a presença ou não de distúrbios urinários e genitais (variáveis dependentes) com as variáveis consideradas independentes (paridade, tempo de menopausa, índice de massa corpórea, e outras), para a distribuição de freqüências das mesmas.

A fim de se verificar significação estatística das diferenças de distribuição encontrada para as variáveis, utilizou-se o teste estatístico Qui-Quadrado (ARMITAGE & BERRY, 1987), com um valor de p inferior a 5%, e o teste exato de Fisher.

Finalmente, através de análise múltipla, determinamos quais as variáveis associadas às queixas urinárias e genitais, categorizadas como:

Variáveis dependentes

- Distúrbio urinário (sim=1/ não=0)
- Distúrbio genital (sim=1/ não =0)

Variáveis preditoras

- Idade da mulher (anos)
- Cor (branca=1/ outra=0)
- Estado marital (sem companheiro =0/ com companheiro=1)
- Trabalho remunerado (sim=1/ não=2)
- Número de gravidezes (nenhuma =0/ ≥ 1 : 1)
- Número de partos normais (nenhum =0/ ≥ 1 = 1)
- Número de partos cesáreas (nenhum =0 / ≥ 1 = 1)
- Número de abortos (nenhum =0/ ≥ 1 = 1)
- Número de partos domiciliares (nenhum =0/ ≥ 1 =1)

- Uso de método anticoncepcional hormonal prévio (sim=1/ não=0)
- Tempo de uso de reposição hormonal (até 6 meses=0/ >6 meses=1)
- Diabetes (sim=1/ não =0)
- Tosse crônica (sim=1/ não=0)
- Tabagismo (sim=1/ não=0)
- Cirurgia anterior para incontinência urinária (sim=1/ não=0)
- Infecção urinária de repetição (sim=1/ não=0)
- Obesidade (I. M. C. >29 Kg/m²) (sim=1/ não=0)
- Tempo após a última menstruação (<1 ano=0/ ≥ 1ano=1)
- Tratamento com radioterapia (sim=1/ não=0)
- Tratamento com quimioterapia (sim=1/ não=0)
- Procidência de parede vaginal anterior (ausente, discreta=0/ moderada, acentuada =1)

- Procidência de parede vaginal posterior (ausente, discreta=0/
moderada, acentuada =1)
- Rotura perineal (ausente, 1° grau =0/ 2°, 3° graus=1)
- Trofismo genital (rugosidade presente=0/ diminuída, ausente=1)
- Teste de Schiller (negativo, positivo=1/ iodo claro =0)
- Muco cervical (ausente, presente escasso=1/ abundante =0)

3.9. Aspectos Éticos

As pacientes foram questionadas verbalmente, após consentimento das mesmas. O exame físico a que foram submetidas faz parte da rotina da consulta ginecológica do Ambulatório de Menopausa, e portanto, não correram risco algum.

A não participação do estudo não interferiu no acompanhamento da paciente.

Preservou-se a confidencialidade da fonte dos dados. Não se identificou participante do estudo, nem se revelou publicamente seu nome. Identificou-se cada caso apenas por um número.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Características das 229 mulheres estudadas

4.1.1. Características sociodemográficas

Observa-se na Tabela 1 que das 229 mulheres estudadas mais de 80% eram da raça branca. Quando analisado o tipo de trabalho, houve um grande predomínio de atividade não remunerada, representada pela atividade doméstica em suas próprias casas (61,1%). Quanto ao estado marital, 75% viviam com um parceiro (casadas ou amasiadas) e 25% viviam sozinhas (solteiras, viúvas ou descasadas).

Tabela 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS 229 MULHERES

CARACTERÍSTICAS	N	%
Raça		
branca	197	86
não branca	32	14
Tipo de trabalho		
remunerado	89	39
não remunerado	140	61
Estado marital[1]		
com parceiro	172	75
sem parceiro	56	25

[] - número de mulheres sem informação

4.1.2. Características clínicas da amostra estudada.

Das 229 mulheres estudadas, apenas 19 (8,3%) eram pré-menopausais (última menstruação há menos de um ano) enquanto 209 (91,7) eram pós-menopausadas, sendo que, destas, 57 (25%) tinham de um a cinco anos de menopausa; 67 (29,3%) tinham entre cinco a dez anos de menopausa e 85 (37,2%) apresentavam-se menopausadas há mais de 10 anos.

A Tabela 2 mostra a média e o desvio-padrão de algumas características clínicas das 229 pacientes. A idade média das pacientes foi $53,4 \pm 9,78$ anos, peso médio $67,3 \pm 11,75$ quilogramas, altura média $156,2 \pm 6,15$ centímetros. O número médio de gestações foi $4,4 \pm 3,11$, sendo a média de partos vaginais $3,1 \pm 2,83$, partos cesáreas com média de $0,5 \pm 0,88$ e um número médio de partos domiciliares de $1,4 \pm 0,63$.

Tabela 2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS 229 MULHERES ESTUDADAS

VARIÁVEIS	MÉDIA	DP	N
Idade (anos)	53,4	9,78	227
Peso (Kg)	67,3	11,75	229
Altura (cm)	156,2	6,15	211
Nº de gestações	4,4	3,11	229
Nº de partos vaginais	3,1	2,83	229
Nº de cesáreas	0,5	0,88	229
Nº de partos domiciliares	1,4	0,60	220

DP - DESVIO-PADRÃO

4.2 Queixas urinárias e genitais

A porcentagem de pacientes com queixas urinárias foi de 42,8 nas 229 mulheres estudadas. Entre as queixas referidas, a mais freqüente foi a incontinência urinária de esforço (30,7%), seguida pela disúria (14,2%), urge-incontinência (12,1%) e incontinência urinária mista (10%); outros tipos de queixas somaram 7,5%. Considerando-se as diferentes formas de manifestações da incontinência urinária, todas as pacientes com queixas urinárias apresentavam este problema, sendo que algumas destas mesmas mulheres apresentavam também disúria ou outra queixa (Tabela 3).

Tabela 3

**PORCENTUAL DAS QUEIXAS URINÁRIAS REFERIDAS PELAS
229 MULHERES**

QUEIXA	N	%
AUSENTE	131	57,2
PRESENTE	98	42,8
Incontinência urinária de esforço	72	30,7
Disúria	33	14,2
Urge-incontinência	28	12,1
Incontinência urinária mista	23	10,0
Outros	17	7,5

N - número de casos

A porcentagem ultrapassou 100% porque algumas das mulheres apresentavam mais de uma queixa.

As queixas genitais estiveram presentes em pouco mais da metade das 157 mulheres em que estas variáveis foram estudadas. Entre as queixas, a mais freqüente foi a secura vaginal (38,2), seguida pela dispareunia (31,8) e prurido (25,6) (Tabela 4).

Tabela 4

**PORCENTUAL DAS QUEIXAS GENITAIS REFERIDAS PELAS 157
PACIENTES**

QUEIXA	N	%
AUSENTE	72	45,9
PRESENTE	85	54,1
Secura vaginal	60	38,2
Dispareunia	50	31,8
Prurido	40	25,6

N - número de casos

A porcentagem ultrapassou 100% porque algumas das mulheres apresentavam mais de uma queixa.

