

SAÚDE DA

Capítulo 24

MULHER

VULVOVAGINITE RECORRENTE EM IDADE REPRODUTIVA: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

KAROLLYNE SAULINO CAMPOS¹

¹Bacharel em Medicina pelo Centro Universitário UniNorte. Rio Branco, Acre, Brasil.

Palavras-chave: Vulvovaginite; Candidíase Vulvovaginal; Vaginose Bacteriana; Tricomoníase; Microbiota Vaginal; Recorrência.

DOI

10.59290/9023906282

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

As queixas vulvovaginais estão entre os motivos mais frequentes de atendimento ginecológico. O Ministério da Saúde informa que o corrimento vaginal corresponde a cerca de 30% das consultas ginecológicas e ressalta que nem todo fluxo genital representa doença ou infecção (BRASIL, 2025).

Candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana são classificadas como infecções endógenas, enquanto a tricomoníase integra o grupo das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (BRASIL, 2025). Apesar de frequentemente agrupadas sob a denominação genérica de vaginite, essas condições apresentam mecanismos fisiopatológicos distintos.

A candidíase envolve proliferação de espécies de *Candida* associada à resposta inflamatória do hospedeiro; a vaginose bacteriana é predominantemente uma disbiose polimicrobiana; e a tricomoníase decorre da infecção por *Trichomonas vaginalis*. A coexistência de mais de uma condição também é possível e pode produzir corrimento de aspecto inespecífico.

A recorrência amplia a complexidade do manejo. Tratamentos empíricos repetidos, automedicação e uso sucessivo de antimicrobianos ou antifúngicos sem confirmação etiológica podem modificar a microbiota local, selecionar microrganismos menos suscetíveis e retardar o diagnóstico correto.

A FEBRASGO destacou em 2026 que candidíase e vaginose bacteriana de repetição permanecem desafios clínicos justamente pela recorrência, semelhança dos sintomas e dificuldade de restaurar o equilíbrio da microbiota vaginal.

MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, elaborada a partir de documentos técnicos do

Ministério da Saúde e da FEBRASGO, além de artigos indexados em bases biomédicas, com prioridade para diretrizes, revisões sistemáticas, ensaios clínicos e estudos recentes sobre candidíase vulvovaginal recorrente, vaginose bacteriana recorrente, tricomoníase, microbiota vaginal, biofilme, resistência antifúngica, diagnóstico e terapias contemporâneas.

Foram priorizadas publicações com aplicabilidade clínica em mulheres em idade reprodutiva e evidências capazes de diferenciar condutas consolidadas de estratégias novas ou experimentais.

Foram excluídos materiais duplicados ou sem relação direta com recorrência, diagnóstico ou tratamento. Os achados foram organizados de forma temática, integrando epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico diferencial, mecanismos de recorrência, tratamento, prevenção e impacto na qualidade de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia e relevância na idade reprodutiva

As vulvovaginites apresentam elevada frequência na idade reprodutiva, fase em que fatores hormonais, microbiológicos, metabólicos e comportamentais interagem de forma intensa.

A prevalência de colonização, doença sintomática e recorrência deve ser analisada separadamente. A presença de *Candida*, por exemplo, não implica necessariamente doença na ausência de manifestações clínicas.

A candidíase vulvovaginal recorrente afeta uma parcela relevante das mulheres com candidíase e estudos contemporâneos estimam frequência em torno de 5% a 9%.

Além da carga sintomática, episódios repetidos repercutem sobre sexualidade, autoestima, produtividade e qualidade de vida. A vaginose bacteriana também é muito prevalente; ensaio

clínico publicado no *New England Journal of Medicine* em 2025 descreveu a condição como afetando aproximadamente um terço das mulheres em idade reprodutiva, com recorrência frequente.

A FEBRASGO considera, na prática clínica, candidíase vulvovaginal recorrente quando há quatro ou mais episódios em 12 meses. Para vaginose bacteriana recorrente não existe definição universalmente padronizada, mas três ou mais episódios anuais ou recidivas frequentes após tratamento adequado são critérios frequentemente empregados.

Além da elevada frequência de sintomas vulvovaginais na prática clínica, a interpretação epidemiológica exige distinguir colonização, episódio sintomático e doença recorrente.

A presença de *Candida* na vagina pode ocorrer sem manifestações clínicas e, portanto, não deve ser utilizada isoladamente como indicação terapêutica.

Nos quadros recorrentes, a relevância clínica decorre não apenas do número de episódios, mas também do impacto acumulado sobre qualidade de vida, sexualidade, automedicação e procura repetida por serviços de saúde.

A idade reprodutiva concentra especial interesse porque o ambiente vaginal é fortemente influenciado por estrogênio, glicogênio epitelial e predominância de lactobacilos.

Alterações hormonais ao longo do ciclo, gestação, uso de antimicrobianos e condições metabólicas podem modificar temporariamente esse equilíbrio. A FEBRASGO ressalta que a homeostase do microbioma vaginal constitui importante mecanismo de defesa e que lactobacilos contribuem para manter o pH fisiológico na faixa aproximada de 3,8 a 4,5.

Do ponto de vista assistencial, o Ministério da Saúde destaca o corrimento vaginal como uma das principais causas de consulta ginecoló-

gica, correspondendo a cerca de 30% dos atendimentos.

