

VULVOVAGINITES RECORRENTES: UMA DOENÇA PSICOSSOMÁTICA?

RECURRENT VULVOVAGINITIS: A PSYCHOSOMATIC DISEASE?

*Sílvia N Cordeiro³, Paulo C Giraldo¹, José Hugo Sabatino¹,
Gislaine A Fonsechi-Carvasan⁴, Egberto R Turato²*

RESUMO

Introdução: As vulvovaginites constituem-se seguramente uma das principais queixas ginecológicas que levam as mulheres aos consultórios médicos. O motivo pelo qual existem freqüentes recorrências das vulvovaginites em determinadas mulheres ainda não está claramente esclarecido. **Objetivos:** Identificar aspectos psicológicos que poderiam estar associados à recorrência de vulvovaginites. **Métodos:** Foram estudadas 51 mulheres com diagnóstico 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 2001 a julho de 2002. Após consentimento informado, todas foram submetidas a uma entrevista estruturada para investigar os aspectos psicológicos, que possibilitou o aprofundamento das questões relacionadas às vivências afetivas e sobre o desenvolvimento da própria sexualidade. A associação entre aspectos psicológicos e os grupos estudados foi abordado segundo a Análise de Correspondência Múltipla. **Resultados:** A análise estatística dos dados foi feita utilizando-se o modelo de Correspondência Múltipla, onde se processaram as evidências dos aspectos psicológicos das mulheres em função do seu relacionamento pessoal com os pais e suas experiências sexuais antes e após a menarca. Pôde-se observar clara associação entre o conjunto das características maternas com o grupo de mulheres com VVR. Observou-se também que as mulheres do grupo de estudo (VVR), guardaram uma imagem predominantemente negativa do relacionamento entre seus pais. **Conclusão:** As vulvovaginites recorrentes parecem estar associadas à expressão psicossomática, possivelmente a conflitos relacionados ao desajuste entre as figuras parentais e a dificuldades no relacionamento com a figura materna.

Palavras-chave: vulvovaginites recorrentes, candidíase vaginal, aspectos psicossomáticos, sexualidade, relacionamento familiar.

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 psychological aspects related to recurrent 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) June 2001 to July, 2002. After informed consent, all the patients were submitted to a structured interview to investigate the psychological aspects, which allowed an in-depth aspect in the questions related to their emotional life and concerning to development theirself sexuality. The association between the psychological aspects and the study groups was carried out based on the Multiple Correspondence Analysis. **Results:** The statistical analyses dates were done using Multiple Correspondence model, that point out psychological aspects the women presenting recurrent vulvovaginitis related to personal relationship with your parents and your sexual experiences before and after to menarc. A whole set of internal characteristics was associated to women presenting recurrent vulvovaginitis. Also, the study group women showed to have negative impression of the relationship between their own parents. **Conclusion:** The recurrent vulvovaginitis seem to be a psychosomatic of disease expression, possibly associated to conflicts related to marital strife between the patients' parents, and the patients' difficulties in relating to maternal figure.

Keywords: recurrent vulvovaginitis, vaginal candidiasis, psychosomatic aspects, sexuality, familiar relationship.

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(1):45-51, 2004

INTRODUÇÃO

A vulvovaginite é uma doença que acomete o aparelho reprodutivo, 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 pelos quais certas mulheres teriam freqüentemente sintomas nos órgãos genitais.

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 doenças mais freqüentes na prática diária do ginecologista¹. 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.²

Os episódios de recorrência acometem pelo menos 5% das pacientes, podendo manifestar-se mensalmente em alguns casos mais raros². A *Candida albicans* parece ser o principal agente etiológico encontrado nas afecções vaginais, sendo responsável pelos episódios agudos em 77% dos casos⁽³⁾. Entretanto, alguns estudos

¹Professor Livre-Docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP.

