

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVI

Capítulo 9

VAGINOSE E VAGINITE: UMA ABORDAGEM SOBRE SUAS FISIOPATOLOGIAS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

GABRIEL FELIPE GONZAGA SILVEIRA¹
ANDRÉ LUCAS LOUREIRO RUBATINO²
GABRIELA OLIVEIRA BARROS²
JOCATA FERNANDA PAULA E CUNHA²

¹Médico – Universidade Federal de Minas Gerais.

²Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Palavras-Chave: Vaginite; Vaginose Bacteriana.

DOI

10.59290/0022193001

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

As vaginites e vaginoses são condições que afetam a mucosa vaginal e, às vezes, a vulva, apresentando sintomas como corrimento vaginal, prurido, ardor, odor característico, disúria e dispareunia. Esses quadros podem ser decorrentes de fatores infecciosos como fungos, bactérias e protozoários ou não infecciosos e são as queixas mais frequentes nas consultas ginecológicas, representando cerca de 40% dos motivos de consulta (LINHARES *et al.*, 2019). Além do desconforto e da perda de qualidade de vida, essas doenças podem repercutir negativamente na saúde mental, na sexualidade e na saúde reprodutiva das mulheres, além facilitar a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo e aumentar o risco de complicações obstétricas (SOBEL *et al.*, 2007).

As principais formas de vaginite e vaginose são: vaginose bacteriana (VB), candidíase vulvovaginal (CVV), vaginite inflamatória descamativa (VID) e vaginose citolítica (VC) e a tricomoníase. A VB é caracterizada pelo desequilíbrio da flora vaginal normal, dominada por *Lactobacillus*, e pela proliferação anormal de bactérias anaeróbias e facultativas, como *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella sp.*, *Mobiluncus sp.*, entre outras (MARAZZO & MARTIN, 2011). A CVV é uma infecção fúngica devido ao crescimento anormal de fungos do gênero *Candida*, tendo a *Candida albicans* como a espécie mais comum (GONÇALVES *et al.*, 2016). A VID é um quadro inflamatório não relacionado à infecção, associada à imunidade ou à queda dos níveis de estrogênio (BRADSHAW & SOBEL, 2011). A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas Vaginalis* (FEBRASGO, 2019). A VC é um distúrbio

causado pelo aumento de *Lactobacillus sp.*, que produzem ácido lático em excesso e causam citólise das células epiteliais vaginais (DONDERS *et al.*, 2012).

O diagnóstico de vaginite e vaginose é baseado na anamnese, no exame físico e exames laboratoriais da secreção vaginal. O exame físico deve avaliar a aparência, cor, odor, e quantidade de corrimento vaginal, além de avaliar a presença de vermelhidão, inchaço ou feridas na vulva e na vagina. Os testes laboratoriais incluem o pH vaginal, o teste de aminas, o exame a fresco, a coloração de Gram e a cultura para isolar os agentes etiológicos (NYIRJESY, 2008).

O tratamento das vaginites e vaginoses tem como objetivo eliminar o agente causador, além de aliviar os sintomas e agir na prevenção de complicações. O tratamento pode ser feito com medicamentos orais ou através da via vaginal, dependendo do tipo e da gravidade de cada caso. A escolha do medicamento deve considerar a eficácia, a segurança, a tolerância, além do custo e a preferência da paciente. Por fim, é importante orientar as pacientes sobre hábitos de higiene, uso de roupa íntima adequada, uso de preservativos e tratamento dos parceiros sexuais, quando necessário (WORKOWSKI *et al.*, 2015).

As vaginites e vaginoses são doenças comuns e com impacto na saúde da mulher e são um desafio para profissionais e pacientes. Elas requerem um diagnóstico preciso e um tratamento adequado para prevenir consequências negativas no contexto físico, emocional e social das pacientes (FEBRASGO, 2019). Portanto esse capítulo tem como objetivo abordar as vaginoses e vaginites mais importantes epidemiologicamente, com enfoque na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento dessas doenças, por ser tema fundamental para os profissionais de saúde que atuam na área ginecológica.

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia relacionada às vaginoses e vaginites é variada, devido aos diferentes agentes etiológicos possíveis envolvidos nesse processo. De maneira geral, a vaginite se dá pela proliferação de microrganismos com um quadro associado de inflamação, enquanto a vaginose não apresenta esse último elemento. Serão dispostas a seguir algumas informações a respeito da fisiopatologia das vaginoses e vaginites.