A Tabela 5 mostra que quase metade das mulheres sem queixas urinárias apresentavam queixas genitais, e que perto de 40% das que referiam queixas urinárias não apresentavam queixas genitais, mostrando não ter havido concordância da porcentagem das queixas urinárias e genitais (N= 155).

Tabela 5

ASSOCIAÇÃO ENTRE QUEIXAS URINÁRIAS E GENITAIS (N =155)

Queixas genitais	Queixas urinárias				TOTAL N
	PRESENTES		AUSENTES		
	N	%	N	%	
PRESENTES	38	(61,3)	45	(48,4)	83
AUSENTES	24	(38,7)	48	(51,6)	72
TOTAL	62	(100)	93	(100)	155

p= 0,15

4.3. Fatores associados às queixas urinárias

Não houve diferença significativa na porcentagem de mulheres com queixas urinárias quando analisadas as variáveis raça, idade, estado civil e tipo de trabalho (Tabela 6).

Tabela 6

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS,
SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS (N =229)**

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
Idade (anos)	35 - 50	70	37	0,50
	51 - 55	76	46	
	56 ou mais	83	45	
Raça	branca	197	44	0,64
	não branca	32	37	
Estado marital [1]	com parceiro	172	46	0,08
	sem parceiro	56	32	
Trabalho	remunerado	89	36	0,12
	não remunerado	140	47	

N= total de mulheres em cada categoria

%= porcentagem de mulheres com queixas

[] número de mulheres sem informação

p - qui-quadrado

Em relação aos antecedentes obstétricos, os únicos que mostraram diferença estatisticamente significativa foram o número de gestações e o número de partos, sendo que a porcentagem de mulheres com queixas urinárias foi muito menor entre as que nunca engravidaram (11% nas nulíparas e aproximadamente 50% nas pacientes que apresentavam alguma gestação). Excluindo as nulíparas, esta porcentagem não aumentou com o maior número de gestações ou de partos (Tabela 7).

Tabela 7

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS,
SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS (N =229)**

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
N° gestações	nenhuma	18	11	0,001
	1 a 2	53	57	
	3 ou mais	158	42	
N° partos vaginais	nenhum	47	30	0,02
	1 a 2	67	55	
	3 ou mais	115	41	
N° cesáreas	nenhuma	157	45	0,29
	1 ou mais	72	38	
N° abortos	nenhum	131	43	1,00
	1 ou mais	97	43	
N° partos domiciliares	nenhum	136	40	0,46
	1 ou mais	93	46	

N - total de mulheres em cada categoria

% - porcentagem de mulheres com queixas

[] número de mulheres sem informação

p - qui-quadrado

A Tabela 8 mostra a relação das queixas urinárias com a ocorrência ou não de partos e o tipo de parto, onde se observa que a porcentagem de queixas urinárias foi significativamente menor entre as nulíparas (13%), não havendo diferença significativa com relação a via de término do parto (45,8% nas que tiveram apenas cesáreas, 50,7% nas que tiveram somente partos vaginais e 33,3% naquelas que apresentaram partos vaginais e cesáreos).

Tabela 8

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS,
SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS (N =229)**

VARIÁVEIS	N	%
Nulíparas	23	13,0
Somente cesáreas	24	45,8
Somente parto vaginal	134	50,7
Parto vaginal e cesárea	48	33,3

N= número de mulheres em cada categoria

%= porcentagem de mulheres com queixas

$\chi^2 = 13,62$ $p = 0,003$

Com relação aos antecedentes, não houve diferença estatisticamente significativa quando se analisaram antecedentes como diabetes, tosse crônica, tabagismo, cirurgia para correção de incontinência urinária ou infecção urinária de repetição. Nem mesmo o tempo de menopausa ou o uso de terapia de reposição hormonal mostraram diferença estatisticamente significativa (Tabela 9).

Tabela 9

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS,
SEGUNDO ALGUNS ANTECEDENTES (N =229)**

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
Anticoncepção hormonal [1]	sim	86	46	0,48
	não	142	41	
Última menstruação [1]	< 1 ano	18	50	0,70
	≥ 1 ano	210	42	
Terapia reposição hormonal [1]	não	49	41	0,67
	≤ 6 meses	59	47	
	> 6 meses	120	41	
Diabetes	sim	17	47	0,90
	não	212	42	
Tosse crônica	sim	16	56	0,38
	não	213	42	
Tabagismo	sim	33	42	1,00
	não	196	43	
Cirurgia urinária prévia	sim	81	51	0,10
	não	148	38	
Infecção urinária de repetição[1]	sim	13	69	0,08
	não	215	41	
Radioterapia *	sim	8	50	0,47
	não	221	42	
Quimioterapia *	sim	5	40	0,63
	não	224	43	

[] número de mulheres sem informação

N - total de mulheres em cada categoria

% - porcentagem de mulheres com queixas

* - Teste exato de Fisher

p - qui-quadrado

A Tabela 10 demonstra ter sido maior a porcentagem de queixas urinárias entre as que apresentavam prolapso. A presença de rotura perineal não mostrou diferença significativa, bem como o índice de massa corpórea ou os dados de trofismo genital

Tabela 10

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS URINÁRIAS,
SEGUNDO DADOS DE EXAME FÍSICO (N =229)**

DADOS EXAME FÍSICO	CATEGORIA	N	%	p
Índice de massa corpórea[19]	< 29	137	36	0,06
	>=29	73	51	
Procidência parede vaginal anterior [1]	ausente/discreta	169	38	0,02
	moderada/acentuada	59	56	
Prodicência parede vaginal posterior	ausente/discreta	176	40	0,22
	moderada/acentuada	53	51	
Rotura perineal	ausente/1º grau	163	39	0,12
	2º grau/ 3º grau	66	51	
Trofismo vaginal [3]	presente	70	43	1,0
	diminuído/ausente	156	44	
Teste de Schiller [4]	negativo/positvo	158	39	0,09
	iodo claro	67	52	
Muco cervical [4]	ausente/escasso	213	44	0,66
	abundante	12	33	

[] número de mulheres sem informação

p - qui-quadrado

N - total de mulheres em cada categoria

% - porcentagem de mulheres com queixas

4.4 Fatores associados às queixas genitais

Considerando-se as características sócio-demográficas, observou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao estado marital das mulheres estudadas. A porcentagem de mulheres com queixas genitais foi maior entre as que tinham parceiro (63%) do que as que não tinham (30%). A idade, a raça e o tipo de trabalho não mostraram alterações significativas (Tabela 11).

