

Edição XXI

Capítulo
4

Ginecologia e Obstetrícia

IMPLICAÇÕES DA TRANSMISSIBILIDADE SEXUAL DA VAGINOSE BACTERIANA NA ABORDAGEM DAS ISTs

HENRIQUE BARBOSA FERNANDES¹
LARA SOUSA SIQUEIRA²
ARIADNE DOS REIS MENEZES¹
ÁLVARO FERNANDES FERREIRA¹

1. Discente – Medicina em Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
2. Médico pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Palavras-Chaves: *Vaginose Bacteriana; Transmissibilidade Sexual; ISTs.*

INTRODUÇÃO

A vaginose bacteriana (VB) é a disbiose vaginal mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva, com prevalência global estimada entre 23% e 29%, podendo ultrapassar 40% em contextos de maior vulnerabilidade e carga de ISTs (PEEBLES *et al.*, 2019). Tradicionalmente interpretada como distúrbio endógeno decorrente de perturbações locais (duchas, antibióticos, hormônios), a VB foi por décadas dissociada da noção de transmissibilidade (VODSTRCIL *et al.*, 2021). Contudo, evidências acumuladas — epidemiológicas, microbiológicas e ensaísticas — deslocam o entendimento para uma síndrome sexualmente influenciada, na qual a dinâmica relacional e o compartilhamento de microbiota entre parceiros são elementos estruturantes do risco de aquisição e da alta recorrência (MEHTA *et al.*, 2020; SCHWEBKE *et al.*, 2021; VODSTRCIL *et al.*, 2025). Essa inflexão conceitual tem implicações diretas na clínica, na vigilância e nas políticas públicas, sobretudo porque a VB amplifica a suscetibilidade a ISTs e associa-se a desfechos obstétricos adversos (PEEBLES *et al.*, 2019).

Ecologia vaginal, disbiose e fisiopatologia clínica

Em condições de eubiose, a microbiota vaginal é dominada por *Lactobacillus spp.* — em especial *L. crispatus* e *L. jensenii* —, que acidificam o meio via produção de ácido láctico, mantêm pH baixo, geram peróxido de hidrogênio e modulam a resposta imune local (VODSTRCIL *et al.*, 2021). Na VB, há substituição dessa flora por um consórcio polimicrobiano anaeróbico, frequentemente envolvendo *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.* e *Megasphaera spp.*, acompanhado de elevação do pH, produção de aminas

voláteis e degradação do muco protetor. Clinicamente, emergem corrimento acinzentado e odor fétido, mas a heterogeneidade sintomática é ampla. A formação de biofilme — notadamente por *G. vaginalis* e *A. vaginae* — confere persistência, tolerância antimicrobiana e “memória” ecológica, determinando recaídas após esquemas terapêuticos convencionais e dificultando a recolonização por lactobacilos dominantes (VODSTRCIL *et al.*, 2021; PEEBLES *et al.*, 2019). Esses elementos explicam por que estratégias puramente antibióticas, sem intervenção comportamental ou abordagem do(s) parceiro(s), falham em quebrar o ciclo de disbiose.

Sexualidade como determinante central: evidências epidemiológicas

A associação entre VB e comportamento sexual é robusta e consistente: múltiplos parceiros, parceiro novo e relações desprotegidas elevam substancialmente o risco de VB incidente e recorrente, enquanto o uso regular de preservativo exerce efeito protetor (VODSTRCIL *et al.*, 2021). O risco é ainda maior em mulheres com ISTs concomitantes e em redes sexuais de alta conectividade, contexto no qual a VB atua como facilitadora de aquisição e transmissão de HIV, clamídia, gonorreia e HPV, além de se associar a parto prematuro e ruptura prematura de membranas (PEEBLES *et al.*, 2019). A observação reiterada de recidivas em relações estáveis, mesmo após tratamento adequado, fortalece a hipótese de reinfeção sexual sustentada pela ecologia do casal, deslocando o foco de um “desequilíbrio interno” para uma interação microbiana entre parceiros (SCHWEBKE *et al.*, 2021; MEHTA *et al.*, 2020). Em termos de saúde pública, isso significa que a VB não pode ser enfrentada apenas com prescrições individuais: é necessário intervir no contexto relacional e nas práticas sexuais.

