EIKO INES FUKAZAWA

**Influência da candidíase vulvovaginal recorrente
na qualidade de vida**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Iara Moreno Linhares

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Fukazawa, Eiko Inês

Influência da candidíase vulvovaginal recorrente
na qualidade de vida / Eiko Inês Fukazawa. -- São
Paulo, 2018.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.
Orientadora: Iara Moreno Linhares.

Descritores: 1.Candidíase vulvovaginal 2.Recidiva
3.Saúde 4.Prurido 5.Qualidade de vida 6.Bem-estar
7.WHOQOL-bref

USP/FM/DBD-463/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido **Américo**, meu companheiro de todas as horas e meu maior incentivador.*

*À minha filha **Karen**, minha razão de viver.*

*Ao meu irmão **Inácio**, por estar sempre ao meu lado e fazer a minha vida mais leve e feliz.*

*À minha família **Tae, Eiji, Teru, Edgar, Eric, e Miriam**, por sempre me apoiarem nas minhas escolhas, pela paciência e acolhimento.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que torna o impossível possível.

Ao Prof. Dr. Edmund Chada Baracat, por ter me proporcionado a oportunidade de ser aluna.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Iara Moreno Linhares, pelas orientações, paciência, oportunidade desde o início e confiança em todos os momentos.

À Prof^a Dulce Aparecida Barbosa, pela amizade, orientações e apoio.

Ao Prof. Steven S. Witkin pela inestimável orientação.

Às minhas amigas do Setor de Imunologia, Genética e Infecções do Trato Reprodutivo, Joserita Serrano de Assis, Mariana Camargo, Renata Robial e Leiriane Tamashiro, pela amizade e momentos de descontração.

À minha amiga Renata Rodrigues Menezes, pelo apoio e carinho.

À Sra Adriana Sanudo pelo auxílio na interpretação dos resultados.

Às funcionárias do ambulatório da Divisão de Ginecologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas, Cristina Miyuki Oligassa, Aline Jesus Gamarra Alves, Erica dos Santos, Maria de Lurdes de Souza de Meira, Abigail Souza Adão, Sonia Maria de Lima, Helena Oliveira, Silvia Mantovani, Lucia Fabiana Bortoloti, Cláudia Vieira e Marcelina de Camargo, por todo auxílio e dedicação.

À secretária da Pós Graduação, Sra Lucinda Cristina Pereira, pelo profissionalismo, gentileza e atenção em todos os momentos.

E a todas as pacientes, sem as quais o estudo não seria possível.

Agradeço ainda pelo auxílio Bolsa CAPES/demanda social.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de / Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena, 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Listas de siglas, abreviaturas e símbolos

Lista de gráficos

Listas de tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Candidíase vulvovaginal recorrente	2
1.2	Qualidade de vida	6
1.3	Candidíase vulvovaginal recorrente e qualidade de vida	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	MÉTODO	20
3.1	Desenho do estudo	21
3.2	Sujeitos	21
3.2.1	Crterios de incluso e exclusão dos grupos estudo e controle	22
3.3	Método de estudo.....	23
3.4	Cálculo Amostral	24
4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	26
5	RESULTADOS.....	29
6	DISCUSSÃO.....	50
7	CONCLUSÃO	62
8	REFERÊNCIAS	64
9	ANEXOS.....	77
	ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	78
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	ANEXO C - <i>WHOQOL bref - World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment</i>	83
	ANEXO D - Interpretação de alfa de <i>Cronbach</i>	87

LISTAS

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTH	Hormônio adrenocorticotrópico
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CVV	Candidíase vulvovaginal
CVVR	Candidíase vulvovaginal recorrente
DLQI-	<i>The Dermatology Life Quality Index</i>
EQ-5D	<i>Euro Quality of Life</i>
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	<i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MBL	<i>Mannose-binding lectin</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QV	Qualidade de Vida
RVVC	<i>Recurrent Vulvovaginal Candidiasis</i>
SF-36	<i>The Short-Form Health Survey</i>
SPSS	<i>Social Package for Social Science</i>
SWLS-	<i>The Satisfaction With Life Scale</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL-100	<i>The World Health Organization Quality of Life Instrument</i>
WHOQOL-bref	<i>The World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment</i>

SÍMBOLOS

α	alfa de Cronbach
β	beta
=	igual a
>	maior que
<	menor
+ /-	mais ou menos
%	porcentagem

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Escores em cada domínio do <i>WHOQOL-bref</i> segundo os grupos.....	34
Gráfico 2 -	Escore da percepção da qualidade de vida segundo idade em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e mulheres saudáveis (controle).....	36
Gráfico 3 -	Escore médio do domínio físico em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo), mulheres saudáveis (controle) e etnia.....	40
Gráfico 4 -	Escore médio do domínio psicológico segundo escolaridade e mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e mulheres saudáveis (controle).....	43
Gráfico 5 -	Escore médio do domínio social dos grupos (estudo e controle) e escolaridade.....	46
Gráfico 6 -	Escore médio do domínio meio ambiente segundo os grupos (estudo e controle) e estado civil.....	49

TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas dos grupos mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	30
Tabela 2 -	Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> dos domínios e questões (n=210)	31
Tabela 3 -	Média (desvio padrão) das questões do domínio geral do <i>WHOQOL-bref</i> em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).	32
Tabela 4 -	Média (desvio padrão) dos domínios do <i>WHOQOL-bref</i> em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	33
Tabela 5 -	Análise uni e multivariada da percepção da qualidade de vida com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	35
Tabela 6 -	Análise uni e multivariada da satisfação com a saúde com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	37
Tabela 7 -	Análise uni e multivariada do domínio físico do <i>WHOQOL-bref</i> com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	39
Tabela 8 -	Análise uni e multivariada do domínio psicológico do <i>WHOQOL-bref</i> com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).....	41

Tabela 9 -	Análise uni e multivariada do domínio social do <i>WHOQOL-bref</i> em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle) com variáveis demográficas.	44
Tabela 10 -	Análise uni e multivariada do domínio meio ambiente do <i>WHOQOL-bref</i> com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle).	47

FIGURA

Figura 1 - Prevalência mundial de candidíase vulvovaginal recorrente
para cada 100 mil mulheres (2013).....3

RESUMO

Fukazawa EI. *Influência da candidíase vulvovaginal recorrente na qualidade de vida* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Introdução: A candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR) afeta aproximadamente 138 milhões de mulheres mundialmente. Motivo frequente de consultas em ginecologia, é definida como a ocorrência de quatro ou mais episódios em um período de 12 meses. Manifesta-se por sintomas extremamente desagradáveis como prurido, corrimento, irritação vulvovaginal, dor, comprometendo as atividades diárias e laborais, vida sexual e relacionamentos sociais. **Objetivo:** Avaliar a influência da candidíase vulvovaginal recorrente na qualidade de vida de mulheres com essa afecção, comparativamente à mulheres saudáveis. **Método:** O estudo foi realizado no Setor de Imunologia, Genética e Infecções do Trato Reprodutivo do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de Julho de 2016 à dezembro de 2017, após aprovação pelo comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP. Foram avaliadas 100 mulheres com diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente, confirmado clínica e laboratorialmente (grupo estudo) e 101 mulheres saudáveis (grupo controle), em um estudo transversal analítico caso controle. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário validado *World Health Quality of Life Abbreviated Assessment (WHOQOL-bref)*, autoadministrado, em ambos os grupos. Tal questionário é constituído por quatro domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) e contém 26 questões. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente de alfa de *Cronbach*. Para a análise estatística foram utilizados o teste qui-quadrado e o teste T de *Student*. **Resultados:** As médias etárias das mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente e das do grupo controle foram 34,0 e 32,2 anos respectivamente. Os escores médios das dimensões do *WHOQOL-bref* para a percepção da qualidade de vida (59,7), satisfação com a saúde (46,7), físico (54,4), psicológico (56,8), social (51,5), meio ambiente (43,5) para mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente foram menores do que os do grupo controle: qualidade de vida (71,3), satisfação com a saúde (67,1), físico (68,5), psicológico (65,8), social (69,1) e meio ambiente (57,4). O coeficiente alfa de *Cronbach* resultou maior do que 0,8 para as questões gerais e maior do que 0,65 para questões específicas, indicando uma consistência interna quase perfeita e substancial respectivamente. Assim, a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde estiveram muito reduzidas nas mulheres com CVVR ($p < 0,001$). No domínio físico a percepção de dor, falta de energia, problemas com o sono, redução da atividade diária, dependência de medicações ou tratamentos apresentaram-se aumentados em mulheres com

candidíase vulvovaginal recorrente ($p<0,001$). No domínio psicológico tais mulheres referiram pouca afetividade, baixa autoestima, dificuldade na cognição e depreciação da imagem corporal ($p<0,001$). Todos os aspectos sociais, incluindo atividade sexual também se mostraram reduzidos. No domínio meio ambiente apresentaram menor satisfação em seu local de moradia, poucos recursos financeiros, menos atividades recreativas e alto índice de desemprego ($p<0,001$). **Conclusão:** Candidíase vulvovaginal recorrente impactou de maneira negativa múltiplos aspectos do bem-estar das mulheres afetadas. Mulheres com esta condição merecem especial atenção dos profissionais de saúde e também o incentivo de novas pesquisas, que possam melhor elucidar aspectos de susceptibilidade, prevenção e tratamento.

Descritores: bem-estar, candidíase vulvovaginal, prurido, qualidade de vida, recorrência, saúde, *WHOQOL-bref*.

ABSTRACT

Fukazawa EI. *Influence of recurrent vulvovaginal candidiasis on quality of life* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2018.

Background: Recurrent vulvovaginal candidiasis (RVVC) affects about 138 million women annually worldwide. A frequent reason for gynecologist consults, RVVC is defined as four or more episodes of culture positive symptomatic episodes in a 12 month period. Vulvovaginal itching, irritation, pain, discharge and problems with their sexual and emotional relationships are frequent complaints. We evaluated the influence of RVVC on aspects of quality of life in affected women in comparison to a control group. **METHODS:** This study was conducted at University of Sao Paulo Hospital of Medicine between July 2016- December 2017. The study was approved by Ethical Committee of University Sao Paulo Medical School. The cross sectional study consisted of 100 women with RVVC and 101 epidemiologically healthy matched women with no history of RVVC. Each subject completed a self-administrated validated World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment (WHOQOL-bref) questionnaire, consisting of four domains (physical, psychological, social relations, environment) and composed of 26 questions. Internal consistency of responses was evaluated by Cronbach alpha. Data was analyzed by Chi square and student T test. **RESULTS:** The mean age of women with RVVC and controls was 34,0 years and 32,2 years, respectively. The mean WHOQOL-bref dimension scores for general health (59,7), life satisfaction (46,7), physical well being (54,5), social relations (51,5), psychological (56,8) and environment (43,5) for women with RVVC were all lower than in the control group: general health (71,3), life satisfaction (67,1), physical (68,5), social relations (69,1), psychological (65,8), and environment (57,4). Cronbach alpha coefficient was >0.8 for general questions and >0.65 for specific questions, indicating almost perfect and substantial internal consistency, respectively. In total, perception of quality of life and satisfaction with their health was greatly reduced in the RVVC group ($p<0.001$). In the physical dominion, perception of pain, lack of energy, sleep problems, reduced daily activity, reliance on medications or treatments was increased in women with RVVC ($p<0.001$). Psychologically, RVVC patients reported lowered affection, cognition, self-esteem and body image ($p<0.001$). All aspects of social relations including sexual activity were also reduced ($p<0.001$). Patients reported a less satisfactory home environment, lower financial resources, lower frequency of recreational activities and higher unemployment ($p<0.001$). **CONCLUSION:** RVVC affects multiple aspects of affected women's well being. Women with this condition deserve serious attention from clinicians and research into susceptibility, prevention and treatment of this infection should receive much greater support.

