



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Vulvodinia numa População Jovem Universitária

Helena Adelaide Dias Monteiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Covilhã, maio de 2013

Dedicatória

Aos meus pais, por tudo o que fazem para que eu possa chegar onde mais quero.

Ao meu irmão e à Joelma pela ajuda, compreensão e apoio constante.

Ao Carlos pelo amor, motivação e paciência.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os intervenientes que tornaram a realização desta tese de mestrado possível.

Ao meu orientador, Professor José Alberto Fonseca Moutinho pelo seu interesse, competência e apoio contínuo no processo de orientação bem como pela celeridade e prontidão na resposta às minhas dúvidas.

À Professora Sara Nunes pela sua orientação no processo de análise estatística.

A todos os Professores da Universidade da Beira Interior, pela recetibilidade demonstrada aquando da aplicação do questionário.

A todas as Alunas que aceitaram participar neste projeto.

Resumo

Introdução: Vulvodinia foi um termo cunhado pela ISSVD para definir uma dor crónica localizada à vulva, com duração superior a 3 meses, e que pode ser provocada, espontânea ou ambas. Existia a convicção de ser uma entidade rara, no entanto, estudos recentes vieram sugerir uma prevalência que varia de 3 a 18,5% de todas as mulheres, de forma independente da idade. A maioria das mulheres que sofrem desta afeção continuam a ser subdiagnosticadas e por isso tratadas inadequadamente.

Objetivo: Determinar a prevalência e fatores epidemiológicos associados à vulvodinia em mulheres jovens.

Metodologia: Investigação transversal de cariz quantitativo descritivo, com componente analítica dos dados. Para a recolha dos dados, um questionário anónimo foi entregue às estudantes que frequentavam o ensino na UBI com idades compreendidas entre os 17 e os 28 anos, seleccionadas através de um método não probabilístico. O questionário foi constituído por três secções: 1) dados sociodemográficos, 2) antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais e 3) dor vulvar. Os dados foram analisados no Microsoft Excel® 2007 e SPSS® - versão 20 para o Windows® e consideraram-se significativos para um $p < 0,05$. Recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado para analisar as relações entre as variáveis.

Resultados: Do total de questionários considerados válidos ($n=752$), 312 mulheres (41,5%) relataram queixa de dor na vulva ou na vagina em algum momento da sua vida, 68 mulheres (9%) referiram dor no momento da aplicação do questionário mas apenas 41 inquiridas (5,5%) preenchiavam critérios de vulvodinia.

A presença de vulvodinia mostrou ter um impacto significativo na qualidade de vida e na atividade sexual das inquiridas ($p < 0,05$). No entanto, das jovens que afirmaram sentir dor à data da realização do inquérito ($n=68$), apenas 23 (34%) referiram já ter procurado ajuda médica, e 5 (7,4%) consultaram dois ou mais médicos.

Conclusões: Na nossa série de mulheres jovens, estimámos a prevalência de vulvodinia em 5,5%.

Palavras-chave

Epidemiologia, vulvodinia, dor vulvar, prevalência, mulheres jovens.

Abstract

Introduction: Vulvodinia is the terminology used by ISSVD to define a chronic pain disorder located in the vulvar area, with more than 3 months length that could be described as provoked, unprovoked or both. Although previously thought to be rare, recent studies suggest an estimated prevalence of 3 to 18,5% of women of all ages. The majority of women who suffer from vulvodinia continue to be underdiagnosed and so improperly treated.

Aim: To determine the prevalence and epidemiologic factors associated to vulvodinia in young women.

Methods: Cross-sectional research, drafted in a quantitative descriptive caraway with analytical component of data. To collect data, an anonymous questionnaire was handed out to UBI students with ages between 17 and 28 years, selected by a non probabilistic sampling. The questionnaire was divided in three sections: 1) socio-demographic data, 2) obstetrics, gynecology and sexual background and 3) vulvar pain. The data were analyzed using Microsoft Excel® 2007 and SPSS® - version 20 for Windows® and were considered significant at $p < 0,05$. We resorted to the test of independence Chi-square to analyze the relationships between variables.

Results: From the total of validated questionnaires (n=752), 312 of the women (41,5%) reported vulvar pain complains in some point of their life, 68 of the women (9%) reported vulvar pain at the time of the questionnaire application but only 41 (5,5%) of the surveyed meet vulvodinia's criteria.

The presence of vulvodinia has shown a significant impact on the quality of life and the sexual activity of the surveyed ($p < 0,05$). However, from the women who refer pain at the time of the questionnaire filling (n=68) only 23 (34%) women reported having sought medical care and 5 (7,4%) had consulted two or more clinicians.

Conclusion: In our group of young women, we estimated the prevalence of vulvodinia in 5.5%.

Keywords

Epidemiology, vulvodinia, vulvar pain, prevalence, young women.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Lista de Gráficos	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Acrónimos	ix
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
2.1 Desenho do estudo	3
2.2 População/Amostra	3
2.3 Recolha de dados	4
2.4 Questionário	4
2.5 Critérios de diagnóstico	6
2.6 Análise estatística	6
3. Resultados	7
3.1 Análise descritiva	7
3.1.1 Caracterização da amostra	7
3.1.2 Antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais	8
3.1.3 Dor vulvar	13
3.2 Análise inferencial	18
4. Discussão	20
4.1 Limitações do estudo	24
4.2 Perspetivas futuras	25
5. Conclusão	26
6. Referências bibliográficas	27
Anexos	29
Anexo I: Questionário	29
Anexo II: Parecer da Comissão de Ética da FCS	35

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Frequência absoluta de inquiridas por idade	7
Gráfico 2 - Frequência absoluta de inquiridos por curso frequentado	8
Gráfico 3 - Frequência absoluta da idade da menarca	9
Gráfico 4 - Proporção de inquiridas que já iniciaram a atividade sexual	9
Gráfico 5 - Frequência de idade de início da atividade sexual	10
Gráfico 6 - Proporção de inquiridas que refere atividade sexual atual	11
Gráfico 7 - Frequências absolutas da duração em anos da atual relação	11
Gráfico 8 - Frequência da atividade sexual atual relatada pelas inquiridas	12
Gráfico 9 - Proporção relativa dos métodos contraceptivos utilizados	12
Gráfico 10 - Proporção de inquiridas que relataram dor vulvar e diferenciação em dor atual ou passada	13
Gráfico 11 - Duração da dor atualmente sentida pelas mulheres	14
Gráfico 12 - Frequência da dor atualmente sentida pelas mulheres	14
Gráfico 13 - Frequência absoluta dos fatores desencadeantes da dor vulvar	15
Gráfico 14 - Impacto da dor na qualidade de vida diária e na atividade sexual	15
Gráfico 15 - Percentagem de mulheres com dor vulvar atual que recorreu à consulta médica e o número de médicos consultados	16
Gráfico 16 - Percentagem de mulheres que recebeu diagnóstico após a consulta médica	17
Gráfico 17 - Frequência dos diagnósticos efetuados na consulta médica	17

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Análise descritiva da variável idade	7
Tabela 2 – Frequência absoluta e respetiva percentagem do número de parceiros relatados pelas inquiridas	10
Tabela 3 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem atividade sexual atual	18
Tabela 4 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem uma alteração da sua qualidade de vida	18
Tabela 5 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem impacto da dor na atividade sexual	19

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
FCS	Faculdade Ciências da Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ISSVD	Sociedade Internacional para o Estudo de Doenças Vulvovaginais

1. Introdução

Em 2003, a Sociedade Internacional para o Estudo de Doenças Vulvovaginais (ISSVD) definiu vulvodinia como um desconforto vulvar crónico caracterizado mais frequentemente por ardor, e que ocorre na ausência de achados relevantes visíveis ou uma alteração neurológica clinicamente identificável. A dor vulvar pode ser devida a doenças infecciosas, dermatológicas, neoplásicas ou neurológicas, no entanto nestes casos a dor não é definida como vulvodinia. A dor da vulvodinia tem uma duração igual ou superior a três meses e pode ser localizada ou difusa, provocada (relação sexual, inserção de tampão), não provocada (espontânea) ou ambas(1). No entanto, a localização exata e as características da dor podem ser muito diferentes e variar de mulher para mulher(2).

A sua etiologia ainda não foi completamente esclarecida, mas diversas investigações apontam para uma etiopatogénese neuropática. A dor crónica resulta de alterações a nível do eixo neuronal que mantêm a perceção da dor na ausência de uma lesão aguda. Quando um estímulo provoca a lesão dos tecidos, desencadeia uma reação inflamatória seguida de reparação. A persistência da agressão causa modificações no sistema nervoso e sensibilização das fibras nervosas, com consequente hiperalgesia. Este fenómeno ocorre devido à libertação de mediadores inflamatórios e consequente atividade espontânea dos neurónios, aumento da resposta a estímulos e diminuição do limiar de ativação dos nociceptores. Clinicamente, a dor neuropática é expressa por dois processos sensoriais anormais, a hiperalgesia e a alodinia estando ambos presentes em mulheres com vulvodinia.

Apesar de o termo vulvodinia ter sido descrito pela primeira vez em 1880's(3), permanecem muitas questões sobre a prevalência, a epidemiologia e os fatores de risco que lhe estão associados.

A prevalência da vulvodinia tem sido difícil de avaliar, devido à intimidade da afeção e também pela dificuldade na observação dos critérios que a definem(4-7). Tem-se estimado a prevalência da vulvodinia entre 3-18,5%(4-6), com variações dependentes dos coortes de mulheres estudadas.

Têm sido propostas diversas teorias sobre a etiologia da vulvodinia(7) mas o mais provável é ter uma etiologia multifatorial(8), uma vez que vários fatores de risco têm sido identificados ao longo dos últimos anos, embora nem sempre de forma consensual. Têm sido associados ao diagnóstico de vulvodinia fatores epidemiológicos, tais como a idade mais avançada da mulher(5, 9-12), a idade mais tardia da menarca (11), o uso repetitivo do tampão(9, 11, 13), o uso continuado de anticoncecionais orais(9, 14), a exposição repetitiva a produtos de higiene íntima e a cosméticos(11), infeções genitais de repetição(9, 14, 15), ao uso de preservativo(11), ao início precoce(14) e à frequência da relação sexual(9, 14, 16, 17), ao

número de parceiros(6), à instabilidade relacional com o parceiro sexual(14), a antecedentes de abuso sexual, à história de episiotomia e ao aumento da paridade(11).

