

HÁBITOS DE HIGIENE E SEXUAIS DE MULHERES COM VULVOVAGINITES RECORRENTES

HYGIENIC AND SEXUAL HABITS OF WOMEN WITH RECURRENT VULVOVAGINITIS

Sílvia N Cordeiro³, Egberto R Turato², Regina Maria R Vicentini¹,
Ana Katherine S Gonçalves⁴, Paulo César Giraldo¹

RESUMO

Introdução: As vulvovaginites constituem-se numa das principais queixas ginecológicas que levam as mulheres aos consultórios médicos. O motivo pelo qual existem frequentes recorrências ainda não está claramente estabelecido. **Objetivos:** Identificar fatores higiênicos e sexuais que poderiam estar associados à recorrência de vulvovaginites. **Métodos:** Foram estudadas 51 mulheres com diagnóstico microbiológico confirmado de vulvovaginite recorrente e outras 61 mulheres-controle. O estudo foi realizado no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, no período de junho de 2001 a julho de 2002. Após consentimento informado, todas foram submetidas a uma entrevista estruturada sobre hábitos de higiene e comportamento sexual. A análise dos resultados para testar a associação entre os grupos e as variáveis independentes, relacionados com fatores higiênicos e sexuais, foi realizada através da estimativa por *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** As análises apontaram que 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 95% (1,73 a 36,87), estiveram mais associados ao grupo-controle. Em contrapartida, todas as demais variáveis estudadas não mostraram estar associadas ao fato de as mulheres terem vulvovaginite recorrente. Apesar desta fraca associação encontrada, parece que os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual não influenciaram o risco de vulvovaginites recorrentes. **Conclusão:** O conjunto de fatores higiênicos e sexuais parece não ter favorecido as recorrências das vulvovaginites no grupo de mulheres estudadas.

Palavras chaves: vulvovaginites recorrentes, candidíase vaginal, vaginose bacteriana, duchas vaginais, hábitos de higiene, sexualidade

ABSTRACT

Introduction: 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 hygienic and sexual factors that can be associated to the recurrence of vulvovaginitis. **Methods:** Fifty-one women presenting a microbiological diagnosis of recurrent vulvovaginitis and 61 women with no complaint were studied. This 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 habit hygiene and sexual behavior. The analysis of the results to test the association between the groups and the independent variables related to habits hygienic and sexual factors was carried out by *odds ratio* (confidence interval of 95%). **Results:** The analyses point out that white women, OR 3.03 and Confidence Interval of 95% (1.25 a 7.33) and those that use condoms OR 2.44 and Confidence Interval of 95% (0.47 to 12.63) presented more associations to recurrent vulvovaginitis. Contraries, the use of deposit medroxiprogesterone, OR 0.05 and Confidence Interval of 95% (0.01 a 0.50) and amenorrhea, OR 7.99 and Confidence Interval of 95% (1.73 a 36.87) were more associated to the control group. On the other hand, all other variables studied have not shown any association with recurrent vulvovaginitis. Despite the weak association found, it seems that hygiene, clothing and sexual behavior did not influence the risk of recurrent vulvovaginitis. **Conclusion:** The set of hygienic and sexual factors does not seem to have favoured recurrent vulvovaginitis in the group of women studied.

Keywords: recurrent vulvovaginitis, vaginal candidiasis, bacterial vaginosis, douching, hygienic habits, sexual intercourse

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 15(2):15-19, 2003

INTRODUÇÃO

As vulvovaginites constituem-se em afecções que acompanham as mulheres sexualmente ativas, desde que foram feitos os primeiros relatos históricos sobre os problemas ginecológicos. É, sem dúvida alguma, uma das mais frequentes doenças na prática diária do ginecologista.¹ Estima-se que cerca de 75% das mulheres adultas apresentam pelo menos um episódio de vulvovaginite fúngica em sua vida, e cerca de 40% a 50% vivenciem um novo episódio.²

Os episódios de recorrência acometem pelo menos 5% das pacientes, podendo manifestar-se mensalmente em alguns casos mais raros,² sendo a *Candida albicans* o principal agente etiológico encontrado nos episódios agudos.^{2,3} Por outro lado, alguns estudos indicam também que 20% a 25% das mulheres saudáveis e completamente assintomáticas apresentam culturas positivas para *C. albicans*.^{2,4,5}

As recorrências causam transtornos tanto para a mulher que tem que conviver com os incômodos da doença geradora de angústia quanto para o médico, por estar incapacitado de solucionar a enfermidade.