O protocolo nacional também ressalta que a queixa ocorre principalmente na idade reprodutiva e pode resultar de infecções endógenas, como candidíase e vaginose bacteriana, de infecções sexualmente transmissíveis, como tricomoníase, ou de causas não infecciosas.

Essa diversidade etiológica explica por que o diagnóstico baseado apenas na aparência do corrimento apresenta limitações importantes.

Nos episódios de repetição, a frequência isolada não traduz toda a carga da doença. A recorrência pode interferir na atividade sexual, gerar receio de novos episódios, induzir mudanças comportamentais sem benefício comprovado e aumentar a exposição a antifúngicos ou antibacterianos usados empiricamente.

Por isso, a avaliação epidemiológica deve incorporar também desfechos centrados na paciente, como duração dos períodos assintomáticos, impacto funcional e qualidade de vida.

Microbiota vaginal, homeostase e fatores de desequilíbrio

A vagina constitui um ecossistema dinâmico. Em grande parcela das mulheres em idade reprodutiva, espécies de *Lactobacillus* contribuem para a produção de ácido lático e para a manutenção de ambiente ácido, geralmente com pH entre 3,8 e 4,5.

Essa acidez atua como mecanismo de proteção, embora a composição microbiana saudável não seja idêntica em todas as mulheres (FEBRASGO, 2026).

Antibióticos, alterações hormonais, gravidez, diabetes inadequadamente controlado, imunossupressão, corticosteroides, menstruação, exposição ao sêmen, práticas intravaginais, produtos irritantes e condições que aumentam calor e umidade genital podem interferir no equilíbrio local. Em muitas mulheres com recor-

rência, contudo, nenhum fator predisponente isolado é identificado.

O trato gastrointestinal pode funcionar como reservatório de determinados microrganismos encontrados na região genital, e pesquisas recentes exploram um possível eixo intestino-vagina.

Essa hipótese é promissora, mas ainda não permite atribuir vulvovaginites recorrentes simplesmente à disbiose intestinal; o fenômeno deve ser compreendido como interação complexa entre microbiomas, hospedeiro e ambiente.

A composição da microbiota vaginal não é estática. Menstruação, relações sexuais, exposição ao sêmen, gestação, antimicrobianos e mudanças hormonais podem modificar temporariamente o pH e a abundância relativa de diferentes microrganismos.

A estabilidade clínica depende da capacidade de o ecossistema retornar a um estado protetor após essas perturbações. Nos quadros recorrentes, uma hipótese relevante é que essa resiliência esteja reduzida, favorecendo ciclos sucessivos de disbiose ou proliferação fúngica.

Na vaginose bacteriana, o conceito de biofilme ajuda a compreender por que a melhora clínica após antimicrobianos pode não representar restauração ecológica completa. Comunidades bacterianas aderidas ao epitélio e envolvidas por matriz extracelular podem persistir após o tratamento e contribuir para rápida recolonização.

Esse mecanismo tem estimulado o desenvolvimento de estratégias antibiofilme e de intervenções voltadas à recuperação de uma microbiota dominada por lactobacilos.

Na candidíase vulvovaginal, a fisiopatologia é diferente. *Candida* pode integrar a microbiota sem causar sintomas; a doença clínica depende da interação entre virulência fúngica, barreira epitelial e resposta inflamatória do hospedeiro.

Isso ajuda a explicar por que a carga fúngica, isoladamente, não prediz a intensidade do prurido ou do eritema e por que algumas pacientes apresentam recorrência mesmo na ausência de fatores predisponentes evidentes.

O possível eixo intestino-vagina deve ser apresentado com cautela. O trato gastrointestinal pode funcionar como reservatório de microrganismos e há crescente interesse em interações entre microbiomas de diferentes sítios.

Entretanto, ainda não existe base científica suficiente para afirmar que corrigir uma suposta 'disbiose intestinal' trate rotineiramente vulvovaginites recorrentes. No estado atual da evidência, esse eixo é mais apropriado como perspectiva mecanística e de pesquisa do que como indicação terapêutica estabelecida.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Candidíase vulvovaginal recorrente

A candidíase vulvovaginal decorre da proliferação de espécies de *Candida* associada à resposta inflamatória da mucosa. *Candida albicans* permanece predominante, mas espécies não-albicans, particularmente *C. glabrata*, tornam-se mais relevantes em quadros complicados, recorrentes ou com exposição repetida a antifúngicos.

Prurido intenso, ardência, eritema, edema, fissuras, dispareunia e disúria externa são manifestações frequentes. O pH costuma permanecer dentro da faixa ácida.

Vaginose bacteriana recorrente

A vaginose bacteriana representa disbiose polimicrobiana com redução relativa de lactobacilos e expansão de comunidades anaeróbias. A elevação do pH e a produção de aminas explicam parte das características clínicas, especialmente o odor.

A formação de biofilme aderido ao epitélio é um dos mecanismos investigados para persis-

tência e recorrência, pois comunidades organizadas podem apresentar maior tolerância às intervenções convencionais.

Fisiopatologia da tricomoníase

A tricomoníase é uma IST causada por *Trichomonas vaginalis*. Pode provocar corrimento variável, odor, irritação, disúria e dispareunia, mas parte das infecções é assintomática. O reconhecimento da transmissão sexual modifica diretamente a estratégia terapêutica, tornando o manejo concomitante das parcerias essencial para reduzir reinfecção.

