

SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

**FATORES SOCIOECONÔMICOS, SEXUAIS E
PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS ÀS MULHERES
COM VULVOVAGINITES RECORRENTES**

Dissertação de Mestrado

**ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO**

**UNICAMP
2003**

SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

**FATORES SOCIOECONÔMICOS, SEXUAIS E
PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS ÀS MULHERES
COM VULVOVAGINITES RECORRENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO

UNICAMP
2003

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

C811f Cordeiro, Sílvia Nogueira
 Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos
 associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes /
 Sílvia nogueira Cordeiro. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

 Orientadores : Paulo César Giraldo, Egberto Ribeiro
 Turato

 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Sexualidade. 2. Candidiase. 3. *Relações familiares.
 4. *Candidiase vulvovaginal. 5. Medicina psicossomática.
 6. Doenças dos genitais femininos. .I. Paulo César Giraldo.
 II. Egberto Ribeiro Turato. III. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: SÍLVIA NOGUEIRA CORDEIRO

Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

Co-Orientador: Prof. Dr. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Membros:

1.

2.

3.

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

Data: 01/07/2003

Dedico este trabalho...

*... Hugo,
pelo amor e cumplicidade ao longo deste
e tantos outros momentos...*

*... Felipe e Gabriela,
por terem possibilitado a realização do meu maior sonho, ser mãe,
e por serem, sem dúvida alguma, minhas melhores “produções”.*

*... meus pais, José e Iracema,
pelos exemplos, amor
e incentivo em todos os momentos da minha vida.*

*.... aos meus tios Ruth e Ronald, por terem
confiado na minha capacidade intelectual,
possibilitando, junto com meus pais
a minha chegada até aqui.*

Aos meus irmãos e primas, com amor.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Paulo César Giraldo, exemplo de orientador, com paciência possibilitou-me não só a elaboração deste trabalho, mas também meu crescimento profissional.

Ao Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato, sua disponibilidade e conhecimentos foram fundamentais à compreensão sob um outro vértice o problema estudado.

À Profa. Dra. Regina, que com entusiasmo viabilizou a realização deste estudo, auxiliando a seleção da amostra e entendimento do quadro clínico.

Às Profas. Vera Lamano Adamo, Ruth Cerqueira Leite e Alícia Verdaguerme, pelo apoio e ensinamento da arte que é a psicanálise.

À Sheila de Lunafreire Guimarães, pelas supervisões, leituras e correções deste trabalho.

À Profa. Dierdre Giraldo, pela colaboração nas correções.

À Dra. Ana Katherine, pelo companheirismo, pela amizade e pelas colaborações na finalização deste trabalho.

Ao Dr. Francis de Assis, Dra. Sandra B. Feitoza, Sílvio Pereira, Patrícia Chaves pelo estímulo como colegas da pós graduação.

À Gislaine Carvasan, que com muita dedicação realizou o tratamento estatístico.

À Márcia, André, Ivone e Janaina, integrantes da “equipe de suporte da Ginecologia”, pelo carinho, incentivo e auxílio sempre presentes.

Aos funcionários dos Ambulatórios: Infecções Genitais, Geral de Ginecologia e Planejamento Familiar pela paciência, receptividade e colaboração durante o período da coleta de dados, em especial à enfermeira Ximena.

À Sueli Chaves, pela dedicação e auxílio na editoração final e revisão bibliográfica.

À equipe de funcionários da ASTEC: Fernanda, Cylene, Maria do Rosário, William Alexandre, Néder, Sueli Regina e Márcia, pelo auxílio na editoração final do trabalho e da apresentação.

À Margareth, secretária da pós-graduação, pela eficiência e amizade demonstrada nesta etapa.

Às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, sem as quais não teria sido possível a realização do estudo.

Sumário

Resumo

Summary

1. Introdução	17
1.1. Considerações sobre o desenvolvimento psíquico	23
1.2. Breve histórico sobre a medicina psicossomática	28
1.3. Aspectos Psíquicos das Vulvovaginites Recorrentes	32
2. Objetivos	37
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. Sujeitos e Métodos.....	39
3.1. Desenho do estudo	39
3.2. Tamanho Amostral	39
3.3. Seleção de sujeitos	40
3.3.1. Critérios de inclusão do grupo de estudo	40
3.3.2. Critérios de inclusão do grupo-controle	40
3.3.3. Critérios de exclusão do grupo de estudo e do grupo-controle	41
3.4. Definição de Variáveis e Conceitos.....	41
3.4.1. Variável Dependente.....	41
3.4.2. Variáveis Independentes.....	42
3.4.3. Variáveis de Controle (Anexo 3)	45
3.5. Instrumento para coleta de dados	46
3.6. Coleta de dados	47
3.7. Processamento e Análise dos dados	48
3.7.1. Processamento dos dados.....	48
3.7.2. Análise dos dados.....	48
3.8. Aspectos Éticos	49
4. Resultados	51
4.1. Características Gerais da População.....	51
4.2. Fatores socioeconômicos.....	56
4.3. Hábitos de Higiene	57
4.4. Características do comportamento sexual	61
4.5. Aspectos psicológicos	64
5. Discussão.....	73
6. Conclusões	91
7. Referências Bibliográficas.....	93
8. Bibliografia de Normatizações	101
9. Anexos	103
9.1. Anexo 1 - Check-List.....	103
9.2. Anexo 2 - Critério ABIPEME	104
9.3. Anexo 3	106
9.4. Anexo 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido	115

Resumo

As vulvovaginites constituem-se seguramente uma das principais queixas ginecológicas que levam as mulheres aos consultórios médicos. O motivo pelo qual existem freqüentes recorrências ainda não estão claramente estabelecidos.

Objetivos: Este trabalho teve a finalidade de identificar fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos que poderiam estar associados à recorrência de vulvovaginites. **Sujeitos e Métodos:** Foram estudadas 51 mulheres com diagnóstico confirmado de vulvovaginite recorrente e outras 61 mulheres-controles. O estudo foi realizado no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas. Após consentimento informado, todas foram submetidas a uma entrevista estruturada sobre sua condição socioeconômica e seu comportamento sexual. Utilizou-se também questionário com perguntas fechadas e semi-abertas, para investigação dos aspectos psicológicos, que possibilitou o aprofundamento das questões relacionadas às vivências afetivas. A análise dos resultados para testar a associação entre os grupos e as variáveis independentes relacionados a fatores socioeconômicos e sexuais, foi realizada através da estimativa por *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95%. A associação entre aspectos

psicológicos e os grupos estudados foi abordada segundo o teste de análise de correspondência múltipla. **Resultados:** As análises apontaram que as condições econômicas não estiveram associadas com a ocorrência de vulvovaginite recorrente. As mulheres brancas, OR 3,03 e IC de 95% (1,25 a 7,33) e as que usavam condom, OR 2,44 e IC de 95% (0,47 a 12,63) apresentaram-se mais associadas às vulvovaginites recorrentes. Inversamente, o uso de medroxiprogesterona de depósito, OR 0,05 e IC de 95% (0,01 a 0,50) e amenorréia, OR 7,99 e IC (1,73 a 36,87), estiveram mais associados ao grupo-controle. Os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual não tiveram associados às vulvovaginites recorrentes. Os aspectos psicológicos analisados mostraram que as características maternas estiveram mais associadas às mulheres com vulvovaginite recorrente e que os pais destas mulheres não tinham um bom relacionamento entre si. Os aspectos relacionados ao desenvolvimento psicossocial não mostraram clara associação com o grupo de estudo. **Conclusão:** O conjunto das características socioeconômicas não parece interferir com a recorrência de vulvovaginite. O comportamento sexual das mulheres do grupo de estudo não parece ter influenciado nas recorrências. As vulvovaginites recorrentes parecem ser uma expressão psicossomática, possivelmente associada a conflitos relacionados ao desajuste conjugal das figuras parentais e a dificuldades no relacionamento com a figura materna.

Summary

Episodes of Vulvovaginitis are quite definitely one of the most common gynecological complaints that lead women to consult a gynecologist. The reasons for frequent recurrences have not been clearly established. **Objectives:** identify the social-economical, sexual and psychological factors that can be associated to the recurrence of vulvovaginitis. **Subjects and Methods:** fifty-one women presenting a diagnosis of recurrent vulvovaginitis and 61 controls were studied. The study was carried out at the department of Gynecology the State University of Campinas (UNICAMP, SP. Brazil). After informed consent all the patients were submitted to a structured interview regarding their social-economical level and sexual behavior. The questionnaire used closed and semi-open questions so as to investigate the psychological aspects, which allowed an in-depth aspect in the questions related to their emotional life. The analysis of the results to test the association between the groups and the independent variables related to social-economical and sexual factors was carried out by *odds ratio* (confidence interval of 95%). The association between the psychological aspects and the study groups was carried out based on the multiple correspondence analysis test. **Results:** the analyses point out that

the social-economic conditions were not associated to the occurrence of RVV. White women, O.R. 3.03 and confidence interval of 95% (1.25 to 7.33) and those that use condoms, O.R. 2.44 and confidence interval of 95% (0.47 to 12.63) presented more associations to recurrent vulvovaginitis. Contrary, to this, the use of medroxiprogesterona depo and amenorrea was more associated to the control group. Hygiene, clothing and sexual behavior did not seem to influence the risk of recurrent vulvovaginitis. The psychological aspects analyzed showed that maternal characteristics were more associated to women presenting recurrent vulvovaginitis and to the fact that their parents did not have a good relationship. The psychological aspects related to sexuality did not show a clear association with the study group. **Conclusion:** the set of social-economic characteristics does not seem to interfere with the recurrence of vulvovaginitis. The sexual behavior of the women from the study group does not seem to have influenced the recurrences. Recurrent vulvovaginitis seem to have been a psycho-somatic expression, possibly associated to conflicts related to marital strife between the patients'parents, and the patients'difficulties in relating to the maternal figure.

1. Introdução

As vulvovaginites constituem-se em afecções que acompanham as mulheres sexualmente ativas, desde de que foram feitos os primeiros relatos históricos sobre os problemas ginecológicos. É, sem dúvida alguma, uma das mais freqüentes doenças na prática diária do ginecologista (GIRALDO et al., 1997). Estima-se que cerca de 75% das mulheres adultas apresentem pelo menos um episódio de vulvovaginite fúngica em sua vida, e cerca de 40% a 50% vivenciem um novo episódio (SOBEL, 1993).

Considerando-se as diversas causas das vulvovaginites, poderia-se extrapolar dizendo que toda mulher, se ainda não teve, provavelmente virá a desenvolver um quadro de corrimento vaginal em sua vida. Entre as causas infecciosas, a candidíase tem incidência variável entre 25% dos casos de corrimento vaginal, segundo HURLEY (1981), e 44% segundo TOLOI et al. (2001), perdendo em freqüência apenas para as vaginoses bacteriana (HURLEY, 1981).

Os episódios de recorrência acometem pelo menos 5% das pacientes, podendo manifestar-se mensalmente em alguns casos mais raros (SOBEL, 1993). A

Candida albicans parece ser o principal agente etiológico encontrado nas afecções vaginais, sendo responsável pelos episódios agudos em 77% dos casos (ALEIXO NETO et al., 1999). Por outro lado, alguns estudos indicam que 20% a 25% das mulheres normalmente saudáveis e completamente assintomáticas apresentam culturas positivas para *C.albicans* (REED, 1992; SOBEL, 1993; GIRALDO 2000).

A vulvovaginite recorrente (VVR) é um quadro nosológico definido como três ou mais episódios anuais de infecções genitais, devidamente diagnosticadas e tratadas no período de um ano. Poderá estabelecer-se em função de quadros de vaginose bacterianas, candidíases vaginais ou em forma alternada (SOBEL, 1988; REED, 1992).

As causas que levam uma mulher a desenvolver episódios agudos recorrentes de vulvovaginites são incertas. Contudo, existem fatores que podem predispor a candidíase vaginal. O *Diabetes Mellitus*, o uso de corticosteróides (sistêmicos ou tópicos), de antibióticos e anticoncepcionais orais estão freqüentemente associados à recorrência deste problema. Outros fatores como gravidez, roupa íntima inadequada, uso de duchas vaginais higiênicas, desodorantes íntimos, contato com substâncias químicas, também poderiam representar algum risco. Talvez, todas estas possibilidades facilitassem as modificações da flora bacteriana normal e o crescimento fúngico, promovendo, portanto, a recorrência (SOBEL, 1993).

O tratamento desta desordem, usando medicamentos antifúngicos locais e/ou sistêmicos, não costuma ser difícil, uma vez que a maioria deles é altamente eficaz quando utilizado no combate a esta infecção. Contudo, o alívio dos sintomas e/ou o desaparecimento de *C. albicans* nas culturas vaginais é temporário na

maioria dos casos, sendo impossível, e até mesmo indesejável, a erradicação completa deste microrganismo no corpo de um indivíduo. É, portanto, muito difícil evitar que mulheres comprovadamente tratadas voltem a apresentar novos episódios, uma vez que a presença do fungo em concentrações baixas no epitélio vaginal é considerado normal (NIXON, 1991; WITKIN e GIRALDO, 1999).

Conseqüentemente, um novo quadro agudo de infecção é possível, mais na dependência de fatores intrínsecos à mulher do que propriamente da presença do fungo na mucosa vaginal (GIRALDO et al., 1999).

As condições que levam às manifestações das doenças estão interligadas e são interdependentes entre si. Cada vez que um desses componentes (ambientais, etiológicos ou intrínsecos ao indivíduo), sofrer um desequilíbrio, repercutirá e atingirá os demais, em um processo em que o sistema busca um novo equilíbrio. Este novo equilíbrio trará consigo maior ou menor incidência de doenças (ROUQUAYROL, 1983).

Segundo SAN MARTIN (1981), a qualidade e dinâmica do ambiente socioeconômico, modos e relações de produção, tipo de desenvolvimento econômico, desigualdades sociais, entre outros, são componentes essenciais e determinantes no processo saúde-doença.

A condição social tem grande importância na preservação e ou recuperação da saúde de um indivíduo. Deve-se considerar a doença como fluindo, originalmente, de processos sociais, crescendo através de relações ambientais, atingindo o homem pela ação direta de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, ao

se defrontarem, no indivíduo suscetível, com condições genéticas ou somáticas desfavoráveis. O nível de escolaridade baixo, o desemprego ou subemprego, más condições de moradia e o estresse emocional que vive a população mais carente, podem interferir nos cuidados que o indivíduo dispensa à sua saúde, dificultando a terapêutica e/ou erradicação da doença (ROUQUAYROL, 1993).

Deve-se considerar, também, que o excesso de atividades intelectuais e pressões sociais de trabalho, sofridos por um indivíduo, qualquer que seja a esfera econômica, poderiam repercutir na homeostase desse organismo.

Dados de 1989 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que a incidência de analfabetismo é ligeiramente menor entre mulheres, alcançando o índice de 23,6%, contra 24,2% no grupo masculino. Um melhor nível de escolaridade poderia aumentar a chance de inserção no mercado de trabalho. Por consequência de um melhor nível de educação, por necessidades de ordem econômica ou por afirmação social, uma crescente proporção de mulheres tem gradativamente se incorporado às chamadas forças produtivas do País. Cada vez mais elas contribuem na formação do orçamento familiar, quando não assumem a economia da família. Dados do IBGE/Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) para 1984, indicavam que o percentual de famílias chefiadas por mulheres naquela época, alcançavam 18,4%, passando para 20,1% em 1989 (IBGE, 1989).

No entanto, o trabalho da mulher ainda se concentra predominantemente no setor informal de produção. Se por um lado assumem cada vez mais

responsabilidades no plano econômico, por outro continuam sendo sobrecarregadas por pressões sociais (ROUQUAYROL, 1993).

O censo realizado no ano 2000 apontou para uma mudança no comportamento das mulheres. Conforme dados do IBGE/PNAD, a taxa de atividade econômica da população feminina saltou de 26,9% nos anos 80 para 43,6% em 2000. Os números do IBGE também revelaram que essas mulheres têm, em geral, baixo nível de instrução, baixo nível social e baixa profissionalização (IBGE, 2000).

Esses fatores apontados poderiam contribuir para uma característica pré-patogênica somando-se a fatores psicossociais. NIXON (1991) observou que o fracasso no tratamento eventualmente estaria associado aos fatores psicossociais como o constrangimento emocional que a doença causa, o desconhecimento da mulher acerca de seu próprio corpo, a interferência no relacionamento sexual, entre outros. ROUQUAYROL (1993) acrescentou que entre estes fatores estariam a falta de apoio no contexto social em que vive, carências afetivas de ordem geral, relacionamentos instáveis, promiscuidade, e outros que poderiam contribuir para maior exposição dessas mulheres às doenças.

Como foi citado anteriormente, é reconhecida a alta incidência de infecção ginecológica nas mulheres em idade fértil (ALEIXO NETO et al., 1999; TOLOI et al., 2001). As conseqüências imediatas ou tardias desse problema, e as conseqüências acarretadas pela infecção ginecológica ainda não estão devidamente mensuradas (ROUQUAYROL, 1993).

O início cada vez mais precoce da atividade sexual e o advento dos métodos anticoncepcionais podem contribuir para o acréscimo do número de casos de vulvovaginites. REED (1992), enumerou vários fatores de risco para vulvovaginites por cândida. Identificou a importância do sexo em relação à presença ou ausência de hifas de cândida na vagina, pênis e outras partes do organismo masculino, em especial no esperma, facilitando a reinfecção. O sêmen é reconhecidamente um forte imunossupressor do epitélio vaginal (WITKIN, 1993). Conseqüentemente, seria de se esperar que a alta freqüência de ejaculação na luz vaginal pudesse favorecer novos episódios de vulvaginities.