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

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

⁴Estatística do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

indicam que 20% a 25% das mulheres normalmente saudáveis e completamente assintomáticas apresentam culturas positivas para *C. albicans*.^{4,3,5}

Considera-se que uma mulher apresenta vulvovaginite recorrente (VVR) apenas quando foi acometida por três ou mais episódios 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.^{4,6}

As causas que levam uma mulher a desenvolver episódios agudos “recorrentes” de vulvovaginites são incertas. Existem fatores que podem predispor a candidíase vaginal, como: *diabetes mellitus*, o uso de corticosteróides, de antibióticos e anticoncepcionais orais. Contudo, a grande maioria das mulheres que apresenta o quadro de VVR, corretamente diagnosticado, não tem em seus antecedentes os problemas citados. Outros fatores como gravidez, roupa íntima inadequada, uso de duchas vaginais higiênicas, desodorantes íntimos, contato com substâncias químicas, também poderiam representar algum risco, mas seguramente não podem ser encarados como a causa das VVR. Talvez todos estes fatores possam apenas facilitar as modificações da flora bacteriana normal e, conseqüentemente, favorecer o crescimento fúngico.²

O tratamento do processo agudo, usando medicamentos antifúngicos locais e/ou sistêmicos, não costuma ser difícil, uma vez que a resistência fúngica é baixa. 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 que tenham VVR, mesmo que comprovadamente tratadas, voltem a apresentar novos episódios agudos, uma vez que a presença do fungo em concentrações baixas no epitélio vaginal é esperado e considerado normal^{7,8}. Portanto, um novo quadro agudo de infecção é possível e ficará muito mais na dependência de fatores intrínsecos à mulher do que propriamente pela simples presença do fungo na mucosa vaginal.⁹

Parece, portanto, que é a resposta imune celular mediada do epitélio vaginal o fator mais importante na facilitação do aparecimento de novos surtos da infecção fúngica vaginal. A resposta imune celular mediada, por meio da ativação dos macrófagos e produção de interleucinas pró-inflamatórias (interferon, interleucina 1 β , etc.), fará o controle da proliferação fúngica no epitélio vaginal. Caso esta resposta esteja alterada, a população de elementos micóticos crescerá a ponto de estabelecer a vulvovaginite. Sabe-se ainda que em situações de estresse, o organismo de um indivíduo libera freqüentemente substâncias como as catecolaminas e o cortisol. As catecolaminas promovem taquicardia e vasoconstrição de vasos periféricos, e levam a um estado de isquemia tecidual relativo, com conseqüente alteração do metabolismo celular. O cortisol, reconhecida substância antiinflamatória, ao ser liberada com maior freqüência, servirá como um potente agente supressor do sistema imune local.

O sistema nervoso central, claramente influenciável pelas respostas emocionais, pode interferir na resposta efetora que determina a imunidade vaginal. O funcionamento psíquico pode ser suficientemente importante para modular a resposta do sistema nervoso central. Este último inibirá as respostas imunes vaginais, que por sua vez facilitarão a recorrência.

Dodson e Friedrich¹⁰ foram os primeiros a 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. Woodward¹¹, procurou determinar os motivos que levariam ao sintoma e à manutenção do quadro psicossomático, assim como qual seria o melhor tratamento. 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) nervosismo e ansiedade e d) reação a problemas atuais. O tratamento embasava-se no reconhecimento e aceitação dos sentimentos reprimidos. A maior parte delas (92%) obteve melhora e supressão dos sintomas.

Meech¹² 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 lubrificação adequada, propiciando a queda de resistência na mulher, e propõe como tratamento a exteriorização das emoções.

Stewart *et al.*¹³ também sistematizaram a investigação das possíveis variáveis psicológicas envolvidas nas vulvovaginites confirmadas. Os resultados mostraram que o nível de depressão foi significativamente mais alto no grupo de estudo do que no grupo-controle. 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 primárias e/ou predisõem aos sintomas de vulvovaginites, através de mecanismos imunes ou somatizadores.

Palma *et al.*¹⁴, através de um estudo de caso, avaliaram cinco mulheres com candidíase vaginal recorrente e outras cinco de grupo-controle, sem a presença de corrimento vaginal. Os resultados indicaram que 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.

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 relacionar-se com seus conflitos afetivos e sexuais, determinando a formação ou manutenção do sintoma como uma forma inadequada de entrar em contato com estes conflitos.¹⁵

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 de conviver com os incômodos da doença geradora de angústia. Tal situação pode aflorar as dificuldades da mulher em aceitar e relacionar-se com seus conflitos afetivos e sexuais, interferindo seguramente no exercício da sua sexualidade.