Descriptors: health, pruritus, quality of life, recurrent, vulvovaginal candidiasis, well being, WHOQOL-bref.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE

O gênero *Candida* é constituído por aproximadamente 200 espécies de leveduras oportunistas, que vivem normalmente nos mais diferentes tecidos e secreções do corpo humano. No trato genital feminino a *Candida sp* pode ser encontrada em 20% das mulheres saudáveis assintomáticas. Entretanto, por fatores ainda pouco conhecidos, as leveduras podem se tornar patogênicas. Os mecanismos que impedem ou favorecem tal transição ainda não estão totalmente conhecidos, mas estão particularmente relacionados à atuação do sistema imune do hospedeiro.¹⁻⁵

As vulvovaginites por fungos foram descritas pela primeira vez por *J.S. Wilkinson* em 1949, ocasião em que foi estabelecida a relação entre presença de fungos na vagina e sintomas de vaginite.⁶

Dentre as infecções do trato genital inferior a candidíase vulvovaginal é motivo frequente de procura por consulta ginecológica. Estima-se que aproximadamente 75% das mulheres em idade reprodutiva apresentarão pelo menos um episódio durante suas vidas; 50% apresentarão dois ou mais episódios e 5% terão episódios recorrentes, ou seja quatro ou mais episódios por ano.⁷

Segundo *Sobel e Revankar* (2007)⁸ estudos epidemiológicos para determinar a frequência da vulvovaginite recorrente por *Candida* são de

grande dificuldade, particularmente pela ampla disponibilidade de medicações antifúngicas, que são utilizadas sem a necessidade de prescrição médica; tal fato possibilita o acesso rápido aos medicamentos para alívio dos sintomas, mas, por outro lado, elimina a procura por atendimento médico.

Embora não existam números absolutos, estimativas apontam para uma incidência de 138 milhões de casos novos de candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR), a cada ano, no mundo. A maior prevalência ocorre na faixa etária de 24 a 35 anos, período de maior produtividade na vida das mulheres; em países com alta renda *per capita*, a perda de produtividade pode atingir 14 bilhões de dólares anualmente.⁹

A figura 1 ilustra a distribuição da CVVR no mundo.

Figura 1 - Prevalência mundial de candidíase vulvovaginal recorrente para cada 100 mil mulheres (2013)⁹

FONTE: Denning DW, Kneale M, Sobel JD, Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: Lancet Infect Dis.2018;pii:S1473-3099(18)30103-8.⁹

Dentre as diversas espécies de *Candida* (*albicans*, *glabrata*, *parapsilosis*, *tropicalis* e outras) a *albicans* é a mais prevalente, sendo

responsável por 85-95% desta infecção. Entretanto, nos últimos anos, tem sido observado aumento na frequência das espécies não *albicans*.^{10,11}

O quadro clínico da candidíase vulvovaginal é representado por prurido vulvar de intensidade variável e corrimento geralmente esbranquiçado; nos casos mais intensos pode haver dispareunia, disúria e edema vulvovaginal. O prurido é o sintoma mais relevante, podendo haver ainda lesões vulvares como escoriações e fissuras.¹²⁻¹⁵

Ressalta-se a necessidade de realização do diagnóstico correto pela confirmação da presença do microorganismo no conteúdo vaginal, através da microscopia a fresco, bacterioscopia com coloração pelo método de Gram ou cultura em meios específicos. Reações de hipersensibilidade ou reações alérgicas podem causar os sintomas atribuídos ao fungo.^{16,17}

Define-se candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR), como a ocorrência de quatro ou mais episódios confirmados clínica e laboratorialmente em um período de 12 meses.¹²

Os fatores que determinam a transição da candidíase vulvovaginal esporádica para a recorrente ainda não estão totalmente definidos. A maioria dos casos de recorrências ocorrem em mulheres sem nenhum dos clássicos fatores de risco para candidíase, como diabetes melito não controlada, gestação, uso de contraceptivos hormonais de alta dosagem, uso de antibióticos, imunossupressores ou presença de doenças auto imunes.¹⁸⁻²⁰

Estudos tem demonstrado que o aparecimento da CVVR pode estar relacionado às deficiências específicas do sistema imune do hospedeiro, particularmente no que se refere à imunidade do trato genital. Um dos

componentes do sistema imune inato é a proteína lectina ligadora de manose, que está presente nos fluidos corporais e na secreção vaginal. Tal proteína possui a capacidade de reconhecer e ligar-se ao polissacarídeo manose, presente na superfície da *Candida sp* e de outros microorganismos; essa ligação ativa sistema de complemento, promovendo a lise celular e os mecanismos de fagocitose, com destruição do fungo. Assim, a lectina ligadora de manose representa importante componente da imunidade local no combate à infecção fungica.²¹

O gene que codifica a lectina ligadora de manose é polimórfico, ou seja, pode apresentar alterações na sequência de nucleotídeos que o compõe; tal polimorfismo resulta na alteração do produto final que o gene determina, a lectina ligadora de manose, que terá sua função alterada, sendo menos eficaz no combate aos fungos e outros microorganismos.²¹ Wojitani et al. (2012)²² estudando mulheres brasileiras que apresentavam episódios de candidíase vulvovaginal recorrente comparativamente à mulheres saudáveis, verificaram que mulheres com recorrências apresentavam maior frequência de polimorfismo no referido gene, o que facilita o aparecimento das recidivas. Alterações na atuação de outros componentes do sistema imune também podem aumentar a predisposição às recorrências.

Por outro lado, mecanismos de virulência relacionados ao microorganismo podem facilitar as recorrências. Assim, a habilidade da *Candida sp* para infectar diversos nichos é mantida por fatores tais como: polimorfismo do fungo, expressões de adesinas e invasinas na superfície da célula, formação de biofilmes, *switching* fenotípico, adaptação metabólica,

secreções de enzimas hidrolítica e resposta ao estresse do meio ambiente.^{23,24}

Embora diversos estudos já tenham sido realizados, existe a necessidade de maior entendimento da fisiopatogênese da CVVR, assim como dos aspectos imunológicos do hospedeiro que atuam no combate à essa afecção que acomete grande número de mulheres em todo o mundo. Por outro lado, os sintomas extremamente desagradáveis, além de prejudicarem o exercício da sexualidade, afetam de maneira importante aspectos pessoais e profissionais da vida da mulher, impactando negativamente a qualidade de vida.

1.2 QUALIDADE DE VIDA

Atualmente qualidade de vida é um objetivo relevante. Viver muito ou pouco já não tem tanta importância; o que realmente importa é como viver bem e esse tema tem sido motivo de estudos. Questões pouco valorizadas no passado hoje fazem parte de metas a serem alcançadas, bem como a busca da qualidade total em programas sociais e empresariais. Estas questões dizem respeito, por exemplo, às condições de trânsito nas cidades, aos diversos atendimentos médico-hospitalares, à existência ou não de áreas verdes, aos efeitos que medicamentos podem causar ao paciente, à realização pessoal, profissional e financeira, ao morar bem e ter conforto, entre tantas outras questões que implicam na qualidade de vida.²⁵

O conceito de qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Pigou²⁶ em 1920, após a primeira guerra mundial. Este autor sugeriu a intervenção do estado na distribuição de renda, resultando em maior igualdade social consequentemente uma qualidade de vida superior.

A partir dos anos 80 o conceito de qualidade de vida passou a ser assunto de grande importância, principalmente no campo da saúde. Contribuiu para este fato o aumento da expectativa de vida em virtude do desenvolvimento tecnológico da medicina.^{27,28}

Melhorar a qualidade de vida tornou-se a meta mais desejável em todas as políticas de saúde. A discussão frequente sobre o assunto pela mídia e em todos os ambientes em conversas do dia-a-dia veio acompanhada de um dos maiores desafios, a definição de qualidade de vida.^{29,30}

Segundo Dalkey e Rourke (1973)³¹, qualidade de vida pode ser definida como “a sensação de bem-estar, satisfação ou insatisfação com a vida, ou a felicidade ou infelicidade do indivíduo”.

Abrams (1973)³² definiu qualidade de vida em termos globais, como sendo o grau de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas nos vários aspectos de suas vidas.

Farquhar (1995)³³, no intuito de organizar as várias definições sobre qualidade de vida, propôs uma taxonomia, classificando-as em definições globais, por componentes, focalizadas e combinadas. As globais são as mais comuns, incorporam idéias de satisfação e insatisfação e de felicidade e descontentamento. As por componentes dividem o conceito numa série de partes que contribuem para a qualidade de vida global. Nas definições

focalizadas um ou mais componentes são analisados mais detalhadamente. As combinadas são junções de definições que buscam identificar os elementos comuns a cada uma das definições.

Em 1995 a Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como uma concepção pessoal do indivíduo, que se baseia no seu contexto sociocultural, valores, sonhos, metas, padrões e preocupações. Ou seja, é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.³⁴

De acordo com Minayo et al. (2000)³⁵, qualidade de vida é uma noção particularmente humana, que no sentido mais objetivo, se relaciona com o grau de satisfação encontrado em ambientes familiar, social, vida amorosa e o que agrada ao indivíduo. Subentende-se a presença de todos os elementos que uma determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar. Qualidade de vida seria um composto biológico-social, que sofre intervenções mentais, ambientais e culturais.

Segundo Gonçalves e Vilarta (2004)³⁶, qualidade de vida é apresentada pela maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito. Assim, ao abordar o tema, deve-se levar em consideração a sociedade a que o indivíduo pertence, condições históricas, ambientais e socioculturais de determinado grupo.

A noção de qualidade de vida está relacionada a três aspectos. O primeiro é o histórico ou seja, em um determinado tempo de seu desenvolvimento social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é o cultural, onde os valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos e o terceiro se refere às estratificações ou classes sociais, ou seja, as sociedades que apresentam grandes desigualdades socioeconômicas mostram que os padrões de bem estar são também estratificados.³⁵

Importante ressaltar que já em 1995 a Organização Mundial da Saúde consolidou o conceito de qualidade de vida sob os aspectos de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.³⁷

Em relação à subjetividade, é considerada a percepção do indivíduo sobre todos os aspectos cotidiano, incluindo seu estado de saúde, seu contexto de vida e como tal indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada dimensão relacionadas à qualidade de vida³⁷. De acordo com Slevin et al. (1988)³⁸, a noção de qualidade de vida somente poderia ser avaliada pelo próprio indivíduo, ao contrário das tendências iniciais do uso do seu conceito, quando era avaliada por um observador, usualmente um profissional da saúde. Assim, deveriam ser consideradas as perspectivas da população ou dos pacientes e não a visão dos profissionais de saúde.³⁹

Quanto à multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento pelo qual o construto (conceito teórico não observável, por exemplo;

personalidade, amor, medo) é composto por diversas dimensões, quantitativas e qualitativas.^{40,41}

Em relação à bipolaridade, considera-se que o construto possui dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições diferentes, tais como desempenho de papéis, autonomia, dor, fadiga e dependência.⁴²

Assim, mais do que definir através de conceitos, a ciência leva em consideração as pesquisas sobre qualidade de vida sob diferentes aspectos, como por exemplo as condições de saúde das pessoas. Além disso outros dados são relevantes para a definição de qualidade de vida, sendo os mesmos denominados de dimensões ou domínios. os quais compreendem: presença de dor, alimentação, funções cognitivas, satisfação sexual, reserva energética, comunicação, comportamento emocional, relacionamentos sociais, atividade no trabalho, atividade domésticas e locomoção.^{43,44}

O termo dimensões ou domínios identifica um foco particular de atenção, como por exemplo, capacidade funcional ou saúde mental, dentre outros. Refere-se a uma determinada área de comportamento ou experiências que estão sendo medidas. As dimensões ou domínios caracterizam-se por um conjunto de questões agrupadas nos instrumentos de medida, sendo tais questões relacionadas à uma determinada área do conhecimento ou da condição humana.⁴²

Assim, cada sociedade estabelece culturalmente seu padrão de vida e isso direciona as expectativas e níveis de satisfação dos indivíduos que a

compõem, exercendo influência sobre o que representa ou não uma boa qualidade de vida.³⁵

Recentemente, tem ocorrido crescente preocupação não apenas com a frequência e a severidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto das mesmas na qualidade de vida do indivíduo.^{45,46,47}

Diversas são as formas de avaliação da qualidade de vida, não havendo medidas consideradas como padrão-ouro.³³

O Índice de Desenvolvimento Humano, (IDH) é uma das formas mais tradicionais de avaliação de qualidade de vida em grandes populações; é um indicador sintético, composto por: esperança ao nascer, escolarização, alfabetização de adultos e renda per capita.⁴⁸

De acordo com Laurenti (2003)⁴⁹, os instrumentos para avaliação de qualidade de vida utilizados no Brasil normalmente são traduções que apresentam falhas ao serem aplicados em culturas diferentes, sendo necessário validá-los.