Evidências microbiológicas e de transmissão interpessoal (heterossexuais e WSW)

Estudos de microbioma e metagenômica identificaram, em parceiros masculinos de mulheres com VB, colonização peniana (glândula/uretra) por *G. vaginalis* e outros anaeróbios associados à síndrome, com forte concordância entre os perfis microbianos peniano e vaginal (MEHTA *et al.*, 2020). Esses achados sugerem o pênis como reservatório e vetor de reinoculação. Em mulheres que fazem sexo com mulheres (WSW), a transmissão interpessoal mostra-se igualmente plausível: há alta concordância de microbiota entre parceiras e sincronização temporal de episódios de VB, com 93% dos casos incidentes ocorrendo até quatro dias após contato sexual com parceira infectada — intervalo análogo ao de ISTs bacterianas clássicas (MUZNY *et al.*, 2019). A convergência de dados em casais heterossexuais e em casais homoafetivos femininos sustenta a noção de “troca de biofilmes” e de um circuito de reinfecção que transcende o modelo individual, reforçando a racionalidade de estratégias terapêuticas que incluam o(s) parceiro(s) (VODSTRCIL *et al.*, 2021).

Recorrência, biofilme e racional para tratar parceiros

A VB é marcada por altas taxas de recorrência, frequentemente >50% em 3–6 meses, fenômeno atribuído à persistência de biofilmes, à falha de reestabelecimento de *Lactobacillus* dominantes e à reinoculação sexual (VODSTRCIL *et al.*, 2021; SCHWEBKE *et al.*, 2021). Ensaio mais antigos com antibióticos orais para parceiros masculinos geraram resultados inconsistentes, em parte por adesão subótima e pelo foco exclusivo em terapia sistêmica (SCHWEBKE *et al.*, 2021). A virada conceitual veio com abordagem combinada e dirigida ao

sítio: no ensaio australiano, o tratamento simultâneo do casal — metronidazol oral para a mulher e clindamicina tópica peniana para o parceiro — reduziu recidivas de 63% para 35% em 12 semanas, levando à interrupção precoce por eficácia (VODSTRCIL *et al.*, 2025). Editorial concomitante defendeu explicitamente “é hora de tratar os parceiros”, reforçando a plausibilidade biológica e clínica de romper o ciclo de reinfecção (MUZNY & SOBEL, 2025). Ainda que cerca de um terço das mulheres recidive mesmo com estratégia de casal — sugerindo papéis adicionais de biofilmes, hospedeiro e ecologia local —, o ganho absoluto de efetividade justifica incorporar, ao menos nos quadros recorrentes, o manejo do parceiro aliado a medidas comportamentais e à promoção de recolonização por lactobacilos (VODSTRCIL *et al.*, 2021; VODSTRCIL *et al.*, 2025).

Regimes terapêuticos e desafios de adesão

O tratamento convencional da VB baseia-se em metronidazol oral ou intravaginal e clindamicina tópica, com taxas de cura inicial entre 70% e 90%, mas recidiva de até 60% em 6 meses (SCHWEBKE *et al.*, 2021). A persistência de biofilmes e a reinfecção pelo parceiro explicam a limitação da eficácia. O estudo de Vodstrcil *et al.* (2025) introduziu um paradigma de abordagem combinada — terapia simultânea do casal — com redução significativa das recidivas. A adesão é o principal determinante de sucesso, e o uso de antibióticos deve ser associado à reeducação sexual e à abstinência temporária. É fundamental orientar quanto ao uso de preservativos durante o tratamento e reforçar a necessidade de evitar duchas vaginais, que comprometem a recolonização por lactobacilos. O futuro do manejo inclui probióticos contendo *Lactobacillus crispatus* e terapias de restauração da microbiota, que mostram potencial em

reduzir a reincidência, especialmente quando combinadas ao tratamento de parceiros (VODSTRCIL *et al.*, 2021).