A vaginose bacteriana ocorre por um distúrbio no equilíbrio da flora microbiana vaginal, havendo uma substituição da flora saudável composta predominantemente por *Lactobacillus* por outra que apresenta bactérias anaeróbias e facultativas. Consiste em uma afecção extremamente prevalente, tendo estimativas mundiais de prevalência entre 10% a 30% e sendo responsável por até 40% dos casos de queixas vaginais no Brasil. Além disso, é três vezes mais prevalente em mulheres inférteis (do que em férteis). As espécies mais comumente identificadas em portadoras dessa patologia são: *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister*, *Clostridium* e *Mycoplasmas* (FEBRASGO, 2019).

Seus fatores de risco incluem raça negra, uso de duchas vaginais, tabagismo, menstruação, estresse crônico, e está relacionada a atividade sexual, estando associada com elevado número de parceiros sexuais, sexo vaginal desprotegido, mulheres que praticam sexo com mulheres, entre outros fatores (FEBRASGO, 2019; URBANETZ, 2020).

A vaginose bacteriana é associada a diversos processos, como: infecção pelo HPV e lesões intraepiteliais cervicais, aumento nas taxas de infecções pós-cirúrgicas ginecológicas, aumento na taxa de aquisição do HIV, facilitação

da transmissão/aquisição de outros patógenos de transmissão sexual, como *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae.*, e associação com salpingite e infertilidade de causa tubária (FEBRASGO, 2019).

Além disso, a vaginose bacteriana está associada a resultados obstétricos adversos, como parto prematuro, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, aumento na morbidade neonatal e altas taxas de endometrite pós-parto, apesar de existirem questionamentos sobre as correlações com intercorrências obstétricas, visto alguns autores questionam as metodologias dos estudos (FEBRASGO, 2019),

Nas mulheres sintomáticas, a clínica é caracterizada por corrimento e/ou odor vaginal fétido. Por não apresentar inflamação, a vaginose bacteriana de forma isolada não gera disúria, dor, coceira, dispareunia, vermelhidão ou leucocitose (FEBRASGO, 2019; URBANETZ, 2020). Entretanto, sintomas mais variados podem se manifestar se associada a outras afecções vaginais, como a candidíase (FEBRASGO, 2019).

Já a vaginose citolítica está relacionada a um excesso de produção de Lactobacilos, que leva a um dano epitelial da vagina e redução do pH, causando uma sintomatologia que pode incluir corrimento abundante, prurido, irritação, sensação de queimação, desconforto e dispareunia. Essa proliferação de lactobacilos, provavelmente, é propiciada por fatores metabólicos, e estes, de forma isolada ou em conjunto com outros microrganismos, denificam as células da camada intermediária vaginal e induzem a citólise. Os sintomas ocorrem em função de produtos celulares liberados, associados à acidez vaginal excessiva (FEBRASGO, 2019).

A respeito das vaginites, a vaginite inflamatória descamativa consiste em uma vaginite purulenta de aspecto severo. Ocorre de forma rara e, singularmente na perimenopausa e pós-me-

nopausa, sendo caracterizada por uma inflamação intensa associada a eritema e corrimento purulento. Apesar de sua origem não ser conhecida, há algumas hipóteses, que incluem um fator genético que possibilita a reação do sistema imune a componentes da mucosa vaginal e a deficiência de estrogênio – o que se relaciona ao predomínio desta patologia durante a perimenopausa. Em alguns casos foram identificados *Streptococcus* do grupo B e *Escherichia coli*. Os sintomas incluem corrimento, desconforto e dispareunia, sendo inespecíficos e frequentemente de longa duração (FEBRASGO, 2019).

Já a vaginite aeróbica corresponde a um quadro semelhante à vaginose bacteriana, sendo caracterizada por poucos *Lactobacillus*, por corrimento profuso e por elevação do pH vaginal. Apesar disso, apresenta diferenças, como presença de inflamação, leucócitos, células epiteliais imaturas e ausência de aspecto microgranular na microflora à microscopia, além de apresentar teste das aminas ou *whiff test* negativo. Tal microflora apresenta bactérias aeróbicas entéricas, e predominam *Streptococcus sp.*, *Staphylococcus aureus* e *Escherichia coli*, que deixariam a condição de comensais para agressores, por fatores não determinados (FEBRASGO, 2019).