A validade de um instrumento de medida pode ser definida como a sua capacidade de mensurar o que se propõe a medir. A confiabilidade do mesmo é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, refere-se à característica que determina o quanto a escala de respostas produz resultados consistentes. O modo mais utilizado para medir a confiabilidade é através da avaliação da consistência interna.^{50,51}

Um dos coeficientes mais utilizados para a avaliação da consistência interna de um questionário é o alfa de *Cronbach*, que mede a correlação entre

as respostas do questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, verificando se existe uma correlação adequada entre as perguntas. A estimativa final do alfa de *Cronbach* revela o grau de correlação entre os itens do questionário.^{52,53} (Anexo D)

Diversos instrumentos têm sido utilizados para mensurar a de qualidade de vida, a maioria dos quais desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos e na Europa. Em relação ao campo de aplicação, podem ser divididos em dois grandes grupos: genéricos e específicos.^{54,55}

Instrumentos genéricos são aqueles desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, podendo ser aplicados em várias populações. Avaliam o perfil de saúde e as medidas que indicam a preferênciado paciente por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção.^{56,57}

Os instrumentos específicos são assim designados porque avaliam grupos com diagnósticos específicos ou populações específicas, com o objetivo de medir responsividade ou mudanças consideradas “cl clinicamente importantes”, proporcionando assim uma maior sensibilidade na detecção de melhora ou piora do aspectoem estudo.⁴⁹

A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida sob uma perspectiva internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) constituísse um grupo de estudos de qualidade de vida, com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de realizar esta avaliação dentro de um âmbito transcultural.⁵⁸

A construção do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL*) teve início em 1994, sendo realizado em 15 centros simultaneamente e disponibilizado em 20 idiomas. O resultado foi a criação de um instrumento que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em diferentes culturas.⁵⁹

No Brasil, tal projeto multicêntrico foi traduzido por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, liderados pelo professor Marcelo P. de Almeida Fleck (2000).⁶⁰

O instrumento de avaliação de qualidade de vida, denominado *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*, é constituído por um questionário contendo 100 questões, Tal instrumento é baseado em três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. Por sua vez, esses aspectos são distribuídos em seis domínios, a saber: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente e qualidade de vida geral. Cada domínio é constituído por vários subdomínios, denominados de facetas, sendo cada uma das facetas avaliada por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida.⁵⁹

Após uma série de análises psicométricas (técnicas que viabilizam a quantificação de fenômenos psíquicos) do desempenho dos itens deste instrumento e buscando um instrumento menos complexo com maior facilidade de aplicação, o grupo *WHOQOL* desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *World Health Organization Quality of Life Abbreviated*

Assessment (WHOQOL-Bref). O critério de seleção das questões para compor a versão abreviada foi tanto psicométrica como conceitual. Tal versão foi testada em 23 países, inclusive no Brasil, tendo sido respondida por 11.830 pessoas. O resultado da avaliação foi considerado entre bom e excelente, referendando alta qualidade do questionário.⁶⁰⁻⁶³

O *WHOQOL-bref* abrange quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É composto por 26 questões, duas gerais sobre qualidade de vida e saúde e as demais 24 correspondendo às facetas que compõem o instrumento original.⁵⁸

As questões do *WHOQOL-100* e *WHOQOL-Bref* foram formuladas seguindo a escala de respostas tipo *Likert*, ou seja, padrão de resposta psicométrica, obedecendo as magnitudes de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre), e avaliação (muito insatisfeito, insatisfeito, pouco satisfeito, muito satisfeito).^{64,65}

Ambos os questionário *WHOQOL-100* e *WHOQOL-Bref* têm sido utilizados em diversas áreas do conhecimento, em especial na área da saúde, permitindo a comparação de resultados entre diferentes populações.⁶⁶

As versões em português seguiram a mesma proposta de utilização, ou seja, aplicabilidade em várias áreas de conhecimento e principalmente na área da saúde.⁶⁶

O Quadro 1 apresenta os domínios e facetas do *WHOQOL-bref*, na versão validada para a língua portuguesa.⁵⁵

Domínio 1 – Físico

- Dor e desconforto
- Energia e fadiga
- Sono e repouso
- Mobilidade
- Atividade da vida cotidiana
- Dependência de medicação ou de tratamento
- Capacidade de trabalho

Domínio 2 – Psicológico

- Sentimentos positivos
- Pensar, aprender, memória e concentração
- Autoestima
- Imagem corporal e aparência
- Sentimentos negativos

Domínio 3 – Social

- Relações pessoais
- Suporte (apoio) social
- Atividade sexual

Domínio 4 – Meio ambiente

- Segurança física e proteção
- Ambiente do lar
- Recursos financeiros
- Cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade
- Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
- Participação em e oportunidade de recreação/lazer
- Ambiente físico (poluição/clima/ruído/trânsito)
- Transporte

1.3 CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE E QUALIDADE DE VIDA

A CVVR pode manifestar-se por sintomas extremamente desagradáveis, que repercutem no dia a dia das mulheres acometidas,

comprometendo suas atividades diárias e laborais, vida sexual, relacionamentos sociais e familiares, afetando inclusive seus sentimentos.⁶⁷

Além do desconforto físico, a CVVR acarreta significativos agravos psicológicos e financeiros; quando comparadas à mulheres que foram assistidas em programa de planejamento familiar, as mulheres com história de CVVR apresentaram baixa autoestima, referindo estarem sob intenso estresse, com depressão, menos satisfeitas com a vida em geral.⁶⁸⁻⁷⁰

Em entrevista qualitativa realizada nos Estados Unidos com a participação de 127 mulheres com diagnóstico de CVVR, as mesmas referiram que esta afecção afeta a vida pessoal, incluindo a habilidade de socialização, prejudicando a atividade sexual e reduzindo a produtividade. Aproximadamente 40% das mulheres entrevistadas afirmaram que a CVVR é um incômodo muito grande em suas vidas e que os maiores desconfortos são ocasionados pelos sintomas e gastos com medicações e consultas. Dentre as entrevistadas 30% relataram terem se ausentado do trabalho devido à infecção fúngica.⁶⁹

Aballéa et al (2013)⁶⁹ estimaram que a perda da produtividade no trabalho devido à CVVR poderia atingir a média de 33 horas por ano, o que corresponderia a aproximadamente a 1.260 dólares em 2011 nos Estados Unidos.

Estudos mostraram que o estresse crônico afeta a reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Em condições de estresse agudo ocorre a liberação de hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) e corticóides na corrente sanguínea, como resposta fisiológica, pela ativação do eixo hipotálamo-

hipófise-adrenal. Entretanto, quando o referido eixo é constantemente ativado por longo período, ocorre o estresse crônico; nesta situação o mecanismo fisiológico pode falhar, o que leva a alterações da resposta imune reduzindo a imunidade celular e aumentando da suscetibilidade à infecções.⁷⁰

Ehrström et al.⁷¹ (2005) realizaram estudo com 35 mulheres portadoras de CVVR e 35 mulheres saudáveis, as quais foram submetidas à análise quantitativa do nível de cortisol em amostras de saliva. Os autores demonstraram que as mulheres com CVVR apresentaram níveis baixos de cortisol quando comparadas às saudáveis, indicando estado de estresse crônico nas portadoras da afecção.

Assim, a literatura tem apontado vários aspectos relacionados à infecção fúngica no trato genital feminino: epidemiológicos, etiopatogênicos, de diagnóstico e tratamento de tão relevante afecção. Entretanto, lacunas existem na avaliação da qualidade de vida das mulheres acometidas, o que motivou a realização do presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência da candidíase vulvovaginal recorrente na qualidade de vida em mulheres portadoras dessa afecção.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Avaliar a percepção da qualidade de vida em mulheres portadoras de candidíase vulvovaginal recorrente, comparativamente à mulheres saudáveis utilizando *World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment (WHOQOL-bref)*.
- 2- Verificar a adequabilidade do instrumento *World Health Quality of Life Abbreviated Assessment* para a avaliação da qualidade de vida em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente e mulheres saudáveis.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

Este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia e, posteriormente encaminhado à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, (CAPPesq), processo número 0808/10, anexo A.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal analítico, caso controle.

3.2 SUJEITOS

As pacientes foram selecionadas no Setor de Imunologia, Genética e Infecções do Trato Reprodutivo do Ambulatório da Divisão de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo.

O estudo foi realizado no período de julho de 2016 à dezembro de 2017. Todas as pacientes com diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente e que respeitassem os critérios de inclusão foram convidadas, durante a consulta, a participar. Tais pacientes caracterizaram o grupo estudo. Para o grupo controle foram convidadas mulheres saudáveis e que obedeciam aos critérios de inclusão.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão dos grupos estudo e controle

Critérios de inclusão do grupo de estudo

- Idade ≥ 18 anos
- Menacme
- Vida sexual ativa
- Diagnóstico de candidíase vulvovaginal recorrente (definida como quatro ou mais episódios de candidíase confirmados clínica e laboratorialmente no período de 12 meses)
- Ausência de sinais e sintomas de doenças imunológicas

Critérios de inclusão do grupo controle

- Menacme
- Vida sexual ativa
- Idade ≥ 18 anos

Critérios de exclusão dos grupos estudo e controle

- Gestação atual
- Uso de antibióticos e/ou corticosteróides nos últimos 30 dias
- Uso de creme vaginal nos últimos 30 dias
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- Uso de contraceptivo hormonal oral com dosagem de etinil estradiol acima de 30 microgramas
- Presença de doenças associadas: auto-imunes, diabetes melito, neoplasias malignas.

3.3 MÉTODO DE ESTUDO

No momento da consulta, a paciente era informada sobre o estudo. Se aceitasse participar era submetida à rotina de consulta do Setor de Imunologia, Genética e Infecções do Trato Reprodutivo da Divisão de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, ao término da mesma, recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, (Anexo B). Após leitura, esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura do Termo, e se respeitasse aos critérios de inclusão avaliados pela pesquisadora, era incluída no estudo.

Todas as pacientes convidadas pela pesquisadora aceitaram participar, recebendo então o instrumento de medida de qualidade de vida, *World Health Organization Quality of Life Abbreviated (WHOQOL-bref)* (Anexo C). Ao término do questionário devolviam o mesmo à pesquisadora.