As causas que levam uma mulher a desenvolver episódios agudos recorrentes de vulvovaginites são incertas. Existem classicamente fatores de risco que poderiam favorecer novos episódios de candidíase vaginal, contudo, nunca foi possível estabelecer uma relação causa-efeito evidente entre eles e as recorrências. O *diabetes mellitus*, o uso de corticosteróides (sistêmicos ou tópicos), de antibióticos e anticoncepcionais

¹ Professor (a) Doutor (a) do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

² Professor Doutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

³ Psicóloga, Mestre em Tocoginecologia Área de Ciências Biomédicas do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.

⁴ Professora Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do RN

orais de alta dosagem, e a gravidez são freqüentemente citados como fatores de risco das vulvovaginites. Por outro lado, roupas apertadas, uso de duchas vaginais higiênicas, desodorantes íntimos, contato com substâncias químicas e diferentes hábitos sexuais também são lembrados, sem contudo exercer ação comprovada na infecção vaginal. Talvez, todos estes fatores possam facilitar o desequilíbrio da flora bacteriana normal e o crescimento fúngico, não sendo porém suficientes por si para promoverem a infecção vaginal.²

A recorrência ficará estabelecida quando houver três ou mais episódios agudos de infecções genitais, devidamente diagnosticadas e tratadas no período de um ano. Poderá ser decorrente de quadros de vaginose bacterianas, candidíases vaginais ou mesmo em forma alternada.^{4,6}

No caso das candidíases, o tratamento com medicamentos antifúngicos locais e/ou sistêmicos não costuma ser difícil. A maioria dos antifúngicos são altamente eficazes e resolvem o quadro agudo em 80% a 95% dos casos. O grande problema, na verdade, traduz-se em evitar que novos episódios aconteçam. O alívio dos sintomas é sempre bem-vindo, entretanto, o desaparecimento de *C. albicans* nas culturas vaginais é temporário na maioria dos casos. A erradicação do fungo, no corpo de um indivíduo talvez seja impossível e até mesmo indesejável em muitos casos. É, portanto, muito difícil evitar que determinadas mulheres, comprovadamente tratadas, voltem a apresentar novos episódios, uma vez que a presença do fungo em concentrações baixas no epitélio vaginal é aceitável, podendo ser considerada até normal.^{7,8} Conseqüentemente, um novo quadro agudo de infecção é possível, e estará muito mais dependente de fatores intrínsecos à mulher do que propriamente a presença do fungo na mucosa vaginal.⁹

Portanto, poder-se-ia imaginar que a presença do fungo, por si, não seja suficiente para promover a infecção. O hospedeiro, nos casos das infecções recorrentes, passa a ter um papel preponderante e conseqüentemente os fatores facilitadores talvez mereçam uma maior atenção. A resposta imune inadequada de cada indivíduo é talvez o principal fator facilitador da instalação do processo infeccioso, sendo as demais modificações (químicas, físicas e hormonais) secundárias. Apesar de alguns autores estabelecerem associações entre estes fatores facilitadores e as vulvovaginites, o assunto está longe de ser esgotado.

Reed, enumerou vários fatores de risco para vulvovaginites por cândida. Identificou a importância da atividade sexual para a presença ou ausência de hifas na vagina e no pênis. Sabe-se que o sêmen é reconhecidamente um forte imunossupressor do epitélio vaginal.¹⁰ Conseqüentemente, seria de se esperar que a alta freqüência de ejaculação na luz vaginal pudesse favorecer novos episódios de vulvovaginites. O início cada vez mais precoce da atividade sexual e o advento dos métodos anticoncepcionais poderiam eventualmente ser a causa para o aumento do número de casos de vulvovaginites.