Do nosso conhecimento, não existe na população portuguesa nenhum estudo epidemiológico que avalie a prevalência e os fatores de risco associados ao diagnóstico de vulvodinia. A vulvodinia é uma dor crónica a que se associa uma forte perturbação na intimidade, na afetividade e na socialização da mulher, que se tende a agravar com o decorrer de tempo(13), pelo que nos interessou particularmente o seu impacto na mulher jovem.

Objetivos do estudo:

1. Aprofundar os conhecimentos sobre vulvodinia
2. Estimar a prevalência de vulvodinia numa população jovem portuguesa;
3. Conhecer as características demográficas, antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais associados ao diagnóstico de vulvodinia;
4. Identificar as características clínicas associadas à vulvodinia;
5. Avaliar a perceção de qualidade de vida das mulheres com vulvodinia;
6. Apreciar a atitude das mulheres com vulvodinia face à sua afeção.

Hipóteses a testar:

H1: a prevalência de vulvodinia é superior nas mulheres com as seguintes características:

- idade inferior a 25 anos;
- idade da menarca inferior a 12 anos;
- com atividade sexual iniciada;
- idade de início da atividade sexual inferior a 16 anos;
- mais de um parceiro sexual;
- com atividade sexual atual;
- relação atual com menos de três anos de duração;
- atividade sexual pouco frequente (uma vez por semana no máximo);
- uso de métodos contraceptivos hormonais.

H2: a presença de vulvodinia afeta a qualidade de vida e a atividade sexual da mulher;

H3: a presença de vulvodinia aumenta a procura por ajuda médica e o número de médicos consultados.

2. Metodologia

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior a 10 de outubro de 2012 (Anexo II).

2.1 Desenho do estudo

Estudo epidemiológico do tipo transversal de cariz quantitativo descritivo, com uma componente analítica associada uma vez que se pretende estabelecer relações entre variáveis para responder aos objetivos da investigação.

2.2 População/Amostra

A população deste estudo foi um universo aleatório de todas as estudantes do sexo feminino que frequentam o ensino na UBI. O grupo estudado, não representa a totalidade da população feminina, mas apenas a população universitária feminina na faixa etária dos 17 aos 28 anos. Não houve seleção por queixas genitais, incluindo da vulva, nem por local de origem, quer nacional, quer internacional.

A amostra é composta por indivíduos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 17 e os 28 anos inclusive, a estudar na UBI. O tipo de amostragem foi por conveniência, não probabilístico.

Critérios de inclusão:

- Idade compreendida entre os 17 e os 28 anos;
- Estudantes do sexo feminino da Universidade da Beira Interior.

Critérios de exclusão:

- Questionários não preenchidos ou preenchidos de forma incompleta - foram excluídos os que teriam uma ou mais das três secções, em que se dividia o questionário, totalmente incompletas.

Dos 807 questionários distribuídos, foram devolvidos 762. Destes últimos foram eliminados 10 questionários por não cumprimento dos critérios de inclusão/exclusão. A amostra final contabiliza 752 indivíduos do sexo feminino que se traduz numa taxa de resposta de 93%.

2.3 Recolha dos dados

Os questionários foram aplicados entre os meses de outubro a dezembro de 2012.

Depois de obtida a autorização do respetivo diretor de curso, foi entregue um questionário anónimo, composto por três folhas, para avaliar os antecedentes ginecológicos, obstétricos, sexuais e a presença de dor vulvar (Anexo I) a todas as mulheres presentes na sala de aula que pretendessem participar do estudo. Foram explicados os objetivos do trabalho, a prevalência e a importância do tema, garantindo a segurança e anonimato dos dados. O próprio questionário também possuía informação escrita sobre o estudo. Todos os questionários foram aplicados por uma única pessoa (Helena Monteiro) que respondia a dúvidas de preenchimento que pudessem surgir.

2.4 Questionário

O questionário aplicado foi realizado tendo como objetivo principal avaliar a presença de dor vulvar bem como fatores que lhe estivessem associados.

Segundo Harlow et al(11) 70% das mulheres que declaram história de dor na vulva situam o seu início antes dos 30 anos de idade o que suporta a ideia de que o trauma vulvar em idades jovens pode influenciar e servir como marcador de risco para posteriores queixas de dor ou desconforto vulvar crónico(11). Os traumatismos vulvovaginais podem ocorrer em situações tão diversas como o uso de tampões ou da atividade sexual, no entanto a associação destes fatores com a vulvodinia ainda não está completamente esclarecida. Preocupámo-nos com a vulvodinia antes dos 30 anos, não só pela sua interferência na qualidade de vida dessas mulheres, mas também no sentido de uma intervenção médica em tempo oportuno.

Os questionários autoadministrados têm-se mostrado úteis na avaliação da prevalência e da caracterização da vulvodinia.

Partindo da definição de vulvodinia proposta pela ISSVD, e com base nos fatores epidemiológicos que lhe estão associados, elaborámos um questionário constituído por 26 questões divididas em três secções: características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais e dor vulvar:

Secção I: teve como objetivo recolher informações de carácter demográfico sobre as inquiridas para caracterizar a amostra no que se refere a idade, nacionalidade, naturalidade e curso que frequentavam no momento. Foram utilizadas variáveis nominais (curso, naturalidade e nacionalidade) e ordinais (idade).

Secção II: incluiu questões sobre os antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais como a idade da menarca, idade de início da atividade sexual, sexo do parceiro mais frequente, presença de atividade sexual atual, duração da relação sexual atual, frequência da atividade sexual recente, método contraceptivo mais usado, gravidez, paridade e tipo de parto. O objetivo desta secção foi identificar possíveis causas que influenciam a prevalência de dor. Nesta parte do questionário, utilizaram-se questões abertas (no caso de questões temporais) e de escolha múltipla (em que a inquirida escolhia a resposta que mais se adequava à sua situação). Optou-se por este tipo de questões pois facilitam o preenchimento e a codificação das respostas.

Secção III: teve como finalidade a caracterização da dor sentida na vulva, e das suas repercussões sobre as vivências da mulher. O principal objetivo desta secção foi identificar as mulheres com elevada probabilidade de sofrerem de vulvodinia no momento do preenchimento do questionário. Incluiu questões sobre a dor vulvar presente ou passada. As situações mais associadas ao despertar da dor, a sua frequência, duração, impacto na qualidade de vida e na atividade sexual, o número de médicos a que já recorreu na tentativa de resolução do sintoma e qual o diagnóstico ou explicação dada pelo médico. Nesta secção, as inquiridas foram questionadas apenas sobre a presença do sintoma dor vulvar, independentemente do tipo ou da sua localização específica.

Após a conclusão de uma versão do questionário considerada adequada, foi realizado um pré-teste com o objetivo de assegurar que as expectativas da investigação fossem atingidas no que respeita à informação obtida.

O pré-teste foi realizado num grupo de 12 indivíduos do sexo feminino, selecionados por conveniência, com idades compreendidas entre os 17 e os 28 anos e que frequentavam o ensino na UBI. Foi solicitado que o grupo preenchesse o questionário para averiguar a existência de dificuldades de compreensão/preenchimento e proceder a alterações se assim se justificasse.

Após o preenchimento do questionário no pré-teste, foram recolhidas as opiniões das participantes no que respeita a clareza, ordem e compreensão das questões, dificuldades no preenchimento, extensão, interesse e compreensão do tema.

Uma das dificuldades prendia-se com a utilização de alguns vocábulos que, na opinião de duas participantes, eram inadequados e com alguns aspetos relacionados com a formatação gráfica. Como se trataram de pequenas alterações, elas foram corrigidas e não se procedeu a um novo teste do questionário. A duração média de preenchimento foi de cerca de cinco minutos e os indivíduos que participaram no pré-teste foram excluídos do estudo.

2.5 Critérios de diagnóstico

A localização exata e as características da dor vulvar podem ser muito diferentes e variar de mulher para mulher (2). Foi considerado o diagnóstico de vulvodinia na presença de dor vulvar com uma duração igual ou superior a três meses, e de forma independente da sua localização na vulva (localizada ou generalizada), dos fatores desencadeantes da dor (provocada ou espontânea), do tipo de dor (desconforto, ardor, tipo picada, etc.) e da intensidade da dor.

2.6 Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando os programas informáticos Microsoft Excel 2007® e IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20®.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências relativas e absolutas, média e desvio-padrão).

Posteriormente recorreu-se a análises de inferência estatística das hipóteses utilizando o teste de independência do qui-quadrado (χ^2), uma vez que as variáveis em análise eram de natureza qualitativa.

Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

3. Resultados

3.1 Análise descritiva

3.1.1 Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por 752 mulheres. A maioria das mulheres era de raça caucasiana (n=623; 82,8%), de nacionalidade portuguesa (n=680; 90,4%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos (n=595; 79,1%) como é observável no Gráfico 1.

Tabela 1 - Análise descritiva da variável idade.

Variável	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio-padrão
Idade	17	28	20	20,44	2,23

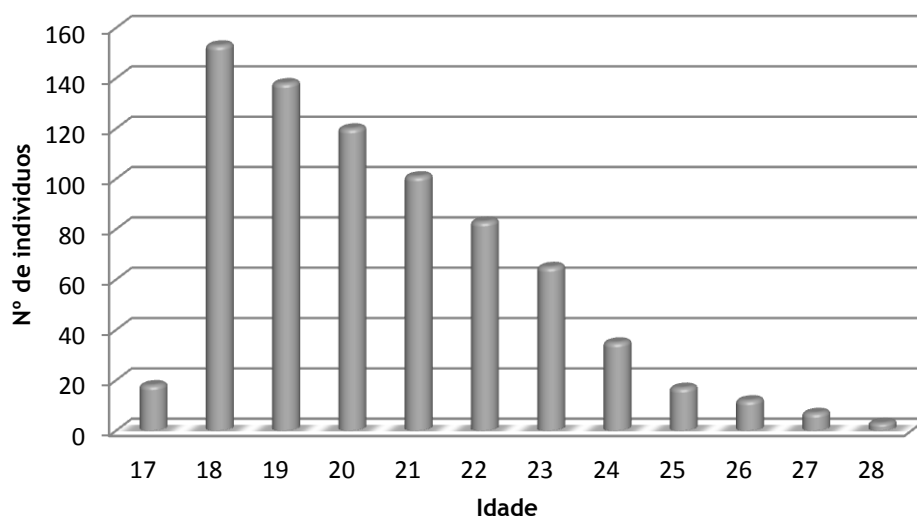


Gráfico 1 - Frequência absoluta de inquiridas por idade.