A infecção corresponde a uma condição crônica, que apresenta corrimento vaginal, que pode ser de aspecto purulento e ter odor desagradável, além de sinais de inflamação, irritação vulvar e dispareunia, de intensidades variáveis. Apresenta também inflamação do vestíbulo e da mucosa vaginal, ao exame ginecológico. Por fim, quando severo, o quadro clínico assemelha-se ao da vaginite inflamatória descamativa (ambas são consideradas a mesma entidade para alguns autores) (FEBRASGO, 2019).

A candidíase vulvovaginal é desencadeada pela proliferação da *Candida sp.* Essa última

existe no trato genital feminino em cerca de 20% das mulheres assintomáticas e, por fatores não bem descritos, sai do seu estado saprófita para um estado patogênico. A espécie mais frequente é a *Candida albicans* (85 a 95%), que tem relação com a sua habilidade dimórfica, em que pode modificar sua forma para a de micélio, que é mais invasiva. Outras espécies causadoras da candidíase são a *Candida glabrata*, *Candida tropicalis* (essas duas somam 05 a 10%), *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* e *Candida guilliermondii* (FEBRASGO, 2019).

Níveis hormonais parecem ter relação com a possibilidade de colonização fúngica, visto que é frequente na idade reprodutiva e tal proliferação é facilitada no estado gravídico e durante o uso de contraceptivos orais (de altas doses). Além disso, fatores de risco também incluem diabetes mellitus, imunossupressão, e uso de antibióticos (por alteração da flora protetora) (FEBRASGO, 2019).

Por diferenças da resposta imune e próprias de cada indivíduo, há diferenças nos sintomas associados à concentração fúngica em cada mulher. Dentre muitos mecanismos imunes envolvidos, destaca-se a proteína “lectina ligadora de manose”, presente na secreção vaginal, que é capaz de reconhecer e ligar-se ao polissacarídeo manose, localizado na superfície da *Candida sp.*, que desencadeia cascata do sistema complemento, lise celular e à fagocitose. Tal mecanismo pode sofrer interferência por um polimorfismo gênico que leva a uma menor secreção dessa proteína, levando a uma maior frequência de candidíase vulvovaginal recorrente. A sua síndrome clínica é caracterizada por prurido e corrimento e pode incluir desconforto, dor, disúria e dispareunia (FEBRASGO, 2019).

Já a tricomoníase é a infecção sexual transmissível não viral mais comum no mundo, sendo causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. A invasão deste parasita pode causar uma

agressiva inflamação da mucosa e exocérvice, provocando intensa infiltração de leucócitos (FEBRASGO, 2019).

Esse parasita, por meio de glicoproteínas e glicolipídeos de superfície próprios, se liga a proteínas de superfície de células epiteliais escamosas do trato genital, infectando-as. Somado a isso, ocorre uma liberação de proteases, que favorecem citoaderência, degradação da membrana mucosa e citotoxicidade, desencadeando uma resposta imune do hospedeiro (VAN *et al*, 2023).

Esse protozoário possui a capacidade de se cobrir com proteínas do hospedeiro (para evadir mecanismos de defesa locais) e de sobreviver no meio vaginal ácido, hostil, durante longos períodos de tempo, firmemente ligado às células da mucosa vaginal, sendo raramente eliminado após a infecção e podendo permanecer indefinidamente no trato genital (FEBRASGO, 2019).

A sintomatologia é caracterizada por corrimento, que pode ser associado a dor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia, e acentua-se no período pós-menstrual (há aumento da virulência pela elevação do pH vaginal e à aquisição de ferro proveniente da hemoglobina pelo parasita). Além disso, por fagocitar fungos, vírus e bactérias, favorece o aparecimento da doença inflamatória pélvica. Estudos demonstraram correlação desta infecção com a prematuridade, e tal processo infeccioso também é cofator importante na transmissão e aquisição do HIV (FEBRASGO, 2019).