As vulvovaginites recorrentes podem estar ligadas a um significado latente, expresso nas entrelinhas da história dessas mulheres, que parece extrapolar o “conteúdo manifesto”, ou seja, as queixas verbalizadas ao médico. Estes fatores podem comportar-se como entraves no sucesso do tratamento, necessitando melhores análises. Faz-se necessário, portanto, novas evidências esclarecedoras dos fatores psíquicos intrínsecos da mulher, que estariam proporcionando os episódios recorrentes das vulvovaginites.

MÉTODOS

Com a finalidade de esclarecer os fatores psíquicos que estivessem relacionados com a recorrência das vulvovaginites foi feito um estudo, de corte transversal comparativo, entre dois grupos de mulheres, com e sem antecedentes de VVR. Todas as pacientes acompanhadas por mais de um ano no Ambulatório de Infecções Genitais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) que tinham diagnóstico clínico e microbiológico comprovado de VVR, no período de junho de 2001 a julho de 2002, totalizando 51 mulheres, foram convidadas a participar do estudo. Foram entrevistadas, ainda, outras 61 mulheres, também acompanhadas por período superior a um ano, no ambulatório Geral de Ginecologia ou Planejamento Familiar, e que não haviam apresentado qualquer queixa de corrimento vaginal nos últimos 12 meses de seguimento. As entrevistas foram sempre realizadas pela investigadora principal.

Para identificar os aspectos psicológicos das mulheres investigadas, idealizou-se um questionário específico para este fim, com perguntas fechadas e semi-abertas, para possibilitar o aprofundamento das questões relacionadas com as vivências afetivas comparadas às figuras parentais, e sobre o desenvolvimento da própria sexualidade. 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 visualizar a associação entre os aspectos psicológicos e os grupos estudados, utilizou-se a Análise de Correspondência Múltipla¹⁶, em que se pode observar, na representação gráfica, as inter-relações entre as variáveis independentes e sua associação à variável dependente. A opção por esta forma de análise estatística (Análise de Correspondência Múltipla), que examina as relações geométricas do cruzamento de variáveis categóricas, embasou-se no fato de ser desenvolvida especificamente para a obtenção de dados subjetivos, empregados no contexto médico desde 1960.¹⁶ Essa abordagem corresponde a uma forma alternativa de olhar os dados, sem testar hipóteses, mas buscando mostrar a correlação e inter-relação existente entre as variáveis estudadas.¹⁷

Esta análise permitiu a visualização do comportamento dos fatores psicológicos conforme sua associação com os grupos controle ou estudo (VVR). Quanto mais as variáveis estiveram próximas, as palavras controle ou VVR mais associadas estiveram a elas. Foram estudadas as variáveis: imagem paterna e materna, características do relacionamento com o pai e com a mãe, características do relacionamento dos pais entre si, brincadeiras sexuais infantis, sensação de prazer, abuso sexual, repercussão do abuso, aceitação das transformações corporais, aceitação da primeira menstruação, informação sobre a menarca, consentimento da primeira relação sexual, expectativas da primeira relação sexual, informações sobre relacionamento sexual.

Foram analisadas também as características que os sujeitos atribuíram ao seu relacionamento com as figuras paternas/maternas, e como o sujeito percebia o relacionamento entre seus pais. As características sobre o relacionamento do sujeito com o pai estão representadas pelas letras maiúsculas de A até G. As características maternas estão representadas pelas mesmas letras em minúsculo. Quando presentes, foram representadas pelo sinal de mais (+) ao lado, e quando ausentes foram representadas pelo sinal de menos (-) (**Fig.1**). Também está representada nesta figura a análise específica

da relação entre pai-mãe, conforme a percepção dos sujeitos sobre este relacionamento, representada pelas letras w, W, S. Quando presentes, estão representados pelo sinal de mais (+) e quando ausente pelo sinal de menos (-).

Os aspectos relacionados com as vivências sexuais da infância até os dias atuais estão dispostos nas **Figuras 2 e 3**.

RESULTADOS

A representação gráfica (**Fig.1**) mostra clara associação das características paternas favoráveis ao grupo-controle [pais carinhosos (A+)] e principalmente à ausência das variáveis desfavoráveis como: pai distante, ausente crítico e indiferente.