Quadros mistos e diagnósticos diferenciais

Candidíase e vaginose bacteriana podem coexistir, e apresentações discordantes devem levantar a possibilidade de vaginite mista. Sintomas persistentes com investigação infecciosa negativa exigem considerar causas não infecciosas, dermatites, dermatoses vulvares, cervicites e outras síndromes inflamatórias, conforme evidenciado no **Quadro 24.1**.

Quadro 24.1 Diferenciação clínica e laboratorial das principais vulvovaginites

Característica	Candidíase vulvovaginal	Vaginose bacteriana	Tricomoníase
Mecanismo	Proliferação fúngica + inflamação	Disbiose polimicrobiana	Infecção por <i>T. vaginalis</i>
Corrimento	Branco, frequentemente espesso/grumoso	Fino, homogêneo, branco-acinzentado	Variável, podendo ser amarelo-esverdeado
Odor	Geralmente ausente	Amínico característico	Pode ocorrer
Prurido	Frequentemente intenso	Geralmente discreto	Pode ocorrer
pH	Geralmente $\leq 4,5$	Geralmente $>4,5$	Frequentemente $>4,5$
Teste das aminas	Geralmente negativo	Frequentemente positivo	Pode ser positivo
Microscopia	Leveduras/pseudohifas quando visualizadas	<i>Clue cells</i>	Tricomonas móveis
IST	Não	Não classificada como IST	Sim

Fonte: elaboração própria, com base em Ministério da Saúde e literatura de referência.

Diagnóstico

A avaliação deve começar por anamnese detalhada, incluindo número de episódios, duração, características dos sintomas, tratamentos anteriores, resposta terapêutica, uso recente de antibióticos, condições metabólicas, imunossupressão, gestação, ciclo menstrual e história sexual quando pertinente. O exame ginecológico deve avaliar vulva, paredes vaginais, colo uterino e características da secreção.

pH vaginal

A mensuração do pH é uma ferramenta simples de triagem. Na candidíase, o pH geralmente permanece $\leq 4,5$; na vaginose bacteriana e na

tricomoníase, frequentemente está elevado. O resultado não estabelece diagnóstico isoladamente e pode ser alterado por sangue, sêmen e muco cervical.

Teste das aminas e critérios de Amsel

O teste das aminas, ou *Whiff test*, utiliza hidróxido de potássio (KOH) a 10% sobre a secreção vaginal. A liberação de odor amínico característico constitui resultado positivo. Na vaginose bacteriana, os critérios de Amsel combinam corrimento fino e homogêneo, pH $>4,5$, teste das aminas positivo e presença de *clue cells*; classicamente, três dos quatro critérios sustentam o diagnóstico clínico.

Microscopia, Nugent e métodos moleculares

A microscopia a fresco pode demonstrar leveduras ou pseudohifas, *clue cells* ou protozoários móveis, conforme a etiologia. O escore de Nugent utiliza coloração de Gram e morfotipos bacterianos para caracterizar a microbiota. Em quadros recorrentes, refratários ou discordantes, cultura e métodos moleculares ganham importância, especialmente para identificação de espécies não-albicans e investigação de *T. vaginalis* com maior sensibilidade (NUGENT; KROHN; HILLIER, 1991).

Por que as vulvovaginites ocorrem?

A recorrência é multifatorial. Na candidíase, podem participar características do hospedeiro, espécies não-albicans, exposição repetida a azólicos e resistência antifúngica. Na vaginose bacteriana, biofilme, dificuldade de restauração de microbiota predominantemente lactobacilar e possível reintrodução de bactérias associadas à vaginose após relações sexuais são mecanismos relevantes. Na tricomoníase, reinfecção por parceria não tratada deve ser considerada antes de se concluir que houve resistência.

O erro diagnóstico também é causa importante de aparente recorrência. Repetir antifúngicos diante de sintomas provocados por outra condição mantém o quadro e expõe a paciente a tratamento desnecessário. Por isso, episódios repetidos devem estimular confirmação etiológica, e não apenas repetição automática do mesmo esquema.

Um elemento particularmente importante na recorrência é a distinção entre recaída, reinfecção e novo episódio causado por mecanismo diferente. Na tricomoníase, nova exposição a parceria não tratada pode explicar persistência aparente. Na candidíase, a identificação de espécies não-albicans ou de menor susceptibilidade aos azólicos pode modificar a escolha terapêutica. Na vaginose, a persistência de biofilme e a não recuperação de comunidades lactobacilares

podem favorecer recidivas mesmo após resposta inicial.

Também é necessário reconhecer a recorrência aparente produzida por erro diagnóstico. Prurido, ardência e corrimento não são específicos de candidíase. Dermatites irritativas ou alérgicas, dermatoses vulvares, vaginite inflamatória descamativa, vaginite citolítica e infecções mistas podem gerar sintomas semelhantes. Repetir empiricamente o mesmo medicamento sem reavaliar a etiologia pode prolongar sintomas e aumentar exposição desnecessária a antimicrobianos.

A recorrência deve, portanto, funcionar como sinal para elevar o nível de investigação. Em vez de simplesmente repetir o esquema utilizado no primeiro episódio, torna-se razoável revisar adesão, exposição sexual quando pertinente, fatores metabólicos, uso de antibióticos, características do corrimento e resultados laboratoriais, além de considerar cultura, identificação de espécie ou métodos moleculares nos cenários apropriados.