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.¹¹⁻¹³ Estudos realizados por Otero *et al.*¹⁴ não demonstraram diferenças significativas entre vulvovaginites recorrentes com relação à prática de sexo oral, à utilização de contraceptivos orais e ao uso de roupas sintéticas. As dificuldades para determinar com precisão os fatores desencadeantes das vulvovaginites recorrentes,

juntamente com uma possível ineficácia terapêutica em se evitar as recidivas, sugere, também, uma possível vinculação com fatores psíquicos.

Apesar dos fatores predisponentes classicamente estudados na literatura serem rotineiramente investigados no grupo de mulheres com VVR, na prática não parecem ser suficientes, para causar as recidivas.

Tendo em vista os dados conflitantes sobre as causas que induzem algumas mulheres a terem vulvovaginites, propõe-se o seguinte estudo.

O objetivo deste trabalho foi identificar fatores higiênicos e sexuais que poderiam estar associados à predisposição individual de mulheres para serem acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes.

MÉTODOS

Estudo analítico comparativo entre um grupo de estudo composto de mulheres com VVR e um grupo-controle composto de mulheres sem antecedentes de vulvovaginites recorrentes (VVR). 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 clínico e microbiológico comprovado de VVR, no período de junho de 2001 a julho de 2002, totalizando 51 mulheres.

Entrevistou-se também neste mesmo período, outras 61 mulheres sem queixas ginecológicas ou antecedentes de VVR que foram atendidas no Ambulatório Geral de Ginecologia ou Planejamento Familiar.

Para identificar os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual foi utilizado um questionário com perguntas fechadas. Criou-se um banco de dados em planilha *Excel/Office 2000* com todas as variáveis. Os sujeitos foram relacionados cronologicamente segundo a data de coleta dos dados, sendo atribuído, a cada um deles, um número de identificação e classificação por grupo de estudo ou controle. Para identificar os fatores de higiene e sexuais que poderiam estar associados à predisposição individual de mulheres para serem acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes, a análise consistiu em testar a associação entre os grupos (estudo e controle) e as variáveis independentes relacionadas com os hábitos de higiene e comportamento sexual.

Variáveis socioeconômicas: idade, cor, escolaridade, religião, idade da menarca, tipo de método anticoncepcional, número de gestação e número de abortos, doenças sexualmente transmissíveis; ciclos menstruais, uso de absorvente interno e externo, freqüência e tipo de lavagem e duchas genitais, uso de papel higiênico, uso de perfume íntimo, uso de calça colada ao corpo, uso de roupa íntima de *lycra*, idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, freqüência mensal de relações sexuais, relação homossexual, sexo oral doador, sexo oral receptor, masturbação. Utilizou-se análise uni e bivariada com estabelecimento de valores de *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A maior parte das mulheres estudadas estava na faixa etária de 20 a 35 anos, 76,5% no grupo com vulvovaginite recorrente (VVR) e 73,8% no grupo-controle (GC). Observou-se, nesta amostra, que mulheres brancas tiveram duas vezes mais o risco

de ter VVR, OR 3,03 com IC de 95% (1,25 a 7,33). Em ambos os grupos foram mais freqüentes a presença de mulheres com nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental, 54,9% VVR e 62,3% GC, não havendo associação entre essa variável e a ocorrência de VVR. A maioria das mulheres pertencia à religião católica, 60,8% VVR e 55,7% GC, seguidas pelas evangélicas, 21,6% VVR e 27,9% GC, não havendo diferença nos dois grupos.

As mulheres estudadas tiveram a menarca entre 12 a 15 anos na maioria das vezes, sendo essa de 68,6% no grupo com VVR e 75,4% no grupo-controle, OR 0,46 e 0,55 e IC de 95% (0,10 a 2,04) e (0,11 a 2,86), respectivamente.