Mesmo havendo poucas informações sobre a relação entre os tipos de atividades sexuais e as vulvovaginites recorrentes, alguns autores informam aumento no risco para as recorrências e sua associação com a prática de sexo oral (FOXMAN, 1990; HELLBURG, et al., 1995; GEIRGER e FOXMAN, 1996). Estudos realizados por OTERO et al. (1998) não demonstraram diferenças significativas entre vulvovaginites recorrentes em relação à prática de sexo oral, à utilização de contraceptivos orais e ao uso de roupas sintéticas.

A literatura é controversa sobre os possíveis fatores desencadeantes das vulvovaginites recorrentes. Esse fato leva a pensar que possam existir outros componentes além dos que já foram referidos acima, e mesmo questionar aqueles parcialmente aceitos.

A vulvovaginite é uma doença que acomete o aparelho reprodutivo de maneira geral e, mais especificamente, os órgãos genitais– um dos representantes simbólicos da condição feminina. Supõe-se, portanto, que este problema possa estar associado

às questões da sexualidade e relações afetivas e .indagam-se os motivos que estas mulheres teriam para apresentar freqüentemente sintomas nos órgãos genitais.

O desenvolvimento da sexualidade, assim como as etapas evolutivas na formação da personalidade, não são estanques e nem de uma progressão absolutamente linear; elas se transformam, superpõem e interagem permanentemente entre si. Um dos avanços mais significativos da psicanálise refere-se às concepções sobre o desenvolvimento psicosexual, descritos por Freud.

Assim, para a melhor compreensão sobre a relação entre sintoma físico e processos mentais, seria interessante abordar sucintamente os principais aspectos sobre o desenvolvimento psíquico.

1.1. Considerações sobre o desenvolvimento psíquico

A partir do desenvolvimento da psicanálise, que através da observação clínica e de subsídios teóricos buscam a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais, a obra freudiana apresenta uma reflexão permanente sobre as relações entre tais manifestações (VOLICH, 2000).

Para FREUD, a força que move os nossos pensamentos, ações, atividades e percepções é a libido, definida como energia dinâmica do impulso sexual. O impulso sexual constitui uma expansão limítrofe entre o psíquico e o somático e representa, como um fator dinâmico dentro da psique, os estímulos orgânicos (LANGER, 1981).

Na concepção freudiana, sexual não significa genital. O qualitativo de genital está associado a algumas manifestações da sexualidade que estão presentes no indivíduo adulto. Neste, a zona de satisfação é predominantemente genital, enquanto que na sexualidade infantil a predominância varia e qualquer parte do organismo pode transformar-se em zona de excitação. Delimita a trajetória pela qual passam os impulsos sexuais durante o desenvolvimento, dividindo-os em fases conforme a zona corporal na qual a energia está concentrada. Conforme a criança se desenvolve, a sua sexualidade vai se tornando semelhante à do adulto (FREUD, 1969a).

Em 1915, FREUD distinguiu em dois tipos os impulsos humanos: sexuais e de auto-conservação. Este último tem objetivo específico de sobrevivência e não pode ser adiado por muito tempo sem ameaçar a própria vida. O segundo contém a pulsão de auto-conservação, mais uma quantidade de libido (desejo), que torna a relação com o objeto erotizada (FREUD, 1969b).

Uma das principais referências conceituais da psicanálise é o Complexo de Édipo. Para FREUD, o Complexo do Édipo é a organização central da personalidade humana. É estruturante e alicerçador do psiquismo. Na relação que anteriormente era dual, mãe-filho, entra o terceiro, o pai, transformando-se em uma nova referência de relação, que passa a ser triangular. Com a triangulação, que constitui a base essencial do conflito humano, desenvolve-se a dinâmica das relações e a personalidade da criança (FREUD, 1969c).

O Complexo de Édipo expressa-se mais acentuadamente na infância, porém é revivido durante toda a vida, quando a pessoa assume diferentes papéis refletindo sua história passada de vida, obtendo diferentes desfechos. A figura

paterna assume importância fundamental para o desenvolvimento da triangulação, da percepção da existência do outro e para o estabelecimento de modelos relacionais, que terão continuidade por toda a vida.

Para FREUD, quando a menina renuncia à exclusividade do pai, sua identificação com a mãe fica reforçada. A identificação com a mãe no primeiro vínculo amoroso, e depois durante o Complexo de Édipo, prepara a menina para adquirir aquelas qualidades necessárias para assumir seu papel feminino no futuro. Para uma evolução normal, a menina precisa de uma identidade masculina, para reconhecer a figura masculina, substituto paterno, e poder relacionar-se como mulher, e de uma identidade feminina, para se sentir mulher e procurar e aceitar um homem (FREUD, 1969c).

A partir do que foi postulado por FREUD, MELANIE KLEIN (1991), desenvolveu uma teoria fundamentada nas relações objetais, sendo a primeira relação que o bebê estabelece com sua mãe. Nos estágios iniciais, amor e compreensão são expressos pela mãe através do seu modo de lidar com o bebê, e levam a um sentimento inconsciente de unicidade que se baseia no fato de o inconsciente da mãe e da criança estarem em íntima relação um com o outro.

Ao mesmo tempo a frustração, o desconforto e a dor, também entram nos sentimentos do bebê pela mãe, porque nos primeiros meses, ela representa para a criança todo o mundo externo. Os sentimentos, bons e maus, dirigidos à mãe estão ligados à capacidade do bebê de projetar sobre ela suas emoções (KLEIN, 1991).

Os mecanismos de defesa de projeção e introjeção operam desde o princípio e ajudam a moldar sua impressão do ambiente. Assim, é construído um mundo interno que é parcialmente um reflexo do externo. Isto é, os processos de introjeção e projeção contribuem para a interação entre fatores externos e internos. Essa interação prossegue a cada estágio da vida; mesmo no adulto, o julgamento da realidade não é completamente livre da influência de seu mundo interno (KLEIN, 1991).

Os processos de introjeção e projeção devem ser considerados como fantasias inconscientes. Essas fantasias são atividades da mente que ocorrem em níveis inconscientes profundos e continuam durante todo o desenvolvimento desempenhando um papel importante na vida mental (KLEIN, 1991).

O desenvolvimento psíquico do bebê depende das relações que este estabelece com o objeto. Quando a mãe é assimilada ao mundo interno da criança como objeto bom do qual esta pode depender, um elemento de força é agregado ao ego. A identificação predominante com características boas da mãe torna fácil para a criança identificar-se também com um pai bom. Como resultado, seu mundo interno vem a conter predominantemente objetos e sentimentos bons, e o bebê sente que esses objetos respondem ao seu amor, o que contribui para uma personalidade estável. A relação dos pais entre si e com a criança em um ambiente mais amistoso desempenha um papel fundamental no êxito do seu desenvolvimento (KLEIN, 1991).

No entanto, por mais que sejam bons os sentimentos da criança em relação aos pais, a agressividade e o ódio também se mantêm em atividade. A

agressividade da criança está enraizada nas primeiras suspeitas que o bebê tem de que o pai tira dele o amor e a atenção da mãe. A relação entre os pais desperta ciúme e inveja e requer uma capacidade de tolerância à frustração, à dor psíquica e uma capacidade de elaboração dos lutos; ou seja, renunciar ao vínculo exclusivo com a mãe e renunciar ao desejo incestuoso com a figura parental do sexo oposto. É essa elaboração que faz o indivíduo conseguir alcançar a sexualidade genital (SEGAL, 1975).

A partir desses conceitos teóricos, fundamentais para entender a dinâmica psíquica, é possível pensar que as vulvovaginites recorrentes podem ser manifestações de uma vivência em relação à feminilidade, com fantasias inconscientes primitivas, de uma sexualidade estragada, contaminada, causadora de prurido, devido a uma não-elaboração dos vínculos primordiais com a mãe e com os pais enquanto casal.

Estes fatores levam a pensar que as vulvovaginites recorrentes podem ser uma expressão psicossomática dos conflitos mencionados. Pode-se considerar que não existem causas lineares responsáveis pela formação de um sintoma, mas um conjunto de fatores que inter-atuam na etiologia das doenças. Assim Freud descreveu três séries: 1) os fatores inatos, congênitos e hereditários, representando os aspectos constitucionais; 2) acontecimentos e experiências infantis que, unidos com os primeiros, formam a disposição individual, e, finalmente, os fatores atuais desencadeantes (FREUD, 1895).

A partir do que foi postulado por Freud, vários autores levantaram hipóteses sobre a relação entre processos psíquicos e sintomas físicos.

1.2. Breve histórico sobre a medicina psicossomática

São vários os fatores presentes no processo do adoecer. A biologia ocupa-se em entender ou explicar os mecanismos fisiológicos, bioquímicos e anatomopatológicos desse acontecimento, enquanto que a psicologia e a psiquiatria procuram conhecer os aspectos psíquicos. Ambos atuam como fatores coexistentes, sendo determinantes na estruturação do indivíduo. Vários ramos das ciências estudam a relação entre vida psíquica e física, tais como as ciências médicas, as teorias psicossomáticas, a psicologia da saúde, a psicanálise e outras.

A busca do conhecimento do homem sobre si e sobre a natureza sempre constituiu uma inquietação que até hoje se busca desvendar. Foram muitas tentativas esboçadas pelo homem para compreender, por meio da filosofia ou da investigação científica, os mistérios de sua existência e do funcionamento de seu organismo. Na Antigüidade, o adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura procurada em rituais religiosos (VOLICH, 2000).

As reflexões sobre as relações mente-corpo são um dos temas que têm assumido maior importância na medicina, permitindo uma visão mais integrada dos fenômenos da doença.

A medicina psicossomática procura estudar a relação entre sintomas ou síndromes funcionais, que se constitui de uma expressão fisiológica e outra psicológica associada. Observa-se que há uma diversidade de enfoques neste campo e que os modelos teóricos que permeiam essas diferentes concepções, variam através do tempo como também dentro da época atual.

GRODDECK (1988), foi o primeiro médico a introduzir o conceito do inconsciente no tratamento de pacientes somáticos. Em sua obra “O Livro disso”, discute uma ampla gama de questões fortemente marcadas pela psicanálise, como por exemplo, a relação do homem com sua infância, a função das relações primitivas com a mãe, a função da sexualidade na vida da mulher, a função psíquica do adoecer, sensações corporais; enfim, analisa a relação do homem com a natureza.

¹SELYE (1936) e CANNON (1943), realizaram descobertas importantes sobre os processos fisiológicos das emoções e os mecanismos externos ambientais, descrevendo os mecanismos neuro-humorais com os quais o Homem responde a estas ações. Estes estudos contribuíram para a psicofisiologia, que estuda a interação entre estados mentais e processos fisiológicos. CANNON (1943), evidenciou a importância do estresse em diferentes situações, enquanto ¹SELYE (1936), demonstrou, através da experimentação animal, a influência de diferentes estímulos, inclusive psicossociais sobre o sistema imunológico.

Nos anos 30 e 40, FRANZ ALEXANDER (1989) e seus colaboradores desenvolveram uma teoria que procurava correlacionar as relações entre emoções reprimidas, e sua repercussão no plano físico, provocando sintomas específicos. Estas idéias e as de GRODDECK (1988) tinham em comum que um determinado conteúdo psíquico, simbólico para GRODDECK e afetivo para ALEXANDER, pode provocar um sintoma (NEVES, 1998).

¹ SELYE, 1936 apud CANNON, W.B. **Bodily changes in pain, hunger and rage**. Boston: Charles T. Brandforf Comp.; 1943.

Nos anos 50, SPITZ (1983), observou a influência que a ausência da figura materna exerce no plano da psicopatologia; indo um pouco além, constatou-se que esta ou outras ausências no psiquismo aumentam a predisposição à doença.

Os progressos adquiridos no estudo da mente infantil e da relação da criança com o ambiente, permitiram conhecer a chamada linguagem dos órgãos. Essa forma de comunicação, proveniente das sensações e expressões corporais, é um resquício das fases em que o ser humano não dispunha das principais vias de expressão conhecidas na fase adulta: linguagem verbal e ação motora. Quando essas vias ficam bloqueadas, por situação de conflito ou inibição, o indivíduo volta ao uso da linguagem primitiva, ou seja, a linguagem corporal (MELLO FILHO, 1994).

Em meados dos anos 50 surge uma nova fase da Medicina Psicossomática, voltada à identificação dos mecanismos psicobiológicos e de eventos estressantes da vida, que alteram a susceptibilidade do indivíduo a doenças e também realizam uma nova abordagem dos processos psicossomáticos, favorecendo a explicação das doenças. Desse modo os modelos lineares de causalidade foram gradualmente substituídos por modelos interacionais (MACFADDEN, 2000).

Em 1962 surgiu a Escola de Psicossomática de Paris, representada por PIERRE MARTY. O modelo teórico proposto pelos autores ressalta a idéia de que um menor grau de atividade mental (inaptidão para fantasiar, pobreza associativa, pouca imaginação, restrita à realidade), corresponderia a uma maior vulnerabilidade somática, isto é, diante de um traumatismo, um indivíduo com uma atividade mental pouco desenvolvida não teria recursos mentais suficientes para lidar

com o excesso de estimulação. Esta organização passaria a atingir as funções somáticas, menos evoluídas (MARTY, 1993).

Falhas no desenvolvimento ou experiências de vida desorganizadoras comprometem a estrutura e o funcionamento psíquico, de forma duradoura ou temporária. As deficiências estruturais ou funcionais conduzem à utilização pelo organismo, de recursos mais rudimentares, como reações orgânicas na tentativa de reequilibrar a energia do indivíduo (VOLICH, 2000).

A medicina somática dos anos oitenta começa a fundamentar-se no modelo biopsicossocial, considerando o complexo interjogo dos fatores biológicos, psicológicos e sociais em todas as doenças físicas associadas aos distúrbios nessas áreas (MACFADDEN, 2000).

Segundo SMADJA (1990), os pacientes psicossomáticos têm um empobrecimento de respostas emocionais devido à impossibilidade de elaboração e à inexistência de defesas eficazes contra a descarga pulsional, originando a sintomatologia somática.

Esses indivíduos são freqüentemente estimulados à ação em vez da elaboração psíquica, solicitando sempre aos objetos do mundo exterior a realização de funções que deveriam ser asseguradas por objetos simbólicos, ausentes ou comprometidos (VOLICH, 2000).

McDOUGALL (1996), sugere que pacientes que somatizam estão impossibilitados de encontrar uma articulação lingüística para suas fantasias arcaicas, que permanecem enraizadas no inconsciente, sem ter acesso a um

pensamento consciente ou pré-consciente. Mantidas no nível pré-simbólico, estas fantasias não encontram expressão nem mesmo nos sonhos.

O que parece predominar, entre os pesquisadores neste campo, é que existe uma influência do psiquismo na etiologia das doenças, uma vez que estas incidem em um ser que possui psique e soma unificados. É de se supor que haja uma interação entre os fenômenos psíquicos e somáticos, não sendo importante saber quem determina quem, mas sim o que o sintoma somático determina e é determinado pela história de vida de cada um.

As vulvovaginites recorrentes podem estar ligadas a um significado latente, expressos nas entrelinhas da história dessas mulheres, que parecem extrapolar ao “conteúdo manifesto”, ou seja, as queixas verbalizadas ao médico. Estes fatores podem comportar-se como entraves no sucesso do tratamento, necessitando ser melhor analisados.

1.3. Aspectos Psíquicos das Vulvovaginites Recorrentes

DODSON e FRIEDRICH (1978), foram os primeiros em considerar a vaginite como uma questão psicossomática, que na maioria dos casos respondia à psicoterapia.

A partir desses trabalhos, começaram-se a evidenciar as possíveis relações entre fatores psicológicos e infecções genitais. WOODWARD (1981), realizou um estudo com 92 pacientes sintomáticas e com pelo menos dois esfregaços vaginais normais, buscando determinar os motivos que levariam à sintomatologia

e à manutenção do quadro psicossomático, assim como qual seria o melhor tratamento. As avaliações das pacientes foram realizadas por meio de entrevista, onde o objetivo era predominantemente escutar a opinião da paciente sobre a sua doença, momentos de piora, tratamentos realizados e aceitação da base psicogênica de sua condição. Posteriormente, era oferecida uma terapia integrando a dinâmica e o comportamento. Quatro categorias foram reconhecidas como determinantes da presente condição, embora algumas pacientes fossem incluídas em mais de uma: a) atitude parental causando culpa; b) ressentimento frente ao parceiro; c) nervoso e ansiedade e d) reação a problemas atuais. O tratamento baseava-se no reconhecimento e aceitação dos sentimentos reprimidos. A maior parte delas (92%), obteve melhora e supressão dos sintomas.

MEECH (1985) questionou a recorrência da candidíase em mulheres sadias e, observando suas pacientes, levantou a hipótese de que conflitos emocionais interferem no funcionamento normal do sistema nervoso autossômico, provocando tensão muscular. Atribui ao medo e à culpa a ausência de uma adequada lubrificação, propiciando uma queda de resistência na mulher e propõe como tratamento a exteriorização das emoções.

STEWART et al., (1990) também sistematizaram a investigação das possíveis variáveis psicológicas envolvidas nas vulvovaginites confirmadas. Estudaram três grupos de mulheres: 57 com sintomas crônicos ou cíclicos de vulvovaginites confirmadas, 26 com diagnóstico não confirmado de vulvovaginite e 32 mulheres do grupo-controle que não apresentavam vulvovaginite.

Os resultados mostraram que o nível de depressão foi significativamente mais alto no grupo de estudo do que no grupo-controle. As mulheres com vulvovaginite não confirmada mostraram alta significação para tendência de ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, idéias paranóicas. Também tiveram alta significação na tendência a depressão, psicopatia e sensibilidade interpessoal quando comparadas às mulheres com vulvovaginite crônica. Embora os resultados obtidos não devam ser generalizados, os autores questionam se os sintomas físicos crônicos causam angústia emocional e depressão nestas mulheres, como já foi demonstrado em outras populações com dores crônicas, ou se a angústia emocional e depressão são primários e/ou predisõem aos sintomas de vulvovaginites, através de mecanismos imunes ou somatizadores.