Tratamento contemporâneo: nível I - abordagens consolidadas

A terapêutica das recorrências pode ser organizada em três níveis: tratamentos consolidados, novas terapias com evidência clínica recente e estratégias emergentes ou experimentais. Essa divisão permite separar prática assistencial estabelecida de inovação ainda em processo de incorporação, conforme evidenciado no **Quadro 24.2**.

Candidíase vulvovaginal recorrente

O manejo consolidado envolve tratar adequadamente o episódio sintomático e, em pacientes selecionadas, realizar indução seguida de manutenção supressiva. Azólicos tópicos e fluconazol permanecem pilares terapêuticos.

Nos quadros recorrentes ou complicados, identificação da espécie e avaliação de resistência tornam-se especialmente relevantes. Espé-

cies não-albicans podem exigir estratégias diferentes das utilizadas para *C. albicans*.

Vaginose bacteriana recorrente

Metronidazol e clindamicina permanecem tratamentos fundamentais. Em múltiplas recorrências, protocolos podem empregar esquemas supressivos ou sequenciais. A limitação central é que a redução temporária das bactérias associadas à vaginose nem sempre restaura uma

microbiota estável, o que ajuda a explicar as elevadas taxas de recidiva.

Tricomoníase

O tratamento deve ser acompanhado pelo manejo das parcerias sexuais e pela prevenção de nova exposição. Casos persistentes exigem diferenciar baixa adesão, reinfeção e resistência. A terapia deve seguir protocolos vigentes e considerar particularidades como gestação e interações medicamentosas.

Quadro 24.2 Tratamentos consolidados: princípios de manejo nas recorrências

Condição	Estratégia consolidada	Ponto crítico nas recorrências
Candidíase recorrente	Indução adequada + manutenção supressiva em pacientes selecionadas	Confirmar espécie; considerar resistência e não-albicans
Vaginose bacteriana recorrente	Nitroimidazóis ou clindamicina; esquemas supressivos/sequenciais em múltiplas recorrências	Biofilme e dificuldade de restauração da microbiota
Tricomoníase	Nitroimidazol conforme protocolo + tratamento das parcerias	Diferenciar reinfeção, baixa adesão e resistência

Fonte: Elaboração própria. Doses e duração devem seguir o PCDT brasileiro vigente e ser individualizadas conforme situação clínica.

Tratamento contemporâneo: nível II - novas terapias e evidências recentes

Oteseconazol

Apesar da eficácia, a aplicabilidade clínica exige atenção à população elegível e às restrições reprodutivas da aprovação regulatória. Em um capítulo voltado a mulheres em idade reprodutiva, esse aspecto deve ser explicitado: medicamento novo e eficaz não é automaticamente apropriado para todas as pacientes.

Ibrexafungerp

O ibrexafungerp é um antifúngico oral triterpenoide não azólico que atua na síntese de beta-(1,3)-D-glucano da parede fúngica. O estudo fase 3 CANDLE, publicado em 2025, avaliou administração oral mensal após indução com fluconazol. No teste de cura, 70,8% das participantes tratadas permaneceram sem recorrência micologicamente comprovada, contra 58,5% com placebo; o benefício permaneceu durante o seguimento após a última dose. O

mecanismo não azólico é particularmente relevante diante das limitações da exposição repetida aos azólicos e da preocupação com resistência (GOJE *et al.*, 2025).

Tratamento concomitante do parceiro na vaginose bacteriana recorrente

Uma das mudanças conceituais mais relevantes veio de ensaio randomizado publicado no *New England Journal of Medicine* em 2025. Mulheres com vaginose bacteriana receberam tratamento de primeira linha; no grupo intervenção, os parceiros masculinos também receberam metronidazol oral e clindamicina tópica por sete dias. A recorrência em 12 semanas ocorreu em 35% das mulheres no grupo de tratamento do casal e em 63% no grupo de cuidado padrão. O achado reforça a hipótese de troca sexual de bactérias associadas à vaginose e abre espaço para revisão de paradigmas em situações selecionadas, sem transformar automaticamente

a vaginose bacteriana em uma IST (VODSTR-CIL *et al.*, 2025).

Estratégias dirigidas ao biofilme

O reconhecimento do biofilme como estrutura de persistência estimulou o desenvolvimento de abordagens que buscam interferir na adesão, matriz extracelular e organização das comunidades bacterianas. Essas estratégias são conceitualmente atraentes para vaginose recorrente, mas o grau de incorporação clínica varia e deve ser apresentado com clareza, distinguindo evidência experimental, ensaios clínicos e recomendações consolidadas.

Tratamento contemporâneo: nível III - estratégias emergentes e perspectivas futuras Restauração direcionada da microbiota

O paradigma terapêutico começa a se deslocar da pergunta exclusiva "como eliminar o microrganismo?" para uma segunda questão: "como restabelecer um ecossistema vaginal estável?". Essa mudança é especialmente importante na vaginose bacteriana recorrente, na qual a recuperação sustentada de comunidades protetoras pode ser tão relevante quanto a redução inicial das bactérias associadas à disbiose, conforme evidenciado no **Quadro 24.3**.