O grupo controle foi constituído por mulheres que compareciam para consulta ginecológica de rotina e/ou coleta de citologia oncológica e que não apresentavam história, sinais e sintomas de doenças ginecológicas e/ou outras doenças.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado o *WHOQOL-bref*, questionário composto por 26 questões, assim distribuídas: a primeira questão avalia a percepção da qualidade de vida, a segunda avalia a satisfação com a saúde e as demais 24 questões avaliam cada uma das facetas que compõem os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

A escala de respostas do questionário é do tipo *Likert*, como previamente explicitado, composta por cinco elementos e variando de 1 a 5. Ressalta-se que as questões Q3, Q4, Q26 do *WHOQOL-bref* apresentam escala invertida, o que significa que as respostas quantificadas como 1, 2, 3, 4 e 5 são invertidas para os valores 5, 4, 3, 2, e 1, respectivamente (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1).

Assim, tal inversão foi realizada pela pesquisadora quando recebia o questionário preenchido pela paciente.

3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

O estudo pretende avaliar a influência da candidíase vulvovaginal na qualidade de vida das pacientes. Para tanto, serão observadas mulheres com diagnóstico de candidíase comprovado e mulheres controle de mesma faixa etária, etnia e nível cultural. Para avaliação da qualidade de vida será utilizado o questionário *WHOQOL-bref* (*World Health Quality of Life Abbreviated Assessment*).

Supondo que a as mulheres com candidíase apresentem queda na qualidade de vida comparativamente às mulheres controle de pelo menos 1 DP (um desvio padrão) para qualquer dos domínios de qualidade de vida, os grupos para realização do estudo deverão ser compostos de 16 mulheres cada, com confiança de 95% e poder de 80% conforme formulação abaixo:

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\left(\frac{\text{diferença média}}{\text{desvio padrão}} \right)^2}$$

(Equação 1)

Onde: $Z_{\alpha/2}$ é o valor da distribuição normal com 1- α de confiança;

Z_{α} é o valor da distribuição normal com 1- α de poder; diferença é o valor que se espera na diferença da qualidade de vida entre os dois grupos de mulheres; desvio padrão é a variabilidade na qualidade de vida dentro de cada um dos grupos.⁷²

Devido à disponibilidade de pacientes no Ambulatório do Setor de Imunologia, Genética e Infecções do Trato Reprodutivo, foram incluídas 100 pacientes no grupo estudo e 101 mulheres no grupo controle.

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O resultado final dos domínios do *WHOQOL-bref* foi obtido calculando-se a média dos valores de cada domínio. A média obtida foi multiplicada pelo número quatro, uma vez que o instrumento de origem do *WHOQOL-bref*, o *WHOQOL-100*, contém quatro questões para cada faceta.⁷³

Portanto, os resultado dos questionários respondidos pelas pacientes (respostas que variavam de 1 a 5) foram transformados em escores de 0 à 100, de acordo com as normas estabelecidas para a utilização de tal instrumento de avaliação de qualidade de vida. Para o cálculo dos escores de cada domínio, as questões foram agrupadas também de acordo com as referidas normas.⁷³

Para a análise estatística as variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Variáveis contínuas foram avaliadas quanto à normalidade por métodos gráficos e pelos valores de curtose e assimetria e todas apresentaram distribuição normal, sendo descritas pelas médias e respectivos desvios-padrão.⁷⁴

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Variáveis contínuas foram avaliadas quanto à normalidade por métodos gráficos e pelos valores de curtose e assimetria e todas apresentaram distribuição normal, sendo descritas pelas médias e respectivos desvios-padrão.

Na análise univariada, foi utilizado o teste qui-quadrado para comparação das variáveis categóricas entre os grupos estudo e controle. O teste *T de Student* para amostras independentes foi utilizado para comparação da idade e escores do *WHOQOL-bref* entre os grupos estudo e controle. Para comparação dos escores quanto à escolaridade e estado civil foi utilizado o teste ANOVA.⁷⁴

Para identificação dos fatores associados de forma independente a cada um dos domínios do *WHOQOL-Bref*, foi utilizada a técnica de regressão linear múltipla. Foram incluídos nos modelos as variáveis grupo (estudo ou controle), idade (independente de significância estatística, devido à plausibilidade biológica) e variáveis com valor de $p < 0,10$ na análise univariada. Os pressupostos foram verificados e não foram violados.

Todos os testes foram bicaudados e valores finais de p menores que 0,05 foram considerados significativos. Todas as análises foram conduzidas com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences*.⁷⁴

Para a análise da confiabilidade da consistência interna, foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach*. Tal coeficiente mede a correlação entre as respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, avaliando a magnitude em que os itens de um instrumento estão relacionados entre si e medem o mesmo conceito.⁵³

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A Tabela 1 ilustra a distribuição dos dados sociodemográficos nos grupo estudo e controle.

Tabela 1- Características sociodemográficas de mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

Variáveis	Total (n=201)		GRUPO				p-valor
			Estudo (n=100)		Controle (n=101)		
	N	%	n	%	n	%	
Etnia							0,468
Branca	171	85,1	82	82,0	89	88,1	
Negra	5	2,5	4	4,0	1	1,0	
Parda	23	11,4	13	13,0	10	9,9	
Amarela	2	1,0	1	1,0	1	1,0	
Escolaridade							0,139
Ens. fund. ou menos	10	5,0	6	6,0	4	4,0	
Ens. fund.Completo	66	32,8	28	28,0	38	37,6	
Ens. médio completo	107	53,2	53	53,0	54	53,5	
Ens. sup.Completo	18	9,0	13	13,0	5	4,9	
Idade, anos							0,072
média ± desvio padrão	33,1 ± 7,3		34,0 ± 6,9		32,2 ± 7,6		
Atividade laboral							0,006
Não	68	33,8	43	43,0	25	24,7	
Sim	133	66,2	57	57,0	76	75,3	
Estado civil							0,198
Casada/união estável	119	59,2	64	64,0	55	54,5	
Solteira	69	34,3	30	30,0	39	38,6	
Divorciada/separada	11	5,5	4	4,0	7	6,9	
Viúva	2	1,0	2	2,0	0	0,0	

Os dados são apresentados como n(%), exceto se especificado.

Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle com relação às variáveis etnia, escolaridade, estado civil e idade. Entretanto, foi observada diferença em relação à atividade laboral, sendo mais frequente no grupo controle ($p=0,006$)

A Tabela 2 ilustra a avaliação da consistência interna do total de domínios, total de questões e cada um dos domínios do *WHOQOL-bref* de acordo com o coeficiente de alfa de *Cronbach* para o total de mulheres dos grupos estudo e controle ($n=201$).

Tabela 2 - Coeficiente alfa de *Cronbach* dos domínios e questões ($n=201$)

Itens	Coeficiente de <i>Cronbach</i>	Número de itens
Domínios	0,81	6
26 questões	0,88	26
Domínio 1 – Físico	0,65	7
Domínio 2 – Psicológico	0,66	6
Domínio 3 – Relações Sociais	0,72	3
Domínio 4 – Meio Ambiente	0,74	8

Observa-se que, para o total de domínios e o total de questões, o coeficiente de alfa de *Cronbach* esteve acima de 0,8, ou seja, quase perfeito.

Para cada domínio isoladamente os valores foram substanciais, ou seja, 0,65 a 0,74.⁷⁵

A Tabela 3 ilustra a média (desvio padrão) das questões do domínio geral do *WHOQOL-bref* de acordo com os grupos estudo e controle.

Tabela 3- Média (desvio padrão) das questões do domínio geral do *WHOQOL-bref* em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Total (n=201)	GRUPO		p-valor
		Estudo (n=100)	Controle (n=101)	
Percepção da Qualidade de Vida	65,5 ± 18,1	59,7 ± 19,4	71,3 ± 14,7	<0,001
Satisfação com a Saúde	57,0 ± 21,2	46,7 ± 20,0	67,1 ± 17,3	<0,001

Observa-se que, nas questões do domínio geral do *WHOQOL-bref*, o grupo estudo apresentou escores inferiores ao grupo controle; tais diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

A Tabela 4 ilustra a média (desvio padrão) dos diferentes domínios do *WHOQOL-bref* de acordo com os grupos estudo e controle.

Tabela 4- Média (desvio padrão) dos domínios do *WHOQOL-bref* em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Total (n=201)	GRUPO		p-valor
		Estudo (n=100)	Controle (n=101)	
Físico	61,5 ± 13,0	54,5 ± 11,2	68,5 ± 10,7	<0,001
Psicológico	61,3 ± 12,3	56,8 ± 12,1	65,8 ± 10,8	<0,001
Social	60,4 ± 19,8	51,5 ± 18,8	69,1 ± 16,7	<0,001
Meio ambiente	50,5 ± 13,2	43,5 ± 12,0	57,4 ± 10,5	<0,001
Total	57,9 ± 11,2	51,2 ± 9,6	64,6 ± 8,4	<0,001

Observa-se que, em todos os domínios, o grupo controle apresentou escores superiores ao grupo estudo, sendo que em todos os domínios tais diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

O Gráfico 1 ilustra os comportamentos descritos nas Tabelas 3 e 4.

Gráfico 1 - Escores em cada domínio do *WHOQOL-bref* segundo os grupos

Observa-se que a questão 2 “satisfação com a saúde” apresentou a maior diferença média entre ambos os grupos. Para cada um dos domínios do *WHOQOL-bref* foi realizada uma análise comparando-se os escores médios da percepção da qualidade de vida entre os grupos (estudo e controle) e as demais variáveis sociodemográficas avaliadas.

A Tabela 5 ilustra a análise uni e multivariada da percepção da qualidade de vida com variáveis demográficas e grupos estudo e controle.

Tabela 5 - Análise uni e multivariada da percepção da qualidade de vida com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Percepção da Qualidade de Vida		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	59,7	[55,9; 63,6]		
Controle	71,3	[68,4; 74,2]		
Etnia			0,069	n/s*
Branca	66,5	[63,7; 69,3]		
Negra	45,0	[19,0; 71,0]		
Parda	63,0	[57,5; 68,6]		
Amarela	62,5	[0,0; 100,0]		
Escolaridade			0,310	n/s*
Ens. fund. ou menos	70,0	[58,7; 81,3]		
Ens. fund.completo	66,3	[61,5; 71,0]		
Ens. médio completo	65,9	[62,6; 69,1]		
Ens. sup.completo	58,3	[47,9; 68,8]		
Idade, anos	65,5**	[63,0; 68,0]	0,010	0,035
Atividade laboral			0,447	n/s*
Não	66,9	[62,3; 71,5]		
Sim	64,8	[61,8; 67,9]		
Estado civil			0,492	n/s*
Casada/ união Estável	64,5	[61,2; 67,8]		
Solteira	68,1	[63,8; 72,5]		
Divorciada/separada	61,4	[49,8; 72,9]		
Viúva	62,5	[0; 100,0]		

*n/s = não significativo ** representa a média do escore na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se através da análise univariada que escolaridade, atividade laboral e estado civil não apresentaram diferença na média de percepção de qualidade de vida ($p>0,05$). Para o ajuste multivariado do modelo foram selecionadas as variáveis grupo, etnia e idade. Através do ajuste de tal modelo

verificou-se que grupo e idade mostraram-se independentemente associados com a percepção da qualidade de vida ($p < 0,05$).

O gráfico 2 ilustra a percepção da qualidade de vida segundo idade e grupos.

Gráfico 2 - Escore da percepção da qualidade de vida segundo idade em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e mulheres saudáveis (controle)

Observa-se que o grupo estudo apresentou, em média, $10,9 \pm 2,1$ pontos a menos no escore da percepção da qualidade de vida quando comparado ao grupo controle ($p < 0,001$). Independente do grupo, observa-se que para cada ano vivido, há um decréscimo de $0,3 \pm 0,2$ pontos no escore da percepção da qualidade de vida ($p = 0,035$). Mulheres do grupo estudo apresentaram média de escore da percepção da qualidade de vida menor, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A Tabela 6 ilustra a análise uni e multivariada da satisfação com a saúde com variáveis demográficas e grupo estudo e controle.