Tabela 11

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS SEGUNDO
ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS (N =157)**

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
Idade(anos)	35 a 50	47	53	0,46
	51 a 55	51	61	
	56 ou mais	59	49	
Raça	branca	135	57	0,11
	não branca	22	36	
Estado marital	com parceiro	114	63	<0,001
	sem parceiro	43	30	
Trabalho	remunerado	56	43	0,05
	não remunerado	101	60	

N= número de mulheres em cada categoria

p - qui-quadrado

% - porcentagem de mulheres com queixas

Em relação aos antecedentes, o único que mostrou diferença estatisticamente significativa foi o diabetes, sendo a porcentagem de queixas genitais quase duas vezes maior entre as pacientes diabéticas (85%) do que nas sem a patologia (51%) O tempo de menopausa e o uso de terapia de reposição hormonal não mostraram alterações significativas

(Tabela 12)

Tabela 12

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS,
SEGUNDO ALGUNS ANTECEDENTES (N =157)**

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
Anticoncepção hormonal [1]	sim	59	47	0,27
	não	97	58	
Última menstruação[1]*	< 1 ano	10	60	0,47
	>=1 ano	146	53	
Terapia reposição hormonal	não	31	61	0,27
	<= 6 meses	37	43	
	> 6 meses	89	56	
Diabetes	sim	13	85	0,04
	não	144	51	
Tosse crônica*	sim	10	50	0,51
	não	147	54	
Tabagismo	sim	19	42	0,38
	não	138	59	
Cirurgia urinária prévia	sim	99	67	0,01
	não	58	46	
Infecção Urinária de repetição[1]	sim	7	100	0,01
	não	149	52	
Radioterapia*	sim	5	80	0,23
	não	152	53	
Quimioterapia*	sim	2	100	0,29
	não	155	53	

[] número de mulheres sem informação

*Teste exato de Fisher

Observando-se as características obstétricas das pacientes, verificamos não ter havido diferença estatisticamente significativa em relação à paridade das mesmas (Tabela 13).

Tabela 13

PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS E ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS (N=157)

VARIÁVEIS	CATEGORIA	N	%	p
Nº gestações	nenhuma	12	25	0,10
	1 a 2	37	57	
	3 ou mais	108	57	
Nº partos vaginais	nenhum	33	42	0,22
	1 a 2	45	62	
	3 ou mais	79	54	
Nº cesáreas	nenhuma	103	49	0,15
	1 ou mais	54	63	
Nº abortos[1]	nenhum	93	53	0,70
	1 ou mais	63	57	
Nº partos domiciliares	nenhum	91	48	0,12
	1 ou mais	66	62	

[] número de mulheres sem informação

p - qui-quadrado

N - total de mulheres em cada categoria

% - porcentagem de mulheres com queixas

A Tabela 14 demonstra que a paridade e o tipo de término dos partos não alteraram significativamente a porcentagem de queixas genitais nas pacientes estudadas.

Tabela 14

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS,
SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS (N=157)**

VARIÁVEIS	N	%
Nulíparas	16	31
Somente cesáreas	17	53
Somente parto vaginal	87	53
Parto vaginal e cesárea	37	68

$\chi^2 = 6,24$

$p = 0,10$

Como se pode observar na Tabela 15, entre os dados de exame físico, somente o trofismo vaginal mostrou diferença significativa. A porcentagem de mulheres com queixas genitais foi duas vezes maior entre as que apresentavam diminuição do trofismo vaginal ou atrofia quando comparadas às que apresentavam trofismo presente. O índice de massa corpórea, as prolapências de paredes vaginais ou a rotura perineal não se mostraram significantes.

Tabela 15

**PORCENTAGEM DE MULHERES COM QUEIXAS GENITAIS,
SEGUNDO DADOS DE EXAME FÍSICO (N =157)**

EXAME FÍSICO	CATEGORIA	N	%	p
Índice de massa corpórea	< 29	101	55	0,56
	>= 29	49	49	
Procidência parede vaginal anterior [1]	ausente/discreta	114	54	0,96
	moderada/acentuada	42	52	
Procidência parede vaginal posterior	ausente/discreta	118	56	0,54
	moderada/acentuada	39	49	
Rotura perineal [1]	ausente/1º grau	111	56	0,62
	2º grau/ 3º grau	46	50	
Trofismo vaginal [1]	presente	40	37	0,02
	diminuído/ausente	116	60	
Teste de Schiller [2]	negativo/positivo	114	53	0,46
	iodo claro	41	61	
Muco cervical [2]	ausente/escasso	146	54	0,35
	abundante	9	67	

[] número de mulheres sem informação

p - qui-quadrado

% - porcentagem de mulheres com queixas

4.5. Fatores associados às queixas urinárias e genitais

A Tabela 16 mostra os valores de p das variáveis estatisticamente significativas das queixas urinárias e as genitais. As variáveis associadas a queixas urinárias não foram as mesmas para as queixas genitais. Para as queixas genitais tiveram significância estatística o estado marital, o trofismo vaginal, o diabetes, o antecedente de cirurgia para incontinência urinária e a infecção urinária de repetição, enquanto para as queixas urinárias foram estatisticamente significantes o número de gestações e a prolapso de parede vaginal anterior.

Tabela 16

**VARIÁVEIS SIGNIFICATIVAMENTE ASSOCIADAS A QUEIXAS
URINÁRIAS OU GENITAIS**

VARIÁVEIS	QUEIXAS	
	URINÁRIAS*	GENITAIS*
Estado marital	n.s.	< 0,001
Nº de gestações	0,001	n.s.
Nº de partos vaginais	0,02	n.s.
Diabetes	n.s.	0,04
Cirurgia urinária	n.s.	0,01
Infecção urinária de repetição	n.s.	0,01
Procidência PVA	0,02	n.s.
Trofismo vaginal	n.s.	0,02

* χ^2 - qui-quadrado

PVA - parede vaginal anterior

n.s. - não significativo

4.6. Regressão logística com análise múltipla

Através da análise múltipla por regressão logística observa-se que o fator associado às queixas urinárias foi o número de gestações. A presença de parceiro, diabetes, trofismo genital e menor índice de massa corpórea associaram-se às queixas genitais (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17

**VARIÁVEIS SIGNIFICANTES ASSOCIADAS A QUEIXAS URINÁRIAS
(ANÁLISE MÚLTIPLA)**

VARIÁVEL	COEFICIENTE	EP coef	p
Número de Gestações	2,162	1,050	0,040
CONSTANTE	-2,387	1,040	0,022

(N=199)

EP coef - erro padrão do coeficiente

Tabela 18

**VARIÁVEIS SIGNIFICANTES ASSOCIADAS A QUEIXAS GENITAIS
(ANÁLISE MÚLTIPLA)**

VARIÁVEIS	COEFICIENTE	EP coef	p
Estado marital	1,711	0,437	< 0,001
Diabetes	3,000	1,195	0,012
Trofismo vaginal	0,974	0,286	< 0,001
Obesidade	-0,875	0,392	0,025

(N= 144)

EP coef - erro padrão do coeficiente

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho indicaram que a prevalência de distúrbios urinários e genitais em mulheres que tiveram consulta no Ambulatório de Menopausa (CAISM - UNICAMP) foi alta; quase metade das pacientes apresentavam queixas urinárias (42,8%) e 54,1% referiam distúrbios genitais. Por outro lado, os fatores associados às queixas urinárias foram distintos dos associados às queixas genitais.

Os fatores que se associaram significativamente às queixas urinárias, na análise bivariada, foram o número de gestações, número de partos, e prolapso de parede vaginal anterior; enquanto as queixas genitais se mostraram-se significativamente associadas à presença de parceiro, diabetes, cirurgia prévia para correção de incontinência urinária, infecção urinária de repetição e menor trofismo genital; ou seja, nenhum fator foi igualmente relacionado às queixas urinárias e genitais.