Foram aplicados questionários nas cinco faculdades que constituem a UBI. O Gráfico 2 mostra a distribuição dos questionários pelos diversos cursos. Salienta-se que foi no Curso de Medicina que foram distribuídos mais questionários (n=330; 43,9%).

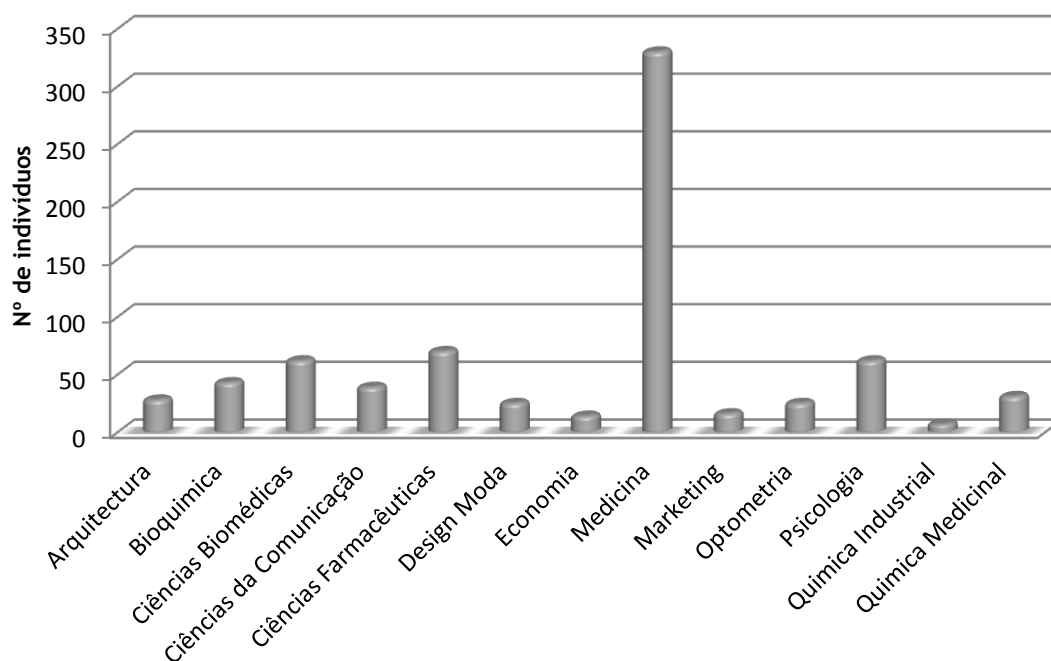


Gráfico 2 - Frequência absoluta de inquiridas por curso frequentado.

3.1.2 Antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexuais

No Gráfico 3, pode-se verificar que a maioria das inquiridas referiu ter tido a menarca aos 12 anos de idade (Média=12,39; Desvio-padrão=1,32). Das inquiridas, 538 (71,5%) já tinham iniciado a atividade sexual à data do preenchimento do inquérito (Gráfico 4), a maioria entre os 17 e os 18 anos (Média=17,40; Desvio-padrão=1,70; Gráfico 5)

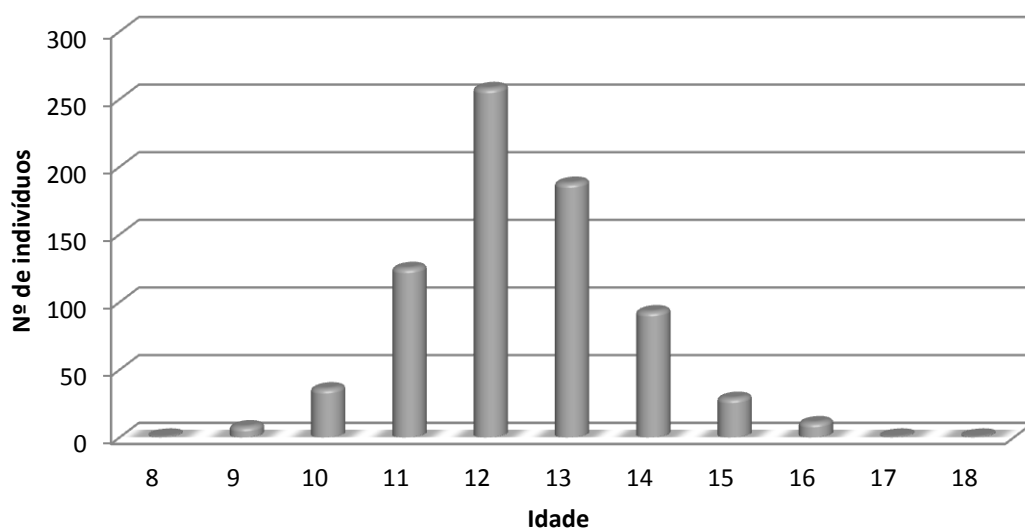


Gráfico 3 - Frequência absoluta da idade da menarca.

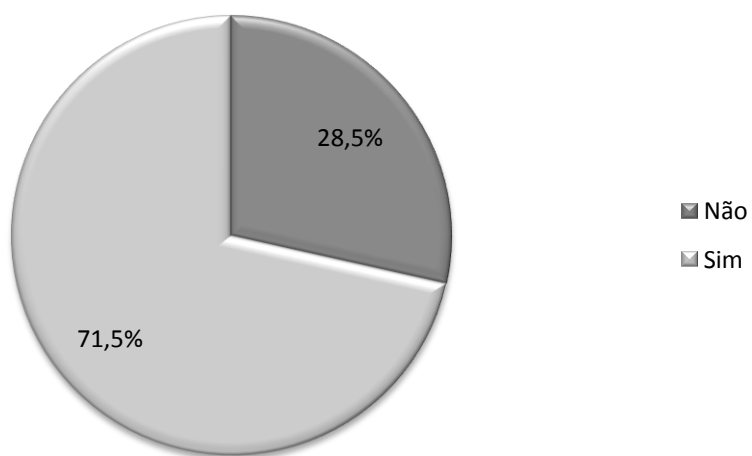


Gráfico 4 - Proporção de inquiridas que já iniciaram a atividade sexual.

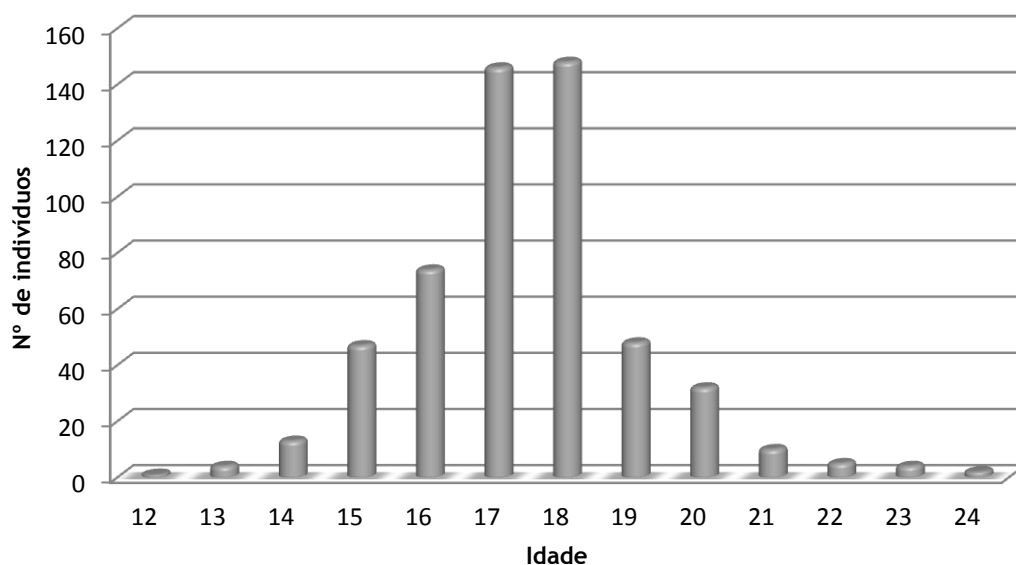


Gráfico 5 - Frequência absoluta da idade de início da atividade sexual.

Das que reportaram já terem iniciado a atividade sexual, 530 mulheres (98,5%) referiram que o seu parceiro sexual era do sexo masculino e 274 (51%) tiveram até à data apenas um parceiro sexual (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência absoluta e respetiva percentagem do número de parceiros relatados pelas inquiridas.

Nº de parceiros	Frequência absoluta	Frequência relativa
1	274	51%
2	127	24%
3	61	11,6%
4	31	6,3%
5	20	4,1%
6, 7, 8, 9 ou 10	13	3%
Total	526	100%

Das mulheres que já tinham iniciado a sua atividade sexual, 387 (72%) mantinham relações sexuais regulares na altura do preenchimento do questionário (Gráfico 6) sendo a moda da duração da relação atual de 2 anos (Gráfico 7).

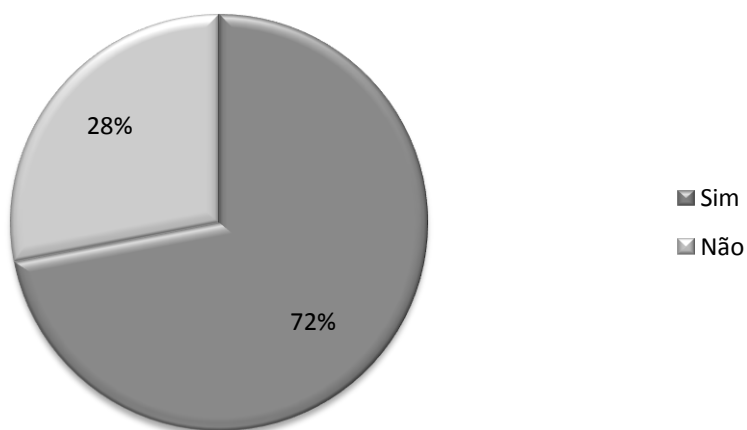


Gráfico 6 - Proporção de inquiridas que refere atividade sexual atual.