Quadro 24.3 Novas terapias e estratégias emergentes: estágio da evidência e cautelas

Estratégia	Condição-alvo	Estágio	Mensagem principal
Oteseconazol	Candidíase recorrente	Nova terapia com ensaios fase 3	Forte redução de recorrência; restrições reprodutivas devem ser consideradas
Ibrexafungerp	Candidíase recorrente	Nova terapia com ensaio fase 3	Mecanismo oral não azólico; benefício na prevenção mensal
Tratamento concomitante do parceiro	Vaginose bacteriana recorrente	Evidência clínica recente	Ensaio de 2025 reduziu recorrência em casais selecionados
Estratégias antibiofilme	Vaginose recorrente	Nova/emergente	Atuam sobre mecanismos de persistência; incorporação varia
Bioterapêuticos com <i>L. crispatus</i>	Vaginose recorrente	Emergente	Busca restauração dirigida da microbiota
Transplante de microbiota vaginal	Disbiose recorrente/refratária	Experimental	Não recomendado para prática rotineira
Terapia guiada pelo microbioma	Recorrências	Futura/experimental	Possível personalização terapêutica

Fonte: Elaboração própria com base nos estudos e diretrizes discutidos no texto.

Bioterapêuticos e *Lactobacillus crispatus*

Bioterapêuticos vaginais contendo cepas definidas de *Lactobacillus crispatus* têm sido estudados para recolonização após tratamento antibiótico. O conceito difere do uso indiscriminado de probióticos comerciais, cuja composição, dose e evidência clínica são heterogêneas. A FEBRASGO ressalta que estratégias voltadas à restauração da microbiota são promissoras, embora persistam lacunas de evidência.

Transplante de microbiota vaginal

O transplante de microbiota vaginal permanece experimental. A proposta é transferir microbiota cuidadosamente selecionada de doadoras saudáveis para pacientes com disbiose recorrente ou refratária. Questões relacionadas à seleção de doadoras, segurança microbiológica, risco de transmissão de agentes, padronização e durabilidade da colonização ainda impedem sua utilização rotineira.

Medicina personalizada pelo microbioma

Com o avanço do sequenciamento e da caracterização funcional do microbioma, torna-se plausível que futuras estratégias terapêuticas sejam selecionadas de acordo com perfis microbianos individuais. Esse modelo poderia ajudar a identificar quais pacientes têm maior probabilidade de responder a antimicrobianos, abordagens antibiofilme ou estratégias de recolonização.

Resistência antifúngica e *Candida não-albicans*

Nos casos de candidíase recorrente, a persistência de sintomas após esquemas adequados exige confirmação diagnóstica antes de ampliar ou prolongar a terapia.

A identificação de espécies não-albicans é relevante porque a susceptibilidade aos azólicos pode diferir daquela observada em *C. albicans*. Cultura, identificação de espécie e, em situações selecionadas, teste de susceptibilidade auxiliam a separar resistência verdadeira de diagnóstico equivocado, baixa adesão ou doença não infecciosa.

A exposição repetida a azólicos constitui preocupação crescente, sobretudo em pacientes que utilizam fluconazol de forma empírica a cada episódio. O objetivo da terapia de manutenção não é simplesmente aumentar indefinidamente a exposição antifúngica, mas obter controle sustentado com esquema validado e reavaliar a paciente quando há falha. Essa lógica reforça a importância de novas classes farmacológicas com mecanismos distintos.

Segurança reprodutiva e situações especiais

A inovação terapêutica precisa ser interpretada à luz da população estudada. Isso é especialmente importante em um capítulo sobre mulheres em idade reprodutiva.

Oteseconazol apresenta forte eficácia preventiva em estudos de candidíase recorrente, porém sua elegibilidade regulatória é limitada por considerações reprodutivas. Ibrexafungerp também exige atenção específica à gestação e ao potencial reprodutivo. Assim, eficácia em ensaio clínico não equivale automaticamente a aplicabilidade universal.

Na gestação, o manejo deve seguir recomendações específicas. A FEBRASGO destaca preferência por derivados imidazólicos vaginais durante sete dias para candidíase na gestação e recomenda metronidazol por via oral durante sete dias para tricomoníase.

Para vaginose bacteriana em gestantes, metronidazol por sete dias é opção preferencial, com clindamicina oral como alternativa em situações apropriadas. Essas recomendações ilustram por que esquemas destinados a mulheres não gestantes não devem ser extrapolados sem avaliação de segurança.

Tratamento do parceiro e mudança de paradigma na vaginose recorrente

Uma das mudanças conceituais mais relevantes dos últimos anos decorre de ensaio randomizado publicado em 2025 que avaliou tratamento concomitante do parceiro masculino em casais com vaginose bacteriana recorrente.

A redução de recorrências observada no grupo em que ambos foram tratados fortaleceu a hipótese de que a troca sexual de bactérias associadas à vaginose pode contribuir para determinados episódios de repetição.

O achado não transforma automaticamente a vaginose bacteriana em uma IST clássica, mas questiona a antiga separação absoluta entre ecologia vaginal e dinâmica sexual.

Esse resultado também demonstra a importância de diferenciar evidência nova de recomendação universal. A incorporação de tratamento de parceiros deve considerar diretrizes

vigentes, perfil da paciente, disponibilidade e atualização dos protocolos locais.