Tabela 6 - Análise uni e multivariada da satisfação com a saúde com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Satisfação com a Saúde		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	46,7	[42,8; 50,7]		
Controle	67,1	[63,7; 70,5]		
Etnia			0,059	n/s*
Branca	58,3	[55,1; 61,5]		
Negra	45,0	[19,0; 71,0]		
Parda	50,0	[41,4; 58,6]		
Amarela	50,0	[50,0; 50,0]		
Escolaridade			0,310	n/s*
Ens. fund. ou menos	62,5	[53,1; 71,9]		
Ens. fund. Completo	57,6	[52,0; 63,2]		
Ens. médio completo	57,5	[53,5; 61,4]		
Ens. sup.completo	48,6	[37,8; 59,5]		
Idade, anos	57,0**	[54,0; 59,9]	0,065	n/s*
Atividade laboral			0,224	n/s*
Não	54,4	[49,4; 59,4]		
Sim	58,3	[54,6; 61,9]		
Estado civil			0,414	n/s*
Casada/ união Estável	55,0	[50,9; 59,2]		
Solteira	59,8	[55,1; 64,4]		
Divorciada/separada	61,4	[49,8; 72,9]		
Viúva	50,0	[50,0; 50,0]		

n/s* = não significativo ** representa a média do escore na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se através dos resultados da análise univariada que os grupos estudo e controle diferenciaram de forma significativa a média da satisfação com saúde ($p < 0,001$). A média do escore de satisfação de saúde não se diferenciou de forma significativa entre as categorias de etnia, escolaridade, idade, atividade laboral e estado civil ($p > 0,05$).

Para a construção do modelo multivariado foram incluídas as variáveis grupo e as que apresentaram p-valor menor do que 20%. Mulheres do grupo controle apresentaram, em média, $20,4 \pm 2,6$ pontos a mais no escore de satisfação com saúde quando comparado com as do grupo estudo ($p < 0,001$).

A Tabela 7 ilustra a análise uni e multivariada do domínio físico do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas e grupos.

Tabela 7 - Análise uni e multivariada do domínio físico do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Domínio Físico		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	54,5	[52,2; 56,7]		
Controle	68,5	[66,3; 70,6]		
Etnia			0,005	0,010
Branca	62,6	[60,7; 64,5]		
Negra	57,9	[41,7; 74,0]		
Parda	54,3	[48,2; 60,4]		
Amarela	60,7	[15,3; 100,0]		
Escolaridade			0,925	n/s*
Ens. fund. ou menos	62,1	[50,7; 73,6]		
Ens. fund. Completo	62,1	[58,9; 65,2]		
Ens. médio completo	60,9	[58,4; 63,4]		
Ens. sup. Completo	62,5	[55,7; 69,3]		
Idade, anos	61,5**	[59,7; 63,3]	0,048	n/s*
Atividade laboral			0,040	n/s*
Não	58,9	[55,4; 62,3]		
Sim	62,8	[60,7; 64,9]		
Estado civil			0,059	n/s*
Casada/ união Estável	59,9	[57,4; 62,3]		
Solteira	64,7	[61,9; 67,6]		
Divorciada/separada	60,4	[54,7; 66,1]		
Viúva	51,8	[0,0; 100,0]		

*n/s = não significativo ** média do escore do domínio físico, na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se na análise univariada que grupos estudo e controle, etnia, idade, atividade laboral e estado civil diferenciaram de forma significativa a média do domínio físico ($p < 0,05$). O grupo controle apresentou em média, $13,6 \pm 1,5$ pontos a mais no escore físico em relação ao grupo estudo

($p < 0,001$). Na análise multivariada apenas etnia apresentou-se de forma estatisticamente significativa.

O gráfico 3 ilustra o escore médio do domínio físico nos grupos (estudo e controle) e etnia.

Gráfico 3 - Escore médio do domínio físico em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo), mulheres saudáveis (controle) e etnia

Observa-se que mulheres do grupo controle apresentaram em média $13,8 \pm 1,5$ pontos a mais no escore do domínio físico quando comparadas às mulheres do grupo estudo. Tal diferença foi também observada em relação à etnia; mulheres de etnia branca, negra e amarela apresentaram, em média $7,0 \pm 2,4$ pontos a mais no escore domínio físico do que as mulheres de etnia parda ($p=0,004$).

A Tabela 8 ilustra a análise uni e multivariada do domínio psicológico do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas e grupos.

Tabela 8- Análise uni e multivariada do domínio psicológico do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Domínio Psicológico		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	56,8	[54,4; 59,2]		
Controle	65,8	[63,7; 67,9]		
Etnia			0,303	n/s*
Branca	61,7	[59,8; 63,6]		
Negra	60,0	[45,1; 74,9]		
Parda	59,1	[54,1; 64,0]		
Amarela	58,3	[0,0; 100,0]		
Escolaridade			0,190	0,041
Ens. fund.ou menos	67,9	[58,7; 77,1]		
Ens. fund.completo	59,4	[56,0; 62,9]		
Ens. médio completo	61,9	[59,8; 64,1]		
Ens. sup.completo	60,6	[55,6; 65,7]		
Idade, anos	61,3**	[59,6; 63,0]	0,255	n/s*
Atividade laboral			0,206	n/s*
Não	59,8	[56,4; 63,1]		
Sim	62,1	[60,1; 64,1]		
Estado civil			0,441	n/s*
Casada/ União Estável	61,4	[59,1; 63,8]		
Solteira	61,7	[59,2; 64,3]		
Separada/Divorciada	59,5	[50,2; 68,8]		
Viúva	47,9	[21,4; 74,4]		

*n/s = não significativo ** média do escore no domínio psicológico na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se através dos resultados da análise univariada que apenas os grupos diferenciaram de forma significativa a média do escore psicológico ($p < 0,001$). As demais variáveis etnia, escolaridade, idade, atividade laboral e estado civil não se diferenciaram de forma significativa na média do escore desse domínio. Para o ajuste do modelo multivariado selecionou-se, além do grupo, a variável escolaridade ($p < 0,20$); mulheres do grupo estudo apresentaram em média, $9,5 \pm 1,6$ pontos a menos no escore psicológico que a média do grupo controle ($p < 0,001$). Para a variável escolaridade, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,041$).

O Gráfico 4 ilustra o escore médio do domínio psicológico segundo os grupos(estudo e controle).

Gráfico 4 - Escore médio do domínio psicológico segundo escolaridade em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e mulheres saudáveis (controle)

Observa-se que os grupos estudo e controle apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) no escore médio do domínio psicológico. A escolaridade influenciou no escore deste domínio ($p = 0,041$).

A Tabela 9 ilustra a análise uni e multivariada do domínio social do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas e grupo estudo e controle.

Tabela 9 - Análise uni e multivariada do domínio social do *WHOQOL-bref* com variáveis demográfica em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Domínio Social		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	51,5	[47,8; 55,2]		
Controle	69,1	[65,8; 72,4]		
Etnia			0,028	n/s*
Branca	61,6	[58,6; 64,7]		
Negra	55,0	[27,0; 83,0]		
Parda	59,1	[54,1; 64,0]		
Amarela	50,0	[0,0; 100,0]		
Escolaridade			0,156	0,042
Ens. fund. ou menos	48,3	[38,3; 58,4]		
Ens. fund.completo	58,7	[53,4; 64,0]		
Ens. médio completo	62,2	[58,6; 65,8]		
Ens. sup. completo	62,0	[51,6; 72,5]		
Idade, anos	60,4**	[57,6; 63,1]	0,018	n/s*
Atividade laboral			0,001	n/s*
Não	54,2	[49,4; 58,9]		
Sim	63,5	[60,2; 66,8]		
Estado civil			0,252	n/s*
Casada/ união Estável	59,5	[56,0; 63,1]		
Solteira	63,2	[58,4; 67,9]		
Separada/divorciada	55,3	[39,0; 71,6]		
Viúva	41,7	[41,7; 41,7]		

*n/s = não significativo ** média do escore no domínio social na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se através dos resultados da análise univariada que grupo, idade e atividade laboral diferenciaram de forma significativa a média do escore social dessas pacientes ($p<0,05$).

Com o objetivo de verificar se a diferença na média dos escores do domínio social entre os grupos (estudo e controle) permaneciam significativas mesmo na presença de outras variáveis sociodemográficas que se mostraram associadas na análise univariada, prosseguiu-se com a análise através da construção de um modelo multivariado. Para o ajuste do modelo multivariado introduziu-se todas as variáveis que na análise univariada apresentaram p-valor menor do que 20% ($p<0,20$); dessa forma o ajuste multivariado levou em consideração as variáveis grupo, etnia, escolaridade, idade e atividade laboral.

Após o ajuste multivariado pode-se verificar que idade e atividade laboral não se mostraram significativos ($p=0,186$ e $p=0,266$, respectivamente).

Dessa forma observa-se que as variáveis grupo e escolaridade mostraram-se independentemente associadas ao escore social ($p<0,05$). Mulheres do grupo estudo apresentaram em média, $17,7 \pm 2,5$ pontos a menos no escore social que o grupo controle ($p<0,001$), mulheres com maior escolaridade apresentaram média do escore social maior que mulheres com menor escolaridade ($p=0,042$).

O Gráfico 5 ilustra os escores do domínio social nos grupos (estudo e controle) e escolaridade.

Gráfico 5 - Escore médio do domínio social dos grupos (estudo e controle) e escolaridade

Observa-se que, no domínio social, as mulheres do grupo controle apresentaram, em média $18,2 \pm 2,5$ pontos a mais quando comparadas ao grupo estudo ($p < 0,001$). Verificou-se que a medida que o nível de escolaridade aumenta, ocorre um acréscimo na média de escore do domínio social ($p = 0,042$).

A Tabela 10 ilustra a análise uni e multivariada do domínio meio ambiente do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas e grupo estudo e controle.

Tabela 10 - Análise uni e multivariada do domínio meio ambiente do *WHOQOL-bref* com variáveis demográficas em mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (estudo) e saudáveis (controle)

	Domínio Meio Ambiente		p-valor da análise	
	Média	IC 95%	Univariada	Multivariada
Grupo			<0,001	<0,001
Estudo	43,5	[41,1; 45,9]		
Controle	57,4	[55,3; 59,5]		
Etnia			0,035	n/s*
Branca	51,3	[49,4; 53,3]		
Negra	43,1	[16,2; 70,1]		
Parda	45,1	[40,1; 50,1]		
Amarela	60,9	[0,0; 100,0]		
Escolaridade			0,657	n/s*
Ens. fund. ou menos	47,5	[38,0; 57,0]		
Ens. fund. completo	49,3	[46,3; 52,4]		
Ens. médio completo	51,5	[48,8; 54,2]		
Ens. sup. completo	50,7	[45,2; 56,2]		
Idade, anos	50,5**	[48,7; 52,3]	0,005	n/s*
Atividade laboral			0,021	n/s*
Não	47,5	[44,2; 50,8]		
Sim	52,0	[49,8; 54,2]		
Estado civil			0,001	0,004
Casada/ União Estável	48,2	[45,7; 50,7]		
Solteira	55,1	[52,4; 57,8]		
Separada/Divorciada	50,0	[43,3; 56,7]		
Viúva	32,8	[0,0; 100,0]		

*n/s = não significativo ** média no escore domínio meio ambiente na faixa etária média de 33,1 anos

Observa-se através dos resultados da análise univariada que grupo (estudo e controle), etnia, idade, atividade laboral e estado civil diferenciaram de forma significativa a média do escore do domínio meio ambiente ($p < 0,05$). Tal diferença foi estatisticamente significativa entre os grupos estudo e controle ($p < 0,001$). As mulheres solteiras apresentaram escore no meio ambiente maior quando comparadas com as casadas/união estável, divorciadas/separadas e viúvas ($p = 0,001$) independentemente do grupo (estudo, controle).