As características maternas do grupo-controle tiveram distribuição mais dispersa, mostrando não haver uma associação clara e que pudesse ser considerada.

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+), como muito severas (c+) e não-atenciosas (b-). As características paternas deste mesmo grupo tiveram distribuição mais dispersa, não sendo possível evidenciar associações.

Observou-se também que os sujeitos do grupo com VVR tiveram uma imagem predominantemente negativa do relacionamento entre as figuras parentais, ou seja, estas mulheres consideraram seus pais como um casal que brigava, não eram carinhosos e que não se davam bem. Já no grupo-controle esta percepção foi inversa.

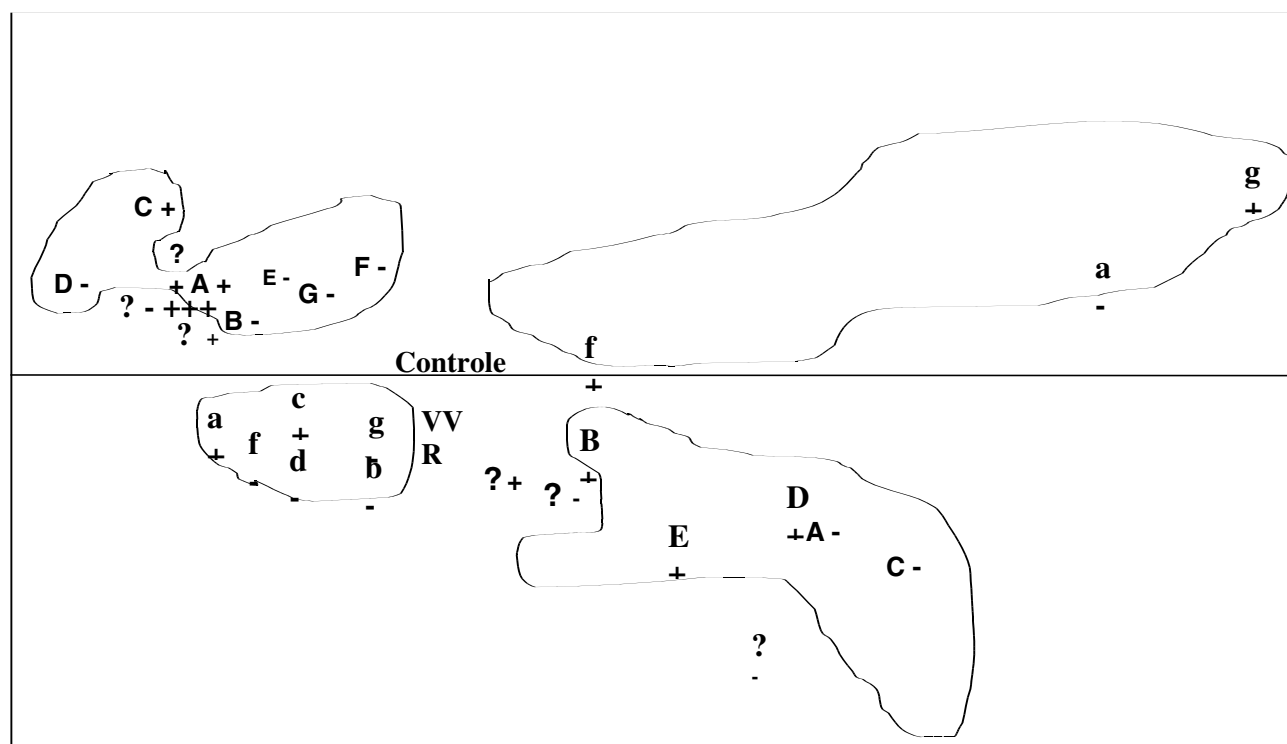
A análise de Correspondência Múltipla¹⁶ não pode evidenciar associação clara sobre as experiências sexuais, seja na infância ou idade adulta, com os dois grupos de mulheres estudadas (**Figuras 2 e 3**).

DISCUSSÃO

As características do relacionamento com a mãe tiveram predominante associação com as mulheres do grupo de estudo (VVR). A análise global dessas características pode apontar para um conflito importante com 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 não tinham boas recordações. O relato de alguns casos ilustra 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 enérgica, mais autoritária, rigorosa.”