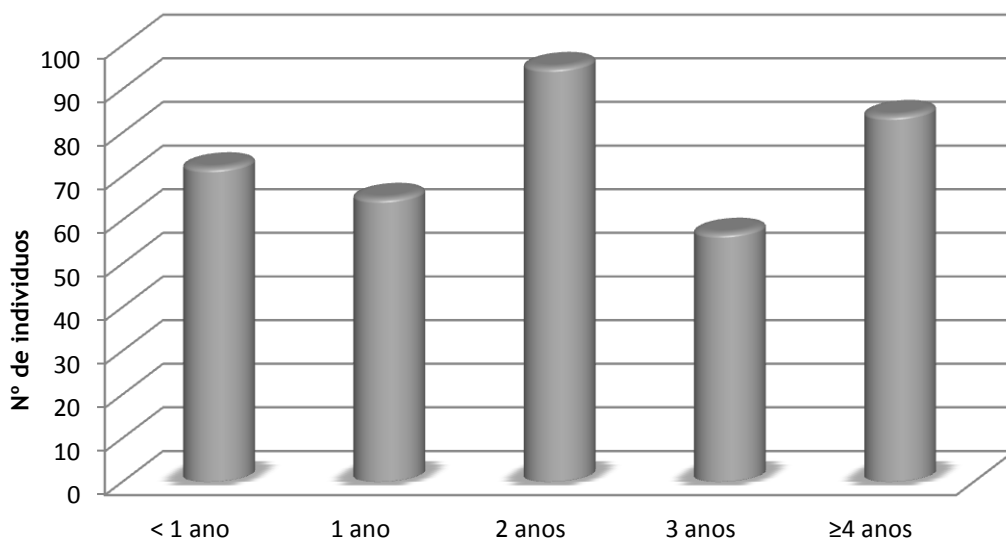


Gráfico 7 - Frequências absolutas da duração em anos da atual relação.

Relativamente à frequência da atividade sexual da atual relação, 225 mulheres (59%) referiram ter relações sexuais com uma frequência de uma a duas vezes por semana (Gráfico 8).

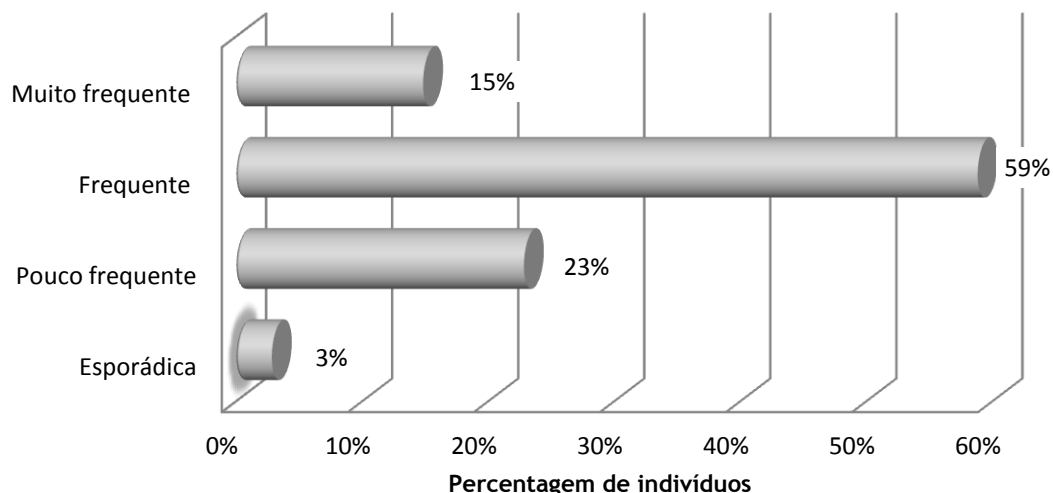


Gráfico 8 - Frequência da atividade sexual atual relatada pelas inquiridas.

Nota: Muito frequente - mais de três vezes por semana; Frequente - uma a duas vezes por semana; Pouco frequente - uma a duas vezes por mês; Esporádica - uma a duas vezes em seis meses.

Em relação ao método anticoncepcional, 414 das inquiridas (77,1%) utilizavam contraceptivos hormonais, 110 mulheres (20,5%) utilizavam métodos não hormonais e 13 mulheres (2,4%) referiram não utilizar qualquer método anticoncepcional (Gráfico 9).

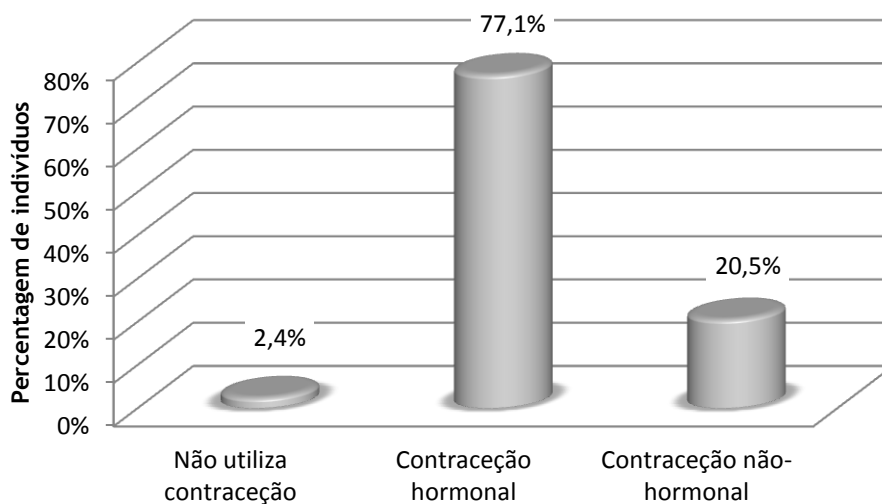


Gráfico 9 - Proporção relativa dos métodos contraceptivos utilizados.

Relativamente aos antecedentes obstétricos, a quase totalidade das inquiridas eram nulíparas (99,5%; n=748).

3.1.3 Dor vulvar

Das inquiridas, 312 (41,5%) referiram sentir ou já ter sentido qualquer tipo de desconforto ou dor na zona da vulva, em algum momento da sua vida. Destas, 68 mulheres (9%) referiram dor atual, ou seja, dor no momento do preenchimento do questionário (Gráfico 10).

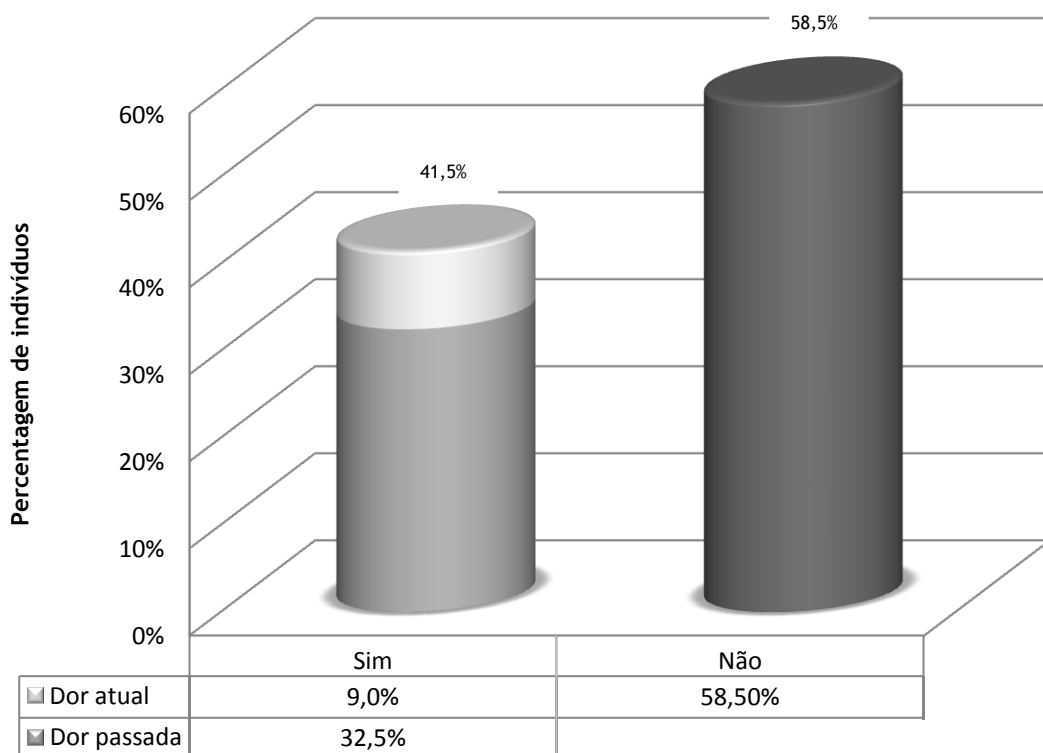


Gráfico 10 - Proporção de inquiridas que relataram dor vulvar e diferenciação em dor atual ou passada.

Das mulheres que referiram sentir desconforto ou dor na altura do preenchimento do questionário (dor atual), 41 mulheres (60%) sentiam essa dor há mais de três meses (Gráfico 11), ou seja, 5,5% do total de mulheres da amostra satisfaziam critérios de vulvodinia no momento do preenchimento do questionário.