Após o ajuste multivariado pode-se verificar que etnia, idade e atividade laboral não se mostraram significantes no domínio meio ambiente. ($p = 0,109$, $p = 0,122$, $p = 0,461$, respectivamente).

O Gráfico 6 ilustra o escore médio do domínio meio ambiente segundo estado civil e grupos (estudo e controle).

Gráfico 6 – Escore médio do domínio meio ambiente segundo os grupos (estudo e controle) e estado civil

Observa-se que o grupo estudo apresentou, em média, $13,5 \pm 1,6$ pontos a menos no escore meio ambiente quando comparado com o grupo controle ($p < 0,001$), para a variável estado civil verificou-se que mulheres divorciadas/separadas e casadas/união estável não apresentaram diferenças significativas. Entretanto as solteiras de ambos os grupos apresentaram escore do meio ambiente $5,6 \pm 1,7$ pontos acima quando comparadas com as mulheres casadas/união estável ($p = 0,001$); as viúvas do grupo estudo apresentaram a maior diferença no escore do meio ambiente, $16 \pm 1,9$ pontos menor do que o grupo controle.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

As vulvovaginites estão entre as causas mais frequentes de queixas ginecológicas, dentre as quais a candidíase ocupa o segundo lugar, afetando milhões de mulheres mundialmente e apresentando considerável aumento a cada ano.

A *Candida albicans* é a espécie mais frequente, responsável por até 80% das infecções fúngicas de repetição. Estudos tem sido realizados com o objetivo de conhecer os fatores que determinam a recidiva da candidíase vulvovaginal, particularmente os relacionados à resposta imune do hospedeiro.²¹

Estudo recente de revisão sistemática realizado por Denning et al. (2018),⁹ demonstrou que até 2030, no mundo, o número de mulheres com candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR) aumentará para 158 milhões. No Brasil a prevalência atual é em torno de 4.200/100.000 mulheres.⁹

A CVVR é definida como o aparecimento de quatro episódios em um período de 12 meses; estima-se que 5% das mulheres terão episódios recorrentes durante a menacme, ou seja, no período de maior potencial físico, emocional, intelectual e reprodutivo.⁷

Os sintomas relacionados a infecção fúngica tais como prurido vulvovaginal, corrimento, edema, dispareunia, disúria podem por vezes, serem extremamente desconfortáveis, particularmente no episódios recorrentes.

A CVVR repercute em aspectos sociais, familiares e no exercício da sexualidade das mulheres acometidas, levando à baixa autoestima, ansiedade, depressão, perda na produtividade. Tais fatores têm como consequência impacto negativo na qualidade de vida.

No presente estudo a qualidade de vida das mulheres com CVVR foi avaliada pelo instrumento *World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment (WHOQOL-Bref)*, comparativamente à mulheres saudáveis. A faixa etária média encontrada em ambos os grupos foi discretamente diferente, sendo $32,2 \pm 7,6$ anos no grupo controle e $34,0 \pm 6,9$ em mulheres com CVVR. Rathod et al. (2012),⁷⁵ realizando estudo para caracterizar os fatores epidemiológicos e de riscos para CVVR encontraram média etária de $26 \pm 2,1$ anos nas mulheres avaliadas.

Com relação à escolaridade, observou-se que apenas 13% das mulheres do grupo estudo e 4,9% das do grupo controle tinham nível superior, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Tais dados provavelmente refletem o baixo grau de escolaridade apresentado pela população brasileira que utiliza os serviços públicos de saúde.

A etnia predominante foi a branca, em ambos os grupos, 82% no grupo estudo e 88,19% no grupo controle. Geiger et al. (1995)⁷⁶ realizaram estudo caso controle em mulheres atendidas em clínica especializada em candidíase vulvovaginal crônica e observaram que 75,6% das mesmas eram de etnia branca e 14,4% não branca, dados discretamente diferentes aos do presente estudo.

Com relação ao estado civil, 64% das mulheres do grupo estudo e 54,5% do grupo controle eram casadas/união estável; o percentual de solteiras foi 30% e 38,6 %, respectivamente. Aballéa et al. (2013)⁶⁹ estudaram mulheres com CVVR em cinco países europeus e nos EUA, utilizando os questionários *The EuroQol (EQ-5D)* e o *The Short Form Health Survey (SF-36)*; demonstraram que dentre as mulheres com CVVR, 47,5% eram casadas/união estável e 31,5% solteiras, resultados não concordantes com o presente estudo. Eventualmente, a mulher casada ou em união estável, necessita assumir diferentes papéis: esposa, mãe, profissional, responsável pelo lar. Tal fato, em um lar onde não exista divisão de tarefas, pode acarretar sobrecarga física e emocional, o que poderia facilitar o aparecimento das recorrências.

Ao analisar o exercício da atividade laboral observou-se que 43% das mulheres com CVVR encontravam-se desempregadas e que no grupo controle apenas 24,7% estavam na mesma situação. Tais diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,006$) e esses percentuais refletem a realidade atual da sociedade brasileira; de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)⁷⁷ a taxa de desemprego no primeiro trimestre de 2018 atingiu 14 milhões de pessoas, das quais 51% são mulheres. Por outro lado, em países desenvolvidos, as taxas de desemprego são muito menores, como por exemplo 4% na Inglaterra, 6,10% na Suécia, 3,9% nos Estados Unidos, o que resulta em situação econômica favorável e consequente elevação na qualidade de vida.^{78,79} Cumpre ressaltar que no Brasil a grande maioria as mulheres em idade reprodutiva são

economicamente responsáveis pela manutenção da casa e dos filhos; assim, certamente o desemprego atua como fator de estresse e ansiedade, piorando a qualidade de vida e alterando o funcionamento do sistema imune, predispondo a recorrências de infecções.

No presente estudo, na análise dos escores do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, a questão sobre a percepção da qualidade de vida em mulheres com CVVR apresentou escore médio de $59,7 \pm 19,4$ e no grupo controle de $71,3 \pm 14,7$. Tal diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) apontando para o impacto que a CVVR acarreta no dia a dia das mulheres com esta afecção. Zhu et al. (2016)⁸⁰ utilizando o questionário *The Short-Form Health Survey (SF-36)*, avaliaram a qualidade de vida geral em mulheres com CVVR, comparativamente à mulheres saudáveis. O escore médio na percepção de qualidade de vida foi de 54,95 e de 67,38, respectivamente. Assim, de maneira semelhante aos achados do presente estudo, mulheres com CVVR apresentaram menor qualidade de vida do que mulheres sem a afecção. Certamente os sintomas dos episódios recorrentes, dependendo de sua intensidade e frequência, afetam negativamente as atividades diárias das mulheres acometidas, assim como outros aspectos da qualidade de vida.

Em relação ao domínio satisfação com a saúde, também foi observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, com escore médio 46,7 no grupo estudo e 67,1 no grupo controle ($p < 0,001$). Dentre todos os domínios do *WHOQOL-bref*, este foi o que apresentou a maior diferença entre os grupos, mais uma vez demonstrando o quanto a CVVR exerce

impacto negativo na vida das mulheres com esta afecção. Irving et al. (1998)⁸¹ realizaram estudo utilizando o instrumento *The Satisfaction with Life Scale* (SWLS) para avaliar a satisfação com a vida em mulheres com CVVR e mulheres saudáveis. Os autores demonstraram que mulheres com CVVR apresentaram escore médio igual a 20 enquanto que em mulheres saudáveis o escore foi de 26,6 (em escala de 5-35, onde 35 indica o melhor grau de satisfação). Os autores concluíram que mulheres com CVVR apresentaram maior grau de insatisfação com a vida.

O domínio físico avaliou questões sobre as condições físicas. Este domínio compreende questões referente à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento relacionados principalmente aos cuidados básicos de higiene pessoal e tarefas de autocuidados. Observou-se que mulheres com CVVR apresentaram escore médio de $54,5 \pm 11,2$ e o grupo controle $68,5 \pm 10,7$, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Já foi demonstrado que o óxido nítrico atua como um mediador químico no processo de inflamação, em resposta a um microrganismo invasor, substância química ou reação imune, estando associado à dor.⁸² Alvendal et al. (2017)⁸³ quantificaram o nível de óxido nítrico em mulheres com CVVR por técnica de quimioluminescência, demonstrando que tais níveis encontravam-se aumentados. Os autores desta maneira demonstraram a correlação entre o aumento nos níveis de óxido nítrico e a resposta inflamatória na CVVR, que é responsável pelos sintomas de dor e desconforto.

Saunders et al. (2008)⁸⁴ avaliaram através do instrumento *The McGill Scale*, mulheres com candidíase vulvovaginal crônica e vulvodínia. Tal questionário avalia a intensidade da dor por meio de escala de valores. Verificaram que mulheres com candidíase vulvovaginal crônica apresentaram escore menor ($16,20 \pm 10,21$) quando comparadas à mulheres com vulvodínia ($24,16 \pm 13,03$) mas também apresentaram dor.⁸⁵

Nguyen et al. (2017)⁸⁶ avaliaram o impacto da terapia com Fluconazol no desconforto e dor em mulheres com candidíase vulvovaginal crônica. Os autores utilizaram o *The Dermatology Life Quality Index (DLQI 0-30)* e o *Visual Analogue Scale (VAS)*. O primeiro avalia a proporção em que afecções dermatológicas afetam o paciente e o segundo é uma escala que avalia o grau de edema e hiperemia (0-3). Os resultados demonstraram que, após o uso de Fluconazol, ambos os escores estiveram reduzidos quando comparados aos escores antes do tratamento, sendo as diferenças estatisticamente significativa. Tais resultados foram concordantes com os do presente estudo, demonstrando o impacto negativo da CVVR no domínio físico em presença dos episódios da infecção.

Cumpramos ressaltar que, muitas vezes, o desconforto presente nos episódios de recorrência faz com que as mulheres acometidas busquem uma solução rápida através da utilização de medicamentos sem a devida prescrição médica, seguindo a orientação de balconistas de farmácia, de amigas ou repetindo medicamentos que já haviam utilizado em episódios anteriores. Tal prática de automedicação deve ser desencorajada pois impede a avaliação adequada da paciente pelo profissional de saúde e

consequentemente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento corretos. Adicionalmente, existe a possibilidade da associação da infecção fúngica com infecções por outros agentes bacterianos (como por exemplo a *Chlamydia trachomatis* ou as bactérias presentes na vaginose bacteriana) ou virais (como por exemplo o papiloma vírus humano ou mesmo o vírus da imunodeficiência humana).

O domínio psicológico avaliou itens em relação à percepção individual sobre a condição afetiva e cognitiva, abrangendo os itens: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos. Observou-se que mulheres com CVVR, apresentaram escore médio menor do que o grupo controle: $56,8 \pm 12,1$ e $65,8 \pm 10,8$ respectivamente ($p < 0,001$). Tais resultados foram concordantes com Ehrström *et al.* (2006)⁷¹, que analisaram os níveis de cortisol sanguíneo em mulheres com CVVR, verificando baixos níveis do mesmo, o que indica que a CVVR é causa de estado de estresse crônico. Outro estudo, realizado por Powell *et al.* (2014)⁸⁷, demonstrou que 29% das mulheres com CVVR tinham diagnóstico de depressão, quando comparadas ao grupo controle. Os resultados do presente estudo e os dados da literatura sugerem que o desconforto decorrente dos sintomas desagradáveis, associado ao receio do aparecimento de novos episódios agudos interferem com o estado emocional da mulher.