No capítulo, essa estratégia é apresentada como evidência clínica recente capaz de modificar futuras recomendações, e não como substituição indiscriminada do manejo estabelecido.

Biofilme como alvo terapêutico

O biofilme bacteriano representa alvo particularmente atraente na vaginose recorrente. Em vez de atuar apenas sobre microrganismos metabolicamente ativos e dispersos, estratégias antibiofilme buscam interferir na adesão, matriz extracelular ou estabilidade da comunidade bacteriana.

Astodrimer e outras abordagens investigacionais exemplificam essa mudança de foco. Embora os resultados sejam promissores, disponibilidade, comparabilidade entre estudos e posição nas diretrizes ainda limitam seu emprego rotineiro.

Os resultados sustentam o conceito de que a prevenção da recorrência pode exigir não apenas reduzir microrganismos associados à disbiose, mas também favorecer a recuperação de comunidades protetoras.

Entretanto, a colonização não ocorre de forma uniforme em todas as pacientes, o que abre espaço para uma futura seleção de candidatas baseada no perfil do microbioma.

Em perspectiva, técnicas de sequenciamento e caracterização funcional do microbioma podem permitir estratificação mais precisa das pacientes.

Um modelo futuro poderia distinguir recorrência dominada por biofilme, falha de recolonização por lactobacilos, resistência antifúngica ou fatores do hospedeiro e, a partir disso, selecionar terapias diferentes.

Essa transição da terapêutica empírica para uma abordagem guiada por mecanismo é uma das áreas mais promissoras da pesquisa contemporânea.

Fenótipo de recorrência e resposta do hospedeiro

A recorrência da candidíase vulvovaginal não deve ser interpretada exclusivamente como persistência de grande carga fúngica. Revisões recentes destacam a participação conjunta de características de virulência de *Candida*, resposta imune local, integridade da barreira epitelial, composição do microbioma e fatores genéticos ou metabólicos do hospedeiro.

Esse modelo ajuda a explicar por que pacientes com apresentações clínicas semelhantes podem responder de forma diferente ao mesmo esquema antifúngico e por que uma parcela relevante dos casos permanece idiopática mesmo após investigação adequada.

A transição de *Candida* de comensal para patógeno envolve adesão ao epitélio, mudança morfológica, formação de hifas em espécies capazes de produzi-las, secreção de fatores de virulência e formação de biofilme.

Na doença recorrente, esses fenômenos podem coexistir com uma resposta inflamatória exuberante, de modo que o objetivo terapêutico não deve ser confundido com esterilização completa do ambiente vaginal. A correlação entre achados microbiológicos e sintomas continua essencial.

Resistência, exposição aos azólicos e necessidade de estratificação

O aumento da resistência aos azólicos e a participação de espécies não-albicans reforçam a necessidade de abandonar a repetição automática de fluconazol diante de qualquer novo episódio.

Diretrizes internacionais recomendam cultura ou PCR nos quadros complicados para confirmação do diagnóstico e identificação de espécies não-albicans; em pacientes que permanecem sintomáticas, testes de susceptibilidade podem ser considerados.

Candida glabrata merece atenção especial porque não forma pseudohifas ou hifas de maneira típica e pode ser menos facilmente reconhecida pela microscopia convencional (LOBO *et al.*, 2025).

A estratificação microbiológica torna-se particularmente relevante antes de classificar um tratamento como fracasso. Persistência de sintomas pode representar resistência, espécie menos susceptível, vaginite mista, doença dermatológica, hipersensibilidade ou simplesmente ausência de candidíase ativa. Essa diferenciação evita aumento desnecessário da exposição antifúngica e favorece decisões terapêuticas mais racionais.

Novas terapias como resposta às limitações do modelo supressivo

O modelo clássico de indução seguida de manutenção continua importante, mas apresenta limitações. Parte das pacientes volta a apresentar sintomas após a suspensão da terapia supressiva, demonstrando que controle durante o uso não equivale necessariamente à modificação definitiva do mecanismo de recorrência.

Revisões de 2025 sobre ecologia vaginal e candidíase recorrente destacam que biofilme, resistência antifúngica, hipersensibilidade e características do microbioma podem contribuir para a persistência da doença após tratamentos prolongados.

Nesse contexto, oteseconazol e ibrexafungerp são relevantes não apenas por ampliarem o arsenal farmacológico, mas porque representam tentativas de superar limitações dos azólicos tradicionais.

O oteseconazol foi desenvolvido com maior seletividade para o alvo fúngico, enquanto o ibrexafungerp atua sobre a síntese de glucano da parede celular por mecanismo não azólico.

A comparação entre essas estratégias deve considerar eficácia, população elegível, segurança reprodutiva, disponibilidade regulatória e

experiência clínica acumulada (VANDE-CRUYS *et al.*, 2023).

Vaginose recorrente: transmissão de microrganismos e tratamento do casal

A compreensão contemporânea da vaginose bacteriana recorrente também está mudando. Em ensaio randomizado publicado no *New England Journal of Medicine* em 2025, casais foram alocados para tratamento apenas da mulher ou tratamento simultâneo da mulher e do parceiro masculino (VODSTRCIL *et al.*, 2025).

A recorrência em 12 semanas ocorreu em 35% das mulheres do grupo com tratamento do parceiro e em 63% do grupo controle. O estudo foi interrompido precocemente após análise de segurança e eficácia porque o tratamento apenas da mulher se mostrou inferior (VODSTRCIL *et al.*, 2025).