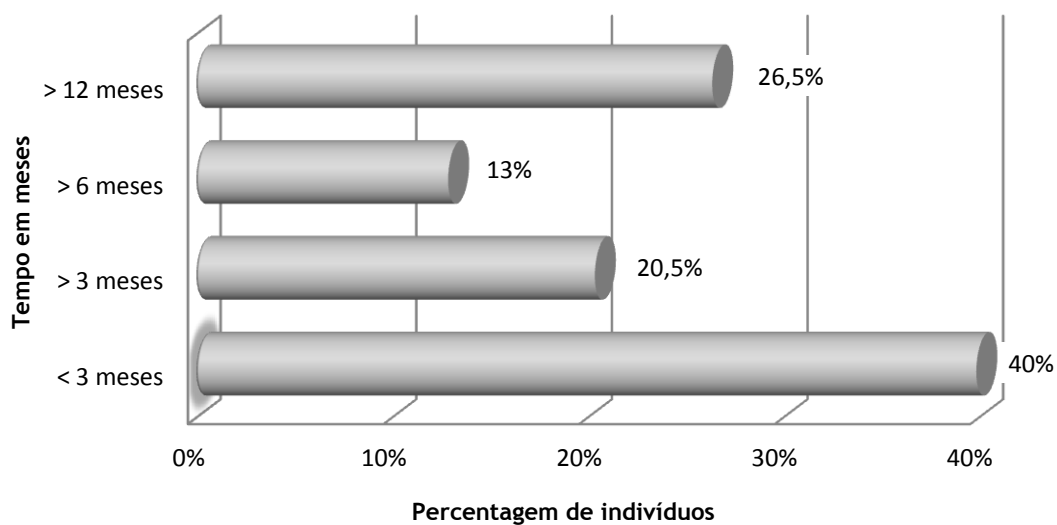


Gráfico 11 - Duração da dor sentida pelas mulheres aquando da aplicação do questionário.

Das mulheres que relataram sentir “dor atual” na vulva, todas referiram sentir a dor de forma intermitente, e nenhuma mulher referiu que sentia a dor de forma contínua (Gráfico 12).

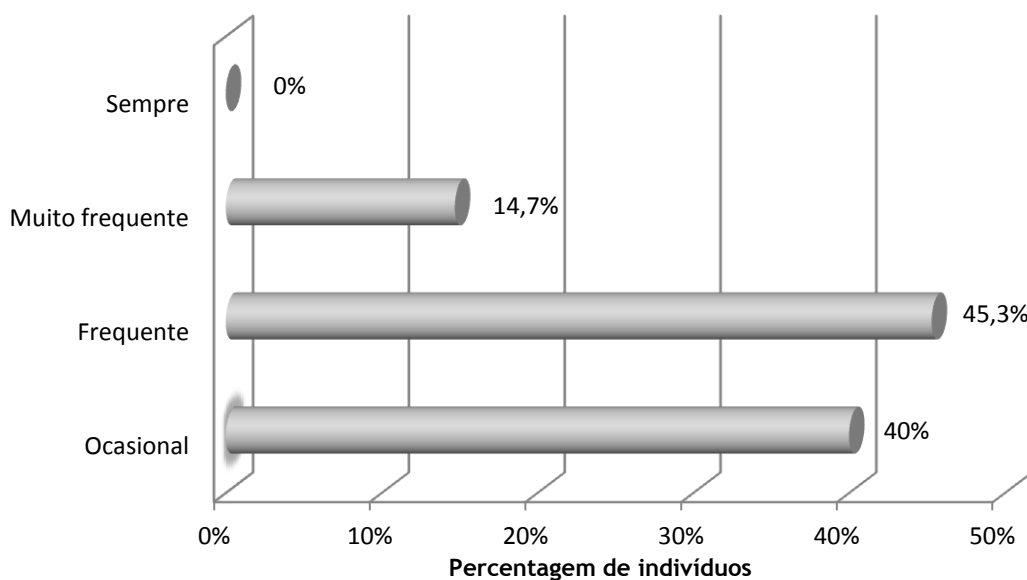


Gráfico 12 - Frequência da dor atualmente sentida pelas mulheres.

Nota: Ocasional - menos de uma vez por mês; Frequentemente - uma a duas vezes por mês; Muito frequentemente - todas as semanas.

Dos fatores desencadeantes da dor, o início da atividade sexual foi o fator desencadeante mais referido pelas inquiridas, tal como se pode observar no pelo Gráfico 13.

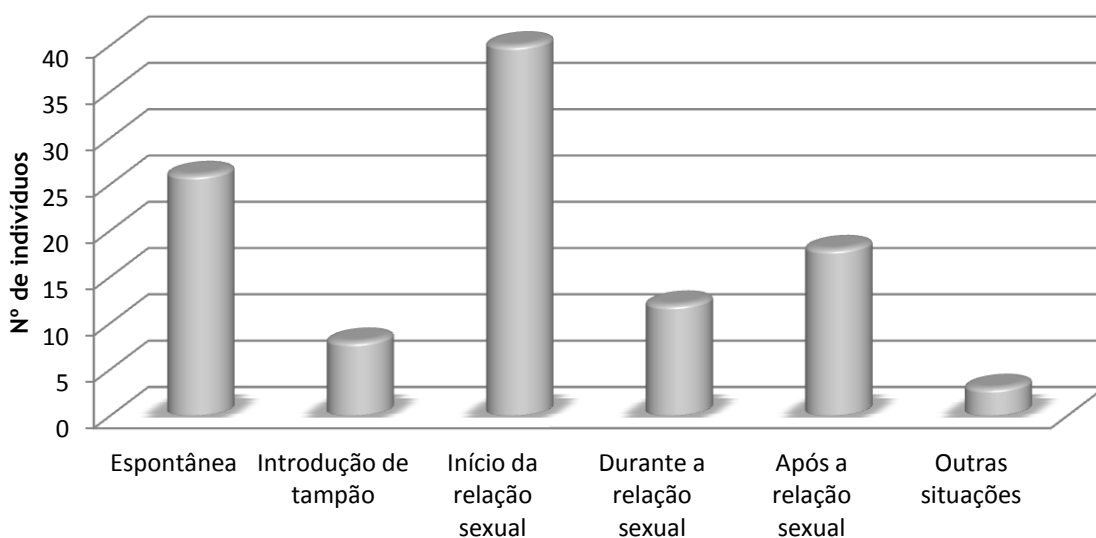


Gráfico 13 - Frequência absoluta dos fatores desencadeantes da dor vulvar.

Relativamente à repercussão na qualidade de vida, das mulheres que afirmaram sentir dor atual, apenas 17 mulheres (25%) consideraram que a dor afetava as suas atividades diárias, e apenas 15 mulheres (22%) referiram que a dor afetava ou impedia a atividade sexual (Gráfico 14).

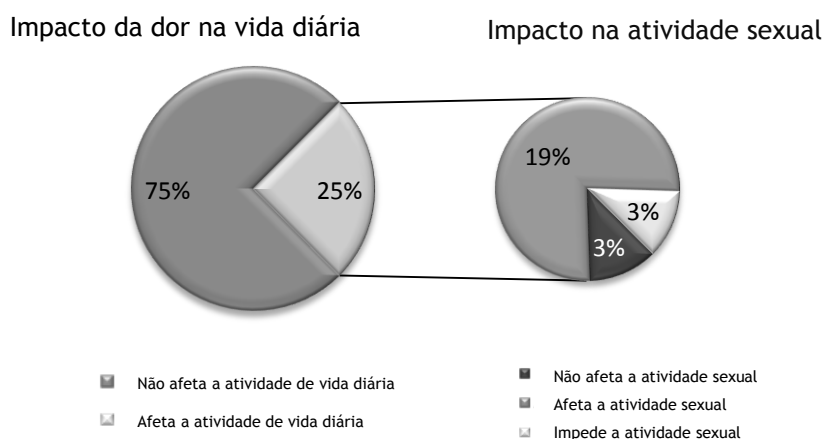


Gráfico 14 - Impacto da dor na qualidade de vida diária e na atividade sexual.

Das mulheres que referiram sentir dor aquando do preenchimento do questionário (n=68), apenas 23 mulheres (34%) procuraram ajuda médica, sendo que a maioria consultou um único médico (n=18; 26,6%; Gráfico 15).

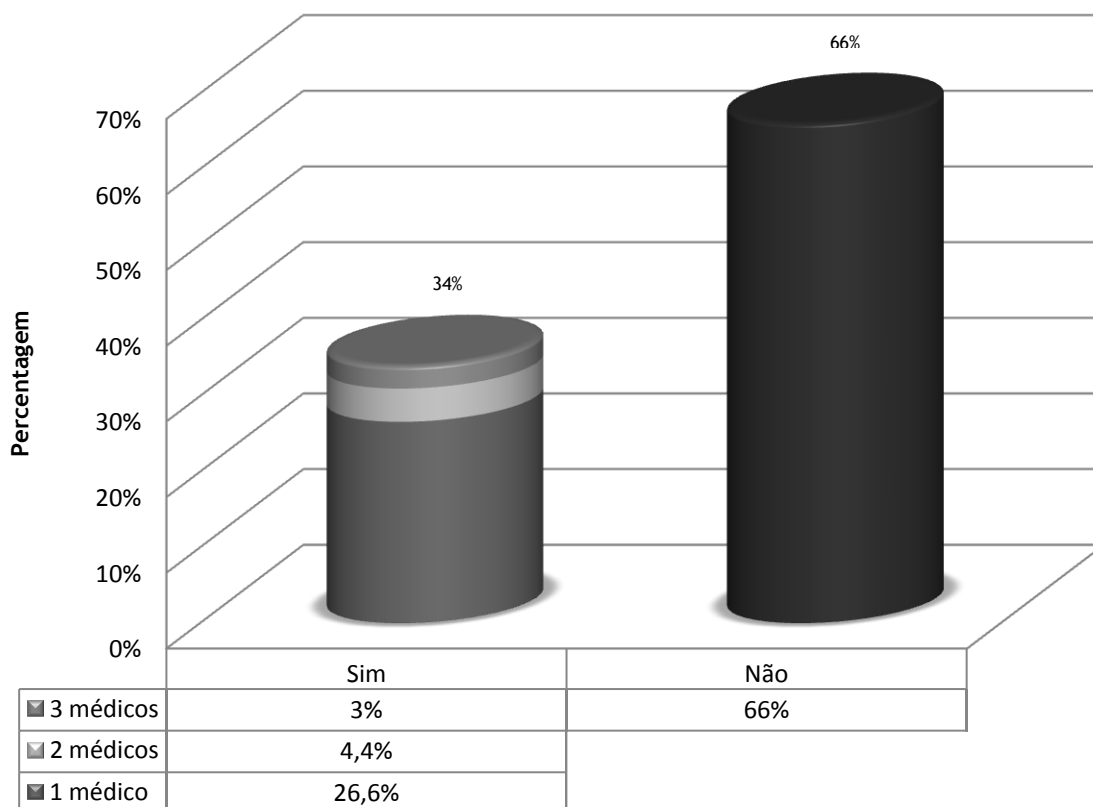


Gráfico 15 - Percentagem de mulheres com dor vulvar atual que recorreu a consulta médica e o número de médicos consultados.