PALMA et al., (1996), avaliaram cinco mulheres no grupo de estudo (mulheres com candidíase vaginal recorrente) e cinco no grupo-controle (mulheres sem a presença de corrimento vaginal). As mulheres foram submetidas a um conjunto de técnicas, entrevistas clínicas e consultas aos prontuários médicos. Os resultados indicaram que os processos constitutivos da personalidade e suas respectivas dificuldades não diferenciam os sujeitos, mas sim a forma como cada um relaciona-se com seus problemas. Nas mulheres do grupo de estudo há uma franca dificuldade de controle da afetividade que determina uma vivência relacional conflitiva e frustrante, predominando os aspectos afetivos, marcados pela impulsividade, na conduta dos sujeitos, inclusive uma sexualidade imatura, acompanhada de um conflito sexual definido.

Estes resultados reforçam a hipótese de que a VVR pode ter grande associação com a área afetiva e o comportamento sexual das mulheres.

Apesar dos avanços sobre o conhecimento da etiopatogenia e a concomitante eficiência no tratamento das vulvovaginites agudas, o problema das recorrências continua sem solução. As recorrências causam transtornos tanto para o médico, por estar incapacitado de solucionar a enfermidade, quanto para a mulher que tem que conviver com os incômodos da doença geradora de angústia. Tal situação pode aflorar as dificuldades da mulher em aceitar e se relacionar com seus conflitos afetivos e sexuais, interferindo seguramente no exercício da sua sexualidade.

Apesar dos fatores predisponentes classicamente estudados na literatura serem rotineiramente investigados no grupo de mulheres com VVR, na prática estes parecem não interferir suficientemente, a ponto de ser considerados a causa das recidivas. Por outro lado, a resposta imune celular mediada do epitélio vaginal é um importante fator para facilitar ou coibir o aparecimento de novos surtos da infecção fúngica. O sistema nervoso central, claramente influenciável pelas respostas emocionais, pode interferir na resposta efetora que determina a imunidade vaginal. Portanto, o funcionamento psíquico pode ser suficientemente importante para modular a resposta do sistema nervoso central. Este último inibirá as respostas imunes vaginal, que por sua vez facilitarão a recorrência.

Os aspectos sobre o desenvolvimento psicosssexual de mulheres com VVR ainda não foram devidamente investigados na literatura nacional ou internacional. Além disso, apesar de alguns aspectos sociais como nível socioeconômico, educacional, e outros, já terem sido correlacionados com as diferentes vulvovaginites,

eles nunca foram adequadamente explorados quanto à recorrência desta patologia. Tal afirmação fica evidente, porque mesmo que estes aspectos sociais apareçam na lista de possíveis fatores para desencadear as recorrências, não se pode constatá-los de forma evidente nas histórias de mulheres com VVR.

Segundo FREUD os fenômenos humanos têm sempre uma motivação e significação interna para que possam acontecer. Pode-se pensar que as VVR apontam para uma dificuldade presente, por parte do sujeito, em aceitar e se relacionar com seus conflitos afetivos e sexuais, determinando a formação ou manutenção da sintomatologia como uma forma inadequada de entrar em contato com estes conflitos (FREUD, 1975).

Frente às considerações da falta de uniformidade na literatura da grande influência de fatores socioeconômicos, sexuais e ainda mais sobre a associação entre o psiquismo e as respostas corporais (orgânicas), faz-se necessário aclarar estas relações no meio científico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Identificar fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos que podem estar associados à predisposição individual de mulheres para ser acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes.

2.2. Objetivos específicos

1. Descrever as condições socioeconômicas e sexual de mulheres que apresentam recorrência de vulvovaginite.
2. Verificar se há associação entre os fatores socioeconômicos e a recorrência de vulvovaginite.
3. Verificar se há associação entre o comportamento sexual com a recorrência de vulvovaginite.
4. Verificar a possível associação entre as características psicológicas e o grupo de mulheres com VVR.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Estudo analítico comparativo entre um grupo de estudo composto de mulheres com diagnóstico de VVR e um grupo-controle composto de mulheres sem antecedentes de VVR.

3.2. Tamanho Amostral

Foram entrevistadas todas as pacientes atendidas no Ambulatório de Infecções Genitais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com diagnóstico comprovado de VVR, no período de junho de 2001 a julho de 2002, totalizando 51 mulheres.

Para o grupo-controle entrevistou-se um número semelhante de mulheres que foram atendidas no Ambulatório Geral de Ginecologia ou Planejamento Familiar, que não tinham queixas ginecológicas e nem antecedentes de VVR nesse mesmo período, totalizando 61 mulheres.

3.3. Seleção de sujeitos

Os casos foram selecionados no Ambulatório de Infecções Genitais do Caism/Unicamp. Todas as mulheres que compareceram ao Ambulatório, no período de junho de 2001 a julho de 2002, e que tinham em seus prontuários diagnósticos comprovados de VVR, ou seja, mulheres acompanhadas por no mínimo um ano, com três bacterioscopias características de infecção fúngica ou de vaginose bacteriana, foram convidadas a participar da pesquisa. O grupo-controle foi constituído por mulheres assistidas nos Ambulatórios Geral de Ginecologia e Planejamento Familiar do Departamento de Tocoginecologia (DTG) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp – neste mesmo período, para exame ginecológico de rotina ou para consulta de controle do método contraceptivo– que não tinham antecedentes de VVR ou patologias ginecológicas e doenças crônico-degenerativas.

3.3.1. Critérios de inclusão do grupo de estudo

- consultar no Ambulatório de Infecções Genitais da FCM -Unicamp;
- preencher os critérios de VVR, com três ou mais episódios agudos diagnosticados e tratados nos últimos 12 meses;
- estar no menacme e ter entre 20 a 45 anos completos.

3.3.2. Critérios de inclusão do grupo-controle

- consultar no Ambulatório Geral de Ginecologia ou Planejamento Familiar da FCM/Unicamp;

- não ter história de múltiplos tratamentos de vulvovaginites;
- não ter patologias ginecológicas como por ex. mioma, pólipos, endometriose, etc.;
- estar no menacme e ter entre 20 a 45 anos completos.

3.3.3. Critérios de exclusão do grupo de estudo e do grupo-controle

- estar grávida;
- ter feito ou estar fazendo tratamento de psicoterapia;
- ter imunodepressão. Ser sabidamente portadora de doença crônica degenerativa (esclerose múltipla, diabetes, lupus, transplantadas, HIV positivas), segundo o prontuário ou através do histórico pessoal relatado pela paciente;
- ser usuária habitual de corticosteróide.

A garantia do cumprimento dos critérios mencionados acima foi através da aplicação de um *check-list* no momento da seleção dos sujeitos (Anexo 1).

3.4. Definição de Variáveis e Conceitos

3.4.1. Variável Dependente

- Vulvovaginite Recorrente: processo inflamatório e/ou infeccioso vulvovaginal devidamente diagnosticado e tratado, que se repete três ou mais vezes em um período de um ano (Presente/Ausente).

3.4.2. Variáveis Independentes

- *Perfil Socioeconômico*
 - Classificados em classes: utilizaram-se os seguintes escores: A = 25 a 34 pontos, B = 17 a 24 pontos, C = 11 a 16 pontos, D = 6 a 10 pontos e E = 0 a 5 pontos, segundo critérios estabelecidos pela ABIPEME (ALMEIDA e WICHERHAUSER, 1991) (Anexo 2).

- *Hábitos de Higiene e Vestuário (Anexo 3)*
 - Uso de absorvente interno: usar absorvente interno no período menstrual (Sim/Não).
 - Uso de absorvente interno sem menstruação: usar absorvente interno fora do período menstrual (Sim/Não).
 - Uso de absorvente externo: usar absorvente externo no período menstrual (Sim/Não).
 - Uso de absorvente externo sem menstruação: usar absorvente externo fora do período menstrual (Sim/ Não).
 - Higiene do órgão genital: lavagem da vulva com água e sabão (Sim/Não).
 - Frequência da higiene: número de vezes que lava a vulva por dia (Referido pelo sujeito).
 - Duchas vaginais: uso de duchas para lavar a vagina (Sim/Não).
 - Frequência do uso de duchas: número de vezes, por semana, que usa ducha para lavar a vagina (Referido pelo sujeito).

- Uso de papel higiênico: usar regularmente papel higiênico do tipo:
 - a) branco, suave, sem perfume, b) áspero, ou colorido, ou perfumado,
 - c) outros.
 - Uso de perfume íntimo: usar perfumes ou outro produto nos genitais (Sim/Não).
 - Frequência do uso de desodorante íntimo: número de vezes por dia que usa perfume ou outro produto nos genitais (Referido pelo sujeito).
 - Frequência do uso de calça comprida colada ao corpo: número de vezes que usa calça comprida colada no corpo por semana (Classificados em: Todos os dias, Três vezes por semana, Uma vez por semana, Não usa).
 - Uso de roupa íntima de *lycra*: usar roupa íntima de *lycra* ou material sintético (Classificados em: Todos os dias, Três vezes por semana, Uma vez por semana, Não usam).
- *Comportamento Sexual (Anexo 3)*
 - Idade da primeira relação sexual: idade, em anos completos, em que teve a primeira relação sexual (Referido pelo sujeito).
 - Parceiro Sexual: número de parceiros sexuais desde a primeira relação sexual até o momento da entrevista (Referido pelo sujeito).
 - Relação Sexual: prática de atividade sexual atualmente ou nos últimos seis meses (Sim/Não).
 - Frequência de relações sexuais: número de relações sexuais por mês (Referido pelo sujeito).

- Troca de parceiro: mudança do parceiro sexual nos últimos seis meses (Sim/Não).
 - Relações homossexuais: prática de relação sexual com pessoas do mesmo sexo (Sim/Não).
 - Sexo oral doador: contato boca-pênis na relação sexual (Sim/Não).
 - Sexo oral receptor: contato boca-vagina na relação sexual (Sim/Não).
 - Sexo anal: penetração pênis-ânus na relação sexual (Sim/Não).
 - Masturbação: provocar prazer sexual pela fricção dos genitais com as mãos ou outro objeto (Sim/Não).
- *Aspectos Psicológicos (Anexo 3)*
 - Imagem paterna: descrição sobre as lembranças que o sujeito fixou sobre seu pai (Segundo relato do sujeito).
 - Imagem materna: descrição sobre as lembranças que o sujeito fixou sobre sua mãe (Segundo relato do sujeito).
 - Características do relacionamento paterno: característica predominantes no relacionamento do sujeito com seu pai, classificadas previamente como: carinhoso, servero, atencioso, distante, ausente, crítico e indiferente.
 - Características do relacionamento materno: característica predominantes no relacionamento do sujeito com sua mãe, classificadas previamente como: carinhosa, servera, atenciosa, distante, ausente, crítica e indiferente.
 - Relacionamento dos pais: classificadas previamente em: se os pais se davam bem (Sim/ Mais ou menos/ Não); pais brigavam na frente do sujeito (Sempre/Algumas vezes/Nunca); pais trocavam carinhos na presença do sujeito (Sempre/Algumas vezes/Nunca).

- Brincadeiras infantis: brincadeiras realizadas na infância com a finalidade de conhecer as diferenças sexuais entre meninos e meninas (Sim/Não/Não lembra).
- Sensações de Prazer: vivências de prazer físico ou emocional conseqüentes das brincadeiras infantis (Sim/Não/Não lembra).
- Abuso Sexual: ter sofrido violência sexual. (Sim/Não).
- Repercussão: Impacto atual sobre o abuso sexual. Sim e Não.
- Aceitação das transformações corporais (crescimento dos seios, pêlos pubianos, etc). Classificado pelo sujeito em: Com naturalidade, Sem naturalidade e não lembra.
- Aceitação da primeira menstruação: classificado pelo sujeito em: Com naturalidade, Sem naturalidade e Não lembra.
- Informação sobre conhecimentos da menarca: informações fornecidas pela mãe do sujeito antes, ou logo após a menarca (Referidas pelo sujeito em: Sim, Não e Não lembra).
- Consentimento da primeira relação sexual: Consentida/Não Consentida.
- Expectativa da primeira relação sexual: Correspondido/Não correspondido.
- Informação sobre relacionamento sexual: informações fornecidas pela mãe do sujeito, na ocasião desses acontecimentos (Sim/Não/Não lembra).

3.4.3. Variáveis de Controle (Anexo 3)

- Idade: em anos completos referido pelo sujeito.
- Cor: segundo descrito no prontuário médico, classificados em: Branca e Não Branca.

- Atividade Laboral: Remunerada e Não remuneração
- Escolaridade: período em que freqüentou a escola regularmente, categorizados em: Não estudou, Ensino fundamental, Ensino médio e Universitário.
- Menarca: idade, em anos completos, da ocorrência da primeira menstruação (Referida pelo sujeito).
- Ciclos menstruais: intervalos entre menstruações, referidos pelos sujeitos, categorizados em : Regulares e Irregulares.
- Gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida (Referido pelo sujeito).
- Aborto: número de perdas gestacionais inferiores a 20 semanas, referido pelo sujeito após explicação técnica (Sim/Não).
- Método Anticoncepcional: método utilizado para evitar gravidez, referido pelo sujeito até o momento da entrevista. Classificados em Não utiliza, Hormonal, Condom, DIU, Laqueadura e Vasectomia.
- Doença sexualmente transmissível: antecedente de DST referido pelo sujeito até o momento da entrevista (Sim/Não).
- Uso de medicamento: utilização regular de remédios pelo sujeito nos últimos trinta dias (Sim/Não).

3.5. Instrumento para coleta de dados

A classificação do fator socioeconômico seguiu os critérios da ABA/ABIPEME, através de um questionário com perguntas fechadas (Anexo 2). Idealizou-se, baseado na experiência clínica, um questionário específico para identificar os

hábitos de higiene, vestuários, comportamento sexual e aspectos psicológicos das mulheres investigadas (Anexo 3). Foram realizadas perguntas fechadas para os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual, e perguntas fechadas e semi-abertas para possibilitar o aprofundamento das questões relacionadas às vivências afetivas, em relação às figuras parentais e sobre o desenvolvimentos da própria sexualidade. Foi realizado um pré-teste para garantir que as questões abordadas respondiam aos objetivos propostos. No pré-teste foram entrevistadas dez mulheres, cinco do Ambulatório de Infecções Genitais do DTG/FCM/Unicamp com queixa ginecológica sem antecedentes de VVR e cinco mulheres do Ambulatório Geral de Ginecologia do DTG/FCM/Unicamp, sem queixa ginecológica. Após o pré-teste verificou-se que as perguntas e suas respostas atingiram os objetivos do estudo. As mulheres que participaram do pré-teste não participaram do estudo.

3.6. Coleta de dados

Quando um possível sujeito compareceu ao Ambulatório de Ginecologia ou Planejamento Familiar do DTG/FCM/Unicamp, nos dias e horários designados para este fim, foi abordado pela pesquisadora e informado sobre o estudo e sua finalidade, e convidado a participar da pesquisa. Quando houve aceitação por parte do sujeito em participar da pesquisa foi aplicado o *check-list* (Anexo 1), para verificar se cumpriam os critérios de seleção. Aos sujeitos que cumpriram os critérios exigidos para inclusão na pesquisa, foi lido, junto com ele, o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4). Quando permaneceram dúvidas quanto ao termo, a pesquisadora prontamente a esclareceu. Posteriormente foram entrevistados e

aplicados individualmente os questionários de: classificação do perfil socioeconômico, dos hábitos de higiene, vestuário, comportamento sexual e sobre aspectos psicológicos. As respostas das perguntas semi-abertas foram transcritas textualmente. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora responsável do estudo.

3.7. Processamento e Análise dos dados

3.7.1. Processamento dos dados

Os questionários preenchidos em campo foram revisados e arquivados em ordem numérica, segundo a data da coleta. Posteriormente foi criado um banco de dados em planilha, no programa *Excel/Office 2000* com todas as variáveis descritas anteriormente. Os sujeitos foram relacionados cronologicamente segundo a data de coleta dos dados, sendo atribuído a cada um deles um número de identificação, e classificados por grupo de estudo ou de controle. Foi realizada a consistência inicial da digitação dos dados, através da dupla digitação, e posteriormente foi realizada a consistência lógica final.

3.7.2. Análise dos dados

Foi feita a distribuição das freqüências das variáveis independentes segundo os grupos de estudo. Para identificar os fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos que poderiam estar associados à predisposição individual das mulheres para ser acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes, a análise foi realizada em duas etapas.

A primeira etapa consistiu em testar a associação entre os grupos (de estudo e controle) e as variáveis independentes relacionadas aos fatores socioeconômicos e sexuais. Para isso, utilizou-se a estimativa por *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

A segunda etapa consistiu em visualizar a associação entre aspectos psicológicos e os grupos estudados, utilizando-se então, o teste de Análise de Correspondência Múltipla (GREENACRE, 1992). Esta análise é freqüentemente utilizada para avaliar variáveis qualitativas. Através da análise exploratória pode-se observar na representação gráfica as inter-relações entre as variáveis independentes e sua associação com a variável dependente. Esta análise permitiu a visualização do comportamento de todos os fatores psicológicos simultaneamente, associando-os com os grupos em estudo.