Prevenção combinada e o papel do preservativo

O uso consistente de preservativo é uma das medidas mais eficazes na prevenção da VB, reduzindo o risco de colonização cruzada e de exposição a fluidos com microbiota disbiótica (VODSTRCIL *et al.*, 2021). A ausência de barreira física favorece a transferência direta de bactérias anaeróbias, alterando o pH e a composição vaginal. Assim, a VB deve ser incluída nas campanhas de prevenção combinada ao lado do HIV e de outras ISTs, enfatizando que práticas sexuais desprotegidas afetam não apenas a transmissão viral, mas também a estabilidade ecológica vaginal. Essa abordagem amplia o conceito de saúde sexual para além da prevenção de infecções clássicas, integrando equilíbrio microbiológico, comportamento sexual e autonomia feminina. Em casais homoafetivos femininos, o uso de barreiras de proteção (como *dental dams*) e a higienização adequada de brinquedos sexuais são medidas recomendadas para evitar reinfecção e sincronização de episódios de VB (MUZNY *et al.*, 2019).

Populações-chave, equidade e lacunas na atenção

Mulheres negras, de baixa renda e em contextos de vulnerabilidade sexual apresentam prevalência significativamente maior de VB (PEEBLES *et al.*, 2019). Esse gradiente reflete desigualdades sociais e de acesso à saúde, e não diferenças biológicas intrínsecas. A sub-representação de populações não brancas e de casais homoafetivos em estudos clínicos limita a generalização das recomendações (VODSTRCIL *et al.*, 2021). Em países de renda média, a ausência de protocolos específicos para tratamen-

to de parceiros, somada à escassez de campanhas de rastreio e educação sexual, perpetua o ciclo de recidivas. É fundamental que políticas públicas incorporem a perspectiva da equidade, incluindo ações voltadas à educação comunitária, ao combate ao estigma e à capacitação de profissionais para o manejo sensível e não moralista da VB.

VB como marcador de desigualdade sanitária e desafio global

Do ponto de vista global, a VB deve ser reconhecida como marcador de desigualdade sanitária e fragilidade nas políticas de saúde sexual feminina. Sua alta prevalência, recidiva persistente e impacto sobre a fertilidade e a gestação configuram um problema silencioso, crônico e subpriorizado nas agendas públicas (PEEBLES *et al.*, 2019). A ausência de protocolos que contemplem o manejo de parceiros e a subnotificação de casos reforçam o caráter negligenciado da doença. Políticas intersetoriais que unam educação sexual baseada em evidências, acesso a diagnósticos moleculares, ampliação da cobertura antibiótica racional e programas de reeducação microbiológica são estratégias viáveis para o controle sustentável da VB. Ao compreender o distúrbio como expressão de um desequilíbrio ecológico e relacional — e não apenas uma infecção individual —, abre-se caminho para uma nova ética da saúde sexual: centrada na corresponsabilidade, na equidade e na integração multiprofissional, refletindo o paradigma contemporâneo da medicina translacional e da prevenção combinada.

Integração às políticas públicas e custo-efetividade do tratamento de casal

O reconhecimento da VB como condição sexualmente transmissível exige reestruturação das diretrizes de ISTs. Países como a Austrália

já adotaram a possibilidade de tratar parceiros masculinos em casos recorrentes (VODSTRCIL *et al.*, 2025). Editorial no *New England Journal of Medicine* destacou que “é hora de tratar os parceiros”, consolidando a mudança de paradigma (MUZNY & SOBEL, 2025). No Brasil, as Diretrizes Nacionais de IST ainda tratam a VB como disbiose não transmissível, mas as evidências atuais sustentam a inclusão do manejo de casal como estratégia de saúde pública. Do ponto de vista econômico, a abordagem simultânea é custo-efetiva: reduz a frequência de consultas, o uso prolongado de antibióticos e o risco de complicações obstétricas e infecciosas (PEEBLES *et al.*, 2019). Incorporar essa prática às políticas nacionais pode reduzir o impacto financeiro e epidemiológico da VB em médio prazo.