Em 6 das mulheres (26%) que recorreram à consulta médica por queixas de dor referida à vulva, não foi efetuado qualquer diagnóstico (Gráfico 16). Quando foi efetuado um diagnóstico, o mais frequente foi o de um processo infeccioso (n=7; 41%).

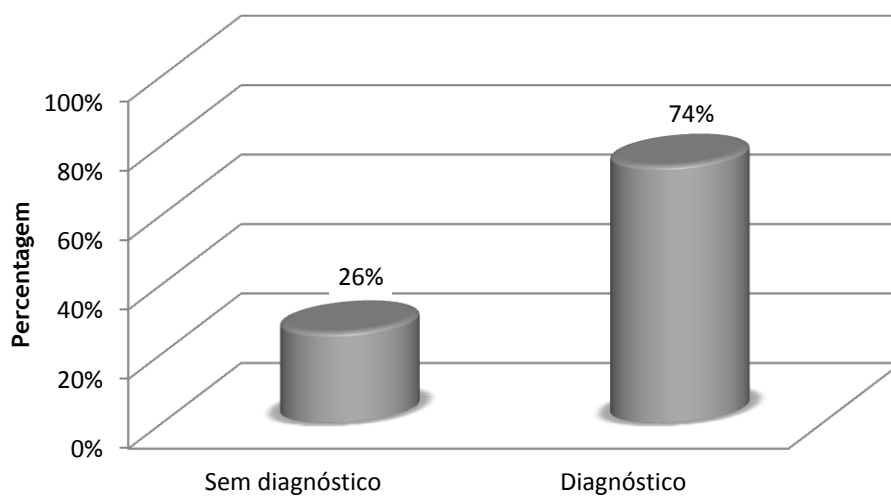


Gráfico 16 - Percentagem de mulheres que recebeu diagnóstico após a consulta médica.

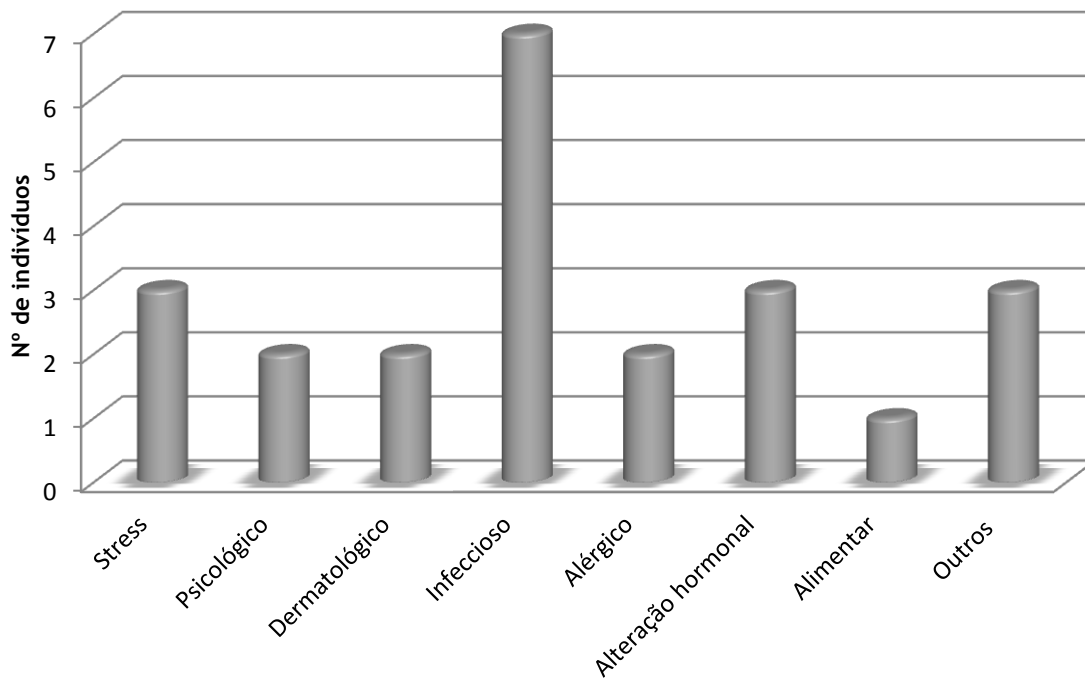


Gráfico 17 - Frequência dos diagnósticos efetuados na consulta médica.

3.2 Análise inferencial

Procedeu-se a uma análise comparativa dos dados demográficos e epidemiológicos colhidos no inquérito, no sentido de encontrarmos fatores associados à presença de vulvodinia, que nos permitissem delinear estratégias para uma intervenção sobre as mulheres que sofrem daquela doença.

Da análise estatística que efetuámos a maioria dos dados demográficos ou epidemiológicos por nós estudados não constitui um fator de risco para a vulvodinia [idade ($p=0,318$); idade da menarca ($p=0,509$); frequência da atividade sexual ($p=0,879$); idade do início da atividade sexual ($p=0,952$); número de parceiros sexuais ($p=0,682$); duração da atividade sexual ($p=0,244$); assim como os métodos contraceptivos usados ($p=0,561$)].

No entanto, constatou-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a variável “vulvodinia” e as variáveis “atividade sexual atual” ($p=0,029$), “impacto na qualidade de vida” ($p<0,001$), “impacto na atividade sexual” ($p<0,001$) e “consulta médica” ($p<0,001$).

Tabela 3 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem atividade sexual atual.

	Mulheres com atividade sexual atual		Teste Qui-quadrado
	Sim	Não	
Vulvodinia			$p=0,029$
Sim	30	4	
Não	354	146	

Tabela 4 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem uma alteração da sua qualidade de vida.

	Impacto na qualidade de vida		Teste Qui-quadrado
	Sim	Não	
Vulvodinia			$p<0,001$
Sim	15	26	
Não	2	25	

Tabela 5 - Relação entre as mulheres com critérios de vulvodinia e as mulheres que referem impacto da dor na atividade sexual.

		Impacto na atividade sexual		Teste Qui-quadrado
		Sim	Não	
Vulvodinia	Sim	13	2	$p < 0,001$
	Não	2	0	

4. Discussão

Tanto quanto sabemos, este foi o primeiro estudo epidemiológico sobre a vulvodinia, que se realizou numa população portuguesa.

Nesta amostragem, a prevalência pontual de vulvodinia numa população jovem universitária foi de 5,5%. Os nossos resultados apontam para uma prevalência ligeiramente inferior à referida pela maioria dos estudos similares já realizados. Bernard et al(11) obteve valores de prevalência pontual que chegavam aos 8,6%, Barbara et al(12) referiu um valor de 8,3%, Reed et al(18) apontou um valor de 7,6% e Harlow et al(5) estimou a prevalência de vulvodinia em 7%. Os valores acima referidos resultam da aplicação de critérios de diagnóstico semelhantes aos usados no presente estudo para a determinação da prevalência de vulvodinia numa dada população, ou seja, presença de dor vulvar com uma duração superior a três meses sentida no momento da realização do estudo e por autoavaliação através do preenchimento de um questionário.

É interessante que Lauren et al(6) usando como critério de vulvodinia uma dor vulvar com duração superior a 6 meses à data do preenchimento do questionário determinou uma prevalência pontual de vulvodinia de 3,8%, o que sugere que nos estudos anteriormente referidos, alguns casos classificados como vulvodinia correspondiam a situações clínicas transitórias, de origem inflamatória, traumática ou psicogénea, e não a uma verdadeira entidade de dor crónica, sempre associada ao conceito de vulvodinia. Também com interesse são as determinações efetuadas por Harlow et al(5) e Bernard et al(11) que calcularam a prevalência cumulativa (*lifetime prevalence*) da vulvodinia, tendo determinado percentagens cumulativas de 16% e 18,5%, respetivamente. Estes resultados de prevalência cumulativa sugerem ou uma resolução espontânea da vulvodinia em metade dos casos, situação pouco compatível com o conceito da cronicidade da dor vulvar, ou a inclusão de casos classificados incorretamente como de vulvodinia. Estamos assim convencidos, que a prevalência de vulvodinia determinada no nosso estudo se aproxima mais da realidade. Não podemos deixar de referir que todos os estudos acima enumerados foram realizados na população norte americana, que culturalmente diferente da portuguesa terá com certeza uma perceção diferente da dor.

O presente estudo foi realizado apenas em mulheres nas faixas etárias entre os 17 e os 28 anos, o que pode constituir um “bias” na avaliação da prevalência da vulvodinia. Alguns autores como Harlow et al(5), Camille et al(9) e Graziatti et al(19) determinaram um aumento da prevalência da vulvodinia em mulheres jovens, especialmente antes dos 25 anos. Por outro lado Barbara et al(12) e Arnold et al(6) não observaram tais diferenças. Pensamos que a mulher ao longo da sua vida reprodutiva vai passando por diferentes fases com características próprias suscetíveis de lhe condicionar diferentes perceções da dor vulvar.

Assim, é possível que a prevalência da vulvodinia se mantenha mais ou menos constante entre os diferentes grupos etários, mas que o tipo de vulvodinia vá sofrendo acentuadas modificações ao longo da idade da mulher.

No presente estudo, dos fatores epidemiológicos estudados não conseguimos identificar fatores de risco associados ao diagnóstico de vulvodinia

Ao contrário do estudo realizado por Bernard et al(11), que determinou maior risco de sofrer de vulvodinia nas jovens cuja idade da menarca foi inferior a 12 anos, o presente estudo não mostrou relação entre a idade da menarca e a dor vulvar crónica ($p>0,05$).