Ao se revisar a literatura, são encontrados poucos dados comparando os fatores associados às queixas urinárias e às queixas

genitais. IOSIF & BEKKASSY (1984) encontraram significância estatística quando comparadas queixas urinárias com queixas genitais baixas, sendo que 48% das pacientes com incontinência urinária de esforço apresentavam secreta vaginal, em comparação a 35% daquelas sem incontinência urinária de esforço. Diferentemente, as pacientes com urge-incontinência apresentavam, além da secreta, queixas de dispareunia, prurido e ardor.

A diferença entre a análise destes autores e a realizada no presente estudo é que eles, ao avaliarem a coincidência ou não com as queixas genitais, não consideraram as queixas urinárias em conjunto, como foi feito neste trabalho.

Em relação aos dados de prevalência de distúrbios urinários, os números encontrados são concordantes com a literatura. IOSIF & BEKASSY (1984), estudando 902 mulheres de idade média de 62 anos, no sul da Suécia, através de questionário anônimo, encontraram 29,2% de algum grau de incontinência urinária e 48,8% de queixas genitais baixas. A menor prevalência de queixas urinárias, em comparação aos dados do presente trabalho, poderia ser devida a menor paridade que as mulheres suecas normalmente apresentam. Cabe também ressaltar que a

prevalência observada neste estudo situou-se no limite superior do relatado por outros autores, muito provavelmente por se tratar de uma população hospitalar e, mais ainda, influenciada pela procura ativa do pesquisador.

Entre as queixas urinárias encontradas por aqueles mesmos autores, a incontinência urinária de esforço esteve presente em 11,8% das mulheres, a urgência miccional em 7,9% e a combinação de ambos em 9,5%.

No presente estudo, entre as queixas urinárias encontradas, também a incontinência de esforço foi a mais freqüente, presente em 30,7% das mulheres, seguida pela disúria (14,2%), urge-incontinência (12,1%) e incontinência urinária mista (10%). Entre as queixas genitais referidas pelas mulheres neste trabalho, a secreta vaginal foi a mais freqüente, presente em aproximadamente 40% das mulheres, seguida pela dispareunia e prurido genital (32% e 15% respectivamente). IOSIF & BEKASSY (1984) relataram também como mais prevalente a secreta vaginal.

Observamos neste estudo uma prevalência de queixas urinárias quatro vezes maior entre as mulheres que engravidaram alguma vez em comparação às nuligestas. Não observamos, porém, maior frequência com o aumento no número de gestações. Em relação à paridade, as pacientes que apresentavam um ou mais partos tiveram quase duas vezes mais queixas urinárias que as nulíparas.

O resultado que nos parece mais interessante é que a porcentagem de pacientes com distúrbios urinários, entre as que apresentavam somente antecedente de partos vaginais, foi muito semelhante à do grupo de pacientes que apresentavam apenas partos cesáreas (50,8% e 45,8% respectivamente).

Os resultados apóiam a teoria de que uma única gravidez, levada a termo, predispõe à incontinência urinária e contraria a idéia de ser o parto vaginal o responsável pela incontinência ou que, tendo todos os partos por cesárea, poderia ser evitado este problema.

MILSOM et al.(1993) encontraram um aumento da incidência de incontinência urinária com o aumento da paridade. Segundo FOLDSPANG et al. (1992), a prevalência de incontinência urinária de

esforço eleva-se com o aumento da paridade e diminui com o aumento da idade do primeiro parto. Todavia, ainda existem algumas dúvidas se este aumento na prevalência de incontinência urinária é conseqüente ao parto ou de uma gravidez levada a termo ou, ainda, de uma combinação de ambos (IOSIF & INGELMARSSON, 1982; NYGAARD et al. 1990; SIMEONOVA & BEGTSSON, 1990).

Surge a dúvida se a incontinência urinária é resultado do parto ou das mudanças próprias da gestação. Incontinência urinária de esforço, o tipo mais comum de incontinência urinária feminina, é experimentada por aproximadamente um terço das mulheres grávidas (STANTON et al., 1980; CUTNER, CARDOZO, BENNES, 1992), Segundo MIKHAIL & ANYAEGBUNAM (1995), 43% das pacientes que apresentavam incontinência urinária durante a gestação voltaram a apresentar incontinência mais tarde, enquanto 64% das pacientes com incontinência urinária de esforço queixaram-se pela primeira vez de incontinência quando grávidas.

Se a incontinência urinária fosse resultado da gravidez, e não do parto, estaria explicada a falta de diferença na prevalência deste

problema entre mulheres só com história de cesárea e aquelas só com parto vaginal.

A relação entre o início da menopausa e o aumento na prevalência da incontinência urinária não está clara. Teoricamente, baseando-se nos dados anatomofisiológicos que evidenciam a influência que os estrogênios exercem nos tecidos do trato urinário baixo, deveria ser esperado que a menopausa fosse acompanhada de um aumento na prevalência de incontinência urinária.

A presença de receptores estrogênicos foi demonstrada na mucosa da uretra, trígono e bexiga (INGELMAN-SUNDEBERG et al. 1981; BATRA & IOSIF, 1983). Após a menopausa, a mucosa uretral sofre alterações atróficas (SMITH, 1975); o conteúdo de colágeno no tecido conjuntivo diminui (BRINCAT, 1983); a pulsação vascular da uretra declina (VERSI & CARDOZO, 1985); e a sensibilidade da musculatura uretral à estimulação alfa-adrenérgica declina (SCHREITER et al., 1976). Estes efeitos poderiam contribuir para a instalação de desordens do trato urinário baixo e reversão dos mesmos com uma terapia de reposição hormonal.

SARTORI (1993) avaliou os efeitos da terapêutica estro-progestativa contínua durante três meses, no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres menopausadas, encontrando melhora subjetiva referida pelas pacientes, bem como uma diminuição significativa do número de episódios de perda urinária e do resíduo pós-miccional, assim como melhoras significativas no perfil urodinâmico (aumento da capacidade vesical, aumento da pressão de fechamento uretral, e aumento do fluxo urinário médio).

Neste estudo, contrariamente ao que se poderia esperar, de acordo com os dados acima, o tempo de menopausa das pacientes não alterou a prevalência de queixas urinárias ou genitais. Também o uso, ou não, de terapia de reposição hormonal não se associou à mudança na prevalência destas queixas.

Revisando a literatura, evidenciamos que vários outros autores também não encontraram aumento da prevalência de distúrbios urinários no período de menopausa. MOLANDER (1993), por exemplo, não encontrou quaisquer diferenças nas taxas de prevalência de incontinência urinária entre mulheres pré e pós-menopausadas. Ao estudar a prevalência de incontinência urinária e sintomas urogenitais, encontrou

uma divergência em relação à influência da idade na incontinência urinária e nos sintomas de desconforto vaginal, ou seja, a ocorrência de desconforto vaginal não se elevou com o aumento da idade, o que estava em contraste direto com a ocorrência de incontinência urinária e infecções recorrentes do trato urinário, as quais aumentaram com a idade.