O achado fornece suporte clínico à hipótese de troca sexual de organismos associados à vaginose e desafia a visão de que a recorrência depende exclusivamente do ecossistema vaginal da paciente.

Ao mesmo tempo, a vaginose permanece uma síndrome polimicrobiana complexa, e os resultados não devem ser simplificados como equivalentes à dinâmica de uma infecção sexualmente transmissível causada por um único patógeno. A relevância do estudo está justamente em ampliar o modelo fisiopatológico e abrir espaço para intervenções dirigidas ao casal em cenários selecionados.

Do antimicrobiano à ecologia vaginal

O conceito de ecologia vaginal integra três objetivos terapêuticos: reduzir a população de microrganismos associados à doença, impedir a persistência estrutural de comunidades patogênicas e favorecer a recuperação de um ambiente protetor.

Estratégias antibiofilme, bioterapêuticos com lactobacilos selecionados e estudos de

transplante de microbiota vaginal podem ser entendidos como diferentes tentativas de alcançar esses objetivos.

Essa abordagem não significa que antibióticos e antifúngicos convencionais estejam ultrapassados. Ao contrário, eles permanecem a base do tratamento.

A inovação consiste em reconhecer que, para uma parcela das pacientes, a eliminação temporária do agente ou a melhora sintomática não garante restauração ecológica duradoura. A pesquisa atual busca identificar quais componentes adicionais são necessários para transformar resposta clínica em remissão prolongada.

Lacunas de evidência e prioridades de pesquisa

Apesar do avanço rápido da área, persistem lacunas importantes. Estudos utilizam definições diferentes de recorrência, populações heterogêneas e métodos diagnósticos variados, dificultando comparações diretas.

Além disso, resultados obtidos com uma cepa probiótica ou um bioterapêutico específico não podem ser automaticamente extrapolados para produtos comerciais com composição diferente.

Outra prioridade é determinar quais biomarcadores clínicos ou microbiológicos conseguem prever resposta.

Perfis de microbioma, identificação de biofilme, espécie de *Candida*, susceptibilidade antifúngica e características imunológicas podem futuramente compor modelos de estratificação.

A medicina personalizada aplicada às vulvo-vaginites recorrentes dependerá de transformar essas associações em ferramentas reprodutíveis, acessíveis e clinicamente úteis.

Prevenção das recorrências

A prevenção deve começar pelo diagnóstico etiológico correto. Automedicação e repetição de antifúngicos diante de qualquer prurido vagi-

nal devem ser desencorajadas, assim como antimicrobianos sem indicação adequada.

Condições predisponentes identificáveis, como diabetes inadequadamente controlado, devem ser abordadas. Na tricomoníase, o manejo das parcerias e a prevenção de nova exposição são fundamentais. Na vaginose bacteriana, a prevenção provavelmente exigirá combinação de estratégias que contemplem microbiota, biofilme e, em cenários selecionados, dinâmica entre parceiros.

Situações clínicas que exigem individualização

Diabetes mellitus inadequadamente controlado, imunossupressão, gestação, exposição frequente a antibióticos e uso repetido de antifúngicos devem ser considerados na avaliação de pacientes com recorrência.

A presença desses fatores não significa causalidade em todos os casos, mas pode modificar risco, investigação e escolha terapêutica.

Em pacientes com sintomas persistentes apesar de tratamento adequado, o objetivo deve ser evitar escalada terapêutica automática. A reavaliação do diagnóstico, exame da vulva, investigação de causas dermatológicas e confirmação microbiológica podem ser mais úteis do que simplesmente prolongar o mesmo fármaco.

Educação em saúde e prevenção baseada em evidências

Orientações preventivas devem evitar culpabilização e recomendações sem evidência. A prevenção deve concentrar-se em diagnóstico correto, adesão aos esquemas indicados, controle de condições predisponentes quando presentes, redução da automedicação e tratamento de parcerias quando isso fizer parte do manejo da etiologia.

Medidas de higiene excessiva ou práticas intravaginais podem, ao contrário, irritar a mucosa e alterar o ambiente local.

Impacto na qualidade de vida e sexualidade

Prurido, ardência, odor, corrimento e dispareunia recorrentes podem provocar constrangimento, redução da autoestima, receio de relações sexuais e impacto nos relacionamentos. A FEBRASGO destaca que a carga dessas condições é frequentemente subestimada.

Assim, sucesso terapêutico não deve ser avaliado apenas por desfechos microbiológicos, mas também pela redução dos sintomas, frequência de recorrências e recuperação da qualidade de vida.

Limites da evidência e aplicabilidade clínica

A incorporação de terapias inovadoras deve considerar a qualidade da evidência, a população incluída nos ensaios, a segurança reprodutiva e a situação regulatória local.

Medicamentos aprovados em outros países ou estratégias promissoras em estudos clínicos não devem ser apresentados como equivalentes às recomendações vigentes no Brasil.

Da mesma forma, intervenções baseadas em microbioma, bioterapêuticos e transplante de microbiota vaginal permanecem em diferentes estágios de desenvolvimento e exigem validação adicional antes de uso rotineiro.