Conforme a teoria Kleiniana sobre o desenvolvimento psíquico, é pelos mecanismos de introjeção e projeção que se constitui o mundo interno, e a interação com a realidade externa faz-se sob influência da realidade interna. Pode-se então levantar a hipótese de que estas mulheres tenham introjetado predominantemente imagens negativas da mãe, permanecendo com fantasias inconscientes pri-



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

Figura 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.

mitivas de uma feminilidade “ruim”, o que poderia comprometer sua capacidade de assumir a identidade feminina. Como consequência, na vida adulta, utilizam-se dos sintomas orgânicos da VVR para expressar, por meio do corpo, sua dificuldade interna para lidar com os conflitos relacionados com a sexualidade.

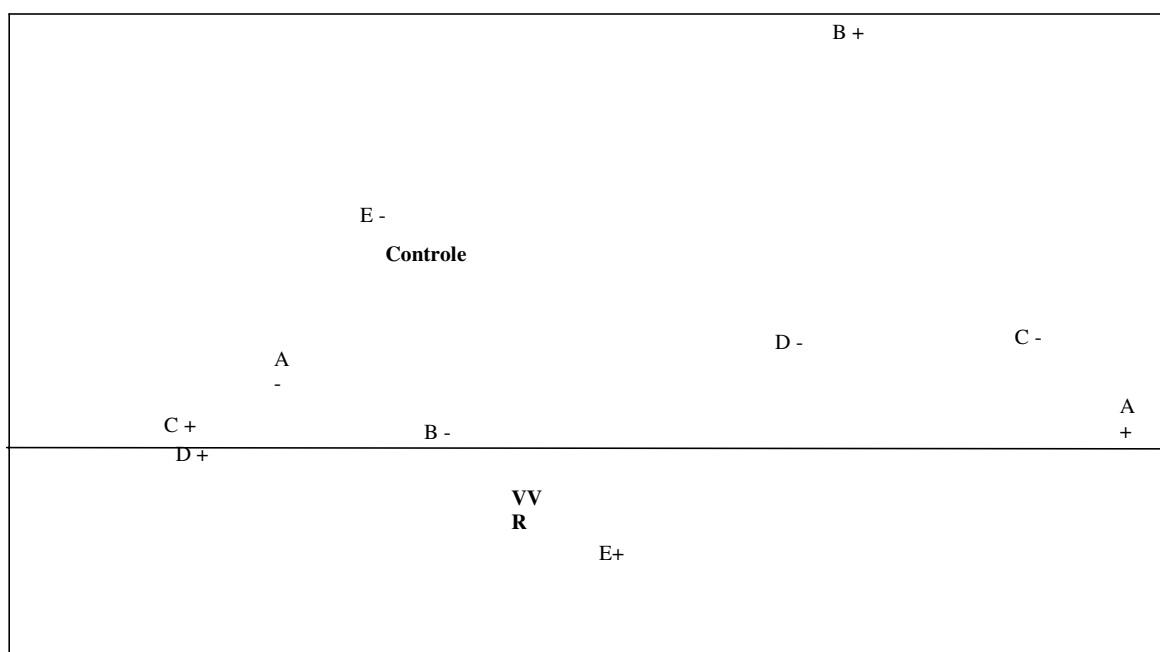
Este resultado é pertinente ao que foi encontrado por Palma *et al.*¹⁴, que observaram influência inadequada, principalmente da figura materna, na constituição dos sujeitos (feminino).

Já no grupo-controle, apesar de a análise global não mostrar associação direta do conjunto das características maternas com este grupo, pode-se supor que o relacionamento com a mãe foi assimilado por estes sujeitos como predominantemente bom. Esta associação estaria de acordo com Klein¹⁸, que aponta para o fato de as

características boas de a mãe tornarem-se também a base para identificações benéficas ulteriores. Uma forte identificação com a mãe torna fácil para a criança identificar-se também com um pai bom, o que poderia justificar a associação entre as características paternas e este grupo.

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.