No que diz respeito às queixas genitais, há evidências correlacionando a diminuição dos níveis de estrogênio com sinais objetivos de atrofia genital. No presente trabalho, encontramos uma clara associação entre o trofismo genital observado no exame ginecológico da paciente e a presença de queixas genitais por parte das mesmas. Observamos, também, que as pacientes com parceiro apresentaram uma maior prevalência de queixas genitais do que as que não conviviam com um parceiro. Este fato poderia ser explicado pela melhor percepção do trato genital baixo pelas pacientes, que tendo parceiro, conseqüentemente teriam maior atividade sexual.

No entanto, não se verificou aumento na prevalência de queixas genitais com o aumento da idade, o que, a princípio, poderia parecer controverso, já que se sabe que o trofismo diminui com a idade. Uma possível explicação para que não tenhamos encontrado aumento das

queixas genitais com o avanço da idade pode ser a perda gradual da libido (SARREL, 1990), resultando na diminuição da atividade sexual, o que, portanto, reduziria também a percepção da atrofia do epitélio vaginal.

Diversos outros fatores têm demonstrado uma influência no aumento da prevalência da incontinência urinária, por exemplo, excesso de peso (DWYER, LEE, HAY, 1988), doenças respiratórias e neurológicas crônicas, obstipação, trabalhos envolvendo levantamento de peso e exercício físico (THOMAS et al., 1980; HELSTRÖM et al., 1990; NYGAARD et al., 1990). Nesta casuística, a prevalência de incontinência urinária entre as obesas foi 40% maior que entre as não obesas, diferença que chegou próxima de atingir significação estatística. Isto não nos permite nem confirmar nem descartar esta relação entre obesidade e queixas urinárias.

No presente estudo, não encontramos aumento da prevalência de queixas urinárias entre as mulheres com antecedente de tosse crônica. Entretanto, apenas 7% das mulheres desta casuística apresentavam este problema, dificultando, assim, a interpretação deste resultado.

Os resultados do presente estudo não mostraram um aumento das queixas urinárias com o avançar da idade, que é, na maioria das vezes, defendido por vários autores, ainda que existam opiniões divergentes quanto ao padrão deste aumento (THOMAS et al., 1980; OUSLANDER et al., 1982; DIOKNO et al., 1986; RESNICK, YALLA, LAURINO, 1989). Isto pode ser explicado porque a maioria dos estudos compara pacientes jovens (idade menor de 35 anos) com pacientes mais velhas, enquanto em nosso estudo incluímos apenas pacientes que tiveram consulta no Ambulatório de Menopausa com idade mínima de 35 anos, sendo que a maioria estava com mais de 50 anos. Além disso, incluindo idades menores, haveria um número de pacientes mais jovens com menor número de gestações e partos, o que poderia confundir a associação entre idade e queixas urinárias.

O que encontramos de importante, e que até o momento não tínhamos conhecimento através da literatura, é que a relação que aparentemente parecia existir entre queixas urinárias e queixas genitais não é verdadeira, ou seja, os fatores diretamente relacionados ao aumento da prevalência de distúrbios urinários parecem ser distintos dos fatores que aumentam a prevalência de distúrbios genitais.

Se estes resultados forem confirmados em outros achados, não seria correto falar globalmente de queixas geniturinárias, como se fossem uma síndrome causada pelos mesmos fatores, e, portanto, sujeitos a tratamento semelhante. Aparentemente haveria que se separar claramente estes dois grupos de sintomas entre as pacientes menopausadas e abordá-los de maneira diferente, e não como se fossem um único conjunto.

É evidente, porém, que na medida em que ambas as queixas são de alta prevalência, haverá um certo número de mulheres que terão tanto queixas urinárias quanto genitais. Não deveríamos pensar, por isto, que têm a mesma etiologia e que teriam, portanto, tratamento comum. Cada etiologia deve ser cuidada com tratamento específico, entendendo-se a queixa genital e a urinária como entidades diferentes que merecem também abordagem separada. Se aplicarmos uma abordagem distinta entre os quadros clínicos encontrados, de distúrbios urinários e genitais, certamente irá resultar em maior eficácia em termos de propedêutica e terapêutica.

A discordância entre nossos achados e a forma como é habitualmente tratado o tema poderia ser explicada apenas pela falta de atenção destinada ao assunto, já que não houve na literatura algum trabalho que fizesse o tipo de análise individualizada apresentada neste estudo.

Como qualquer trabalho deste tipo, que utiliza uma amostra hospitalar de pacientes que têm consulta por alguma queixa, o nosso apresenta a limitação da falta de representatividade da população de mulheres menopausadas em geral. Todavia, o tamanho da amostra estudada foi adequado para o propósito do estudo, no sentido de nos orientar no conhecimento destas entidades patológicas. Certamente isto não significa que nossos dados possam ser considerados generalizáveis.

Devemos também considerar como fator limitante apenas a investigação clínica, já que uma propedêutica específica, por exemplo, o estudo urodinâmico, poderia ter sido utilizada visando confirmar ou afastar o substrato orgânico para as queixas referidas, o que, porém, não foi objetivo deste estudo.

Por outro lado, a alta prevalência de distúrbios urinários e genitais encontrada neste estudo alerta-nos para a necessidade de maior atenção no atendimento da mulher climatérica, buscando elucidar as queixas urinárias e genitais detalhadamente. A sua alta prevalência e as características do presente trabalho, com suas limitações já referidas, mostram a necessidade de que este estudo deve ser continuado para aumentar o número de casos e de que outros autores devem verificar se os resultados aqui apresentados repetem em outras casuísticas.

Os resultados apresentados confirmam a necessidade de se estabelecer normas detalhadas, a exemplo do que vem sendo preconizado pelo American College of Obstetrician and Gynecologists, através de uma boletim técnico de incontinência urinária (1996). Isto poderia ser colocado em prática através de fichas específicas para anamnese e protocolos específicos de propedêutica para os sintomas urinários e genitais.

Com base nos fatores associados a queixas urinárias, poderíamos propor que somente as pacientes que os tivessem presentes em sua anamnese e exame físico fossem encaminhadas para propedêutica mais avançada, como estudo urodinâmico, já que implicaria em altos custos e

não seria racional submeter toda paciente apenas pela simples presença de queixa, sem nenhum fator de risco associado. Por outro lado, não se pode permitir que pacientes sejam negligenciadas quanto a este tipo de queixa.

Como proposta de um estudo específico, poderíamos dividir as pacientes com queixas urinárias em dois grupos: aquelas com antecedentes de partos vaginais e aquelas com partos cesarianos submetendo-as a estudo urodinâmico para confirmar a avaliação puramente clínica, feita neste primeiro estudo. Com isto, poderia ser orientado às pacientes quanto ao aspecto de que a cesárea por si não previne a ocorrência de distúrbios urinários, particularmente a incontinência urinária.

É também possível que os resultados não animadores em termos de resposta terapêutica dos distúrbios urinários estejam associados a uma abordagem propedêutica e terapêutica para queixas urogenitais indistintamente, sendo que o mais correto seria abordá-las separadamente (queixas urinárias e queixas genitais).

Finalmente, consideramos ter obtido resultados consistentes neste estudo e esperamos poder realmente contribuir para aclarar e, sobretudo, estimular o aprimoramento de pesquisas que visem à melhora do atendimento à mulher climatérica brasileira.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

6.1. Menos da metade (42,8%) das mulheres tinham queixas urinárias, sendo que a maioria delas apresentavam incontinência urinária e um pouco mais da metade (54,2%) apresentavam queixas genitais, sendo a secura vaginal a mais freqüente, seguida pela dispareunia e pelo prurido.