Hierarquia da evidência e incorporação clínica

Para fins de aplicabilidade clínica, este capítulo distingue quatro níveis: condutas consolidadas em protocolos nacionais; terapias com evidência clínica recente e aprovação regulatória em determinados países; estratégias emergentes apoiadas por ensaios clínicos, mas ainda sem incorporação rotineira; e intervenções experimentais restritas à pesquisa.

Essa distinção é especialmente necessária para oteseconazol, ibrexafungerp, bioterapêuticos vaginais e transplante de microbiota, evi-

tando que resultados promissores sejam interpretados como recomendações universais.

CONCLUSÃO

As vulvovaginites recorrentes constituem desafio clínico multifatorial. Sintomas semelhantes podem resultar de mecanismos profundamente diferentes, e a distinção entre candidíase, vaginose bacteriana, tricomoniase, quadros mistos e causas não infecciosas é essencial para evitar ciclos sucessivos de tratamento inadequado. A avaliação integrada de história clínica, exame ginecológico, pH, teste das aminas, microscopia e métodos microbiológicos ou moleculares, quando indicados, aumenta a precisão diagnóstica.

No campo terapêutico, novos antifúngicos, evidências sobre tratamento concomitante de parceiros, estratégias antibiofilme e intervenções voltadas à restauração da microbiota demonstram uma transição de paradigma: do tratamento centrado apenas na eliminação do agente para uma abordagem que também considera resistência, hospedeiro, ecossistema vaginal e mecanismos de recorrência.

A inovação deve, entretanto, ser interpretada de acordo com o nível de evidência, situação regulatória e população elegível. A incorporação responsável dessas estratégias poderá ampliar a capacidade de reduzir recorrências e melhorar a qualidade de vida das mulheres.

A robustez da evidência deve orientar a incorporação das inovações. Terapias consolidadas continuam essenciais; novos antifúngicos ampliam opções em populações selecionadas; e intervenções voltadas ao biofilme ou à restauração do microbioma representam uma fronteira promissora, porém heterogênea.

Diferenciar recomendação vigente, aprovação regulatória, evidência de ensaio clínico e estratégia experimental é indispensável para que inovação terapêutica seja apresentada com rigor científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMSEL, R. *et al.* Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *American Journal of Medicine*, v. 74, n. 1, p. 14-22, 1983. DOI: 10.1016/0002-9343(83)91112-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, atualização 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Corrimentos: candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana e tricomoníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist>. Acesso em: 02/06/2026.

COHEN, C. R. *et al.* Randomized Trial of Lactin-V to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. *New England Journal of Medicine*, v. 382, p. 1906-1915, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa1915254.

DENNING, D. W. *et al.* Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases*, v. 18, n. 11, p. e339-e347, 2018. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30103-8.

FEBRASGO. Candidíase e vaginose bacteriana de repetição desafiam diagnóstico e tratamento. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 28 abr. 2026.

FEBRASGO. Vulvovaginites. Manual de Patologia do Trato Genital Inferior. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

GOJE, O. *et al.* A phase 3, multicenter, randomized, placebo-controlled trial of monthly oral ibrexafungerp to reduce the incidence of recurrent vulvovaginal candidiasis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 233, n. 6, 2025. DOI: 10.1016/j.ajog.2025.07.040.

KEIKHA, N.; FOULADI, B.; YADEGARI, M. H. The efficacy and safety of current treatment of vulvovaginal candidiasis: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, v. 398, p. 7713-7720, 2025. DOI: 10.1007/s00210-025-03852-2.

KOW, C. S. *et al.* Ibrexafungerp for the treatment of vulvovaginal candidiasis: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal de Mycologie Médicale*, v. 35, n. 1, 101534, 2025. DOI: 10.1016/j.mycmed.2025.101534.

LEV-SAGIE, A. *et al.* Vaginal microbiome transplantation in women with intractable bacterial vaginosis. *Nature Medicine*, v. 25, p. 1500-1504, 2019. DOI: 10.1038/s41591-019-0600-6.

LÍRIO, J. *et al.* Antifungal (oral and vaginal) therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 68, n. 2, p. 261-267, 2022. DOI: 10.1590/1806-9282.20210916.

LOBO, M. *et al.* Recurrent Vulvovaginal Candidosis and Its Underlying Mechanisms: A Systematic Review. *Journal of Fungi*, v. 11, n. 5, 357, 2025. DOI: 10.3390/jof11050357.

NUGENT, R. P.; KROHN, M. A.; HILLIER, S. L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *Journal of Clinical Microbiology*, v. 29, p. 297-301, 1991.

RAVEL, J. *et al.* Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 108, p. 4680-4687, 2011.

SCHWEBKE, J. R. *et al.* A phase 3 randomized controlled trial of Astodimer 1% Gel for preventing recurrent bacterial vaginosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, v. 10, 100121, 2021. DOI: 10.1016/j.eurox.2021.100121.

SOBEL, J. D. *et al.* Efficacy and Safety of Oteseconazole in Recurrent Vulvovaginal Candidiasis. *NEJM Evidence*, v. 1, n. 8, EVIDoa2100055, 2022. DOI: 10.1056/EVIDoa2100055.

VODSTRCIL, L. A. *et al.* Male-Partner Treatment to Prevent Recurrence of Bacterial Vaginosis. *New England Journal of Medicine*, v. 392, p. 947-957, 2025. DOI: 10.1056/NEJMoa240540.