Entre os métodos anticoncepcionais utilizados, mulheres que usam condom representaram 24,4% no grupo com VVR e 5,3% no GC, OR de 2,62 e IC de 95% (0,58 a 11,89). Em contrapartida, o uso de medroxiprogesterona de depósito associou-se ao grupo-controle 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, OR 0,53 e IC de 95% (0,10 a 1,52).

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

A ausência de aborto representou 76,5% dos casos com VVR e 78,7% no grupo-controle, OR 0,88, e IC de 95% (0,36 a 2,15) (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)	Ref.	-
20 a 35 anos	39 (76,5)	45 (73,8)		
Até 19 anos	1 (2,0)	1 (1,6)		
			1,19	(0,49 a 2,88)
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)		
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)
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)
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)

Apenas 34,4% no grupo-controle e 17,66% no grupo com VVR tinham o hábito de fazer duchas vaginais, OR 2,45 e IC de 95% (1,00 a 5,98). A maioria das mulheres com hábito de ducha vaginal realizou três ou mais lavagens por semana, 55,6% VVR e 57,1% GC. Cerca de 52,9% das mulheres no grupo com VVR e 55,7% do grupo-controle realizavam lavagem externa da vagina duas vezes por dia. 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. Somente no grupo de estudo encontraram-se 9,3% de mulheres com o hábito de se lavarem em vez de usarem papel higiênico. A maioria das mulheres em ambos os grupos não tinha como hábito o uso de perfume íntimo.

Contudo, encontrou-se que 12,3% das mulheres com VVR e 10,9% no GC usavam absorvente interno no período menstrual e apenas 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. O uso de roupas justas foi similar em ambos os grupos, sendo 68,6% no grupo com VVR e 65,6% no GC, OR 1,15 e IC de 95% (0,52 a 2,54). Foi observado que 57,1% das mulheres com VVR e 32,5% do GC usavam calça justa sete vezes por semana, OR 3,59 e IC de 95% (1,26 a 10,23). 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 0,85 e IC de 95% (0,37 a 1,91) (Tabela 2).

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)	2,45	(1,00 a 5,98)
Não	42 (82,4)	40 (65,6)		
Nº. Duchas/semana*				
Menos de 1 vez	0 (0,0)	1 (1,6)	Ref.	-
1 a 2	4 (44,4)	8 (38,1)		
3 ou mais	5 (55,6)	12 (57,1)		
			0,94	(0,19 a 4,52)
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)
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.Exter. s/ menstruação**				
Sim	4 (8,1)	4 (8,7)	Ref.	-
Não	45 (91,8)	41 (89,1)	1,10	(0,26 a 4,67)
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)		
7 vezes	20 (57,1)	13 (32,5)		
			2,33	(0,59 a 9,23)
			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 realizam ducha
 ** Somente mulheres que menstruam
 *** Somente mulheres que usam roupas justas
 **** Somente mulheres que usam roupas íntimas de lycra

A primeira relação sexual entre 15 e 19 anos foi experimentada em 76,5% no grupo com VVR e 62,3% no grupo-controle. Em 11,8% no grupo com VVR e 14,8% no grupo-controle a primeira relação sexual foi com 14 anos ou menos. 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, OR 0,90 e IC de 95% (0,33 a 2,40). Encontrou-se que 19,1% das mulheres com VVR e 40,0% do grupo-controle tinham entre nove a doze relações mensais. As que tinham entre treze ou mais relações sexuais por mês representaram 36,2% no grupo com VVR e 24,0% no grupo-controle, OR 1,03 e 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).

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, OR 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, OR 0,92 e IC de 95% (0,42 a 2,02).

Com relação à masturbação, observou-se que 54,9% das mulheres do grupo com VVR e 67,2% do grupo-controle não se masturbavam, OR 0,59 e IC de 95% (0,28 a 1,28). Não houve associação entre as variáveis do comportamento sexual e a ocorrência de VVR (**Tabela 3**).

Frequência 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)
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 e com relação sexual atualmente.