O domínio social avaliou a percepção das mulheres de ambos os grupos sobre os relacionamentos sociais e os papéis adotados na vida, ou seja questões de bem-estar, interação com as outras pessoas. No presente

estudo as mulheres do grupo estudo apresentaram escores menores do que o grupo controle, $51,5 \pm 18,8$ e $69,1 \pm 16,7$, respectivamente ($p < 0,001$). Tais resultados foram concordantes com Jelovsek et al. (2008)⁸⁸, que avaliaram o impacto psicossocial em mulheres com doenças vulvovaginais crônicas através de questionário auto administrável, encontrando piora no comprometimento psicossocial; a maioria das mulheres referiu impacto negativo no exercício da atividade sexual e estado emocional. Assim, na CVVR, o sintoma prurido genital, associado à descarga vaginal, pode fazer com que a mulher enfrente situações socialmente constrangedoras.

Nyirjesy et al. (2006)⁸⁹ aplicaram questionário para avaliar sintomas de depressão e estresse em mulheres com diagnóstico de CVVR, vulvodínia, vaginite inflamatória descamativa, dermatite de contato e vaginite atrófica. O diagnóstico mais frequente observado foi de dermatite atópica (21%), seguido por CVVR (20,5%), vaginite atrófica (14,5%), vulvodínia (12,5%), sendo que 18% das participantes apresentaram dois ou mais diagnósticos. Os autores concluíram que dentre as participantes, as mulheres com CVVR tinham maior impacto negativo na atividade laboral e na vida social, resultados concordantes com o presente estudo.

O domínio do meio ambiente avaliou itens relacionados à segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde, informações do dia-a-dia, recreação, ambiente físico e transporte. Observou-se que mulheres com CVVR apresentaram escore médio abaixo dos apresentados pelo grupo controle $43,5 \pm 12,0$ e $57,4 \pm 10,5$, respectivamente ($p < 0,001$). Interessante ressaltar que, no domínio meio

ambiente, as mulheres solteiras de ambos os grupos apresentaram escore médio maior do que o apresentado pelas casadas/união estável, separadas/divorciadas ou viúvas. Tal fato pode estar relacionado à maior disponibilidade para cuidados pessoais e com a saúde, inclusive com maior disponibilidade financeira, apresentado pelas mulheres solteiras, comparativamente às mulheres com os outros estados civis.

Por outro lado, segundo a Seção de Dados Administrativos do Hospital das Clínicas da FMUSP⁹⁰, a grande maioria de usuários do ambulatório do Hospital das Clínicas de São Paulo é procedente da periferia da cidade de São Paulo ou de outras cidades, utilizando principalmente o transporte público. A malha de transporte público na cidade de São Paulo é deficitária e o tráfego é intenso, dificultando a mobilidade. A falta de investimentos necessários repercutem em superlotação, falta de conforto, lentidão no deslocamento, veículos em mau conservação. Existe ainda grau considerável de poluição sonora e poluição do ar atmosférico. As dificuldades de locomoção, por si só, já representam fatores limitantes ao acesso aos serviços de saúde, influenciando na qualidade de vida. Certamente mulheres que apresentem os sintomas desagradáveis durante os períodos de recorrência da candidíase vulvovaginal enfrentarão tais desafios do dia a dia com maior dificuldade.⁹¹

Desde 2014 o Brasil se encontra em uma forte recessão econômica, com taxa de crescimento do produto interno bruto (PIB) média negativa em 8,33% e piora em vários indicadores sociais. Consequentemente, a população brasileira apresenta aumento na taxa de desocupação, perda do poder aquisitivo individual e familiar, comprometendo moradias, redução e

modificação do consumo de nutrientes, aumento de estresse e poluição ambiental, diminuição na oferta de serviços público em saúde, com repercussões negativas em todos os itens do domínio meio ambiente.⁹² Certamente tais condições de vida pouco favoráveis podem contribuir para recidivas da candidíase vulvovaginal.

Importante ressaltar que, no presente estudo, a confiabilidade do *WHOQOL-bref* foi extremamente satisfatória, já que o coeficiente alfa de *Cronbach* esteve acima de 0,8 para o total de questões e acima de 0,65 para as questões específicas. De acordo com os parâmetros para a sua interpretação, valores de alfa de *Cronbach* acima de 0,8 significam confiabilidade quase perfeita, e valores 0,80 a 0,61 significam confiabilidade substancial.⁷⁵

Portanto, frente aos resultados apresentados e aos dados da literatura, pode-se afirmar que, de maneira geral, a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde estiveram reduzidos em mulheres com CVVR, comparativamente à mulheres sem a afecção. Tais mulheres apresentaram maior frequência de percepção de dor, falta de energia, problemas de sono, redução das atividades diárias, dependência de medicamentos ou tratamentos do que as mulheres do grupo controle. Referiram ainda diminuição no afeto, cognição, autoestima e imagem corporal. Todos os aspectos das relações sociais, incluindo atividade sexual, também estiveram diminuídos. E finalmente, as mulheres com CVVR referiram um ambiente familiar menos satisfatório, menores recursos financeiros, menor frequência de atividades de lazer e de atividades laborais remuneradas.

Embora condição tão relevante ainda seja vista de maneira trivial pelos profissionais de saúde, a CVVR deve receber considerável atenção dos mesmos, no que diz respeito ao acolhimento da paciente e de suas queixas, e de procedimentos para o correto diagnóstico, tratamento e prevenção das recorrências. Além disso, é extremamente necessário a realização de novas pesquisas na área, particularmente as relacionadas aos aspectos de susceptibilidade individual, prevenção e tratamento da afecção; certamente mais verbas devem ser destinadas para tais pesquisas.

Neste estudo avaliou-se aspectos importantes da interferência da candidíase vulvovaginal recorrente na qualidade de vida. Entretanto, existem ainda lacunas que necessitam ser melhor avaliadas, tais como o tempo decorrido desde o primeiro episódio, frequência e duração das recorrências, interferência do período pré menstrual ou dismenorreia, dentre outros.

Finalmente, espera-se que este estudo incentive a busca de novos conhecimentos na área e que tais conhecimentos sejam incorporados à prática clínica do ginecologista, contribuindo dessa maneira para o melhor controle ou mesmo a eliminação dos episódios recorrentes, o que certamente proporcionará melhor qualidade de vida às mulheres.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Na amostra estudada, a candidíase vulvovaginal recorrente impactou de maneira negativa a qualidade de vida em mulheres portadora desta afecção.

A percepção geral da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, assim como nos aspectos relacionados aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente estiveram prejudicados em tais mulheres, comparativamente às mulheres sem a afecção.

O instrumento *World Health Organization Quality of Life Abbreviated Assessment* mostrou-se adequado para avaliar a qualidade de vida na população estudada.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Barnett JA, Payne RW, Yarrow D. *Yeast: characteristics and identification*. 2nd ed. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press; 1990. p. 1002.
2. Barns SM, Lane DJ, Sogin ML, Bibeau C, Weisburg WG. Evolutionary relationships among pathogenic candida species and relatives. *J Bacteriol*. 1991;173(7):2250-5.
3. Kurtzman CP, Robnett CJ. Identification and phylogeny of ascomycetous yeasts from analysis of nuclear large subunit (26S) ribosomal DNA partial sequences. *Antonie Van Leeuwenhoek*. 1998;73(4):331-71.
4. Sudbery P, Gow N, Berman J. The distinct morphogenic states of *Candida albicans*. *Trends Microbiol*. 2004;12(7):317-24.
5. Ledger WJ, Witkin SS. *Vulvovaginal infections*. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press Taylor & Francis Group; 2016. Chap. 4, p. 29-45:
6. Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *Am J Public Health*. 1995;85(8 Pt 1):1146-8.
7. Sobel JD, Brooker D, Stin GE, Thomason JL, Wermeling DP, Bradley B, et al. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of candida vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172(4 Pt 1):1263-8.
8. Sobel JD, Revankar SG. Echinocandins-first-choice or first-line therapy for invasive candidiasis? *N Engl J Med*. 2007;356(24):2525-6.

-
9. Denning DW, Kneale M, Sobel JD, Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(11):E339-47.
 10. Martens MG, Hoffman P, El-Zaatari M. Fungal species changes in the female genital tract. *J Low Genit Tract Dis.* 2004;8(1):21-4.
 11. Jackson ST, Mullings AM, Rainford L, Miller A. The epidemiology of mycotic vulvovaginitis and the use of antifungal agents in suspected mycotic vulvovaginitis and its implications of clinical practice. *West Indian Med J.* 2005;54(3):192-5.
 12. Sobel JD. Pathogenesis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Clin Infect Dis.* 1992;14(Suppl 1):S148-53.
 13. Fidel PL Jr, Sobel JD. Immunopathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Clin Microbiol Rev.* 1996;9(3):335-48.
 14. Sobel JD, Chaim W. Vaginal microbiology of women with acute recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Clin Microbiol.* 1996;34(10):2497-9.
 15. Nyirjesy P. Vaginitis in the adolescent patient. *Pediatr Clin North Am.* 1999;46(4):733-45.
 16. Nyirjesy P, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis. *Obst Gynecol Clin North Am.* 2003;30(4):671-84.
 17. Witkin SS, Jeremias J, Ledger WJ. A localized vaginal allergic response in women with recurrent vaginitis. *J Allergy Clin Immunol.* 1998;81(2):412-6.

18. Cotch MF, Hiller SL, Gibbs RS, Eschenbach DA. Epidemiology and outcomes associated with moderate to heavy candida colonization during pregnancy. Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(2):374-80.
19. Pirotta MV, Gunn JM, Chondros P. Not thrush again! Women's experience of post-antibiotic vulvovaginitis. *Med J Aust.* 2003;179(1):43-6.
20. Borges S, Silva J, Teixeira P. The role of Lactobacilli and probiotics in maintaining vaginal health. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(3):479-89.
21. Babula O, Lazdane G, Kroika J, Ledger WJ, Witkin SS. Relation between recurrent vulvovaginal candidiasis and mannose-binding lectin gene polymorphism in Latvian women. *Clin Infect Dis.* 2003;37(5):733-7.
22. Wojitani MD, de Aguiar LM, Baracat EC, Linhares IM. Association between mannose-binding lectin and interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphisms and recurrent vulvovaginal candidiasis. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(1):149-53.
23. Calderone RA, Fonzi WA. Virulence factors of *Candida albicans*. *Trends Microbiol.* 2001;9(7):327-35.
24. Al-Hedaithy SS. The yeast species causing fungemia at a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia, during a 10 year period. *Mycoses.* 2003;46(8):293-8.
25. Nobre MRC, Lemos CLN, Dominguez ZLI, Gabriades RHN. Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. *Qualimetria.* 1994;6(32):56-9.
26. Pigou AC. The economics of Welfare. 4th ed. London: Macmillan; 1932. Chap. 3, p. 31-7.

-
27. Naughton MJ, Shumaker SA. The case for domains of function in quality of life assessment. *Qual Life Res.* 2003;12(Suppl 1):73-80.
 28. Han K, Lee S, Park E. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(2):139-44.
 29. Scattolin F. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba.* 2006;8(4):1-4.
 30. Gordia AP, Silva RCR, Quadros TMB, de Campos W. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. *Rev Paul Pediatr.* 2010;8(1):29-35.
 31. Dalkey N, Rourke D. The Delph Procedure and rating quality of life factors, in the quality of life concept. Washington: Environmental Protection Agency; 1973.
 32. Abrams M. Research on subjective social indicators. In: Nissel M, editor. *Social Trends.* London: HMSO; 1973. n.4, p.35-50.
 33. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs.* 1995;22(3): 502-8.
 34. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28(3):551-8.
 35. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):7-18.
 36. Vilarta R, Gonçalves A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: Gonçalves A, Vilarta R, orgs. *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática.* Barueri, SP: Manole; 2004. p.27-62.