6.2. Na análise bivariada, o número de gestações e de partos e as distopias genitais associaram-se a maior prevalência de queixas urinárias, enquanto presença de parceiro, antecedente de diabetes, menor trofismo genital, antecedente de cirurgia urinária e infecção urinária de repetição associaram-se a maior prevalência de queixas genitais. Através da análise múltipla por regressão logística, observou-se que o fator associado às queixas urinárias foi o número de gestações, e as queixas genitais associaram-se à presença de parceiro, diabetes, menor trofismo genital e menor índice de massa corpórea.

6.3. A porcentagem de mulheres com queixas urinárias foi quatro vezes maior entre aquelas que apresentaram alguma gestação em comparação às nuligestas. Todavia, não houve maior prevalência com o aumento do número de gestações ou da paridade. Não houve diferença na prevalência de queixas urinárias e genitais entre as pacientes que apresentavam partos vaginais e aquelas com antecedente de partos cesáreos.

6.4. Não houve diferença significativa em relação à prevalência de queixas urinárias e genitais entre as pacientes pré e pós-menopausadas, bem como o uso de terapia de reposição hormonal não alterou a prevalência das referidas queixas.

7. ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

FATORES ASSOCIADOS A PREVALÊNCIA DE SINTOMAS URINÁRIOS E GENITAIS EM MULHERES CLIMATÉRICAS.

Questionário n° _____

Nome:

Registro

SEÇÃO 1. DADOS PESSOAIS

1.1 Qual a data do seu nascimento?

____/____/____
DIA MÊS ANO

(8) Não sabe/Não lembra

1.2 Quantos anos fez em seu último aniversário? _____ anos

I.1.1 ENTR. Corrija em caso de inconsistência

1.3 Qual a sua cor?

- |1| Branca
- |2| Negra
- |3| Amarela
- |4| Parda
- |5| Indígena

1.4. Atualmente a sra. é solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva?

- |1| Solteira
- |2| Casada
- |3| Amasiada/vive junto
- |4| Separada/Divorciada
- |5| Viúva

1.5 A sra. trabalha fora de casa, com salário?

- |1| Sim
 - |2| Não
- PASSE A 1.7

1.6 Em que a sra. trabalha?

Textual _____

1.7 Quanto tempo faz que a sra. frequenta o ambulatório do CAISM?

Textual _____

SEÇÃO 2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

2.1 A sra. já ficou grávida alguma vez?

- |1| SIM
 - |2| NÃO
- PASSE A 2.1

2.2 Quantas vezes a sra. ficou grávida? _____ vezes

2.3. Quantos partos foram normais? _____ partos normais

2.4 Quantos partos foram cesáreas? _____ partos cesáreas

2.5 A sra. teve algum aborto?

|1| SIM

|2| NÃO
PASSE A 2.7

2.6 Quantos abortos a sra. teve? _____ abortos

2.7 A sra. teve algum parto em casa?

|1| SIM

|2| NÃO
PASSE A 3.1

2.8 Quantos partos foram em casa? _____ partos em casa

SEÇÃO 3 Antecedentes Ginecológicos

3.1 A sra. já fez ou faz uso de algum método com hormônios para evitar filhos ?

|1| SIM

|2| NÃO
PASSE A 3.3

3.2 Durante quanto tempo usou/usa hormônios para evitar filhos?
_____ anos

3.3 Qual ou quais hormônios usou? _____

3.4 Sua última regra foi:

- |1| Há menos de 1 mês
- |2| Entre 1 mês e 1 ano
- |3| Entre 1 e 5 anos
- |4| Entre 5 e 10 anos
- |5| Há mais de 10 anos

3.5 A sra. já fez ou faz uso de tratamento de menopausa com hormônios?

- |1| SIM
- |2| NÃO
PASSE A 4.1

3.6 Durante quanto tempo a sra. usa ou usou hormônio?
_____ meses

SEÇÃO 4 Outros antecedentes

4.1 A sra. sabe ser portadora de Diabetes Mellitus?

- |1| SIM
- |2| NÃO

4.2 A sra. apresenta quadros de tosse repetidamente?

- |1| SIM
- |2| NÃO

4.3 A sra. fuma?

- |1| SIM
- |2| NÃO
PASSE A 4.6

4.4 Quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros

4.5 Há quanto tempo a sra. fuma? _____ anos

4.6 A sra. já foi submetida a cirurgia por perder urina?

- |1| SIM
- |2| NÃO

4.7 Qual o tipo de cirurgia realizada?

Textual _____

4.8 A sra. apresentou infecção na urina pelo menos três vezes no último ano?

|1| SIM

|2| NÃO

4.9 Quantas vezes já teve infecção na urina? _____ vezes

4.10 A sra. já fez tratamento de radioterapia?

|1| SIM

|2| NÃO

PASSE A 4.12

4.11 Por que motivo fez radioterapia?

Textual _____

4.12 A sra. já fez algum tratamento de quimioterapia?

|1| SIM

|2| Não

PASSE A 5.1

4.13 Por que motivo fez quimioterapia?

Textual _____

SEÇÃO 5 Distúrbios Urinários e Genitais

5.1 A sra. apresenta perda de urina durante os esforços como tossir, levantar objetos pesados?

|1| SIM

|2| NÃO

5.2 A sra apresenta perda de urina junto com a vontade incontrolável de urinar (consegue segurar a urina o tempo suficiente para chegar ao banheiro) ?

|1| SIM

|2| NÃO

5.3 A sra apresenta ardor enquanto urina?

|1| SIM

|2| NÃO

5.4 A sra apresenta algum outro tipo de alteração para urinar?

|1| SIM

|2| NÃO

PASSE A 5.6

5.5 Qual o tipo de alteração para urinar que a sra. apresenta?

Textual _____

5.6 A sra. tem notado a vagina seca?

|1| SIM

|2| NÃO

5.7 A sra tem relações sexuais?

|1| SIM

|2| NÃO

PASSE A 5.9

5.8 A sra tem sentido dor às relações sexuais?

|1| SIM

|2| NÃO

5.9 A sra tem sentido coceira na vagina?

|1| SIM

|2| NÃO

ANEXO 2

FICHA DE DADOS DE EXAME FÍSICO

1. Peso: _____ Kg

2. Altura: _____ m

3. Exame ginecológico:

3.1 Procidência de parede vaginal anterior

- |1| ausente
- |2| discreta (grau I)
- |3| moderada (grau II)
- |4| acentuada (graus III e IV)