3.8. Aspectos Éticos

Este projeto seguiu as normas preconizadas pela DECLARAÇÃO DE HELSINKE III (2000) e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Sempre foi estabelecida a concordância espontânea do sujeito. A pesquisadora explicou às participantes, individualmente, que o objetivo da pesquisa era conhecer o fator socioeconômico, o comportamento sexual e algumas características emocionais que poderiam estar associados às vulvovaginites

recorrentes. Foram feitos os esclarecimentos necessários quando houve dúvidas por parte das participantes da pesquisa sobre o termo de consentimento (Anexo 4).

Foi esclarecido às participantes que os dados de identificação seriam preenchidos em folha à parte do questionário e que após a conclusão do estudo estes seriam eliminados, garantindo-lhes o sigilo e a privacidade.

A pesquisa foi realizada seguindo as rotinas da instituição e normas dos Ambulatórios de Infecções Genitais, Ambulatório Geral de Ginecologia e Planejamento Familiar, do Departamento de Tocoginecologia da FCM/Unicamp, exceto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário.

Essa pesquisa não trouxe nenhum dano aos sujeitos participantes, porém, algumas participantes do Ambulatório de Planejamento Familiar, durante a coleta dos dados, manifestaram alterações emocionais (choro). Quando isso ocorreu, a pesquisadora perguntou se a participante desejava interromper a entrevista e quando a resposta foi positiva a entrevista foi interrompida, quando não, prosseguiu-se até o final. Estas participantes foram encaminhadas ao Serviço de Psicologia do Planejamento Familiar.

4. Resultados

4.1. Características Gerais da População

Na Tabela 1 estão distribuídas as características da população estudada segundo faixa etária, cor, escolaridade, religião e profissão.

A maior parte das mulheres estudadas concentrou-se entre as faixas etárias de 20 a 35 anos, 76,5% no grupo com vulvovaginite recorrente (VVR) e 73,8% no grupo-controle (GC), seguida pelas mulheres com 36 anos ou mais e, por último, a faixa etária entre 18 e 19 anos. O *odds ratio* (OR) bruto encontrado foi de 1,19 com intervalo de confiança (IC) de 95% (0,49 a 2,88).

Observou-se, nesta amostra, que mulheres brancas tiveram duas vezes a mais o risco de ter VVR, apresentando OR bruto de 3,03 com IC de 95% (1,25 a 7,33).

Em ambos os grupos foram mais frequentes a presença de mulheres com nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental (54,9% VVR e 62,3% GC), seguida por mulheres com nível de escolaridade correspondente aos ensinos médio (29,4% VVR e 32,8%) e universitário (15,7% VVR e 4,9% GC). Não houve associação entre essa variável e a ocorrência de VVR.

Em relação à religião, observou-se que a maioria das mulheres pertencia ao catolicismo (60,8% VVR e 55,7% GC), seguidas pelas evangélicas (21,6% VVR e 27,9% GC) e sem nenhuma religião (13,7% VVR e 16,4% GC). Somente no grupo com VVR foram encontradas mulheres que se consideravam espíritas (3,9%). Comparando-se os dois grupos, dentro de cada categoria, não houve influência quanto à presença de VVR.

Constatou-se, também, que 76,4% das mulheres com VVR e 73,7% no grupo-controle tinham atividade remunerada, sendo o OR de 1,26 com IC de 95% (0,53 a 2,95).

TABELA 1
FREQÜÊNCIA E ODDS RATIO DAS CARACTERÍSTICAS
GERAIS E MULHERES COM VVR E CONTROLES

Características Gerais da População	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Faixa etária				
36 anos ou +	11 (21,6)	15 (24,6)	} 1,19	(0,49 a 2,88)
20 a 35 anos	39 (76,5)	45 (73,8)		
Até 19 anos	1 (2,0)	1 (1,6)		
Cor				
Não branca	9 (17,6)	24 (39,3)	ref.	-
Branca	42 (82,4)	37 (60,7)	3,03	(1,25 a 7,33)
Escolaridade				
Universitário	8 (15,7)	3 (4,9)	ref.	-
Ensino Médio	15 (29,4)	20 (32,8)	0,28	(0,06 a 1,24)
Ensino Fundamental	27 (54,9)	38 (62,3)	0,28	(0,07 a 1,14)
Religião				
Nenhuma	7 (13,7)	10 (16,4)	ref.	-
Católica	31 (60,8)	34 (55,7)	1,30	(0,44 a 3,84)
Evangélica	11 (21,6)	17 (27,9)	0,92	(0,27 a 3,16)
Espírita	2 (3,9)	0 (0,0)		
Atividade Laboral				
Não Remunerada	12 (23,5)	17 (27,9)	ref.	-
Remunerada	39 (76,5)	44 (72,1)	1,26	(0,53 a 0,95)

Em relação aos antecedentes gineco-obstétricos, observou-se na Tabela 2 que a maioria das mulheres teve a menarca entre 12 a 15 anos. Essa distribuição foi de 68,6% no grupo com VVR e 75,4% no grupo-controle, com OR de 0,46 e 0,55 e IC de 95% (0,10 a 2,04) e (0,11 a 2,86), respectivamente.

Em ambos os grupos a maioria das mulheres usava método contraceptivo, sendo 88,2% no grupo com VVR e 93,4% no grupo-controle. Contudo, observou-se uma associação de 2,62 entre as mulheres que usavam condom e a ocorrência de VVR com IC de 95% (0,58 a 11,89). Em contrapartida, o uso de depoprovera foi um fator protetor para VVR, com OR 0,06 e IC de 95% (0,01 a 0,59).

A distribuição das mulheres que relataram antecedentes de DST foi de 19,6% e 11,5%, respectivamente, sendo que o HPV foi o antecedente mais observado com o total de 10 casos, sendo 7 no GC e 3 no grupo com VVR. O OR foi de 0,53 com IC de 95% (0,10 a 1,52).

Somente 15,7% das mulheres com VVR e 13,1% no grupo-controle faziam uso de alguma medicação, sendo que o analgésico foi o mais freqüente no grupo com VVR (3,9%). No grupo-controle não foi encontrado nenhum medicamento de uso freqüente. Não houve associação entre uso de medicamento e VVR, o OR foi de 0,81 com IC de 95% (0,28 a 2,34).

Observou-se que 31,4% das mulheres com VVR apresentaram doenças concomitantes. As patologias mais encontradas foram infecção urinária (5,8%) e endometriose (3,9%). No grupo-controle, bronquite (6,5%) seguida por infecção urinária (3,28%) foram as mais relatadas. O OR foi de 0,54, com IC de 95% (0,23 a 2,34).

Em relação às gestações anteriores, encontrou-se 25,5% de nuligestas no grupo com VVR e somente 3,3% no grupo-controle. O OR bruto foi de 0,10 com IC de 95% (0,02 a 0,46).

As mulheres que tiveram até duas gestações representaram 71% no grupo com VVR e de 66,1% no grupo-controle, seguidas pelas que tiveram três ou mais gestações 28,9% e 33,9%, respectivamente. Não houve influência quanto à ocorrência de VVR.

A ausência de aborto representou 76,5% dos casos com VVR e 78,7% no grupo-controle. O OR foi de 0,88, com IC de 95% (0,36 a 2,15).

Na Tabela 3 estão descritas as características menstruais das mulheres estudadas. Observou-se que as que menstruam representaram 96,1% no grupo com VVR e 75,4% no grupo-controle, sendo que OR foi de 7,99 com IC de 95% (1,73 a 36,87).

Entre aquelas que menstruavam, a maioria das tinha intervalo entre 25 a 33 dias (81,6% VVR e 91,3% GC), seguida pelas mulheres que tinham irregularidade menstrual (12,2% VVR e 4,3% GC), com intervalo de até 24 dias (6,1% VVR e 4,3% GC). Comparando-se os dois grupos, dentro de cada categoria, não foi encontrada associação entre VVR e intervalo menstrual.

A duração da menstruação de até três dias representou 32,7% no grupo com VVR e 26,1% no grupo-controle; com intervalo de quatro dias ou mais, a distribuição foi de 67,3% no grupo com VVR e 73,9% no GC. O OR foi de 0,73 com IC de 95% (0,30 a 1,77).

Observou-se a presença de dismenorréia entre as mulheres com VVR. A distribuição foi de 45,1% no grupo com VVR e 24,6% no grupo-controle. O OR foi de 0,40 com IC de 95% (0,18 a 0,89).

TABELA 2
FREQÜÊNCIA E ODDS RATIO DE ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
EM MULHERES COM VVR E CONTROLES

Antecedentes Gineco- Obstétricos	Grupos		Odds-ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Idade da Menarca				
16 a 18 anos	5 (9,8)	3 (4,9)	Ref	-
12 a 15 anos	35 (68,6)	46 (75,4)	0,46	(0,10 a 2,04)
9 a 11 anos	11 (21,6)	12 (19,7)	0,55	(0,11 a 2,86)
MAC				
Não	6 (11,8)	4 (6,6)	Ref	-
Sim	45 (88,2)	57 (93,4)	0,53	(0,14 a 1,98)
Tipo de MAC *				
Lig trompa, vasectomia	9 (20,0)	6 (10,5)	ref.	-
Hormonal oral ou injetável	14 (31,1)	10 (17,5)	0,93	(0,25 a 3,47)
Condom	11 (24,4)	3 (5,3)	2,44	(0,47 a 12,63)
DIU	10 (22,2)	25 (43,9)	0,27	(0,08 a 0,95)
DIU – levonorg.+Depoprovera	1 (2,2)	13 (22,8)	0,05	(0,01 a 0,50)
DST				
Sim	10 (19,6)	7 (11,5)	Ref	-
Não	41 (80,4)	54 (88,5)	0,53	(0,19 a 1,52)
Uso de medicação regular				
Sim	8 (15,7)	8 (13,1)	Ref	-
Não	43 (84,3)	53 (86,9)	0,81	(0,28 a 2,34)
Doenças concomitantes				
Sim	16 (31,4)	12 (19,7)	Ref	-
Não	35 (68,6)	49 (80,3)	0,54	(0,23 a 1,27)
Gestação				
Não	13 (25,5)	2 (3,3)	Ref	-
Sim	38 (74,5)	59 (96,7)	0,10	(0,02 a 0,46)
Número de Gestações **				
1	11 (28,9)	17 (28,8)	Ref	-
2	16 (42,1)	22 (37,3)	1,12	(0,42 a 3,04)
3 ou +	11 (28,9)	20 (33,9)	0,85	(0,30 a 2,45)
Aborto				
Sim	12 (23,5)	13 (21,3)	Ref	-
Não	39 (76,5)	48 (78,7)	0,88	(0,36 a 2,15)

* Somente mulheres que usam métodos anticoncepcionais

** Somente mulheres que já engravidaram

TABELA 3
FREQUÊNCIA E ODDS RATIO DAS CARACTERÍSTICAS MENSTRUAIS
DAS MULHERES DOS GRUPOS COM VVR E CONTROLES

Características Menstruais	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Presença de Menstruação				
Não	2 (3,9)	15 (24,6)	Ref	-
Sim	49 (96,1)	46 (75,4)	7,99	(1,73 a 36,87)
Intervalo Menstrual*				
até 24 dias	3 (6,1)	2 (4,3)	Ref	-
25 a 33 dias	40 (81,6)	42 (91,3)	0,63	(0,10 a 4,00)
Irregular	6 (12,2)	2 (4,3)	2,00	(0,18 a 22,06)
Duração da Menstruação *				
até 3 dias	16 (32,7)	12 (26,1)	Ref	-
4 dias ou mais	33 (67,3)	34 (73,9)	0,73	(0,30 a 1,77)
Dismenorréia				
Sim	23 (45,1)	15 (24,6)	Ref	-
Não	28 (54,9)	46 (75,4)	0,40	(0,18 a 0,89)

* Somente mulheres que menstruam

4.2. Fatores socioeconômicos

Em relação à classe social pode-se observar, na Tabela 4, que ambos os grupos tiveram proporcionalmente maior número de mulheres com baixo nível socioeconômico, sendo a maioria classificada nas categorias C, D e E (92,2% VVR e 95,0% GC). Um pequeno grupo foi classificado nas categorias A e B (7,8% VVR e 4,9% GC).

TABELA 4
FREQUENCIA E ODDS RATIO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS
DAS MULHERES COM VVR E CONTROLES

Classe Social	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
A + B	4 (7,8)	3 (4,9)	ref.	-
C	24 (47,1)	29 (47,5)	0,62	(0,13 a 3,05)
D + E	23 (45,1)	29 (47,5)	0,59	(0,12 a 2,93)

4.3. Hábitos de Higiene

Em relação aos hábitos de higiene íntima, na Tabela 5 observou-se que as mulheres com hábito de ducha vaginal representaram 34,4% no grupo-controle e 17,66% no grupo com VVR. O OR foi de 2,45 com IC de 95% (1,00 a 5,98).

A maioria das mulheres com hábito de ducha vaginal realizou lavagem três ou mais vezes por semana – 55,6% VVR e 57,1% GC – seguida por aquelas que realizavam de uma a duas vezes por semana – 44,4% VVR e 38,1% GC. Somente no grupo-controle foram encontradas as que realizavam lavagem com ducha vaginal menos de uma vez por semana (4,8%). O OR foi de 0,94 com IC de 95% (0,19 a 4,52).

Observou-se que 52,9% das mulheres no grupo com VVR e 55,7% do grupo-controle realizavam lavagem externa da vagina duas vezes por dia, seguidas das que realizavam três lavagens diárias – 23,5% no grupo com VVR e 19,7% GC –, quatro lavagens por dia – 13,7% VVR e 13,1% GC –, e por último as que realizavam uma vez por dia – 9,8% VVR e 11,5% GC. Não houve associação entre essa variável e VVR.

Em ambos os grupos foi mais freqüente o uso de papel higiênico branco sem perfume – 72,1% VVR e 86,5% GC –, seguido pelo papel com perfume – 18,6% VVR e 13,5% GC. Somente no grupo de estudo encontraram-se 9,3% de mulheres com o hábito de se lavarem em vez de usarem papel higiênico.

Foi encontrado que a maioria das mulheres em ambos os grupos não tinha como hábito o uso de perfume íntimo. A distribuição desta variável foi de 97,7% no grupo com VVR e 98,1% no grupo-controle.

TABELA 5
FREQÜÊNCIA E ODDS RATIO DOS HÁBITOS DE HIGIENE ÍNTIMA EM MULHERES COM VVR E CONTROLES

Hábitos de Higiene Íntima	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Ducha Vaginal				
Sim	9 (17,6)	21 (34,4)	ref	-
Não	42 (82,4)	40 (65,6)	2,45	(1,00 a 5,98)
Nº. Duchas/semana*				
Menos de 1 vez	0 (0,0)	1 (4,8)	} ref	-
1 a 2	4 (44,4)	8 (38,1)		
3 ou mais	5 (55,6)	12 (57,1)		
Nº. Lavagem externa/dia				
1	5 (9,8)	7 (11,5)	ref	-
2	27 (52,9)	34 (55,7)	1,11	(0,32 a 3,90)
3	12 (23,5)	12 (19,7)	1,40	(0,35 a 5,67)
4 ou +	7 (13,7)	8 (13,1)	1,23	(0,26 a 5,67)
Uso de Papel Higiênico				
Branco com perfume	10 (18,6)	9 (13,5)	ref	-
Branco sem perfume	37 (72,1)	52 (86,5)	0,64	(0,24 a 1,73)
Não usa (se lava)	4 (9,3)	0 (0,0)	-	-
Uso de perfume íntimo				
Sim	1 (2,3)	1 (1,9)	ref	-
Não	50 (97,7)	60 (98,1)	0,83	(0,05 a 13,66)

* Somente mulheres que realizam ducha

A Tabela 6 relaciona o uso de absorventes nas mulheres estudadas. As distribuições dessas variáveis foram similares em ambos os grupos, pois se observou que a maioria das mulheres usavam somente absorvente externo no período menstrual, 100% no grupo com VVR e 97,8% no grupo-controle.

Contudo, encontrou-se que 12,3% das mulheres com VVR e 10,9% no G.C. usavam absorvente interno e que 8,1% no grupo com VVR e 8,7% no grupo-controle usavam absorvente externo fora da menstruação. Não houve associação entre essas variáveis e a ocorrência de VVR.

TABELA 6
FREQUÊNCIA E ODDS RATIO DO USO DE ABSORVENTES
EM MULHERES COM VVR E CONTROLES

Uso de Absorventes	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Absorvente interno*				
Sim	6 (12,3)	5 (10,9)	Ref	-
Não	43 (87,8)	41 (89,1)	0,87	(0,25 a 3,09)
Absorv. Interno s/menstruação*				
Sim	1 (2,0)	0 (0,0)	-	-
Não	48 (98,0)	46 (100)		
Absorvente externo*				
Sim	49 (100)	45 (97,8)	-	-
Não	0 (0,0)	1 (2,2)		
Absorv. Externo s/ menstruação*				
Sim	4 (8,1)	4 (8,7)	Ref	-
Não	45 (91,8)	41 (89,1)	1,10	(0,26 a 4,67)

* Somente mulheres que menstruam

A distribuição do uso de roupas justas foi similar em ambos os grupos (Tabela 7). Observou-se que 68,6% do grupo com VVR e 65,6% do GC usavam este tipo de vestuário. O OR foi de 1,15 com IC de 95% (0,52 a 2,54).

Em relação ao número de vezes que se usava roupa justa, observou-se que 57,1% das mulheres com VVR e 32,5% do GC usavam sete vezes por semana, seguida das mulheres que usavam duas vezes por semana – 22,9%

no grupo com VVR e 30,0% no GC – . Logo após vieram as que usavam de três a seis vezes –17,1% no grupo com VVR e 15,0% no GC – e por último as que usavam uma vez por semana – 2,9% no grupo com VVR e 22,5% no GC.

Observou-se que a distribuição das mulheres que usavam roupa íntima de *lycra* foi de 68,6% no grupo com VVR e de 72,1% no GC. O OR foi de 0,85.