DISCUSSÃO

Mulheres brancas apresentaram duas vezes mais risco de serem acometidas por VVR quando comparadas às não-brancas, contudo, Giraldo *et al.*⁵ mostraram, em um estudo semelhante, com mulheres assintomáticas, maior prevalência de colonização por *Candida* em mulheres negras, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas. Sobel¹⁵ encontrou que a candidíase na sua forma simples, é mais comum em mulheres negras. Fica ainda portanto a dúvida se a etnia poderia influir na recorrência da candidíase. Parece à primeira análise que não.

Observou-se, também, que o uso de condom apresentou-se mais associado às VVR que ao grupo-controle (OR 2,44). Supõe-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.¹⁶ A análise dos métodos anticoncepcionais hormonais mostrou uma maior associação entre o uso de medroxiprogesterona de depósito e o grupo-controle. Tal fato sugere que a ação antiestrogênica dos progestágenos (espessamento do mucocervical, diminuição de receptores celulares para candidíase etc.), diminuiria a chance de uma mulher desenvolver episódios agudos de candidíase.¹⁷ Estudo realizado por Baeten *et al.*¹⁸ sobre contraceptivo hormonal e risco para DST encontrou que mulheres que faziam uso de medroxiprogesterona 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.¹⁹ Estes fatos conflitantes dificultam a interpretação dos dados obtidos nesta pesquisa.

O uso do dispositivo intra-uteriano (DIU) não foi associado à VVR neste estudo. Estes resultados diferem dos achados por Giraldo *et al.*,⁹ 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. Com relação ao uso de DIU, sabe-se que este está relacionado com o aumento do conteúdo vaginal, favorecendo descarga vaginal contínua.²⁰ Em contrapartida, em outro estudo realizado por Giraldo *et al.*²¹ 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.

Mulheres sem antecedentes de gestação foram um achado relevante no 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 com relação à sua feminilidade, evitam a gravidez.²² Pode-se supor que as mulheres com VVR vivenciam conflitos desta natureza, podendo ser este um dos motivos de terem menos gestações.

Apesar da crença popular entre os ginecologistas de que duchas vaginais podem ser nocivas ao ecossistema vaginal, neste estudo as duchas vaginais não aumentaram o risco de

VVR. 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.^{20,23,24} Os outros fatores relacionados com o hábito de higiene pessoal, como lavagem externa, papel higiênico, uso de perfumes não foram determinantes de um risco maior do acometimento de VVR.

Não foi encontrada 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 à ocorrência de VVR. Este resultado está compatível com o encontrado na literatura,^{2,25} 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.

O início da atividade sexual tardia (a partir dos 19 anos) e ter entre nove a 12 relações sexuais por mês, associou-se ao grupo-controle. 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. Reed¹ identificou a importância da atividade sexual com 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 para VVR.^{19,26} No presente estudo não foi observada clara associação entre VVR e hábitos do comportamento sexual. Alguns autores¹¹⁻¹³ informam que a prática de sexo oral aumenta o risco para as VVR. Hellburg *et al.*¹² 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.*,¹⁴ 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. Há que se considerar que a boca poderá tornar-se eventualmente um sítio de armazenamento de diversas bactérias e fungos, além de possuir grande quantidade de enzimas (sialidases, amilase salivar) e imunoglobulinas do tipo IgA secretória.