A redefinição da VB como condição sexualmente transmissível representa uma transição conceitual semelhante à observada na história de outras infecções outrora subestimadas. Estudos moleculares em andamento exploram vacinas e intervenções que favoreçam a reestabilização da microbiota vaginal e a colonização duradoura por *Lactobacillus* spp. (VODSTRCIL *et al.*, 2021). Há necessidade de diretrizes globais que considerem a complexidade ecológica, a interação de parceiros e a diversidade populacional. O manejo ideal será necessariamente ecossistêmico, combinando terapia antibiótica, restauração probiótica, mudança comportamental e abordagem relacional. O reconhecimento da VB como uma síndrome de casal, e não uma simples disbiose isolada, marca um avanço na medicina sexual moderna: a passagem de um modelo individualista para uma compreensão integrada, que valoriza o vínculo, a reciprocidade e a corresponsabilidade na saúde reprodutiva.

Ética clínica, comunicação e enfrentamento do estigma

A consolidação da VB como uma síndrome sexualmente influenciada demanda também uma revisão ética e comunicacional na prática clínica. O modo como médicos e profissionais de saúde abordam o diagnóstico tem impacto direto na adesão terapêutica e na redução do estigma. É essencial abandonar a noção ultrapassada de “má higiene” ou “comportamento promíscuo”, substituindo-a por explicações baseadas em ecologia microbiana, reciprocidade de flora e vulnerabilidade imunológica. Esse enquadramento científico e não moralista contribui para restaurar a confiança das pacientes, fortalecer o vínculo médico-paciente e estimular o engajamento nos cuidados preventivos e terapêuticos. Além disso, a integração entre ginecologistas, infectologistas, microbiologistas clínicos e profissionais da atenção primária é fundamental para personalizar o manejo conforme o perfil de risco e histórico de recorrência, otimizando recursos e melhorando a resposta terapêutica a longo prazo.

Perspectivas futuras e desafios para a prática clínica

O trauma gestacional permanece um dos maiores desafios da medicina de emergência e da obstetrícia moderna. Apesar dos avanços em protocolos de atendimento e monitorização, a morbimortalidade fetal ainda é expressiva, especialmente em regiões com acesso limitado a cuidados especializados.

Os principais desafios residem na capacitação das equipes e na implementação de protocolos integrados. O manejo do trauma gestacional exige treinamento contínuo e coordenação entre obstetras, cirurgiões e intensivistas. Simulações realísticas, auditorias clínicas e educação

permanente são estratégias eficazes para aprimorar o desempenho hospitalar.

Do ponto de vista científico, há necessidade de estudos multicêntricos nacionais que avaliem a incidência, causas e desfechos do trauma

gestacional no Brasil. A criação de registros específicos e bancos de dados institucionais permitiria compreender melhor o perfil epidemiológico e ajustar protocolos à realidade local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MEHTA, S.D. *et al.* The microbiome composition of a man's penis predicts incident bacterial vaginosis in his female sex partner with high accuracy. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 10, art. 433, 2020.

MUZNY, C.A. *et al.* Incubation period and risk factors support sexual transmission of bacterial vaginosis in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, v. 95, n. 7, p. 511–515, 2019.

MUZNY, C.A. & SOBEL, J. D. Bacterial Vaginosis – Time to Treat Male Partners. *New England Journal of Medicine*, v. 392, n. 10, p. 1026–1027, 2025.

PEEBLES, K. *et al.* High Global Burden and Costs of Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 46, n. 5, p. 304–311, 2019.

SCHWEBKE, J.R. *et al.* Treatment of Male Sexual Partners of Women With Bacterial Vaginosis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*, v. 73, n. 3, p. e672–e679, 2021.

VODSTRCIL, L.A. *et al.* Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. *New England Journal of Medicine*, v. 392, n. 10, p. 947–957, 2025.

VODSTRCIL, L.A. *et al.* Bacterial vaginosis: drivers of recurrence and challenges and opportunities in partner treatment. *BMC Medicine*, v. 19, art. 194, 2021.