DIAGNÓSTICO

A avaliação diagnóstica das vulvovaginites e vaginoses possuem 4 ferramentas fundamentais:

Exame a fresco: coloca-se pequena quantidade de conteúdo vaginal em uma lâmina e adiciona-se uma gota de solução salina, cobrindo-

se a preparação com lamínula, para a realização da microscopia direta, com vistas à pesquisa de leveduras e/ou hifas e pseudo-hifas, *Trichomonas vaginalis* móveis, *clue cells*, leucócitos e células parabasais;

Determinação do pH vaginal: pode ser facilmente realizada por meio de fitas medidoras de pH. A amostra deverá ser obtida do terço médio para o distal da parede lateral, com cuidado para não haver contaminação com muco cervical cujo pH é alcalino (pH = 7,0);

Bacterioscopia por coloração de Gram: a presença de *clue cells*, células epiteliais escamosas de aspecto granular pontilhado e bordas indefinidas cobertas por pequenos e numerosos cocobacilos, é típica de vaginose bacteriana;

Teste das aminas (*whiff test* ou teste do “cheiro”): em uma lâmina mistura-se um pouco do conteúdo vaginal a uma gota de hidróxido de potássio (KOH) a 10% para realização do teste das aminas (*whiff test*). O teste é considerado positivo quando se detecta a presença de odor de pescado;

A partir da anamnese e do exame físico podemos efetuar o diagnóstico a partir da avaliação das características de cada doença.

VAGINOSE BACTERIANA

Visão Geral: os sintomas são corrimento de intensidade variável, acompanhado de odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal), que piora com o intercuro sexual desprotegido e durante a menstruação. O odor ocorre devido à volatilização de aminas aromáticas (putrescina, cadaverina, di- metilamina) resultantes do metabolismo das bactérias anaeróbias em contato com a alcalinidade do sêmen ou do sangue menstrual.

Ao exame especular: observa-se o conteúdo vaginal de aspecto homogêneo, em quantidade variável, com coloração esbranquiçada, branco-

acinzentada ou amarelada (LINHARES *et al.*, 2019)

Os critérios para diagnóstico da VB são os de Amsel e os de Nugent (AMSEL *et al.*, 1983; NUGENT; KROHN; HILLIER, 1991)

Os critérios de Amsel requerem três dos quatro itens a seguir:

- 1) corrimento vaginal branco-acinzentado homogêneo aderente às paredes vaginais;
- 2) medida do pH vaginal maior do que 4,5;
- 3) teste das aminas (*whiff test*) positivo
- 4) presença de “*clue cells*”.

O escore de Nugent baseia-se em elementos avaliados na bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram). O resultado da avaliação é traduzido em escores, assim considerados:

- 1) escore de 0 a 3 – padrão normal;
- 2) escore de 4 a 6 – flora vaginal intermediária;
- 3) escore de 7 a 10 – VB.

CANDIDÍASE VAGINAL

As principais queixas são prurido e corrimento, mais intensos no período pré-menstrual. Disúria e dispareunia, também, podem estar presentes.

Ao exame ginecológico: observam-se hiperemia vulvar, edema e, eventualmente, fissuras e escoriações; ao exame especular, verificam-se hiperemia da mucosa vaginal e presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, em quantidade variável, de aspecto fluido, espesso ou flocular, podendo estar aderido às paredes vaginais. O pH vaginal encontra-se abaixo de 4,5 (URBANETZ, 2021).

A presença de fungos é confirmada por meio de:

- 1) exame a fresco do conteúdo vaginal com hidróxido de potássio (KOH) a 10% ou soro fisiológico;
- 2) bacterioscopia com coloração pelo método de Gram;

3) cultura em meios específicos. O exame a fresco possui sensibilidade em torno de 50% a 60%. A positividade do exame a fresco dispensa a continuidade da investigação.

Entretanto, se tal exame for negativo e houver sintomas, está indicada a continuação do processo diagnóstico, com a bacterioscopia pelo Gram e cultura, particularmente nos casos recorrentes (URBANETZ, 2021)

TRICOMONÍASE

Os sintomas são de corrimento geralmente profuso, amarelado ou amarelo-esverdeado, acompanhado de ardor genital, sensação de queimação, disúria e dispareunia.

Ao exame ginecológico: geralmente se observa hiperemia dos genitais externos e presença de corrimento exteriorizando-se pela fenda vulvar.

Ao exame especular: verifica-se aumento do conteúdo vaginal de coloração amarelada ou amarelo-esverdeada, por vezes, acompanhado de pequenas bolhas. As paredes vaginais e a ectocérvice apresentam-se hiperemiadas, observando-se ocasionalmente o “colo uterino com aspecto de morango” (colpitis macularis) em razão das sufusões hemorrágicas.

Exames complementares:

O pH vaginal encontra-se acima de 4,5 e o teste das aminas (*whiff test*) pode ser positivo devido à presença de germes anaeróbios associados à VB.

O método mais utilizado para o diagnóstico é a bacterioscopia a fresco, pelo qual se observa o parasita com movimentos pendulares (sensibilidade de 51% a 65%).