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.^{4,11,12,19,23,26}

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o conjunto das características de higiene e de comportamento sexual das mulheres do grupo de estudo não parece interferir com a recorrência de vulvovaginite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GIRALDO PC, RIBEIRO FILHO AD, SIMÕES JA, GOMES FAM, MAGALHÃES J. Vulvovaginites – Aspectos habitualmente não considerados. *J Bras Ginec*, 107:89-93, 1997.
- SOBEL JD. Candidal vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*, 36:153-65, 1993.
- ALEIXO NETO A, HAMDAN JS, SOUZA CR. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num Serviço de Planejamento Familiar. *RBGO*, 21:35-8, 1999.
- REED BD. Risk factors for candida vulvovaginitis. *Obstet Gynecol Survey*, 47:551-60, 1992.
- GIRALDO PC. A resposta imune vaginal em mulheres com vulvovaginite recorrente durante a fase assintomática da doença. Campinas, 2000. [Tese - Livre-docência - Universidade Estadual de Campinas].
- SOBEL JD. Pathogenesis and epidemiology of vulvovaginal candidiasis. *Ann NY Acad Sci*, 544:544-7, 1988.
- NIXON S. Vulvovaginitis: the role of patient compliance in treatment success. *Am J Obstet Gynecol*, 165:1207-9, 1991.
- WITKIN SS, GIRALDO PC. Diagnosis, treatment, and prevention of recurrent vaginal candidiasis. *Contemporary OB/GYN*, 44:123-33, 1999.
- GIRALDO PC, RIBEIRO FILHO AD, SIMÕES JA, NEUER A, FEITOSA SB, Witkin, S.S. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis. *Infec Dis Obstet Gynecol*, 7:128-32, 1999.
- WITKIN SS. Immunology of the vagina. *Clin Obstet Gynecol*, 36:122-8, 1993.
- FOXMAN B. Epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. *Am J Public Health*, 80:328-31, 1990.
- HELLBURG D, ZDOLSEK B, NILSSON S, MARDH PA. Sexual behavior in women with repeated bouts of vulvovaginal candidiasis. *Eur J Epidemiol*, 11:575-9, 1995.
- GEIGER AM, FOXMAN B. Risk factors in vulvovaginal candidiasis: a case-control study among college students. *Epidemiology*, 7:182-7, 1996.
- OTERO L, PALACIO V, CARRENO F, MENDEZ FJ, VAZQUEZ F. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. *Int J STD AIDS*, 9:526-30, 1998. PAIVA TCB, GELLER M, COSLOVSKY S. Imunologia na candidíase. *JBM*, 76:232-8, 1999.
- SOBEL JD. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. *Mycoses*, 1(suppl.):129-36, 1998.
- WITKIN SS. Immunologic factors influencing susceptibility to recurrent candidal vaginitis. *Obstet Gynecol Clin*, 34:662-8, 1991.
- HOROWITZ BJ. Mycotic vulvovaginitis: a broad overview. *Am J Obstet Gynecol*, 165(4 part 2):1188, 1991.
- BAETEN JM, NYANGE PM, RICHARDSON BA, LAVREYS L, CHOHAN B, MARTIN HL *et al.* Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, 185:380-5, 2001.
- 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. STEWART DE, WHELAN CI, FONG IW, TESSLER KM. Psychosocial aspects of chronic, clinically unconfirmed vulvovaginitis. *Obstet Gynecol*, 76:852-6, 1990.
- GIRALDO PC, NOWASKONSKI AV, GOMES FAM, LINHARES I, NEVES N, WITKIN SS. Vaginal colonization by candida in asymptomatic women with and without a history of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol*, 95:413-6, 2000.
- GIRALDO PC, BALZAN SN, GONÇALVES AKS, VICENTINI RM, NEVES NA, RIBEIRO-FILHO AD. Vulvovaginitis: Contraceptive methods and sexual habits. *Int J STD & AIDS*, 12(Suppl.2):128-30, 2001.
- LANGER M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas, 266p, 1981.
- LINHARES IM, BAGNOLI VR, HALBE HW. Vaginose bacteriana, candidose e tricomoníase. In: HALBE, H.W. (ed.) Tratado de ginecologia. 4^{ed.}, São Paulo: Roca; 1994. p.875-93.
- FERNANDES CE, MACHADO RB. Aspectos etiopatogênicos, diagnósticos e terapêuticos da candidíase vaginal. *RBM-GO*, 7:21-9, 1996.
- TOLOI MRT, CANDIDO RC, FRANCESCHINI SA. Vaginal candidiasis: risk factors. *Rev Chil Cien Méd Biol*, 11:11-4, 2001.
- GEIGER AM, FOXMAN B, GILLESPIE BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *Am J Public Health*, 85:1146-8, 1995.

Endereço para correspondência:

PAULO CÉSAR GIRALDO

Rua Alexandre Flemming, s/no.

Cidade Universitária – Prof. Zeferino Vaz

E-mail: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 03/03/2003.

Aprovado em: 07/04/2003.