3.2 Procidência de parede vaginal posterior

- |1| ausente
- |2| discreta
- |3| moderada
- |4| acentuada

3.3 Rotura perineal

- |1| ausente
- |2| 1° grau
- |3| 2° grau
- |4| 3° grau

3.4 Perda de urina à prova de esforço

|1| ausente

|2| presente

3.5 Trofismo vaginal

|1| rugosidade presente

|2| rugosidade diminuída

|3| rugosidade ausente

3.6 Teste de Schiller

|1| negativo

|2| positivo

|3| iodo claro

3.7 Muco cervical

|1| ausente

|2| presente, escasso

|3| presente, abundante

8. SUMMARY

8. SUMMARY

The estimation about the proportion of women carrying genitourinary symptoms varies from 11 to 50% in different researches done in distinct population. The climacteric is considered an aggravating factor of these disturbances. Supported on insufficient data basically in national level, about the prevalence of urinary and genital disturbances in climacterical and postmenopausal women, the objectives of this study were to investigate the prevalence of these symptoms as well as the associated factors to the major prevalence of genital and urinary disturbances. Through a detailed questionnaire, it was interviewed 229 women who was attended at the Menopause Clinic of State University of Campinas observing age, race, marital status, gynecological and obstetrics antecedents, hormonal contraceptive use, hormonal replacement therapy, previous urinary incontinence surgery, urinary tract infection, body mass index, smoking, chronic cough, diabetes, time since last menstrual period, chemotherapy and radiotherapy, genital prolapse, vaginal atrophy, cervical mucus and Schiller test. The statistic analysis were performed by Qui-

Square, Fisher's Exact Test and Multiple Analysis. The prevalence of urinary symptoms summed 42,8%, and the most frequent symptom presented was the urinary incontinence, and 54,1% of the women had genital complaints and vaginal dryness was the most frequent one. The factors which were associated to urinary complaints, by bivariad analysis, were the number of pregnancies and genital prolapse while having a partner, diabetes, previous urinary incontinence surgery, recurrent urinary infection and the minor genital atrophy were associated to genital complaints prevalence. The conclusions of this study were: the factors associated to a prevalence of genital and urinary complaints are distinct and they deserve a different approach in a propaedeutic and therapeutic point of view.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG - Technical bulletin urinary incontinence. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 52:75-86, 1996.

ALDRIGHI, J.M. - Distúrbios urogenitais da mulher menopausada. Fisiopatologia e aspectos clínicos. *J. Bras. Ginecol.*, 102(supl.):3-6, 1992.

ARMITAGE, P. & BERRY, G. - In: *Statistical in medical research*. 2^a ed. Oxford, Blakwell, 1987. p. 30-45.

BARACAT, E.C. - Distúrbios urogenitais da mulher menopausada. Tratamento da atrofia urogenital. *J. Bras. Ginecol.*, 102(supl.): 9-10, 1992.

BATRA, S. & IOSIF, C.S. - Female urethra: A target for estrogen action. *J. Urol.*, 129:418-20, 1983.

* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1991. 45p.

BENT, A.E. - Geriatric Urogynecology. In: OSTERGARD, D.R. & BENT, A.E. - **Urogynecology and urodynamics: theory and practice**. 3^a ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991. p. 518-31.

BEISLAND, H.O.; FOSSBERG, E.; MOER, A.; SANDER, S. - Urethral sphincteric insufficiency in postmenopausal females: treatment with phenylpropanolamine and estriol separately and in combination. A urodynamic and Clinical evaluation. **Urol. Int.**, 39:211-6, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Controle das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília. 1988. 231p.

BRINCAT, M.; MONIZ, C.F.; STUDD, J.W.W.; DARBY, A.J.; MAGOS, A.; COOPER, D. - Sex hormones and skin collagen content in postmenopausal women. **Br. Med. J.**, 287:1337-8, 1983.

BUMP, R.C. & FRIEDMAN, C.I. - Intraluminal urethral pressure measurements in the female baboon: effects of hormonal manipulation. **J. Urol.**, 136:508-11, 1986.

CAINE, M. & RAZ, S. - The role of female hormones in stress incontinence. In: **Proceedings of the 16th Congress of International Society of Urology**. Amsterdam, The Netherlands, 1973.

CALLAHAN, S.M. & CREED, K.E. - The effects of estrogens on spontaneous activity and responses to phenylephrine of the mammalian urethra. **J. Physiol.**, **358:35-46**, 1985.

CAMPBELL, A.J.; REINKEN, J.; McCOSH, L. - Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. **Age Ageing**, **14:65-70**, 1985.

CARDOZO, L. - Role of estrogens in the treatment of female urinary incontinence. **J. Am. Geriatr. Soc.**, **38:326-8**, 1990.

CARDOZO, L.; REKERS, H.; TAPP, A.; BARNICK, C.; SHEPHERD, A.; SCHUSSLER, B.; KERR-WILSON, R.; VAN GEELAN, J.; BALLEBO, H.; WALTER, S. - Oestriol in the treatment of postmenopausal urgency: a multicentre study. **Maturitas**, **18:47-53**, 1993.

CARDOZO, L. - The role of oestrogens in urogynaecology: Low-dose therapy. In: Birkhäuser, M.H. & Rozenbaum, H. (ed). **-European Consensus Development Conference on Menopause**. Montreux, ESKA Editions, 1996. p. 59-66.

CUTNER, A.; CARDOZO, L.D.; BENNESS, C.J. - Assessment of urinary symptoms in the second half of pregnancy. *Int. Urogynecol. J.*, 3:30-2, 1992.

DEL CASTILLO, E.B.; ARGONZ, J.; MAININI, C.G. - Cytological cycle of the urinary sediment and its parallelism with the vaginal cycle. *J. Clin. Endocrinol.*, 8:76-87, 1948.

DIOKNO, A.C.; BROCK, B.M.; BROWN, M.B.; HERZOG, A.R. - Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non-institutionalized elderly. *J. Urol.* 136: 1022-5, 1986.

DWYER, P.L.; LEE, E.T.C.; HAY, D.M. - Obesity and urinary incontinence in women. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 95:91-6, 1988.

FABER, P. & HEIDENREICH, J. - Treatment of stress incontinence with estrogen in postmenopausal women. *Urol. Int.*, 32:221-3, 1977.

FOLDSPANG, A.; MOMMSEN, S.; LAM, G.W.; ELVING, L. - Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. **J. Epidemiol. Comm. Health**, 46:595-600, 1992.

FONSECA, A.M.; HEGG, R.; GUARNIERI NETTO, C.; MELO, N.R.; FILASSI, J.R.; SALVATORE, C.A. - Climatério: aspectos epidemiológicos e clínicos. **Rev. Bras. Clin. Terap.**, 14:43-5, 1985.

GOSLING, J.A. & DIXON, J. - Embryology and ultrastructure of the female lower urinary tract. In: OSTERGARD, D.R. & BENT, A.E. - **Urogynecology and urodynamics: theory and practice**. 3^a ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1991. p. 19-30.

HALBE, H.W. - Climatério compensado. In: HALBE, H.W. - **Tratado de Ginecologia**. São Paulo, Roca, 1987. p. 923-32.

HELLSTRÖM, L.; EKELUND, P.; MILSOM, I., MELLSTRÖM, D. - The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year-old men and women. **Age Ageing**, 19:383-9, 1990.

INGELMAN-SUNDBERG, A.; ROSÉN, J.; GUSTAFSSON, S.A.;
CARLSTRÖM, K. - Cytosol estrogen receptors in the urogenital tissues in
stressincontinent women. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, 60:585-6, 1981.

IOSIF, C.S. & INGELMARSSON, I. - Prevalence of stress incontinence
among women delivered by elective cesarian section. **Int. J. Gynaecol.
Obstet.**, 20:87-9, 1982.