Sobre o número de vezes que usavam roupa íntima de *lycra*, a distribuição foi: sete vezes na semana – 45,7% no grupo com VVR e 50% no GC –, seguida das que usavam de três a seis vezes – 28,6% e 34,1% respectivamente – e por último pelas que usavam até duas vezes – 25,7% no grupo com VVR e 15,9% no GC.

TABELA 7
RELAÇÃO DA FREQUÊNCIA E ODDS RATIO DO HÁBITO DE VESTUÁRIOS EM MULHERES COM VVR E CONTROLES

Vestuário	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle N = 61 (%)		
Uso de calça justa				
Não	16 (31,4)	21 (34,4)	Ref	-
Sim	35 (68,6)	40 (65,6)	1,15	(0,52 a 2,54)
Nº Uso de calça justa/sem.*				
1 vez	1 (2,9)	9 (22,5)	} Ref	-
2 vezes	8 (22,9)	12 (30,0)		
3 a 6 vezes	6 (17,1)	6 (15,0)	2,33	(0,59 a 9,23)
7 vezes	20 (57,1)	13 (32,5)	3,59	(1,26 a 10,23)
Roupa íntima lycra				
Não	16 (31,4)	17 (27,9)	Ref	-
Sim	35 (68,6)	44 (72,1)	0,85	(0,37 a 1,91)
Nº Uso/ roupa íntima sem.**				
Até 2 vezes	9 (25,7)	7 (15,9)	Ref	-
3 a 6 vezes	10 (28,6)	15 (34,1)	0,52	(0,15 a 1,85)
7 vezes	16 (45,7)	22 (50,0)	0,57	(0,17 a 1,84)

* Somente mulheres que usam roupas justas

** Somente mulheres que usam roupas íntimas de *lycra*

4.4. Características do comportamento sexual

Na Tabela 8 estão distribuídas as características da sexualidade. A maioria das mulheres teve a primeira relação sexual entre 15 e 19 anos – 76,5% no grupo com VVR e 62,3% no grupo-controle – seguida pelas que tiveram com mais de 19 anos – 11,8% e 23%, respectivamente–, e por último as mulheres que tiveram a primeira relação com 14 anos ou menos – 11,8% no grupo com VVR e 14,8% no grupo-controle.

A distribuição do número de parceiros foi similar em ambos os grupos. As mulheres do grupo com VVR e do grupo-controle que tiveram de dois a quatro parceiros representaram 45,1% e 45,9%, respectivamente, com OR de 0,90 com IC de 95% ((0,33 a 2,40). Foram seguidas pelas que tiveram um parceiro – 33,3% no grupo com VVR e 34,4% no grupo-controle – , com OR de 0,88 e IC de 95% (0,31 a 2,49). E, por último, as que tiveram cinco ou mais parceiros – 21,6% VVR e 19,7% no GC.

Observou-se que a maioria da mulheres em ambos os grupos tinha vida sexualmente ativa. A distribuição desta variável foi de 92,2% no grupo com VVR e 82% no grupo-controle.

Em relação ao número de relações sexuais por mês, encontrou-se que 23,3% das mulheres com VVR e 16,0% do grupo-controle tinham até quatro relações mensais. As que tinham entre cinco a oito relações sexuais por mês representaram 21,3% no grupo com VVR e 20,0% no grupo-controle, com OR de 0,73 e IC de 95% (0,21 a 2,57). Foram seguidas pelas mulheres que tinham entre nove a 12

relações por mês com 19,1% no grupo com VVR e 40,0% no grupo-controle – OR 0,33 e ICde 95% (0,10 a 1,09). E, por último, as que tinham 13 ou mais relações sexuais por mês –36,2% no grupo com VVR e 22,2% no grupo-controle – com OR 1,03 com IC de 95% (0,32 a 3,33). Comparando as variáveis dentro de cada categoria não houve associação entre essas variáveis e VVR.

Observou-se que 94,1% das mulheres do grupo com VVR e 96,7% do grupo-controle não tiveram outros parceiros nos seis meses anteriores às entrevistas. O OR foi de 0,54 com IC de 95% (0,09 a 3,38).

TABELA 8
FREQÜÊNCIA E ODDS RATIO DAS CARACTERÍSTICAS SEXUAIS DE MULHERES COM VVR E CONTROLES

Características da Sexualidade	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Idade primeira relação sexual				
≤ 14 anos	6 (11,8)	9 (14,8)	ref	-
15 a 19 anos	39 (76,5)	38 (62,3)	1,54	(0,50 a 4,74)
> 19 anos	6 (11,8)	14 (23,0)	0,64	(0,16 a 2,63)
Número de parceiros				
≥ 5	11 (21,6)	12 (19,7)	ref	-
2 a 4	23 (45,1)	28 (45,9)	0,90	(0,33 a 2,40)
1	17 (33,3)	21 (34,4)	0,88	(0,31 a 2,49)
Relação sexual atualmente				
Sim	47 (92,2)	50 (82,0)	-	-
Não	0	4 (6,5)	-	-
Sem parceiros	4 (7,8)	7 (11,5)	-	-
Número de relação Sexual/mês*				
Até 4	11 (23,4)	8 (16,0)	ref	-
5 a 8	10 (21,3)	10 (20,0)	0,73	(0,21 a 2,57)
9 a 12	9 (19,1)	20 (40,0)	0,33	(0,10 a 1,09)
13 ou mais	17 (36,2)	12 (24,0)	1,03	(0,32 a 3,33)
Troca de parceiro/ 6meses				
Sim	3 (5,9)	2 (3,3)	ref	-
Não	48 (94,1)	59 (96,7)	0,54	(0,09 a 3,38)

* Somente mulheres que têm parceiros e com relação sexual atualmente.

Sobre o comportamento sexual, na Tabela 9 observou-se que 98% das mulheres do grupo com VVR e 98,4% do grupo-controle tinham o hábito de práticas heterossexuais. O OR foi de 0,83 com IC de 95% (0,05 a 13,66).

Pode-se observar que a maioria das mulheres não praticava sexo anal, 74,5% no grupo com VVR e 83,3% no grupo-controle. O OR foi de 0,58 com IC de 95% (0,22 a 1,54).

A prática de sexo oral foi observada em uma distribuição similar para ambos os grupos. Para sexo oral doador, 46,8% das mulheres do grupo com VVR e 59,3% do grupo-controle não tinham esse hábito, o OR foi de 0,61 e IC de 95% (0,27 a 1,33). Para sexo oral receptor, 44,7% do grupo com VVR e 42,6% do grupo-controle não tinham esse hábito. O OR foi de 0,92 e IC de 95% (0,42 a 2,02).

Em relação à masturbação, observou-se que 54,9% das mulheres do grupo com VVR e 67,2% do grupo-controle não se masturbavam. O OR foi 0,59 com IC de 95% (0,28 a 1,28).

Não houve associação entre as variáveis do comportamento sexual e a ocorrência de VVR.

TABELA 9
FREQÜÊNCIA E ODDS RATIO DO COMPORTAMENTO
SEXUAL DE MULHERES COM VVR E CONTROLES

Comportamento Sexual	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Relação Homossexual				
Sim	1 (2,0)	1 (1,6)	ref	-
Não	50 (98,0)	60 (98,4)	0,83	(0,05 a 13,66)
Sexo anal*				
Sim	12 (25,5)	9 (16,7)	ref	-
Não	35 (74,5)	45 (83,3)	0,58	(0,22 a 1,54)
Sexo oral doador*				
Sim	25 (53,2)	22 (40,7)	ref	-
Não	22 (46,8)	32 (59,3)	0,61	(0,27 a 1,33)
Sexo oral receptor*				
Sim	26 (55,3)	31 (57,4)	ref	-
Não	21 (44,7)	23 (42,6)	0,92	(0,42 a 2,02)
Masturbação				
Sim	23 (45,1)	20 (32,8)	ref	-
Não	28 (54,9)	41 (67,2)	0,59	(0,28 a 1,28)

* Somente mulheres que têm parceiros

4.5. Aspectos psicológicos

Nesta segunda parte serão descritos os resultados qualitativos, observados a partir das respostas das perguntas semi-abertas, referentes às variáveis dos aspectos psicológicos. Para estas variáveis realizou-se a Análise de Correspondência Múltipla.

No primeiro Mapa foram analisadas as características que os sujeitos atribuíram ao seu relacionamento com as figuras paternas/maternas, e como o sujeito percebia o relacionamento entre seus pais. No lado superior do mapa, estão

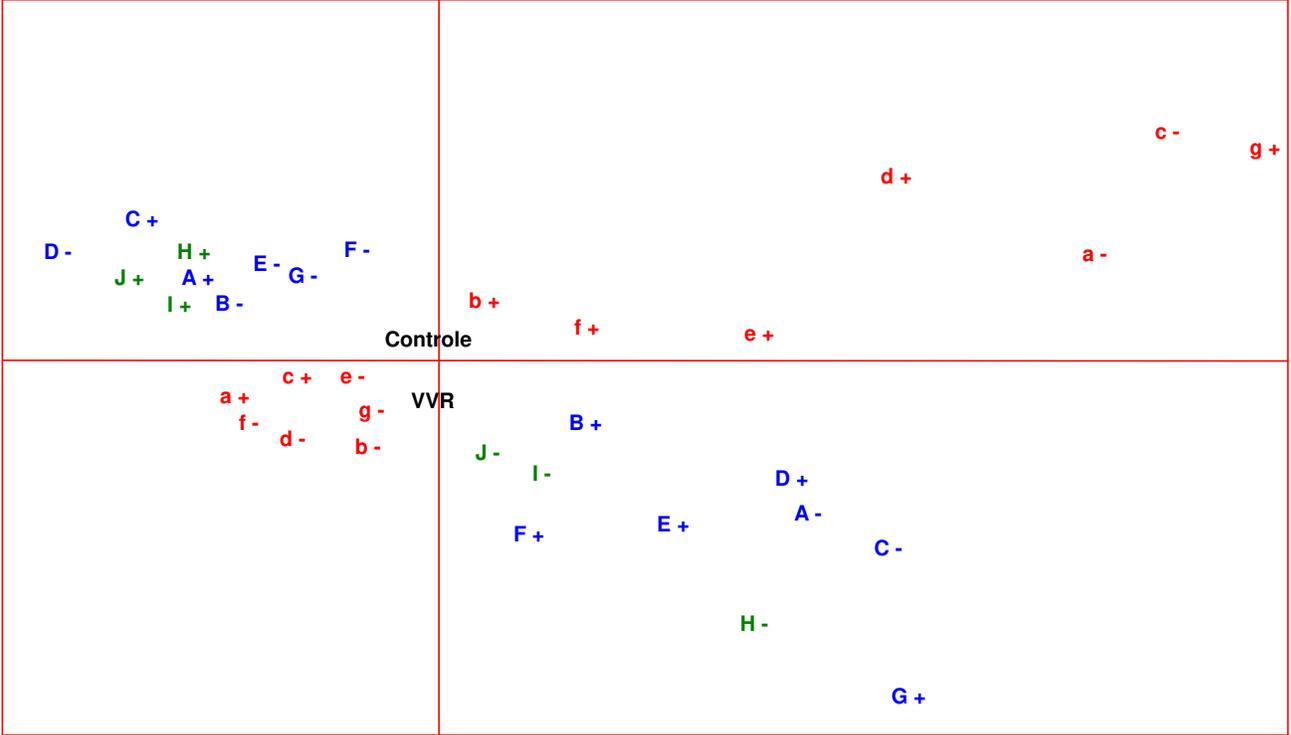
distribuídas as características que o grupo-controle atribuiu a estas variáveis. As que mais se associaram a este grupo, estão mais próximas da palavra Controle. Do lado inferior, estão distribuídas as características que o grupo com VVR atribuiu às mesmas variáveis, sendo que quanto mais próximas elas estiveram da palavra VVR, mais associadas estiveram a este grupo.

As características sobre o relacionamento do sujeito com os pais são as atitudes, que foram classificadas pelo sujeito como positivas: {carinhoso (a), atencioso (a)} e negativas {severo (a), distante, ausente, crítico (a) e indiferente}. As atitudes foram identificadas como predominantes no relacionamento estabelecido com seus pais. As características paternas estão representadas pela cor azul, em letra maiúscula. As que foram consideradas presentes (sim), estão representadas pelo sinal de mais (+) ao lado, e as ausentes (não), estão representadas pelo sinal de menos (-).

As características maternas estão representadas pela cor vermelha, em letra minúscula. As que foram consideradas presentes (sim), estão representadas pelo sinal de mais (+) ao lado, e as consideradas como ausentes (não) estão representadas pelo sinal de menos (-).

Também está representada no Mapa 1 a análise específica da relação entre pai-mãe, conforme a percepção dos sujeitos sobre este relacionamento. Foram atribuídas as seguintes características: pais que se davam bem entre si e pais carinhosos, classificados como positiva e como característica negativa, pais que brigavam.

Estas variáveis também estão representadas pelas letras maiúsculas de H até J, em cor verde. As que foram consideradas presentes estão com sinal de mais (+) na frente, e as ausentes com sinal de menos (-).



Mapa 1. Representação das características do relacionamento interpessoal com o pai e com a mãe, e do relacionamento dos pais entre si, segundo as mulheres com e sem VVR

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| A(+)= pai carinhoso | A (-)= pai não carinhoso | a (+)= mãe carinhosa | a (-)= mãe não carinhosa |
| B(+)= pai atencioso | B (-)= pai não atencioso | b (+)= mãe atenciosa | b (-)= mãe não atenciosa |
| C(+)= pai severo | C (-)= pai não severo | c (+)= mãe severa | c(-)= mãe não severa |
| D(+)= pai distante | D (-)= pai não distante | d (+)= mãe distante | d (-)= mãe não distante |
| E(+)= pai ausente | E (-)= pai não ausente | e (+)= mãe ausente | e (-)= mãe não ausente |
| F(+)= pai crítico | F (-)= pai não crítico | f (+)= mãe crítica | f (-)= mãe não crítica |
| G(+)= pai indiferente | G(-)= pai não indifer. | g (+)= mãe indiferente | g (-)= mãe não indifer. |
-
- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| H (+)= pais que se davam bem | H (-)= pais que não se davam bem |
| I (+)= pais que não brigavam | I (-)= pais que brigavam |
| J (+)= pais carinhosos | J (-)= pais não carinhosos |

Pode-se observar, nesta amostra, que a representação gráfica mostrou maior associação das características paternas com o grupo-controle. Essas mulheres consideraram seus pais como carinhosos (A+) e severos (C+). Observa-se que os sujeitos desse grupo não consideraram seus pais como: críticos (F-), indiferentes (G-), ausentes (E-) atenciosos (B-) e distante (D-).

As características maternas do grupo-controle tiveram distribuição mais dispersa no mapa. Pode-se observar que estas mulheres consideraram suas mães como sendo mais atenciosas (b+) e críticas (f+) do que ausentes (e+), distantes (d+) e indiferentes (g+). Por outro lado, não consideraram suas mães como severas (c-) e carinhosas (a-).

Inversamente, no grupo com VVR observa-se que as características maternas foram mais associadas a este grupo. Essas mulheres consideraram suas mães como carinhosas (a+) e severas (c+). Não as consideraram como sendo ausentes (e-), indiferentes (g-), atenciosas (b-), distantes (d-) e críticas (f-).

As características paternas do grupo com VVR tiveram distribuição mais dispersa no mapa. Essas mulheres consideraram seus pais como sendo atenciosos (B+), críticos (F+), ausentes (E+), distantes (D+) e indiferentes (G+). Não consideraram seus pais como carinhosos (A-) e severos (C-).

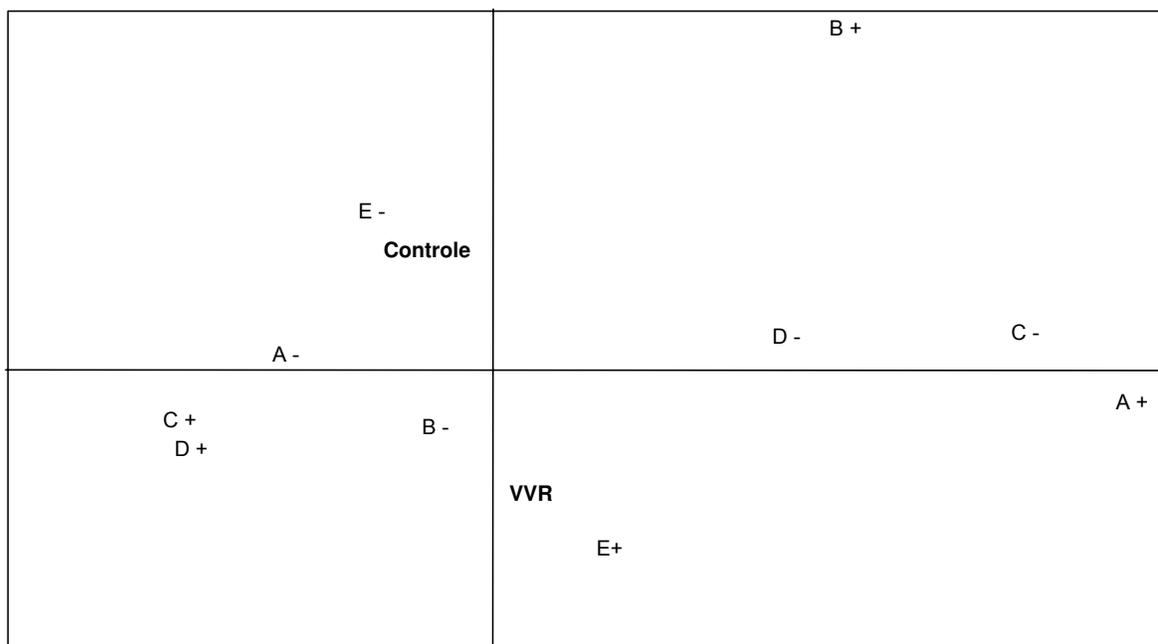
Sobre o relacionamento entre pai-mãe, observa-se associação com o grupo VVR quando os sujeitos consideraram o relacionamento entre estes como sendo de pais não carinhosos (J-), briguentos (I-) e que não se davam

bem (H-). Inversamente no grupo-controle, o relacionamento entre os pais foram percebidos pelo sujeitos como sendo: de pais que se davam bem (H+), que não brigavam (I+) e carinhosos entre si (J+).