-
37. The World Health Organization Quality of Life Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994;23(3):24-56.
 38. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*. 1988; 57(1):109-12.
 39. Boeree CG. *Personality theories: an electronic text-book*. Shippensburg, PA: Psychology Department, Shippensburg University; 2006.
 40. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
 41. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.
 42. The World Health Organization Quality of Life Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
 43. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci VL. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001;5(2):48-59.
 44. Bowling A. The concept of quality of life in relation to health. *Med Secoli*. 1995;7(3):633-45.
 45. Berger M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981;19(8):787-805.

-
46. Hunt SM, McEwen J, McKenne SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract.* 1985;35(273): 185-8.
 47. Ware JE Jr, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translation of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. International Quality of Life assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 1995;11(3);525-51.
 48. Gonçalves A. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. Campinas: IPES Editorial; 2004. p.17-26.
 49. Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4):362-2.
 50. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.* São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2012. Cap.1, p.13-50.
 51. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(3):649-59.
 52. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade de vida: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção.* 2010;11(2):85-103.
 53. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16:297-334.

-
54. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*. 1989;27(Suppl):S217-32.
55. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measure in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992;305(6861):1074-7.
56. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997. p.145.
57. Barbosa SRCS. Qualidade de vida e saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*. 1987;7(2):77-8.
58. The World Health Organization Quality of Life Group. The World health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995;10:1403-9.
59. The World Health Organization Quality of Life Group. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.
60. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
61. Erthal TC. *Manual de Psicometria*. 6a ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2001. p.28-30.

-
62. Skevington SM, Loft M, O'Connell KA, The World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310.
63. Sullivan GM, Ardino Jr AR. Analyzing and interpreting data from Likert-Type Scales. *J Grad Med Educ.* 2013;5(4):541-2.
64. Fleck MPA. The World Health Organization Instrument Quality of Life (WHOQOL-100) Characteristics and Perspective. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2000;5(1):33-8.
65. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. Manual do projeto WHOQOL-100 [on-line]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000 [citado 06 out. 2016]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/>.
66. Spadoti DRA, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11(4):532-8.
67. Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):15-21.
67. Brown AJP, Haynes K, Gow NAR, Quinn J. Stress response Candida. In: Calderone RA, Clancy CJ, editors. *Candida and candidiasis*. 2nd ed. Aberdeen: ASM Press; 2012. p.225-42.
68. Blostein F, Levin-Sparenberg E, Wagner J, Foxman B. Recurrent vulvovaginal candidiasis. *Ann Epidemiol.* 2017;27(9):575-582.e3.

-
69. Aballéa S, Guelfucci F, Wagner J, Khemiri A, Dietz JP, Sobel JD, Toumi M. Subjective health status and health-related quality of life among women with Recurrent Vulvovaginal Candidosis (RVVC) in Europe and the USA. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:169.
70. Lovejoy DA. Neuroendocrinology an integrated approach. 1st ed. Hoboken: Wiley; 2005. p.243-66.
71. Ehrström SM, Kornfeld D, Rylander E. Perceived stress in women with recurrent vulvovaginal candidiasis. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2007; 28(3):169-76.
72. Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential medical statistics. 2nd ed. Malden, MA: Blackwell Science; 2006.
73. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version [on-line]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2017 Jun 16]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63529>.
74. International Business Machine. How to cite IBM SPSS Statistics or earlier version of SPSS [on-line]. Armonk, NY: IBM; 2015 [cited 2018 Feb 13]. Available from: <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21476197>.
75. Rathod SD, Klausner JD, Krupp K, Reingold AL, Madhivanan P. Epidemiologic features of vulvovaginal candidiasis among reproductive-age women in India. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:858971.
76. Geiger AM, Foxman B, Sobel JD. Chronic vulvovaginal candidiasis: characteristics of women with *Candida albicans*, *C glabrata* and no *Candida*. *Genitourin Med*. 1995;71(5):304-7.

-
77. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. Desemprego volta a crescer no primeiro trimestre de 2018 [on-line]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 27 abr. 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20995-desemprego-volta-a-crescer-no-primeiro-trimestre-de-2018>.
78. Eurostat Statistics Explained, European Commission. Unemployment statistics and beyond [on-line]. Brussels: European Union; 2018 [cited 2018 Sep 15]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics_and_beyond.
79. Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor. Employment situation summary [on-line]. Washington, DC: Division of Labor Force Statistics, U.S. Bureau of Labor Statistics; 2018 [cited 2018 Sep 15]. Available from: <https://www.bls.gov/news.release/empsit.toc.htm>.
80. Zhu YX, Li T, Fan SR, Liu XP, Liang YH, Liu P. Health-related quality of life as measured with the Short-Form 36 (SF-36) questionnaire in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:65.
81. Irving G, Miller D, Robinson A, Reynolds S, Copas AJ. Psychological factors associated with recurrent vaginal candidiasis: a preliminar study. *Sex Transm Infect*. 1998;74(5):334-8.
82. Moilanen E, Vapaatalo H. Nitric oxide in inflammation and immune response. *Ann Med*. 1995;27(3):359-67.
83. Alvendal C, Ehrström A, Brauner A, Lundberg JO, Bohm-Starke N. Elevated nitric oxide in recurrent vulvovaginal candidiasis-association with clinical findings. *Acta Obstet Scand*. 2017;96(3):295-301.

-
84. Saunders NA, Reed BD, Haefner HK. McGill pain questionnaire finding among with vulvodynia and chronic yeast infection. *J Reprod Med*. 2008;53(6):385-9.
 85. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-99.
 86. Nguyen Y, Lee A, Fischer G. Quality of life in patient with chronic vulvovaginal candidiasis: a before and after study on the impact of oral fluconazole therapy. *Australas J Dermatol*. 2017;58(4):176-81.
 87. Powell AM, Nyirjesy P. Recurrent vulvovaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2014;28(7):967-76.
 88. Jelovsek JE, Walters MD, Barber MD. Psychosocial impact of chronic vulvovagina conditions. *J Reprod Med*. 2008;53(2):75-82.
 89. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, Mathew L, Culhane JF. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women. *Obst Gynecol*. 2006;108(5):1185-91.
 90. Seção de Dados Administrativos, DAM. São Paulo: Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.
 91. Teixeira MS, Reis JGM, Santos CR, Oliveira VR, Vergana WH, Jordan AR. Qualidade de transporte urbano de passageiros. Uma avaliação do nível de serviços do sistema metropolitano de São Paulo. *Rev Metr de Sust*. 2014;4(1):16-7.
 92. Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para economia brasileira. *Estudos Avançados*. 2017;31(89):125-44.

9 ANEXOS

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0808/10

Título: INFLUÊNCIA DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE NA QUALIDADE DE VIDA

Pesquisador Responsável: Iara Moreno Linhares

Pesquisador Executante: Eiko Fukazawa

Disciplina: Ginecologia

Departamento: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 06/07/2016, do(s) documento(s) abaixo mencionado(s):

• **Carta datada de 11.04.16 - Inclusão de Eiko Fukazawa como executante da pesquisa e exclusão das pesquisadoras Eliana Cerqueira Leite e Maria Dulce Wojtani; Relatório parcial do estudo**

CAPPesq, 06 de Julho de 2016

Prof. Dr. Joel Faintuch
Vice Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

ANEXO B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2.RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "Influência da candidíase vulvovaginal recorrente na qualidade de vida".

PESQUISADOR Responsável : Iara Moreno Linhares

CARGO/FUNÇÃO: médica

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 29034

UNIDADE DO HCFMUSP: Disciplina de Ginecologia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

1 – Desenho do estudo e objetivo(s): A senhora está sendo convidada a participar de uma voluntariamente de uma pesquisa para verificar se o corrimento causado por fungos que se repete (chamado de candidíase vulvovaginal recorrente) afeta a sua qualidade de vida. O corrimento vaginal causado por fungos causa coceira e ardor, o que pode incomodar a mulher. Algumas mulheres apresentam esse corrimento no mínimo quatro vezes por ano. Nesses casos, os sintomas também aparecem com maior frequência, podendo atrapalhar a vida da mulher. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida em mulheres com esse tipo de corrimento causado por fungos.

2 e 3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados e dos procedimentos rotineiros: se a senhora aceitar participar, responderá um questionário com perguntas sobre a sua qualidade de vida. A senhora irá lendo e respondendo as perguntas, mas poderá pedir ajuda ao seu médico caso tenha alguma dúvida. A senhora tem direito de não responder a todas as perguntas do questionário, caso alguma delas a deixe envergonhada, sem nenhum problema. O questionário tem diversas perguntas e a senhora gastará entre 30 e 40 minutos para responder. Em seguida será realizado exame ginecológico pelo médico, como sempre é feito no ambulatório, para ver se há alguma alteração nos seus genitais. Durante o exame será colhido um pouco de secreção vaginal para exame no microscópio, da mesma forma que sempre tem sido feita nesse ambulatório onde a senhora é atendida. Esse exame serve para ver se há outra causa para o corrimento (cujos nomes em medicina são tricomonas ou vaginose bacteriana). O resultado desse exame será dado para a senhora assim que o exame terminar.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados: A senhora poderá sentir desconforto na hora do exame ginecológico, devido a colocação do espécuro (bico de pato), usado para observar o conteúdo da vagina e o aspecto colo do útero. A participação na pesquisa não envolve quaisquer riscos ou prejuízos para o participante.

5 – Benefícios para o participante: não existe vantagem direta na participação na pesquisa. Mas os resultados podem ser importantes para os médicos saberem o quanto os sintomas do corrimento atrapalham a vida das mulheres e tentar ajuda-las a lidar melhor com eles.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: Não existe outro tipo de procedimento alternativo.

- 7 – Garantia de acesso: em qualquer momento do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador principal é a Prof.Dra. Iara Moreno Linhares que pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, Instituto Central, Ginecologia, 10º andar, fone: 2661-6647 (Clínica Ginecológica). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225. Cerqueira César 05403-010 São Paulo- SP – 5º andar – Prédio da Administração - tel: 2661-7585 – E-mail: **cappesq@hcnet.usp.br** / **marcia.carvalho@hc.fm.usp.br**.
- 8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; a senhora poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, e mesmo assim continuará a ser atendida como sempre foi.
- 9 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as demais pacientes, não sendo divulgada a sua identificação; todas as respostas obtidas no estudo são confidenciais, ou seja, apenas o pesquisador terá acesso ao seu questionário e exames, se a senhora concordar em responder.
- 10 – A senhora tem o direito de conhecer os resultados da pesquisa, assim que os mesmos forem obtidos.
- 11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá pagamento pela sua participação.
- 12 – Os pesquisadores se comprometem a utilizar o questionário respondido apenas para esta pesquisa. Se no futuro quiserem fazer outra pesquisa, a nova pesquisa deverá ser aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e a senhora será novamente consultada se aceita participar. Terá toda liberdade de recusar, se quiser.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - HCFMUSP

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "INFLUÊNCIA DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE NA QUALIDADE DE VIDA", e não tenho nenhuma dúvida.

Eu discuti com a Profa. Dra. Iara Moreno Linhares sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Data ____/____/____

Assinatura da Paciente

----- Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

**ANEXO C- WHOQOL bref - World Health Organization Quality of Life
Abbreviated Assessment**

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Titular
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - Interpretação do alfa de *Cronbach*

Valor de alfa	Consistência interna
Maior do que 0,8	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor que 0,21	Pequeno

Fonte: Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74.⁷⁵