Segundo Klein¹⁸, a relação dos pais, entre si e com a criança em um ambiente amistoso, desempenha 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



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

Figura 2 – Representação das associações das experiências sexuais (da infância até a menarca) nos grupos de mulheres com VVR e Controles.

na criança, que se sente excluída. Tanto para Freud como para Klein¹⁸ 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 com 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, apresenta na vida adulta uma sexualidade imatura. Supõe-se que os sintomas da VVR comportam-se como expressão somática destes conflitos.

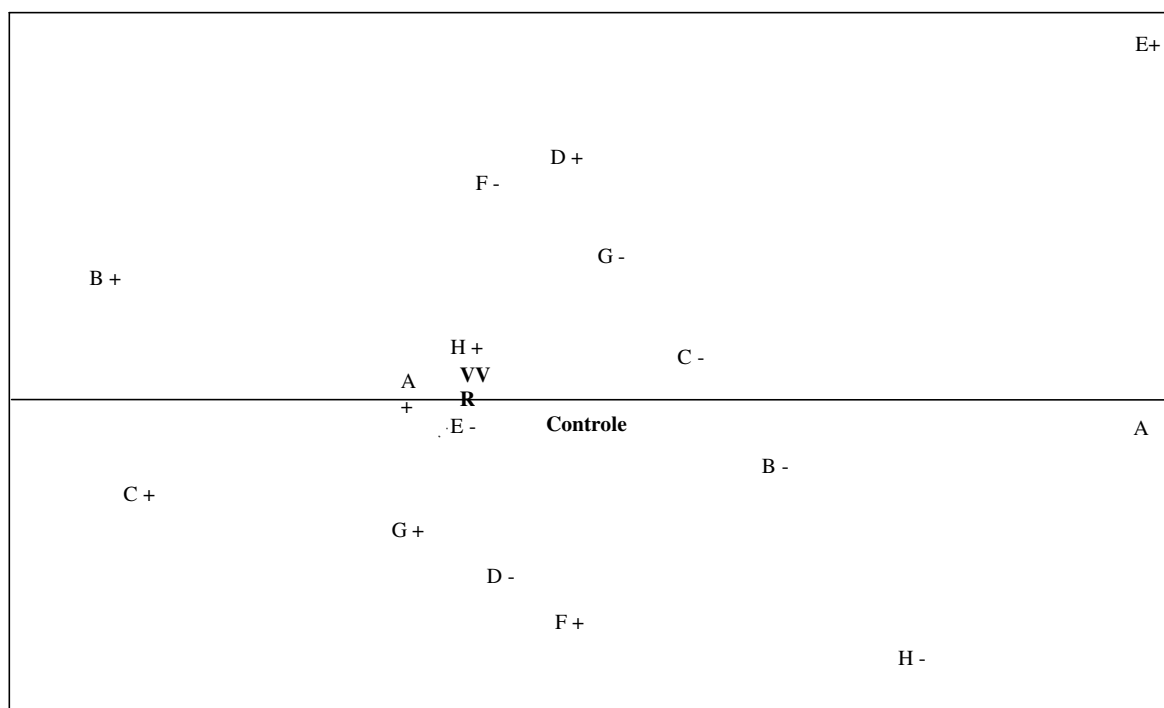
Como sugere McDougall¹⁹, pode-se pensar também que os sintomas representam a impossibilidade de essas mulheres encontrarem articulação lingüística para suas fantasias primitivas com relação aos pais, permanecendo no inconsciente.

Meech¹¹, 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 Smith²⁰, 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 com o sistema neuroendócrino, produzindo, em conseqüência, modificações psicológicas. Por outro lado, o reconhecimento dos estímulos cognitivos pelo sistema nervoso central pode fornecer informações humorais reconhecidas e transferidas 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.

Gachelin²¹ 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.



A(+) = primeira relação sexual com consentimento

B(+) = prim. Rel. sex. correspondeu à 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 à 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

Figura 3 – Representação das associações das experiências sexuais (início da atividade sexual até a idade adulta) nos grupos de mulheres com VVR e Controles.

Witkin e Ledger²², 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 através do sistema imune, modificando a resposta da imunidade celular local e, conseqüentemente, estas mulheres acabam ficando mais expostas a este tipo de infecção.