Os mapas seguintes relacionam aspectos do desenvolvimento sexual, divididos em experiência da sexualidade na infância até a menarca (Mapa 2), e experiências do início da atividade sexual até a idade adulta (Mapa 3).

No Mapa 2, no lado superior estão distribuídas as variáveis que se associam ao grupo-controle e do lado inferior as variáveis que se associam ao grupo de estudo (VVR). Estão representados aspectos relacionados às primeiras investigações sexuais infantis (como brincadeiras do tipo “papai e mamãe”, “médico e enfermeira”, etc.), chamadas de brincadeiras infantis; ocorrência ou não de abuso sexual no período da infância ou adolescência; percepções registradas pelo sujeito sobre as primeiras transformações corporais, menarca, e se a mãe do sujeito conversava com ela sobre menstruação.

Essas variáveis estão representadas pelas letras maiúsculas de A até E, com o sinal de (+) mais para as respostas positivas (realizavam brincadeiras infantis, sofreu abuso sexual, transformação corporal com naturalidade, menarca com naturalidade e se mãe falava sobre menstruação) e as mesmas letras com sinal de (-) menos para as respostas negativas (não realizavam brincadeiras infantis, não sofreu abuso sexual, transformação corporal sem naturalidade, menarca sem naturalidade, se a mãe não falava sobre a menstruação).



Mapa 2. Representação das associações das experiências Sexuais (infância até a menarca) no grupo de mulheres com VVR e Controles

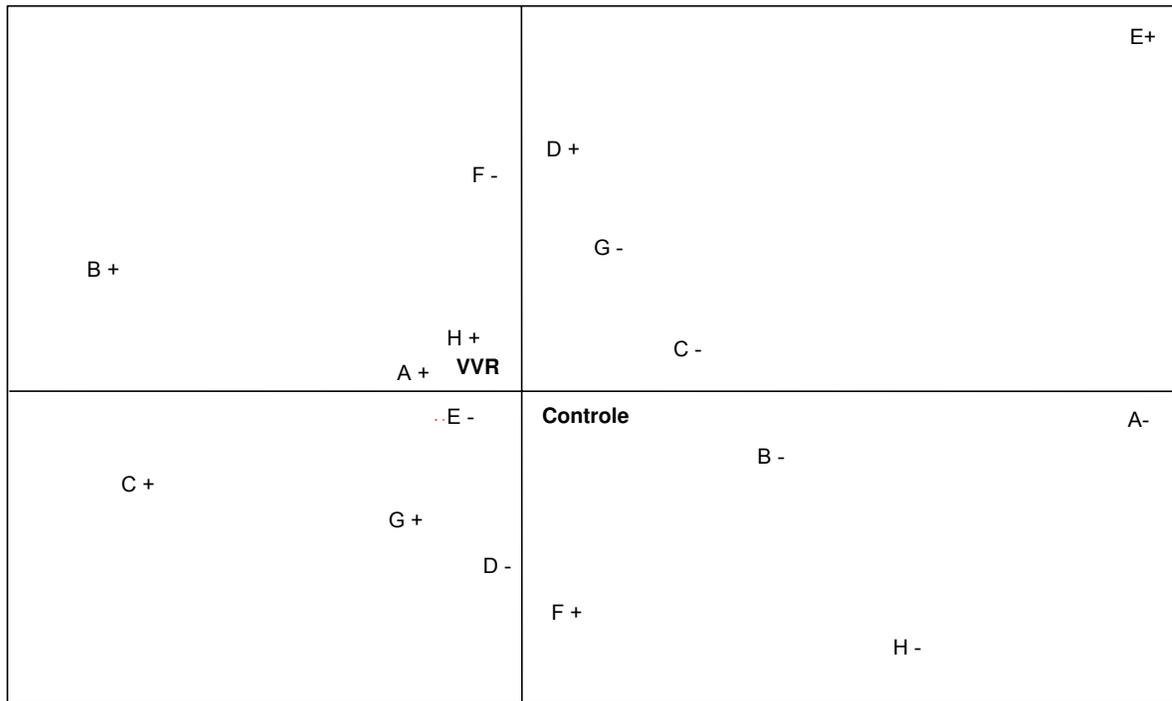
A(+) = realizava brincadeiras infantis
 B(+) = sofreu abuso sexual
 C(+) = transf. corporal com naturalidade
 D(+) = menarca com naturalidade
 E(+) = mãe falava sobre menstruação

A(-) = não realizava brincadeiras infantis
 B(-) = não sofreu abuso sexual
 C(-) = transf. Corporal sem naturalidade
 D(-) = menarca sem naturalidade
 E(-) = mãe não falava sobre menstruação

Observa-se na representação gráfica uma maior dispersão das variáveis em ambos os grupos. No grupo-controle observa-se que as mães que não falavam sobre menstruação (E-) estiveram mais associadas a este grupo. As outras variáveis (A-, D-, C- e B+), tiveram distribuição mais dispersas.

Inversamente, no grupo com VVR observa-se que somente as variáveis de não ter sofrido abuso sexual (B-) e mães que falavam sobre menstruação (E+) estiveram associadas a este grupo.

No Mapa 3, no lado superior, estão distribuídas as variáveis que se associam ao grupo com VVR, e do lado inferior as variáveis que se associam ao grupo-controle. Estas estão relacionadas com as experiências da primeira relação sexual (primeira relação ocorreu com consentimento ou não do sujeito, se correspondeu à expectativa, se a mãe falava sobre namoro e relacionamento sexual); hábito de masturbação; uso de algum objeto para obter prazer; percepção do sujeito sobre seu órgão genital, a relação de causa entre leucorréia e relação sexual e como se sentem em relação ao próprio corpo. Estas variáveis estão representadas pelas letras maiúsculas de A até H, com sinal de (+) mais, para as respostas positivas (primeira relação sexual com consentimento, primeira relação sexual correspondeu à expectativa do sujeito, mãe falava sobre namoro e relação sexual, tem hábito de masturbar-se, usa objeto para obter prazer, considera a vagina suja, relação sexual causa leucorréia e gosta do próprio corpo). As mesmas letras, com sinal de (-) para as respostas negativas (primeira relação sexual sem consentimento, primeira relação sexual não correspondeu à expectativa do sujeito, mãe não falava sobre namoro e relacionamento sexual, não tem hábito de masturbar-se, não usa objeto para obter prazer, não considera a vagina suja, relação sexual não causa leucorréia e não gosta do próprio corpo).



Mapa 3. Representação das associações das experiências sexuais (início da atividade sexual até a idade adulta) no grupo de mulheres com VVR e Controles

A(+) = primeira relação sexual com consentimento

B(+) = prim. rel. sex. correspondeu a expectativa

C(+) = mãe falava sobre namoro e rel. sex.

D(+) = tem hábito de se masturbar

E(+) = usa objeto para obter prazer

F(+) = considera que a vagina é suja

G(+) = relação sexual causa leucorréia

H(+) = gosta do próprio corpo

A(-) = primeira relação sexual sem consentimento

B(-) = prim. rel. sex. não correspondeu a expectativa

C(-) = mãe não falava sobre namoro e rel. sex.

D(-) = não tem hábito de se masturbar

E(-) = não usa objeto para obter prazer

F(-) = não considera a vagina suja

G(-) = rel. sex. não causa leucorréia

H(-) = não gosta do próprio corpo

Pode-se observar no mapa que as variáveis que apresentam associação com o grupo de estudo (VVR) foram quando a primeira relação sexual foi com consentimento do sujeito (A+) e gosta do próprio corpo (H+). As outras variáveis B+, C-, D+, F-, G- e E+, tiveram uma distribuição dispersa, não evidenciando associação direta com este grupo.

Em relação ao grupo-controle observa-se no mapa que somente as variáveis não usa objeto para obter prazer (E-) e primeira relação sexual não correspondeu à expectativa do sujeito (B-), tiveram associação com este grupo. As outras variáveis não evidenciaram associação com o grupo-controle.

5. Discussão

Os recursos metodológicos adotados no presente trabalho permitiu conhecer as condições socioeconômicas e o comportamento sexual das mulheres que participaram deste estudo. Possibilitou o levantamento de alguns aspectos do desenvolvimento psíquico que podem estar relacionados com a persistência do sintoma e à "escolha do órgão", ou seja, os genitais. Este parece ser a via de expressão das dificuldades afetivas destas mulheres, estimuladas à ação em vez da elaboração psíquica.

Entretanto, no que diz respeito às características dos aspectos psicológicos, o método adotado (Análise de Correspondência Múltipla), pode ser limitante, uma vez que é produto de uma análise quantitativa, referenciada em grupos que permitem visualizar as repostas que mais correspondem a eles. Desta forma, não é pertinente uma análise clínica qualitativa, que pudesse interpretar significados da relação dos fenômenos psíquicos.

As mulheres deste estudo foram muito semelhantes quanto à idade, não sendo esta variável fator associado às vulvovaginites recorrentes. O achado de

maior número de mulheres nas faixas etárias de 20 a 35 anos, em ambos os grupos, era esperado, uma vez que as mulheres nesta faixa etária estão mais preocupadas com a sua sexualidade e com a sua saúde reprodutiva.

Em relação à etnia, encontrou-se neste estudo que as mulheres brancas apresentaram duas vezes mais risco de serem acometidas por VVR quando comparadas as não brancas. GIRALDO et al. (2000), mostraram, em um estudo com mulheres com VVR, maior prevalência de colonização por *Candida* em mulheres negras, não sendo essa diferença estatisticamente significativa. SOBEL (1998) encontrou que a candidíase é mais comum em mulheres negras.

Para estes achados étnicos aparentemente diferentes, não foi encontrado até o momento uma explicação etiopatogênica clara. No entanto, poder-se-ia inferir que na população da região estudada (Unicamp, Campinas), mulheres brancas têm um melhor nível socioeconômico, e maior escolaridade, sendo conseqüentemente mais preocupadas com a saúde reprodutiva.

Por outro lado, neste estudo não foi encontrada associação entre nível socioeconômico e escolaridade com a ocorrência de VVR, chamando a atenção, no entanto, que no nível universitário observou-se uma incidência três vezes maior de casos com VVR, (15,7% a 4,9%). Poder-se-ia pensar que as mulheres com maior grau de escolaridade e, conseqüentemente, com maior atividade intelectual, estariam submetidas a um maior estresse psíquico. O estresse por sua vez, poderia interferir no sistema imunológicos destas mulheres, levando a uma imunossupressão transiente que favoreceria os quadros infecciosos. Entre

outros estudos sobre imunologia da Cândida, PAIVA et al., 1999, sugerem que a condição de estresse estimularia a liberação de Beta-endorfinas, induzindo à produção de prostaglandina E₂ pelos macrófagos e inibindo a ativação de linfócitos. Com a resposta dos linfócitos diminuída haveria uma maior chance da infecção vaginal se instalar. STEWART et al., (1990), observaram que o estresse e os distúrbios emocionais predis põem à VVR e a outras doenças (dor pélvica crônica e vulvodínea), quase sempre associadas às alterações do sistema imune, que são influenciados por mecanismos psicossomáticos.

Um estudo com maior número de casos talvez confirme esta tendência. Este achado deveria ser motivo de estudos posteriores com variáveis de controle para etnia e escolaridade predominante na região, permitindo eliminar possíveis variáveis confundidoras.

Observou-se, também, que o uso de condom apresentou-se mais associado as VVR, do que os controles (O.R. 2,44). Supõem-se que o lubrificante do condom ou mesmo o látex poderiam provocar reações alérgicas. As reações alérgicas vaginais podem modificar a resposta imune local, propiciando um meio favorável para o crescimento fúngico e, conseqüentemente, provocando episódios de vulvovaginites (WITKIN, 1991). Por outro lado, as mulheres com VVR pertenciam a um Ambulatório de Infecções Genitais, que tem como norma orientar o uso do condom como prevenção das DST.

A análise dos métodos anticoncepcionais hormonais mostrou uma maior associação entre o uso de medroxiprogesterona de depósito e o grupo-controle.

Tal observação poderia sugerir que a ação anti estrogênica dos progestágenos (espessamento do muco cervical, diminuição de receptores celulares para candidíase, etc.), diminuiria a chance de uma mulher desenvolver episódios agudos de candidíase (HOROWITZ, 1991). Estudo realizado por BAETEN et al., (2001) sobre contraceptivo hormonal e risco para DST, encontrou que mulheres que faziam uso de metroxiprogesterona de depósito tiveram menor risco para vaginose bacteriana (OR 0,7 e IC 0,5 a 0,8) e tricomoníase vaginal (OR 0,6 e IC 0,4 a 1,0). Contudo, sabe-se também que a progesterona em altas doses e por tempo prolongado é altamente imunossupressora (SPINILLO et al., 1992). Estes fatos conflitantes dificultam a interpretação dos dados obtidos nesta pesquisa.

Deve-se ressaltar ainda que, como a maioria da população do grupo-controle pertencia a um ambulatório de planejamento familiar, a frequência de métodos anticoncepcionais de depósito seria obviamente maior se comparado com a população em geral.

Neste estudo, o uso do dispositivo intra-uteriano (DIU) não foi associado à VVR. Estes resultados diferem dos achados por GIRALDO et al. (1999), que encontraram uma frequência significativa de VVR em usuárias de DIU, e CERUTI et al., (1994), que observaram associação marcante entre uso do DIU e aumento de vaginose bacteriana. Em relação ao uso de DIU, sabe-se que este está relacionado ao aumento do conteúdo vaginal, favorecendo descarga vaginal contínua (GIRALDO, 2000). Em contrapartida, em outro estudo realizado por GIRALDO et al., (2001) sobre vulvovaginites em geral (não recorrentes), métodos contraceptivos e hábitos sexuais, não foram encontradas diferenças significativas entre o uso de

DIU e infecções genitais. Parece, portanto, que o DIU pode tornar-se um fator de exacerbação do corrimento vaginal, sem estar, contudo, envolvido com a gênese do quadro recorrente.

Um número maior de mulheres sem antecedentes de gestação foi fato relevante na análise do grupo com VVR. Na literatura consultada não foram encontrados trabalhos que relacionassem antecedentes gestacionais e VVR. Porém, a gestação e a maternidade são expressões evidentes da condição feminina. Existem mulheres que alcançam estas condições sem maiores dificuldades e outras, talvez por apresentarem conflitos inconscientes em relação à sua feminilidade, evitam a gravidez (LANGER, 1981). Pode-se supor que as mulheres com VVR vivenciam conflitos desta natureza, podendo ser este um dos motivos de terem menos gestações.

Mulheres que menstruam regularmente tiveram um risco relativo sete vezes maior de serem acometidas por VVR do que as mulheres que não tinham ciclos menstruais. A ausência de menstruação foi maior no grupo-controle. Como foi salientado anteriormente, por constatação de outros trabalhos (HOROWITZ, 1991; BAETEN, et al., 2001), a ação do hormônio de alta dosagem modifica o muco cervical, sendo, talvez, um fator de proteção para VVR.

Por outro lado, novamente o raciocínio anterior de ter no grupo-controle mulheres de um Ambulatório de Planejamento Familiar, deve ser lembrado, sem desconsiderar, contudo, que mulheres com VVR também fazem anticoncepção.

Observou-se no grupo-controle maior número de mulheres sem dismenorréia. Este resultado pode estar associado a fatores psicossomáticos. Supõe-se que estas mulheres com VVR tenham tido uma falha no curso do desenvolvimento psíquico, no que diz respeito à formação da identidade feminina, podendo ser este um motivo de apresentarem patologias relacionadas ao aparelho genital, sendo, este último, um importante representante simbólico do feminino.

PALMA et al., (1996) estudaram a recorrência de candidíase em grupos de estudo/controlado, e observaram que uma mulher do grupo-controle, com infecção recorrente na Glândula de Bartholin, apresentou características emocionais parecidas com a do grupo de estudo.

Em um estudo de caso realizado por ROSSI et al. (1998), com mulheres portadoras de vulvodínea, foi observado que estas mulheres apresentavam conflitos relacionados com a sexualidade e a identidade feminina.

Assim, o que parece pertinente aos processos somáticos é que a escolha do órgão está relacionado com a história de vida do sujeito.

Segundo MELLO FILHO (1994), a “linguagem dos órgãos” é uma forma de comunicação proveniente das sensações corporais, é um resquício de uma fase em que o ser humano não dispunha da linguagem verbal. No adulto, quando essas vias ficam “bloqueadas” por situações de conflito, o indivíduo volta ao uso da “linguagem corporal”.

Entre os hábitos de higiene estudados observou-se que fazer ducha vaginal aparentemente não aumenta o risco de VVR, mas, pelo contrário, pode ser um fator de proteção. A literatura é controversa no que diz respeito ao hábito de duchas vaginais, mas a tendência atual é aceitar que este hábito pode ter uma influência relativa, sendo um fator facilitador e não causador de VVR. (LINHARES et al., 1994; FERNANDES e MACHADO, 1996; GIRALDO, 2000). Os outros fatores relacionados ao hábito de higiene pessoal não foram determinantes de VVR.