A bacterioscopia com coloração pelo Gram também permite a identificação do *T. vaginalis*, nesse caso, imóvel. A cultura (meio de Diamond) é recomendada quando existirem sintomas e os exames anteriores tiverem sido negativos (URBANETZ, 2021)

VAGINOSE CITOLÍTICA

Os sintomas são corrimento esbranquiçado e prurido de intensidades variáveis que piora no período pré-menstrual. Ardor, queimação, disúria e dispareunia podem estar associados.

Ao exame clínico, observa-se o conteúdo vaginal geralmente aumentado, de aspecto floccular, fluido ou em grumos, aderente ou não às paredes vaginais.

O pH encontra-se igual ou menor que 4 (BRADFORD & FISCHER, 2010).

A bacterioscopia do conteúdo vaginal (Gram) revela aumento excessivo de *Lactobacillus*, raros leucócitos ou ausência deles, núcleos desnudos e restos celulares devido à lise das células epiteliais. Não são encontrados elementos fúngicos (hifas e/ou esporos) (BRADFORD & FISCHER, 2010).

VAGINITE INFLAMATÓRIA DESCAMATIVA

A queixa, comumente de longa duração, é de corrimento profuso ou em moderada quantidade, acompanhado de desconforto acentuado, dispareunia, ardor.

O exame ginecológico revela processo inflamatório, de intensidade variável, com eritema, podendo haver petéquias ou mesmo equimoses na mucosa do trato genital; a cérvice pode estar envolvida.

Por vezes, é necessário remover o conteúdo vaginal para melhor observar o processo inflamatório na mucosa. Importante excluir tricomoníase (BRADFORD & FISCHER, 2010).

Pela microscopia, observam-se aumento nos polimorfonucleares e nas células parabasais, ausência de *Lactobacillus* e presença de outras bactérias. O pH vaginal encontra-se acima de 4,5 (BRADFORD & FISCHER, 2010).

TRATAMENTO

Para o tratamento das vaginites e vaginoses, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) indica o uso dos antibióticos bactericidas, que inibem a síntese da parede celular, degradando-a, citando exemplos, como o Metronidazol, Tinidazol e a Clindamicina (FEBRASGO, 2019).

Para as vaginoses de origem bacteriana é indicado o tratamento que visa eliminar os sintomas e estabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, principalmente, pela redução das bactérias anaeróbicas. Podem ser utilizados como opções:

- Metronidazol 500 mg por via oral (VO) duas vezes ao dia durante sete dias;
- Metronidazol gel 0,75% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante cinco dias;
- Clindamicina creme 2% – 5g (um aplicador) intravaginal ao deitar durante sete dias;
- Tinidazol 2g por VO duas vezes ao dia, durante dois dias;
- Tinidazol 1g VO uma vez ao dia, durante cinco dias;
- Clindamicina 300 mg por VO a cada 12 horas, durante sete dias (FEBRASGO, 2019).

Vaginose citolítica: Atualmente não há um tratamento específico para essa condição, uma vez que a causa exata ainda é desconhecida. Recomenda-se a adoção de medidas que possam temporariamente alcalinizar o ambiente vaginal, como o uso de duchas vaginais contendo bicarbonato de sódio, especialmente durante o período pré-menstrual (FEBRASGO, 2019).

Vaginite inflamatória descamativa: O objetivo do tratamento é reduzir a população bacteriana e o processo inflamatório. Até o momento, não há estudos randomizados controlados disponíveis. Houve a condução de um estudo com 98 casos, nos quais foram utilizados três diferentes esquemas terapêuticos: 1) clindami-

cina creme vaginal 2% - 5g, durante 21 dias; ou 2) hidrocortisona 10% intravaginal por duas a quatro semanas; 3) creme combinando clindamicina e hidrocortisona. Houve uma boa resposta aos tratamentos, mas ocorreram recidivas em 30% dos casos. Alguns autores sugerem que a utilização periódica de estrogênios por via vaginal poderia reduzir as recidivas (FEBRASGO, 2019).