Para Gachelin²¹, o sistema imunológico representa uma dimensão relacional e histórica do indivíduo, o que lhe permite participar da “linguagem do corpo”. 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 Filho²³; Chiozza²⁴; Groddeck²⁵ e Perestrello²⁶ a doença e o sintoma repetitivo têm um significado que “pede” para ser compreendido para poder desaparecer.

Com relação às experiências do início da atividade sexual até a idade atual, chama a 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 n° 24: “*Me senti mal pra caramba. Me senti usada. Achava que nunca iria passar por uma situação dessas. Achava que não*

iria mais casar.” Sujeito nº 28: “Me senti envegonhada.” 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 com este grupo.

Como foi citado anteriormente, há a possibilidade de essas mulheres apresentarem dificuldades com questões relacionadas com a identidade feminina. Pode-se pensar que estas mulheres vivenciam intenso conflito sobre sua sexualidade, fazendo do sintoma repetitivo a expressão somática da dificuldade interna para lidar adequadamente com estas questões. Através da negação - um mecanismo de defesa do ego - não relacionam o sintoma da VVR com o órgão genital.

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

Portanto, pode-se concluir que, para este estudo, as vivências psíquicas com relação aos vínculos primordiais com as figuras parentais tiveram uma importante associação à expressão somática e à “escolha” do órgão. Assim sendo, a recorrência das vulvovaginites poderia ser uma expressão psicossomática, possivelmente associada a conflitos relacionados com o desajuste no relacionamento entre as figuras parentais e com dificuldades no relacionamento com a figura materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- SOBEL, J.D. Candidal vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*, 36:153-65, 1993.
- ALEIXO NETO, A.; HAMDAN, J.S.; SOUZA, C.R. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num Serviço de Planejamento Familiar. *Rev Bras Gynec Obstet*, 21:35-8, 1999.
- REED, B.D. Risk factors for candida vulvovaginitis. *Obstet Gynecol Survey*, 47:551-60, 1992.
- 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.
- SOBEL, J.D. 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, S.S.; GIRALDO, P.C. Diagnosis, treatment, and prevention of recurrent vaginal candidiasis. *Contemporary Ob/Gyn*, 44:123-33, 1999.
- 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.
- DODSON, M.G.; FRIEDRICH, JR. E.G. Psychosomatic vulvovaginitis. *Obstet Gynecol*, 51(Suppl), 1978.
- WODWARD, J. The diagnostic and treatment of psychosomatic vulvovaginitis. *Prat Med*, 225:1673-7, 1981.
- MEECH, J.R. Recurrent genital candidosis in women. /Letters/ *N Z Med J*, 98:981-4, 1985.
- 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.
- PALMA, C.; JACQUEMIN, A.; DUARTE, G. Relação entre aspectos psicológicos e candidíase vaginal recorrente. *Rev Bras Gynec Obstet*, 18:835-41, 1996.
- FREUD, S. Primeiras Publicações Psicanalíticas. In: FREUD, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
- GREENACRE, M.J. *Correspondece analysis in practice*. London: Academic Press, 1992.
- PEREIRA, J.C.R. – Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para a ciência da saúde, humanas e sociais. *Ed. da Universidade de São Paulo*, 2001.
- KLEIN, M. Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In: KLEIN, M. *Inveja e gratidão*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Imago; 1991. p.270-9.
- 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.
- BLALOCK, J.E.; SMITH, E.M. *The immune system: our mobile brain*. Immunology today. 1985, 115p. GACHELIN, G. Emotions et immunité. *La Recherche*, 177:662-6, 1986.
- GACHELIN, G. Emotions et immunité. *La recherche*. 177:662-6, 1986.
- 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.
- MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 7ª ed., Brasília: Tempo Brasileiro; 1994. 216p.
- CHIOZZA, L. *Por que adoecemos: a história que se oculta no corpo*. São Paulo: Papyrus, 1987.
- GRODDECK, G.W. *O livro disso*. 2ª ed., São Paulo: Perspectiva. 1988.
- PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1989.

Endereço para correspondência:

PROF. DR. PAULO CÉSAR GIRALDO

Rua Dom Francisco de Campos Barreto,
145 - Nova Campinas, 13092-360 – Campinas – SP
Tel: (19) 3294-2292
E-mail: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 18/02/04

Aprovado em: 26/03/04