Neste estudo não se encontrou associação entre uso de absorvente interno ou externo, uso de roupa íntima sintética e ocorrência de VVR. Porém, foi observado que o uso freqüente de calça justa esteve associado a ocorrência de VVR. Este resultado está compatível ao encontrado na literatura. (SOBEL, 1993; 1998; TOLOI et al., 2001), sugerindo que mulheres que já tenham esta predisposição intrínseca de ter VVR, poderiam ter sua situação agravada por falta de aeração local, além do trauma causado pelas roupas justas.

Em relação à análise das características da atividade sexual, encontrou-se no grupo-controle associação entre o início da atividade sexual tardia, ou seja, a partir dos 19 anos e ter entre nove a 12 relações sexuais por mês. Supõe-se que o início precoce da atividade sexual predispõe a um maior risco de infecções genitais e DST, até mesmo por maior chance de exposição. REED (1992) identificou a importância da atividade sexual em relação à presença de hifas de cândida nos órgãos genitais feminino/masculino e no esperma, e observou que este é um fator facilitador para a reinfecção da cândida. A literatura é controversa quanto à

freqüência de coito como fator de risco VVR (SPINILLO et al., 1992; GEIRGER et al., 1995).

No presente estudo não foi observada clara associação entre VVR e hábitos do comportamento sexual. HOROWITZ et al. (1987), estudaram casais cuja mulheres apresentavam candidíase recorrente, e observaram a presença de diversas espécies de *Candida* em culturas da cavidade oral, reto e sêmen, com presença prostática do fungo. Esses achados sugerem que o parceiro deve também ser considerado como reservatório potencial de infecção para a mulher. Alguns autores (FOXMAN, 1990; HELLBURG, et al., 1995; GEIRGER e FOXMAN 1996) informam que a prática de sexo oral aumenta o risco para as VVR. HELLBERG et al. 1995, encontraram associação entre prática regular de sexo oral (OR 2,4) e sexo anal (OR 2,4) com episódios de vulvovaginite recorrente. Por outro lado, OTERO et al. (1998), não demonstraram diferenças significativas entre a prática de sexo oral e VVR. As divergências encontradas sobre as diferentes práticas sexuais e a recorrência de vulvovaginite apontam para a necessidade de esclarecer estes achados.

O que chamou atenção neste estudo foi que o uso de ducha vaginal, absorvente interno, tipo de vestuário, e as características da sexualidade tais como; número de parceiros e relações sexuais por mês, hábito de sexo oral e anal não foram associados às recorrências, contrariando a literatura preexistente. (FOXMAN, 1990; REED, 1992; SPINILLO et al., 1992 ; LINHARES et al., 1994; GEIRGER et al., 1995; HELLBURG, et al., 1995; GIRALDO, 2000).

No que diz respeito ao relacionamento psicológico das mulheres com VVR e as figuras parentais, observou-se que predominaram as características maternas referidas como presentes e ausentes. O conjunto das características maternas estão agrupadas próximas à palavra VVR, enquanto que no grupo-controle estão mais dispersas.

A análise global dessas características pode apontar para um conflito importante em relação à figura materna. Pode-se supor que no vínculo afetivo inicial com a mãe predominou a introjeção de imagens negativas desta, interferindo em adequada identificação com o feminino.

A lembrança da figura materna foi relatada pelas mulheres do estudo e pôde-se observar que a maioria delas não tinha boas recordações. O relato de alguns pode ilustrar este fato. O sujeito n° 25, por exemplo relatou sobre sua mãe:

“ Era uma madastra. Ela dava atenção para minha irmã mais velha e para o meu irmão mais novo. Não dava atenção pra mim, era criada como um moleque.”

Ou o sujeito n° 30 que relatou:

“ minha mãe era diferente , não era tão apegada aos filhos”.

E o sujeito n° 38:

“Sempre apanhei da minha mãe, ela era rebelde, até hoje discutimos”,
e o sujeito 40 *“ minha mãe era mais ernérgica, mais autoritária, rigorosa.”*

Conforme a teoria Kleiniana sobre o desenvolvimento psíquico, é através dos mecanismos de introjeção e projeção que se constitui o mundo interno, e a interação com a realidade externa se faz sob influência da realidade interna. Pode-se então levantar a hipótese que estas mulheres, ao introjetarem predominantemente imagens negativas da mãe, tenham permanecido com fantasias inconscientes primitivas de uma feminilidade “ruim”, comprometendo sua capacidade de assumir a identidade feminina. Como consequência, na vida adulta, utilizam-se dos sintomas orgânicos da VVR para expressar, através do corpo, sua dificuldade interna para lidar com os conflitos relacionados à sexualidade.

Este resultado é pertinente ao que foi encontrado por PALMA et al., (1996), que observaram influência inadequada, principalmente da figura materna na constituição dos sujeitos (feminino). Como consequência desta relação, essas mulheres apresentaram auto-imagem negativa e identificação conflitante.

Outro aspecto que está relacionado com a identidade feminina é a menarca. A distribuição dos dados referentes aos aspectos do desenvolvimento sexual da infância até a menarca foi dispersa. Não foi encontrada associação entre as transformações corporais da puberdade e a menarca com a ocorrência de VVR. Porém, foi encontrada associação entre as informações recebidas da mãe sobre a menstruação e a ocorrência de VVR. O relato de alguns sujeitos pode ilustrar essa associação, como os exemplos a seguir: sujeito n° 1:

“Minha mãe falou para eu não contar para ninguém porque as pessoas podiam criticar”,

O sujeito n° 21 :

“la começar a fase de ser mulher. A partir daí poderia ficar grávida, não podia ter nada com ninguém , e se tivesse teria que contar para ela.”

E o sujeito n° 99:

“Minha mãe me chamou de sem vergonha, depois disse que eu estava ficando moça”.

A chegada da primeira menstruação é uma evidência da condição feminina e da entrada no mundo adulto. Este acontecimento pode ser altamente conflitante. Neste estudo, tal associação pode estar relacionada a fatores socioculturais, pois a menstruação é ainda freqüentemente vista como algo vergonhoso e que deveria ser ocultado. Não é raro a idéia transmitida de geração em geração de que a menstruação é algo “sujo” e que a mulher fica impura neste período.

Segundo LANGER (1981), as mães geralmente sentem-se pouco à vontade para instruir suas filhas sobre esse fenômeno e principalmente a primeira menstruação é recebida muitas vezes com ambivalência e desgosto.

Estudo realizado por KNOBEL e SCAZIGA (1964), com pré-adolescentes, sobre suas atitudes a respeito da menstruação, foi verificado que: 1) havia evidente falta de informação sobre o fenômeno, que era relacionado à enfermidade e mal-estar, atitude de desgosto, sofrimento e vergonha; 2) a fonte de informação mais direta parecia ser atribuída às famílias e mais especialmente às mães, nas quais se

podia notar uma atitude de pudor em constrangimento diante da possibilidade de encarar e discutir o assunto com suas filhas.

É muito provável que na atualidade o aumento de informação em relação à sexualidade, em decorrência do aumento das DST, através da mídia e de programas educativos, tenham modificado a atitude dos pais frente a estas questões, aumentando a possibilidade de conhecimento das adolescentes sobre a menstruação.

Quanto ao relacionamento dos pais entre si, observou-se que para as mulheres com VVR, estes foram percebidos como casais que não tinham um bom relacionamento (casais que não se davam bem, que brigavam e que não eram carinhosos entre si), como foi descrito nos resultados.

Segundo KLEIN (1991), a relação dos pais entre si e com a criança em um ambiente amistoso, desempenham um papel fundamental no êxito do desenvolvimento psíquico.

Com a entrada do pai, a relação que anteriormente era dual (mãe-filho), passa a ser triangular, instalando o Complexo de Édipo. A relação dos pais desperta ciúmes e inveja na criança, que se sente excluída. Tanto para Freud como para KLEIN (1991) é a elaboração do Édipo que faz o indivíduo alcançar a sexualidade genital, ou seja, a sexualidade adulta.

Pode-se supor que essas mulheres com VVR ainda vivenciam conflitos em relação às imagens internalizadas dos pais, por não terem encontrado um ambiente familiar, facilitador do desenvolvimento de recursos internos que possibilitasse a

elaboração desta fase. Como conseqüência, apresentam na vida adulta uma sexualidade imatura. Supõe-se que os sintomas da VVR comportam-se como expressão somática destes conflitos.

Como sugere McDOUGALL (1996), pode-se pensar também que os sintomas representam a impossibilidade de essas mulheres encontrarem articulação lingüística para suas fantasias primitivas em relação aos pais, permanecendo no inconsciente e sem ter acesso ao consciente.

MEECH (1985), estudou a recorrência de candidíase em mulheres sadias e levantou a hipótese de que conflitos emocionais interferem no funcionamento normal do sistema nervoso autossômico.

Segundo BLALOCK e SMITH (1985), algumas células do sistema imune podem funcionar como “células nervosas flutuantes”, constituindo coletivamente uma espécie de cérebro móbil (função sensorial). Podem ser estimulados por bactérias, vírus ou antígenos. Essas informações podem ser relacionadas ao sistema neuroendócrino, produzindo, em conseqüência, modificações psicológicas. Por outro lado, o reconhecimento dos estímulos cognitivos pelo sistema nervoso central pode fornecer informações humorais reconhecida e transferida pelos receptores hormonais dos linfócitos, produzindo modificações no nível imunológico. Assim, os dois sistemas representam, de fato, um circuito integrado, com um duplo sentido de comunicação entre o sistema imune, estruturas nervosas e viscerais. Evidencia-se, portanto, que o eixo psicoimunoendócrino é complexo e intercomunicante com outros sistemas, sejam eles endócrinos, neurológicos ou psíquicos.

GACHELIN (1986) afirma que “a relação entre emoção e imunidade se acha, sem dúvida, nessa capacidade de integração entre as células linfáticas dos sinais emitidos pelo sistema nervoso a outros órgãos, em resposta a informações – emocionais ou não – exteriores”. Para esse autor é a existência de estruturas intermediárias entre o evento mental e o evento imunológico, como o representante de um agindo sobre o outro, que permite pensar a relação entre expressão orgânica e funcionamento psíquico. As patologias somáticas podem assim manifestar-se em momentos de irrupções brutais de reações emocionais ou experiências relacionais.

WITKIN e LEDGER (1989), mostraram que a recorrência de vulvovaginite pode ser consequência de uma inibição transitória e localizada na imunidade celular. Pode se supor que os conflitos emocionais vivenciados pelas mulheres deste estudo, devido a não elaboração dos vínculos primordiais com as figuras parentais, atuam no sistema imune, modificando a resposta da imunidade celular local e, conseqüentemente, estas mulheres acabam ficando mais expostas a este tipo de infecção.

Para GACHELIN (1986), o sistema imunológico representa uma dimensão relacional e histórica do indivíduo, o que lhe permite participar da “linguagem do corpo”. Como foi citado anteriormente, a “escolha do órgão” está relacionada com a história de vida do sujeito, sendo a expressão somática uma forma de linguagem (signo) de suas dificuldades internas.

Os achados do presente estudo apontam para a direção dos que compreendem o ser humano como uma unidade (mente-corpo), onde toda doença

possui um sentido e sinaliza a relação do indivíduo com os mundos interno e externo. Para MELLO FILHO (1994); CHIOZZA (1987); GRODDECK (1988) e PERESTRELLO (1989) a doença e o sintoma repetitivo têm um significado que “pede” para ser compreendido para poder desaparecer.

Em relação às experiências do início da atividade sexual até a idade atual, chama atenção que estes aspectos tenham tido pouca associação com a VVR. No grupo de estudo encontrou-se associação apenas entre a primeira relação sexual ter sido com consentimento do sujeito e gostar do próprio corpo. Apesar de terem relatado que a primeira relação sexual foi com o seu consentimento, quando questionadas sobre como se sentiram após a primeira relação, algumas mulheres foram contraditórias , como por exemplo:

Sujeito nº 24:

“Me senti mal prá caramba. Me senti usada. Achava que nunca iria passar por uma situação dessas. Achava que não iria mais casar.”

Sujeito nº 28:

“Me senti envergonhada.”

Sujeito nº 31:

“Péssima, não sei, acho que não era o que eu queria, me arrependi muito.”

Por outro lado, as mulheres deste grupo não consideraram seu órgão genital sujo, não relacionaram o corrimento vaginal com ter relação sexual e as mães destas mulheres não falavam com elas sobre namoro e relação sexual. É interessante observar que apesar de não ter tido associação direta com a ocorrência de VVR, estas variáveis foram relacionadas a este grupo.

Como foi citado anteriormente, é a elaboração do Complexo de Édipo que faz o indivíduo alcançar a sexualidade adulta. Pode se observar que as mulheres deste estudo ainda vivenciam conflitos relacionados às figuras parentais, o que pode indicar a não elaboração deste complexo. Também já foi citada a dificuldade das mesmas com questões relacionadas à identidade feminina. Pode-se pensar que estas mulheres ainda não alcançaram a sexualidade genital, vivenciam intenso conflito sobre sua sexualidade, fazendo do sintoma repetitivo a expressão somática da dificuldade interna para lidar adequadamente com estas questões. Por outro lado, através da negação – um mecanismo de defesa do ego – não relacionam o sintoma da VVR ao órgão genital.

PALMA et al., (1996) em um estudo com mulheres com candidíase de repetição encontraram no grupo experimental uma franca dificuldade de controle da afetividade, denotando uma vivência relacional conflitiva e frustrante, e a predominância dos aspectos afetivos na conduta dos sujeitos, sobressaindo uma sexualidade imatura com um definido conflito sexual. Em contraposição, no grupo-controle observou-se uma super-estimação das funções racionais, com a priorização da função lógica e controladora, denotando uma certa repressão afetiva, característica de uma atitude basicamente defensiva.

Por outro lado, SMADJA (1990), considera que os pacientes que somatizam têm um empobrecimento das respostas emocionais, por uma incapacidade de elaboração e a inexistência de defesas eficazes contra a descarga pulsional, o que ocasiona a somatização.

Podemos levantar a questão de que estas mulheres tiveram uma falha no desenvolvimento psíquico, sendo incapazes de utilizarem recursos internos, solicitando ao mundo externo a realização de funções que deveriam ser asseguradas por objetos simbólicos ausentes ou comprometidos.

Acreditamos que estudos posteriores a respeito das condições que interferem no desenvolvimento psíquico, sobre a formação da identidade feminina, em especial os conflitos sexuais vivenciados pelas pacientes sintomáticas, sejam extremamente úteis para o entendimento do presente problema.

A melhor compreensão dos mecanismos etiopatogênicos das VVR e, principalmente, dos aspectos psíquicos, e a relação com os mecanismos imunes envolvidos nesta patologia, serão de grande importância para os profissionais da área da saúde, pois permitirão compreender melhor a mulher com este problema, além de oferecer condições mais adequadas para sua abordagem, atendimento e acompanhamento.

6. Conclusões

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que:

1. O conjunto das características socioeconômicas não parece interferir com a recorrência de vulvovaginites.
2. O comportamento sexual das mulheres do grupo de estudo não parece ter influenciado nas recorrências das vulvovaginites.
3. As vulvovaginites recorrentes parecem ser uma expressão psicossomática, possivelmente associada a conflitos relacionados ao desajuste no relacionamento entre as figuras parentais, e a dificuldades no relacionamento com a figura materna.

7. Referências Bibliográficas

ALEIXO NETO, A.; HAMDAN, J.S.; SOUZA, C.R. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num Serviço de Planejamento Familiar. **RBGO**, 21:35-8, 1999.

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ALMEIDA, P.M.; WICKERHAUSER, H. **O critério ABA/ABIPEME**: em busca de uma atualização. São Paulo: 1991. 29p.

BAETEN, J.M.; NYANGE, P.M.; RICHARDSON, B.A.; LAVREYS, L.; CHOHAN, B.; MARTIN, H.L. et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. **Am J Obstet Gynecol**, 185:380-5, 2001.

BLALOCK, J.E.; SMITH, E.M. The immune system: our mobile brain. **Immunology today**. 1985, 115p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. – Resolução n° 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos . **Inf Epidem do SUS – Brasil**, (5):2, 1996.

CANNON, W.B. **Bodily changes in pain, hunger, fear and rage**. Boston: Charles T. Brandford Comp.1943.

CERUTI, M.; CANESTRELLI, M.; CONDEMI, V.; PIENELLI, G. ; PAOLLIS, P.; AMONE, S. et al. Methods of contraception and rates of genital infection. ***Clin Exp Obst Gynecol***, 21:119-23, 1994.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos: a história que se oculta no corpo**. São Paulo: Papyrus, 1987.

DECLARAÇÃO DE HELSINKE III: Sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. (online) Edimburgo, Escócia, 2000. Disponível em: <http://www.ibemol.com.br/declarações/helsinke>. Acesso em: 07 de outubro de 2000.

DODSON, M.G.; FRIEDRICH, JR. E.G. Psychosomatic vulvovaginitis. ***Obstet Gynecol***, 51(Suppl), 1978.

FERNANDES, C.E.; MACHADO, R.B. Aspectos etiopatogênicos, diagnóstico e terapêuticos da candidíase vaginal. ***RBM-GO***, 7:21-9, 1996.

FOXMAN, B. Epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. ***Am J Public Health***, 80:328-31, 1990.

FREUD, S. Primeiras Publicações Psicanalíticas. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. p.135-75.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. p.193-203.

FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, S. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. p.215-24.

GACHELIN, G. Emotions et immunité, ***La Recherche***, 177:662-6, 1986.

GEIGER, A.M.; FOXMAN, B.; GILLESPIE, B.W. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *Am J Public Health*, 85:1146-8, 1995.

GEIGER, A.M.; FOXMAN, B. Risk factors in vulvovaginal candidiasis: a case-control study among college students. *Epidemiology*, 7:182-7, 1996.