Vaginite aeróbica: Não há diretrizes estabelecidas para o tratamento da vaginite aeróbica. O uso de antibióticos, tanto localmente como

sistemicamente, tem variado de acordo com diferentes autores. Recomenda-se que a abordagem clínica seja principalmente baseada nos achados microscópicos. Se houver predominância de inflamação, sugere-se o uso de hidrocortisona 10% por via vaginal; se houver predominância de atrofia, o uso de estrogênios por via vaginal é indicado; e se houver um número excessivo de bactérias, recomenda-se o uso de antibióticos, como clindamicina 2% localmente (FEBRASGO, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMSL, R. *et al.* Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *The American Journal of Medicine*, v. 74, n. 1, p. 14–22, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(83\)90477-7](https://doi.org/10.1016/0002-9343(83)90477-7). Acesso em: 08 out. 2025.

BRADSHAW, C. S.; SOBEL, J. D. Current treatment of bacterial vaginosis—limitations and need for innovation. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 214, Suppl. 1, p. S14–S20, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw133>. Acesso em: 08 out. 2025.

DONDERS, G. G. *et al.* Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 109, n. 1, p. 34–43, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03144.x>. Acesso em: 08 out. 2025.

EDWARDS, L. Desquamative inflammatory vaginitis: differential diagnosis and alternate diagnostic criteria. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, v. 8, n. 3, p. 206–211, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00128360-200407000-00009>. Acesso em: 08 out. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Tratado de Ginecologia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 08 out. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Vaginites e vaginoses*. São Paulo: FEBRASGO, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 08 out. 2025.

FICHOROVA, R. N. Impact of *Trichomonas vaginalis* infection on innate immune responses and reproductive outcome. *Journal of Reproductive Immunology*, v. 83, n. 1–2, p. 185–189, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jri.2009.02.018>. Acesso em: 08 out. 2025.

GONÇALVES, B. *et al.* Vulvovaginal candidiasis: epidemiology, microbiology and risk factors. *Critical Reviews in Microbiology*, v. 42, n. 6, p. 905–927, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/1040841X.2015.1129162>. Acesso em: 08 out. 2025.

LEDGER, W. J.; WITKIN, S. S. *Vulvovaginal infections*. 2. ed. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group, 2016. Disponível em: <https://www.crcpress.com>. Acesso em: 08 out. 2025.

LINHARES, I. M. *et al.* Vaginites e vaginoses. *Femina*, v. 47, n. 4, p. 235–240, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400005>. Acesso em: 08 out. 2025.

MARRAZZO, J. M.; MARTIN, D. H. Management of women with vaginal discharge syndromes. In: ZENILMAN, J. M.; SHAHMANESH, M. (Ed.). *Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases*. Berlin: Springer, 2011. p. 413–436. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-642-04517-2_29. Acesso em: 08 out. 2025.

MILLER, W. C. *et al.* The prevalence of trichomoniasis in young adults in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 32, n. 10, p. 593–598, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.olq.0000189394.81306.71>. Acesso em: 08 out. 2025.

NUGENT, R. P. *et al.* Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *Journal of Clinical Microbiology*, v. 29, n. 2, p. 297–301, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/jcm.29.2.297-301.1991>. Acesso em: 08 out. 2025.

NURBHAI, M. *et al.* Oral versus intravaginal imidazole and triazole antifungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2007, n. 4, CD002845. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002845.pub2>. Acesso em: 08 out. 2025.

NYIRJESY, P. Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. *Infectious Disease Clinics of North America*, v. 22, n. 4, p. 637–652, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2008.07.004>. Acesso em: 08 out. 2025.

SOBEL, J. D. *et al.* Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. *Obstetrics & Gynecology*, v. 117, n. 4, p. 850–855, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318214fcf0>. Acesso em: 08 out. 2025.

SOBEL, J. D. *et al.* Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of *Candida* vaginitis. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 172, n. 4, p. 1263–1268, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.058>. Acesso em: 08 out. 2025.

URBANETZ, A. A. Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o médico residente. [S.l.]: s.n., 2025. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 08 out. 2025.

VAN, O. T. *et al.* Trichomoniasis. *Infectious Disease Clinics of North America*, v. 37, n. 2, p. 245–265, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2023.02.005>. Acesso em: 08 out. 2025.

WORKOWSKI, K. A. *et al.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, v. 64, n. RR-03, p. 1–137, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/tg2015>. Acesso em: 08 out. 2025.

WORKOWSKI, K. A. *et al.* Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, v. 70, n. 4, p. 1–187, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/tg2021>. Acesso em: 08 out. 2025.

YANG, S. *et al.* Clinical significance and clinical differences of cytolytic vaginosis in recurrent vulvovaginitis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, v. 82, n. 2, p. 137–143, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000452527>. Acesso em: 08 out. 2025.