IOSIF, C.S. & BEKASSY, Z. - Prevalence of genito-urinary symptoms in
the late menopause. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, 63:257-6, 1984.

JUMA, S.; LITTLE, N.A.; RAZ, S. - Evaluation of stress urinary
incontinence. In: BUCHSBAUM, H.J. & SCHIMIDT, J.D. - **Gynecologic
and Obstetric Urology**. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company,
1993. p. 251-63.

MIKHAIL, M.S. & ANYAEGBUNAM, A. - Lower urinary tract dysfunction in
pregnancy: a review. **Obstet. Gynecol.**, 50:675-83, 1995.

MILNE, J.S.; WILLIAMSON, J.; MAULE, M.M. - Urinary symptoms in older
people. **Mod. Geriatr.** 2:198-205, 1972.

MILSON, I.; EKELUND, P.; MOLANDER, U.; ARVIDSSON, L.;
ARESKOUG, B. - The influence of age, parity, oral contraception,
hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in
women. **J. Urol**, **149**:1459-62, 1993.

MOLANDER, U.; MILSON, I.; EKELUND, P.; ARVIDSSON, L.;
ERIKSSON, O. - A health care program for the investigation and treatment
of elderly women with urinary incontinence and related urogenital
symptoms. **Acta Obstet. Scand.**, **70**:137-42, 1991.

MOLANDER, U. - Urinary incontinence and related urogenital symptoms in
elderly women. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **72**: 1-17, 1993.

MOORE, K.L. - Sistema urogenital. In: **Embriologia Clínica**. 2^a ed. Rio de
Janeiro, Editora Interamericana, 1978. p. 219-58.

MORI - Health Survey Questionnaire. London: Market and Opinion
Research International, 1990.

NYGAARD, I.; LANCEY, J.O.L.; ARNSDORF, L.; MURPHY, E. - Exercise
and incontinence. **Obstet. Gynecol.**, **75**:848, 1990.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Report of a WHO Scientific Group. Research on the menopause. WHO Technical report series 670. Geneva, 1981.

OUSLANDER, J.G.; KANE, R.L.; ABRASS, I.B. - Urinary incontinence in elderly nursing home patients. **JAMA**, 248:1194-98, 1982.

REKERS, H. - Epidemiology of incontinence symptoms in women after the menopause. **Science Serv. Int.**, 35-9, 1989.

REKERS, H.; DROGENDIJK, A.C.; VALKENBURG, H.A.; RIPHAGEN, F. - The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract. **Maturitas**, 15:101-11, 1992.

RESNICK, N.M.; YALLA, S.V; LAURINO, E. - The pathophysiology of urinary incontinence among institutionalized elderly persons. **N. Engl. J. Med.**, 320:1-7, 1989.

RIBEIRO, R.M.; HEGG, R.; MELO, N.R.; ANZAI, R.Y.; GUIDI, H.G.C. - Distúrbios urinários no climatério. **Rev. Bras. Med.**, 46:105-8, 1989.

RUD, T. - Urethral pressure profile in continent women from childhood to old age. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, 59:331-5, 1980a.

RUD, T. - The effect of estrogens and gestagens on the urethral pressure profile in urinary continent and stress incontinent women. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, 59:265-70, 1980b.

RUD, T.; ANDERSSON, K.E.; ASMUSSEN, M.; HUNTING, A. - Factors maintaining the intraurethral pressure in women. **Invest. Urol.**, 17:343-7, 1980.

SARREL, E.P. - Sexuality and menopause. **Obstet. Gynecol.**, 75: 265-8, 1990.

SARTORI, M.G.F. - **Avaliação clínica e urodinâmica de mulheres menopausadas com incontinência urinária de esforço, antes e após terapêutica estroprogestativa.** São Paulo, 1993. [Tese - Mestrado - Escola Paulista de Medicina]

SCHREITER, F.; FUCHS, P.; STOCKAMP, K. - Estrogenic sensitivity of alpha-receptors in the urethra musculature. **Urol. Int.**, 31:13-9, 1976.

SIMEONOVA, Z. & BEGTSSON, C. - Prevalence of urinary incontinence among women at a Suedish primary health care centre. **Scand J. Prim. Health Care**, 8:203-6, 1990.

SMITH, K.P.B. - Age changes in the female urethra. **Br. J. Urol.**, **42:667-76**, 1972.

SMITH, P.; HEIMER, G.; LINDSKOG, M.; ULMSTEN, U. - Oestradiol-releasing vaginal ring for treatment of postmenopausal urogenital atrophy. **Maturitas**, **16:145-54**, 1993.

SPEROFF, L. - The menopause: A signal for the Future. In: LOBO, R.A. - **Treatment of the postmenopausal woman**. New York. Raven Press, 1994. p. 1-7.

SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. - Obesity. In: **Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility**. 5^a ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 1994. p. 651-66.

STANTON, S.L. & CARDOZO, L.D. - Surgical treatment of incontinence in elderly women. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **150:555-7**, 1980.

STANTON, S.L.; WILSON, R.K.; GRANT HARRIS, V. - The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. **Br. J. Obstet Gynaecol**, **87:897-900**, 1980.

TAPP, A.J.S. & CARDOZO, L.D. - The postmenopausal bladder. **Br. J. Med.**, **35**:20-3, 1986.

TEASDALE, T.A.; TAFFET, G.E.; LUCHI, R.J.; ADAM, E. - Urinary incontinence in a community-residing elderly population. **JAGS**, **36**:600-6, 1988.

THIEDE, H.A. - Urogynecology. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **16**: 709-953, 1989.

THOMAS, T.M.; PLYMAT, K.R.; BLANNIN, J.; MEADE, T.W. - Prevalence of urinary incontinence. **Brit. Med. J.**, **281**:1243-5, 1980.

VERSI, E. & CARDOZO, L.D. - Urethral vascular pulsations. **Proceedings of the International Continence Society**, **15**:503, 1985.

VERSI, E.; CARDOZO, L.D. ; STUDD, J.; BRINCAT, M.; COOPER, D. - Urinary disorders and the menopause. **Menopause**, **22**:89-95, 1995.

WALTER, S.; WOLF, H.; BARLEBO, H.; JENSEN, H.K. - Urinary incontinence in postmenopausal women treated with estrogens - A double blind clinical trial. **Urol. Int.**, **33**:135-43, 1978.

WENTZ, A.C. - Tratamento da menopausa. In: JONES, H.W.; WENTZ, A.C.; BURNETT, L.S. - **NOVAK Tratado de Ginecologia**. 11^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1990. p. 288-320.

WIEGERINK, M.A.; POORTMAN, J.; AGEMA, A.R.; THIJSEN, J.H. - Estrogen receptors in human vaginal tissue. **Maturitas**, 2:59-67, 1980.

WOLF, H.; WANDT, H.; JONAT, W. - Immunohistochemical evidence of estrogen and progesterone receptors in the female lower urinary tract and comparison with the vagina. **Gynecol. Obstet. Invest.**, 32:227-31, 1991.

YARNELL, J.W.G.; VOYLE, G.J.; RICHARDS, C.J.; STEPHENSON, T.P. - The prevalence and severity of urinary incontinence in women. **J. Epidemiol. Comm. Health**, 35:71-4, 1981.