GIRALDO, P.C.; RIBEIRO FILHO, A.D.; SIMÕES, J.A.; GOMES, F.A.M.; MAGALHÃES, J. Vulvovaginites – Aspectos habitualmente não considerados. *J Bras Gynec*, 107:89-93, 1997.

GIRALDO, P.C.; RIBEIRO FILHO, A.D.; SIMÕES, J.A.; NEUER, A.; FEITOSA, S.B.; WITKIN, S.S. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis. *Infec Dis Obstet Gynecol*, 7:128-32, 1999.

GIRALDO, P.C. **A resposta imune vaginal em mulheres com vulvovaginite recorrente durante a fase assintomática da doença.** Campinas, 2000. [Tese - Livre-docência - Universidade Estadual de Campinas].

GIRALDO, P.C.; NOWASKONSKI, A.V.; GOMES, F.A.M.; LINHARES, I.; NEVES N.; WITKIN, S.S. Vaginal colonization by *Candida* in asymptomatic women with and without a history of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol*, 95:413-6, 2000.

GIRALDO, P.C.; BALZAN, S.N.; GONÇALVES, A.K.S.; VICENTINI, R.M.; NEVES, N.A.; RIBEIRO-FILHO, A.D. Vulvovaginitis: Contraceptive methods and sexual habits. *Int J STD & AIDS*, 12(Suppl.2):128-30, 2001.

GREENACRE, M.J. **Correspondece analysis in practice.** London: Academic Press, 1992.

GRODDECK, G.W. **O livro dlsso.** 2^a ed., São Paulo: Perspectiva; 1988.

HELLBURG, D.; ZDOLSEK, B.; NILSSON, S.; MARDH, P.A. Sexual behavior in women with repeated bouts of vulvovaginal candidiasis. *Eur J Epidemiol*, 11:575-9, 1995.

- HOROWITZ, B.J.; EDELSTEIN, S.W.; LIPPMAN, L. Sexual transición of candida. ***Obstet Gynecol***, 69:883, 1987.
- HOROWITZ, B.J. Mycotic vulvovaginitis: a broad overview. ***Am J Obstet Gynecol***, 165(4 part 2):1188, 1991.
- HURLEY, R. Recurrent cândida infection. ***Clin Obstet Gynecol***, 8:209-12, 1981.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. ***Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios***. Rio de Janeiro, IBGE, 1989. v.13. p.244.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. ***Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios***. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.
- KLEIN, M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: KLEIN, M. ***Inveja e gratidão***. 4^a ed., Rio de Janeiro: Imago; 1991. p.270-9.
- KNOBEL, M.; SCAZIGA, B. Actitudes de pré-adolescentes acerca de la menstruación, Separata de ***Rev Psicol***, 2:75-9, 1964.
- LANGER, M. **Maternidade e sexo**: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 266p.
- LINHARES, I.M.; BAGNOLI, V.R.; HALBE, H.W. Vaginose bacteriana, candidose e tricomoníase. In: HALBE, H.W, (ed.) **Tratado de ginecologia**. 4^a ed., São Paulo: Roca; 1994. p.875-93.
- MACFADDEN, M.A.J. **Psicanálise e psicossomática**. Campinas: Alínea; 2000. 145p.
- MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 87p.
- MARTY, P. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 58.

McDOUGALL, J. Sobre a privação psíquica. In: McDOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2ª ed., São Paulo: Martins Fontes; 1996. p.53-85.

MEECH, J.R. Recurrent genital candidosis in women. /Letters/ **N Z Med J**, 98:981-4, 1985.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. 7ª ed., Brasília: Tempo Brasileiro; 1994. 216p.

NEVES, R.M.S. Breve panorama histórico da Psicossomática Psicanalítica. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.de A.C. **Psicossoma II – Psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. p.35-7.

NIXON, S. Vulvovaginitis: the role of patient compliance in treatment success. **Am J Obstet Gynecol**,165:1207-9, 1991.

OTERO, L.; PALACIO, V.; CARRENO, F.; MENDEZ, F.J.; VAZQUEZ, F. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. **Int J STD AIDS**, 9:526-30, 1998.

PAIVA, T.C.B.; GELLER, M.; COSLOVSKY, S. Imunologia na candidíase. **JBM**, 76:232-8, 1999.

PALMA, C.; JACQUEMIN, A.; DUARTE, G. Relação entre aspectos psicológicos e candidíase vaginal recorrente. **Rev Bras Ginec Obstet**, 18:835-41, 1996.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1989.

REED, B.D. Risk factors for candida vulvovaginitis. **Obstet Gynecol Survey**, 47:551-60, 1992.

ROSSI, A.S.; FEITOZA, S.B.; RIBEIRO FILHO, A.D.; MAGALHÃES, J.; SIMÕES, J.A.; GIRALDO, P.C. Vulvodínea: orgânica ou psicossomática? **RBM-GO**, 9:141-9, 1998.

- ROUQUAYROL, M.Z. Saúde materno-infantil. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & saúde**. 4 ed., Rio de Janeiro, MEDSI, 1993. p.328-41.
- SAN MARTIN, H. **Salud y enfermedad**. 4^aed., México: La Prensa Mexicana; 1981. 893 p.
- SEGAL, H. Os estágios primitivos do Complexo de Édipo. In: SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p.117-29.
- SMADJA, C. La notion de mentalisation et l'opposition névroses actuelles/ névroses de défense. **Rev Fran Psych**, LIV:787-95. 1990.
- SOBEL, J.D. Pathogenesis and epidemiology of vulvovaginal candidiasis. **Ann NY Acad Sci**, 544:544-7, 1988.
- SOBEL, J.D. Candidal vulvovaginitis. **Clin Obstet Gynecol**, 36:153-65,1993.
- SOBEL, J.D. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. **Mycoses**, 1(suppl.):129-36, 1998.
- SPINILLO, A.; CARRATA L.; PIZZOLI G. Recurrent vulvovaginal candidiasis : results of a cohort study of sexual transmission and intestinal reservoir. **J Reprod Med**, 37:343-7, 1992.
- SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida**. 3^a ed., São Paulo: Martins Fontes; 1983.
- STEWART, D. E.; WHELAN, C.I.; FONG, I.W.; TESSLER, K.M. Psychosocial aspects of chronic, clinically unconfirmed vulvovaginitis. **Obstet Gynecol**, 76:852-6, 1990.
- TOLOI, M.R.T; CANDIDO,R.C.; FRANCESCHINI, S.A. Vaginal candidiasis: risk factors. **Rev Chil Cien Méd Biol**, 11:11-4, 2001.
- VOLICH, R. M. Mentalização e somatização. In: VOL ICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p.134-7.

WITKIN, S.S.; LEDGER, J.J. Vaginal eosinophils and IgE antibodies to *Candida albicans* in women with recurrent vaginitis. ***J Med Vet Mycol***, 27:57-9, 1989.

WITKIN, S.S. Immunologic factors influencing susceptibility to recurrent candidal vaginitis. ***Obstet Gynecol Clin***, 34:662-8, 1991.

WITKIN, S.S. Immunology of the vagina. ***Clin Obstet Gynecol***, 36:122-8, 1993.

WITKIN, S.S.; GIRALDO, P.C. Diagnosis, treatment, and prevention of recurrent vaginal candidiasis. ***Contemporary OB/GYN***, 44:123-33, 1999.

WODWARD, J. The diagnostic and treatment of psychosomatic vulvovaginitis. ***Prat Med***, 225:1673-7, 1981.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada
2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Check-List

No. Ordem

Data

	Aceita	Rejeita
1. Tem esclerose múltipla, diabetes ou lupus ou outra doença crônica?	não	sim
2. Fez transplante de algum órgão?	não	sim
3. Alguma vez fez psicoterapia?	não	sim
4. Sabidamente é soropositiva para HIV?	não	sim
5. Têm suspeita de gravidez ou está grávida?	não	sim
6. Usa algum medicamento com corticosteróide	não	sim

Poderão fazer parte do estudo, as mulheres que se enquadrarem na coluna **Aceita** em todos os quesitos.

Para as mulheres que forem aceitas:

Teve três ou mais episódios de corrimento vaginal no último ano?

Grupo de casos	Grupo-controle
Sim	não

9.2. Anexo 2 - CRITÉRIO ABIPEME

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL SOCIOECONÔMICO

DATA ____/____/____ H.C. _____ N°. _____
N°. AIG _____

1. Quem é o chefe-de-família aqui (lá) na sua casa :

a. o próprio entrevistado () b. outrem () _____

2. Qual foi o grau de instrução mais alto que o (chefe-de-família) obteve?

Qual o último ano de escola que o (chefe-de-família) cursou ?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| a. Não estudou () | b. Ensino Fundamental Incompleto () |
| c. Ens.Fundam. Completo () | d. Ensino Médio Incompleto () |
| e. Ensino Médio Completo () | f. Universitário Incompl. () |
| g. Universitário Compl. () | |

3. Na sua casa tem (cada item abaixo):

Aparelho de video cassete VCR: a. Sim () b. Não ()

Máquina de lavar roupa: a. Sim () b. Não ()

Geladeira: a. Sim () b. Não ()

Aspirador de pó: a. Sim () b. Não ()

4. Quantos (cada item abaixo) existem em sua casa

Carro () TV a cores () Banheiros () Empregada mensalista () Rádios ()

Classificação dos pontos

	Não tem	Tem					
		1	2	3	4	5	6
Televisão em cores	0	2	3	4	5	5	5
Videocassete	0	2	2	2	2	2	2
Rádio	0	1	2	3	4	4	4
Banheiro	0	2	3	4	4	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1	1	1

Geladeira e freezer	
Não possui	0
Possui só geladeira sem freezer	2
Possui geladeira duplex ou freezer	3

Grau de instrução do chefe do domicílio	
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

9.3. Anexo 3

Pesquisa: “**Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes**”

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA ____/____/____ H.C. _____ N°. de ordem _____
N°. AIG _____

Nome:

Idade:

Endereço:

N°

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone:

Cor:

Profissão:

Escolaridade

a. Não estudou ()

b. Ensino fundamental Incompleto ()

c. Ensino fundamental Completo ()

d. Ensino médio Incompleto ()

e. Ensino médio Completo ()

f. Universitário Incompl. ()

g. Universitário Compl. ()

Você se considera pertencente a alguma religião?

a. Sim () Qual? _____

b. Não ()

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

I. ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Com quantos anos ficou menstruada pela primeira vez? _____ anos
2. Sua menstruação acontece de quantos em quantos dias? _____ dias
3. Quantos dias dura sua menstruação? _____ dias
4. Você tem dismenorréia (dores ou cólicas logo antes e durante o início da menstruação)?
a. Sim () b. Não ()
5. Já ficou grávida ?
a. Sim () b. Não ()
6. Quantas vezes? ()
7. Teve algum aborto?
a. Sim () b. Não ()
8. Usa algum método para evitar a gravidez?
a. Sim () b. Não () Qual ? _____
9. Já teve alguma doença, que em seu conhecimento, você pegou através da relação sexual?
a. Sim () b. Não () (passe para 11)
10. Você sabe qual?

11. Você tem outra doença?
a. Sim () b. Não () Qual ? _____
12. Toma algum remédio regularmente (todos os dias)?
a. Sim () b. Não () Qual ? _____

Pesquisa: “Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

II. HÁBITOS DE HIGIENE

13. Você usa absorvente interno (dentro da vagina)?

- a. Durante a menstruação ()
- b. Algumas vezes durante a menstruação ()
- c. Todos os dias mesmo, sem estar menstruada ()
- d. Algumas vezes, quando não está menstruada ()
- e. Não usa ()

14. Você usa absorvente externo?

- a. Durante a menstruação ()
- b. Algumas vezes durante a menstruação ()
- c. Todos os dias mesmo, sem estar menstruada ()
- d. Algumas vezes quando não está menstruada ()
- e. Não usa ()

15. Você coloca ducha ou o dedo para lavar dentro da vagina?

- a. Sim ()
- b. Não () (passe para 17)

16. Quantas vezes por semana? ()

17. Você lava a vagina por fora?

- a. Sim ()
- b. Não () (passe para 19)

18. Quantas vezes por dia? _____ por dia

19. O papel que você usa para sua higiene é:

- a. branco, suave e sem perfume ()
- b. áspero, ou colorido, ou perfumado ()
- c. outro tipo () Qual ? _____

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

25. Na sua infância, como seus pais eram com você?

- | | Pai | Mãe | | Pai | Mãe |
|---------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|
| a. Carinhosos | () | () | e. Ausentes | () | () |
| b. Severos | () | () | f. Críticos | () | () |
| c. Atenciosos | () | () | g. Indiferentes | () | () |
| d. Distantes | () | () | | | |

Outros _____

26. Seus pais se davam bem entre si?

- a. Sim () b. Mais ou menos () c. Não ()

27. Eles brigavam na sua frente?

- a. Sempre () b. Algumas vezes () c. Nunca ()

28. Eles trocavam carinhos na sua presença?

- a. Sempre () b. Algumas vezes () c. Nunca ()

Você sabe que é comum, na infância, as crianças brincarem de "papai e mamãe", de "médico e enfermeira", etc., fazendo dessa forma, suas primeiras investigações sexuais.

29. Você, quando criança fazia essas brincadeiras ou outras parecidas?

- a. Sim () b. Não () c. Não lembra () (não ou não lembra passe para 31)

30. Você sentia, naquele tempo, alguma forma de prazer físico ou emocional?

- a. Sim () b. Não ()

31. Você sofreu algum abuso sexual na infância ou adolescência?

- a. Sim () b. Não ()

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

32. Que tipo de abuso? Por quem?

33. Esse fato tem repercussão hoje em dia ?

a. Sim () b. Não ()

34. Como você se sentiu com as transformações corporais? (crescimento dos seios, pêlos, etc.)

a. com naturalidade () b. sem naturalidade () c. não lembra ()

Por que?

35. Como reagiu com a primeira menstruação?

a. com naturalidade () b. sem naturalidade () c. não lembra ()

Por que?

36. Sua mãe falava com você sobre a menstruação?

a. Sim () b. Não () c. Não lembra () (não ou não lembra passe para 37)

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

45. O que ela falava?

46. Quantos parceiros sexuais teve desde a primeira relação sexual até hoje? () (inclui o atual)

47. Quantas vezes por semana você tem relação sexual? ()

48. Tem ou teve relação sexual com pessoas do mesmo sexo que o seu?

a. sim () b. não () c. algumas vezes ()

49. Na relação sexual, você costuma colocar a boca nos genitais (pênis) do seu parceiro?

a. sim () b. não () c. algumas vezes ()

50. E o seu parceiro costuma colocar a boca na sua vagina ?

a. sim () b. não () c. algumas vezes ()

51. Na relação sexual, seu parceiro coloca o pênis por traz, no seu ânus?

a. sim () b. não () c. algumas vezes ()

52. Você variou seu parceiro sexual nos últimos 6 meses ?

a. sim () b. não () (passe para 54)

53. Quantas vezes ()

Pesquisa: **“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”**

DATA ____/____/____

Nº. de ordem _____

54. Você se masturba ou já se masturbou?

a. Sim () b. Não () c. algumas vezes () (não ou não lembra passe para 55)

55. Usa algum objeto (bonecos, travesseiros, etc.) para obter prazer?

a. Sim () b. Não () c. algumas vezes ()

56. Você acha que a vagina é suja?

a. Sim () b. Não () c. não sei dizer () d. Outros _____

57. Você acha que ter relação sexual causa corrimento

a. Sim () b. Não () c. não sei dizer ()

58. O que você pensa sobre o sexo?

59. Como você se sente quando está com alguém num momento mais íntimo (relação sexual)?

60. O que você pensa de ser mulher? (gosta, não gosta, se sente submissa, etc)

61. Como se sente com você mesma, do seu corpo, ?

a. Sim () b. Não () c. não sei dizer ()

62. Mudaria alguma coisa em você ?

9.4. Anexo 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”

Eu, _____ idade: _____
residente _____
na cidade de _____, R.G. _____ e com número de registro no Hospital de Clínicas da Unicamp _____, declaro concordar por minha livre e espontânea vontade, participar da pesquisa sobre “Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes”, que tem como principal objetivo, conhecer minha condição socioeconômica, meu comportamento sexual e algumas características emocionais que podem estar ou não associados ao corrimento vaginal. Esta pesquisa está sendo realizada porque ainda não se sabe se existe associação entre estas condições com o corrimento vaginal. Estes conhecimentos poderão talvez vir ajudar no entendimento e tratamento de outras mulheres que sofrem deste problema. A pesquisadora responsável é a psicóloga Sílvia Nogueira Cordeiro com supervisão do Prof. Dr. Paulo César Giraldo.

Estou sabendo que:

1. Esta pesquisa terá um grupo de mulheres com corrimento vaginal e outro grupo com mulheres sem este problema.
2. Serei entrevistada pela psicóloga Sílvia, e terei que responder perguntas sobre minha condição socioeconômica, meu comportamento sexual e sobre minha história de vida.
3. Estas informações, obtidas sobre mim, serão sigilosas, não havendo futuras correlações com o meu nome. A identificação será feita por um número, garantindo o sigilo.

4. Poderei desistir a qualquer momento de participar da presente pesquisa sem prejuízo ao meu atendimento nesta instituição, agora e/ou no futuro.
5. Não receberei qualquer valor em dinheiro ou outra compensação para participar desta pesquisa.
6. Se tiver alguma dúvida ou reclamação sobre esta pesquisa, poderei entrar em contato com a psicóloga Sílvia Nogueira Cordeiro ou Dr. Paulo César Giraldo, de segunda a sexta-feira, das 09:00 às 17:00h, pelo telefone (19) 37889306, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (19) 3788.8936.

Campinas ____ / ____ / ____

Assinatura do sujeito

Assinatura da pesquisadora responsável