Também não foi observada uma relação significativa entre a idade de início da atividade sexual e a presença de vulvodinia ($p>0,05$), ao contrário do que reportado por Berglund et al(14), que verificou que o início da atividade sexual regular antes dos 16 anos de idade se relacionava com o aumento da prevalência de vulvodinia. Ou seja, comparativamente aos resultados dos estudos realizados por Reed et al(16), Barbara et al(12), Sutton et al(17) e Harlow et al(11), este estudo demonstrou que a presença de vulvodinia não está significativamente relacionada com o início da atividade sexual ($p>0,05$) mas sim com a presença de atividade sexual no último mês ($p=0,029$, Tabela 3).

Também no presente estudo não verificámos uma relação estatística significativa entre o numero de parceiros sexuais e a prevalência de vulvodinia ($p>0,05$), o que contraria os resultados do estudo realizado por Arnold et al(6), onde refere que a prevalência de vulvodinia é superior em mulheres que tiveram mais de quatro parceiros.

Camille et al(9) observaram que a prevalência de vulvodinia foi menor em mulheres com relacionamentos sexuais mais estáveis, com uma duração superior a quatro anos. No presente estudo não confirmámos tal associação, no entanto, devemos levar em linha de conta que a população por nós estudada era muito jovem, e por isso mesmo, apenas uma pequena percentagem de mulheres mantinham o mesmo parceiro sexual há pelo menos 4 anos.

Neste estudo, também a intensidade da atividade sexual não se mostrou um fator de risco relevante para a vulvodinia, ao contrário do apontado em outros estudos tais como os Berglund et al(14) e Camille et al(9), que reportaram uma diminuição da prevalência de vulvodinia em mulheres que tinham atividade sexual atual com uma frequência de mais de três vezes por semana. Reed et al(12) também detetou relação inversa entre a frequência da atividade sexual e a vulvodinia, sugerindo que as mulheres que tinham uma atividade sexual, pelo menos, de frequência semanal tinham menos queixas de vulvodinia do que aquelas que reportavam uma atividade sexual mais espaçada. Existem fatores psicológicos e culturais que se relacionam com as preferências sexuais que não foram avaliadas no presente estudo, visto estarem fora do seu âmbito. É provável que a vulvodinia limite a gratificação sexual e assim

seja um importante fator limitativo da atividade sexual dos casais. Mais uma vez o fator “idade da população estudada” poderá explicar a disparidade dos resultados.

A ação dos contraceptivos hormonais na etiologia da vulvodinia ainda não está esclarecida. Reed et al(20) e Nylander et al(21) reportaram que a de vulvodinia parece ter relação com o uso prolongado de anticoncepcionais hormonais, no entanto o estudo conduzido por Arnold et al(6), não encontrou tal associação. No presente estudo também não encontramos relação estatisticamente significativa entre a utilização dos contraceptivos hormonais e a vulvodinia, mas não podemos deixar de referir que cerca de 77% das nossas inquiridas faziam anticonceção oral e não foram inquiridas quanto ao tipo e duração da sua utilização.

Segundo Graziatti et al(19), é possível que muitas mulheres “despertem” a sua vulvodinia com o início da atividade sexual. O aumento da sensibilidade a nível da vulva predispõe à dispareunia, e a dispareunia predispõe à vulvodinia, criando-se assim um ciclo vicioso, que se agrava com o tempo e que interfere com a intimidade e a sexualidade da mulher. No presente estudo, o principal fator desencadeante da vulvodinia foi a atividade sexual, no entanto 26 mulheres inquiridas referiu sensação dolorosa sem conseguir identificar um fator desencadeante para tal.

Tal como outros estudos também verificámos que as atividades da vida diária são frequentemente afetadas pela sensação de dor na vulva. Cerca de 17 mulheres (25%, Gráfico 14) referiram que a dor vulvar interferia com as suas atividades diárias. As duas componentes estão estatisticamente relacionadas ($p < 0,001$, Tabela 4) e estão de acordo com outros estudos já realizados, como o de Arnold et al(6). No entanto, neste último estudo, cerca de 59% das mulheres referiram sentir a sua qualidade de vida afetada pela dor, uma percentagem superior à encontrada por nós, provavelmente em consequência das diferentes características das amostras. Muitas das mulheres que sentem a sua qualidade de vida afetada pela dor vulvar sentem também dificuldades na atividade sexual. Cerca de 15 mulheres (22%, Gráfico 14) que apresentavam dor no momento do preenchimento do questionário, referia que a mesma afetava ou até impedia a relação sexual. Constatação semelhante foi também verificada por Reed et al(12) e Arnold et al(6), embora com maior repercussão (cerca de 45%).

Das mulheres que referiram sentir dor no momento da realização do questionário, 23 delas (34%, Gráfico 15) recorreram à consulta médica para resolução do problema. Reed et al(12) referem no seu estudo que 48,6% das mulheres que reuniam critérios de vulvodinia procurou tratamento médico, bem como no estudo de Harlow et al(11) em que a procura de apoio médico correspondeu a 60% das mulheres que sentiam dor na vulva. As razões que levam a que as mulheres com vulvodinia não procurem uma solução médica para o seu problema são pouco conhecidas, mas poderão estar relacionados com fatores culturais, sociais ou mesmo emocionais. Não podemos também excluir que alguns tipos de personalidade predisponham a

uma melhor tolerância à dor de origem genital. Uma compreensão mais aprofundada daqueles aspetos poderão ajudar a entender a experiência cognitiva da mulher face à vulvodinia e a delinear melhores estratégias clínicas e terapêuticas.

Das mulheres que recorreram à consulta médica, apenas 5 (21,7%) recorreram a dois ou mais médicos para resolução da sua doença, o que contrasta com a referida por Harlow et al(11), na qual cerca de 50% das mulheres consultam dois ou mais médicos. Pensamos que esta discrepância se deve à idade muito jovem da nossa amostragem, em que apenas 18 das inquiridas (26,5%) referiu vulvodinia com duração superior a doze meses.

Das mulheres que procuraram ajuda médica, 6 (26%) referiram não lhes ter sido feito qualquer diagnóstico (Gráfico 16). Quando foi efetuado um diagnóstico, o mais frequente foi o de infeção (Gráfico 17). No estudo realizado por Harlow et al(11), 40% das mulheres que consultaram o médico permaneceram sem diagnóstico, resultado semelhante foi reportado no estudo de Reed et al(12). É possível que muitos médicos, especialmente não-ginecologistas, se encontrem pouco sensibilizados para o diagnóstico da vulvodinia, e estejam mais atentos ao diagnóstico dos processos infecciosos, sem dúvida, muito mais frequentes.

Entre outros diagnósticos para a dor sentida na vulva encontra-se a alteração hormonal e o stress (Gráfico 17). Estes resultados são semelhantes aos reportados por Reed et al(12) no qual em mulheres com dor vulvar foi diagnosticada uma diminuição da taxa de estrogénios em 39,5%, uma infeção em 36,9% e o stress foi apontado como causa etiológica em 11,5%.

4.1 Limitações ao estudo

A principal limitação do presente estudo foi o incidir numa população jovem e universitária, o que dificulta a extrapolação dos seus resultados para a população em geral. Mas se a amostragem de mulheres jovens e universitárias pode ser considerada uma limitação do presente estudo, também constituiu uma vantagem, porque:

1. Permitiu demonstrar que mesmo em mulheres jovens o problema da vulvodinia não deve ser descurado,
2. As queixas de vulvodinia se iniciam precocemente, na vida da mulher,
3. O facto das inquiridas serem mulheres universitárias, com níveis intelectuais superiores ao da média populacional, facilitou a compreensão e a qualidade das respostas ao inquérito que lhes foi apresentado. Gostaríamos de referir que nenhum inquérito foi excluído por preenchimento deficiente,
4. Mais de metade das mulheres inquiridas frequentavam cursos do ramo da Saúde, população muito motivada para colaborar na evolução dos conhecimentos da sua área de interesse.

A segunda principal limitação do estudo foi termos usado um questionário construído por nós, que nunca foi utilizado anteriormente, o que dificulta a comparação dos nossos resultados com os de outros autores. No entanto, o nosso questionário apresenta algumas vantagens importantes:

1. Foi elaborado obedecendo aos critérios de vulvodinia definidos pela ISSVD, ao contrário de alguns estudos publicados que são baseados em questionários que não avaliam corretamente aqueles critérios,
2. O questionário utilizado foi previamente aferido e corrigido, situação nem sempre referida por outros autores.

Por fim, tratou-se de um estudo transversal, que não permite avaliar a prevalência da vulvodinia ao longo do tempo. Entendemos que a correta avaliação da vulvodinia e das suas repercussões na qualidade de vida da mulher e na sua sexualidade, apenas pode ser avaliada por critérios clínicos, associados a questionários de autopreenchimento. Este tipo de avaliação, para além de permitir definir estratégias clínicas e terapêuticas, permitirá também uma melhor perceção temporal da vulvodinia. Não foi esse o objetivo do presente estudo, mas apenas a determinação, num dado momento, da prevalência da vulvodinia numa população jovem e universitária, assim como de alguns fatores de risco, de mais fácil acesso, para a doença.

4.2 Perspetivas futuras:

Com base no presente estudo e na literatura consultada, várias questões estão ainda por resolver, entre as quais destacamos:

1. Implementar na classe médica a utilização dos critérios definidos pela ISSVD para a classificação da vulvodinia, em todas as situações de dor vulvar. Essa atitude vai permitir a evolução da investigação clínica da vulvodinia, porque todos passarão a usar a mesma “linguagem”,
2. Sensibilizar os médicos, especialmente de Medicina Geral e Familiar e Ginecologistas para a valorização das queixas de dor vulvar, e para o diagnóstico de vulvodinia,
3. Sensibilizar as mulheres para a valorização da dor crónica, especialmente de origem genital,
4. Avaliar o peso dos fatores psicológicos, emocionais e sociais na perceção da dor vulvar por parte da mulher. E quais as suas variações ao longo da vida reprodutiva,
5. Avaliar a possível relação entre a vulvodinia e a personalidade da mulher,
6. Avaliar quais as alterações da sexualidade que poderão estar associadas à vulvodinia,
7. Avaliar a relação existente entre a vulvodinia e a perceção de qualidade de vida e entre a perceção de qualidade de vida e a vulvodinia, e quais os fatores de qualidade de vida mais implicados.

5. Conclusões

Neste estudo, a prevalência pontual de vulvodinia foi de 5,5% (n=41) em idades entre os 17 e 28 anos, numa população universitária. Os resultados obtidos são semelhantes aos de outras publicações no que respeita à prevalência de vulvodinia, embora tenhamos constatado a falta de homogeneidade metodológica entre as diversas publicações consultadas.

Dos fatores epidemiológicos de risco para a vulvodinia que estudámos, apenas a presença atual de atividade sexual se relacionou significativamente com a presença de vulvodinia, sugerindo a pouca importância dos antecedentes pessoais da mulher e da atividade sexual como fator desencadeante da vulvodinia.

Os nossos resultados confirmaram que a presença de vulvodinia afeta negativamente a qualidade de vida e a atividade sexual das mulheres afetadas. Apesar disso apenas 23 mulheres (34%) que sentiam dor na altura do preenchimento do questionário consultaram o médico e, das que recorreram ao apoio médico, 6 mulheres (26%) permaneceram sem diagnóstico.

Há que conduzir a investigação para a melhor compreensão dos fatores associados à “tolerância” da mulher à dor crónica de origem vulvar, à falta de eficácia no diagnóstico médico da vulvodinia, e às suas repercussões na função sexual e na perceção da qualidade de vida dessas mulheres.

6. Bibliografia

1. Moyal-Barracco M LP. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: A historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*. 2004;49:772-7.
2. Gilbert Donders GB. Characteristics of the pain observed in the focal vulvodinia syndrome. *Medical Hypothesis*. 2012;78:11-4.
3. Thomas TG MP. A practical treatise on the diseases of women. 6 th ed. Philadelphia: Lea Brothers and Co.; 1891.
4. Lavy RJ HL, Haley RW. Prevalence of vulvar pain in an urban, minority population *Journal of Reproductive Medicine*. 2007;52:59-62.
5. Harlow BL SE. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia? *Journal of American Medicine Women Association*. 2003;58:82-8.
6. Arnold LD BG, Rosen R, Rhoads GG. Assessment of vulvodinia symptoms in a sample of U.S. women: a prevalence survey with a nested case control study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007;196.
7. T. A. Vulvodinia. *Journal of Sexual Medicine*. 2008;5:5-15.
8. Weijmar Shultz W BR, Binik Y. Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*. 2005;2:301-16.
9. Camille A CM, John Yeh MD. Vulvodinia in adolescence: Childhood Vulvar Pain Syndromes. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2011;24:110-5.
10. Jantos M BN. Vulvodinia. Development of a psychosexual profile. *Journal of Reproductive Medicine*. 2007:52-63.
11. Bernard L. Harlow LAW. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001;185(3):545-50.
12. Barbara Diane Redd SDH, Ananda Sen. Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;205.

13. Landry T BS. How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6:927.
14. Berglund AL NL, Rylander E. Vulvar pain, sexual behavior and genital infections in a young population: a pilot study. *Acta Obstetric and Gynecology Scand*. 2002;81.
15. Feldhaus-Dahir M. The Causes and Prevalence Of Vestibulodynia: A Vulvar Pain Disorder. *Society of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing*. 2011;31:51-4.
16. Reed BD CL. Vulvodinia in preadolescent girls. *Journal of Low Genitourinary Tract Disease*. 2008;12.
17. Jocelyn T. Sutton GAB, Lauren D. Arnold. Assessment of Vulvodinia Symptoms in a Sample of U.S. Women: A Follow-up National Incidence Survey. *Journal of Women's Health*. 2008;17(8):1285-92.
18. Barbara D. Redd HKH, Siobán D. Harlow. Reliability and Validity of Self-Reported Symptoms for Predicting Vulvodinia. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2006;108(4):906-12.
19. Alessandra Graziottin FM. *Clinical Management of Vulvodinia*. Verlag S-, editor. Italy: Grafiche Porpora; 2011.
20. Reed BD HH, Sen A. Vulvodinia incidence and remission rates among adult women: a 2-year follow-up study. *Obstetric and Gynecology*. 2008;112.
21. Nylander L. Vulvar vestibulitis in the north of Sweeden. An epidemiologic case-control study. *Journal of Reproductive Medicine*. 1997;42(3):166-8.

Anexos

Anexo I: Questionário



Universidade da Beira Interior
Faculdade Ciências da Saúde

O meu nome é Helena A. Dias Monteiro, aluna do 6º ano do curso de Mestrado Integrado de Medicina, e pretendo, com este questionário, efectuar um trabalho de pesquisa, que me auxilie na realização da minha tese de Mestrado em Medicina.

Pretendo estudar a frequência de dor na vulva e na vagina sentida por muitas mulheres. Estudos internacionais apontam para que cerca de 15 % de todas as mulheres sintam dor na vulva ou na vagina, a maior parte das vezes associada à actividade sexual. Muitas dessas mulheres sofrem em silêncio e outras são, em geral, incompreendidas. Embora de forma menos conhecida, as mulheres jovens parecem também ser afectadas por este tipo de dor.

A intenção deste estudo é avaliar a prevalência da dor na vulva e na vagina bem como conhecer algumas das suas características e factores relacionados.

Agradeço a colaboração neste inquérito, que é anónimo e cumpre todas as regras de confidencialidade.

1 – Caracterização sociodemográfica

1.1 – Curso: _____

1.3 – Naturalidade: _____

1.2 – Idade: _____

1.4 – Raça: _____

2 - Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos

2.1 - Com que idade teve a primeira menstruação? _____

2.2 - Já iniciou a sua actividade sexual?

Não (passa para a secção nº3 – pág.4)

Sim

Se respondeu “sim” à questão anterior:

2.2.1 - Que idade tinha quando iniciou a actividade sexual? _____

2.2.2 - Quantos parceiros sexuais já teve? _____

2.2.3 – Habitualmente, o/os seu/s parceiro/os são do sexo:

Feminino

Masculino

Ambos

2.2.4 – Actualmente tem actividade sexual?

Sim

Não (passa para a questão nº 2.3)

Se respondeu “sim” à questão anterior:

2.2.4.1 – Há quanto tempo mantém a actual relação? _____

2.2.4.2 – Na questão seguinte escolha **apenas uma opção** de resposta.

Actualmente considera a sua actividade sexual como:

- esporádica (1 a 2 vezes em 6 meses)
- pouco frequente (1 a 2 vezes por mês)
- frequente (1 a 2 vezes por semana)
- muito frequente (>3 vezes por semana)

2.3 – Na questão seguinte escolha **uma ou mais do que uma opção** de resposta. Qual o método contraceptivo que usualmente utiliza?

- nenhum
- preservativo
- coito interrompido
- DIU
- pílula
- outros (indique qual): _____

2.4 Alguma vez esteve grávida?

- Não (passa para a secção nº3 - pág.4)
- Sim

Se respondeu “sim” à questão anterior:

2.4.1 - Já teve algum filho?

- Não (Passa para a secção nº3 - pág.4)
- Sim

2.4.2 – Quantos partos por:

___ via normal (vaginal)

___ cesariana

3 - Dor

3.1 - Já alguma vez sentiu dor, desconforto ou incómodo na vulva ou vagina?

Não (passa para a secção nº4 - pág.6)

Sim

Se respondeu “sim” à questão anterior:

3.1.1 - Sente essa dor, desconforto ou incómodo actualmente?

Não – Há quanto tempo não sente essa dor? _____

Sim

3.1.2 – Na pergunta seguinte pode assinalar **mais do que** uma opção.

Sente essa dor:

de forma espontânea (sem causa aparente)

após aplicação de um tampão

no início de uma relação sexual

durante a relação sexual

após uma relação sexual

outras situações (indique quais): _____

3.1.3 – Na pergunta seguinte assinale **apenas uma** opção.

Sente essa dor:

- ocasionalmente (menos de uma vez por mês)
- frequentemente (uma a duas vezes por mês)
- muito frequentemente (todas as semanas)
- sempre

3.1.4 - Durante quanto tempo sente ou sentiu essa dor?

- menos de 3 meses
- mais de 3 meses
- mais de 6 meses
- mais de 1 ano

3.1.5 - Essa dor tem impacto na sua vida diária?

- Não (passa para questão nº 3.1.6)
- Sim

Se respondeu “sim” à questão anterior:

3.1.5.1 – Essa dor:

- não afecta a actividade sexual
- afecta a sua actividade sexual
- impede a relação sexual

3.1.6 - Já consultou algum médico devido à dor sentida na vulva ou na vagina?

- Não Porquê? _____
- Sim

Se respondeu “sim” à questão anterior:

3.1.6.1 - Quantos médicos já consultou? _____

3.1.6.2 – Na pergunta seguinte pode assinalar **mais do que uma** opção.

Qual o diagnóstico (explicação) que lhe foi efectuado?

- não foi efectuado nenhum diagnóstico (não foram encontradas alterações)
- stress
- problema psicológico
- doença de pele (dermatológica)
- infecção
- alergia
- alteração hormonal
- alimentação inadequada
- outras (indique quais): _____

4 - Agradecimento

Agradeço a sua valiosa contribuição para este projecto. Através dos resultados obtidos com a realização deste questionário poderemos avaliar a gravidade deste problema de saúde que, segundo algumas bibliografias, é frequente mas muitas vezes negligenciado.

Anexo II: Parecer da Comissão de Ética



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2012-015

Data entrega processo: 21/05/2012

Data entrega processo revisto: Setembro/2012

Data conclusão processo: 10/10/2012

Tema Projecto/Proponente: “Vulvodinia numa população jovem universitária” – Helena Monteiro

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 16 Outubro 2012

O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José Martinez de Oliveira



O Vice-Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor Joaquim Viana



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Helena Monteiro
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior
Av. Infante D. Henrique
6200-506 Covilhã

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2012.10.16

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto “*Vulvodinia numa população jovem universitária*”, por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos.

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata

Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã, PORTUGAL
Telef.: +351 275 329 002 | Fax: +351 275 329 099
E-mail: fcsaude@fcsaude.ubi.pt | www.ubi.pt