

Capítulo 3

VAGINITES E VAGINOSSES

SOFIA BENETTI FERRARI¹
ANDRÉ SANAZAR BORKLIAN¹
NICHOLAS MCKAY ARONIS¹
CAMILA PESSINA BOZYK¹

1. *Discente - Medicina da Universidade Santo Amaro.*

Palavras Chave: *Vaginose bacteriana; Vulvovaginite; Descarga vaginal.*

INTRODUÇÃO

O microbioma vaginal é composto por diversos microorganismos que, em equilíbrio, geram diversos benefícios para a saúde íntima da mulher. Estes micróbios convivem em uma relação ecológica de mutualismo, uma vez que, ao contribuírem para a proteção do meio, se favorecem pelas características úmidas e quentes do mesmo. Tais condições auxiliam tanto na proliferação quanto na manutenção das espécies residentes (XIAODI *et al.*, 2021).

Cerca de 90% dessa flora é composta pelos Bacilos de Doderlein, também conhecidos como Lactobacilos (ABOU CHACRA *et al.*, 2022). Estas bactérias possuem funções fundamentais na manutenção do pH vaginal, além de controlar a proliferação de potenciais patógenos, produzindo substâncias importantes como ácido lático e peróxido de hidrogênio. Os outros 10% são compostos por bactérias, como *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Actinobacteria*, *Prevotella*, *Bacteroides* e fungos, sendo a *Candida sp* a principal representante (LINHARES *et al.*, 2018).

O desequilíbrio da microbiota resulta em uma condição denominada disbiose, sendo extremamente negativa para o ambiente. Sendo assim, manter um ambiente vaginal saudável é essencial para prevenir essas alterações (XIAODI *et al.*, 2021). Existem inúmeras causas que apontam para que essa condição ocorra, sendo proveniente de mecanismos internos ou externos. As flutuações hormonais, a idade e alterações no sistema imunológico são causas intrínsecas do indivíduo (LINHARES *et al.*, 2018), enquanto o uso inadequado de antibióticos, infecções e exposições ambientais são exemplos das causas extrínsecas (XIAODI *et al.*, 2021). Tal condição prejudica o funcionamento adequado da flora microbiana, especialmente

quando culmina na mudança do pH, favorecendo o desenvolvimento de diversas patologias (LINHARES *et al.*, 2018).

No entanto, é importante reconhecer que nem toda descarga vaginal é uma doença. A vagina normalmente produz secreções fisiológicas que variam em consistência, cor e quantidade ao longo do ciclo menstrual e das mudanças hormonais. Todavia, qualquer alteração significativa nas características da descarga, sendo na coloração, consistência, odor, quantidade e/ou outros sintomas desconfortáveis podem indicar uma condição patológica, exigindo uma avaliação médica (XIAODI *et al.*, 2021).

Vaginites e vaginoses são diagnósticos comumente encontrados nos consultórios. A vaginite é um processo inflamatório da mucosa vaginal que é causado, normalmente, por infecções e agentes irritantes. Existem sinais e sintomas característicos dessa inflamação, como ardência, prurido, hiperemia, dispareunia e corrimentos (brancos, esverdeados e grumosos). Já a vaginose se refere a desequilíbrios na flora vaginal que são desencadeados, principalmente, por alterações no pH, geralmente não cursando com sintomas. Contudo, estas patologias podem apresentar corrimentos brancos, amarelados ou acinzentados (LINHARES *et al.*, 2018).

As vaginites e vaginoses podem ter diversas etiologias, sendo elas infecciosas ou não. Uma das principais causas infecciosas incluem: Vaginose bacteriana (VB), candidíase vulvovaginal (CVV) e tricomoníase. Por outro lado, as não infecciosas englobam: Vaginite atrófica, vaginite inflamatória descamativa (VID), presença de corpo estranho, alergias e aumento do muco fisiológico. No entanto, vale ressaltar que não ocorrem obrigatoriamente de forma isolada, podendo aparecer concomitantemente (LINHARES *et al.*, 2018).

Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é uma doença do trato genital inferior feminino muito prevalente, acometendo entre 23% e 29% de toda população feminina (XIAODI *et al.*, 2021). É considerada a principal causa de corrimento vaginal, uma vez que, dentre as mulheres atendidas na atenção básica, 10% são diagnosticadas com VB. Somado a isso, a porcentagem de gestantes acometidas é significativamente alta, variando entre 10 e 30% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

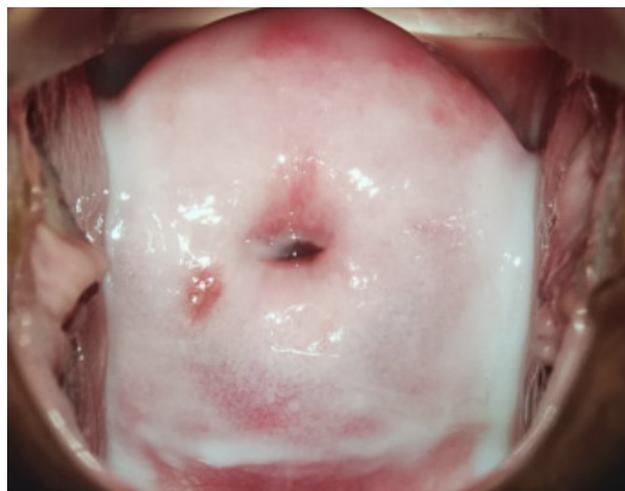
Sendo resultante de um desequilíbrio da flora vaginal, a VB é considerada uma infecção endógena, ou seja, não pode ser classificada como uma infecção sexualmente transmissível, também chamada de IST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sua fisiopatologia, de forma direta, se resume no processo de diminuição da quantidade de bacilos de Doderlein na flora vaginal, além de um crescimento excessivo dos microrganismos anaeróbios, simultaneamente. O principal microrganismo é a *Gardnerella vaginalis* (XIAODI *et al.*, 2021), porém existem alguns outros agentes, como a *Prevotella sp.*, *Ureaplasma sp.* e *Mycoplasma sp.* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Vale ressaltar que a presença de *G. vaginalis* não é exclusiva da VB, já que a mesma faz parte da microbiota vaginal, o que a torna espectadora em pacientes saudáveis, e agente bacteriano na vaginose (XIAODI *et al.*, 2021).

Os sinais e sintomas frequentemente manifestados pelos pacientes sintomáticos incluem dispareunia e um corrimento vaginal branco-acinzentado, de consistência líquida ou cremosa (podendo ser bolhoso) e com odor desagradável, semelhante ao de "peixe podre", podendo se agravar após relações sexuais ou du-

rante o período menstrual, **Figura 3.1** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Entretanto, para as mulheres assintomáticas, o diagnóstico muitas vezes ocorre em consultas de rotina, durante o exame físico ou em coletas de secreção, como o Papanicolau (COLONNA & STEELMAN, 2023).

Figura 3.1 Imagem de exame colposcópico com secreção por VB.



Fonte: Xiaodi *et al.*, 2021.

Além disso, ela está muito associada a resultados ginecológicos e obstétricos desfavoráveis, como por exemplo ISTs, doença inflamatória pélvica (DIP), baixo peso ao nascimento, abortamento e parto prematuro (XIAODI *et al.*, 2021).

Antigamente, o sistema de pontuação de Nugent era considerado o padrão ouro para diagnóstico de VB, e se resumia em análises de esfregaços vaginais sob um microscópio, o que permitia observar os diferentes tipos de bactérias. Embora sua precisão seja inquestionável, essa pontuação vem sendo ignorada pelos profissionais da saúde que preferem critérios diagnósticos mais práticos e que não precisem de alta acuidade na utilização de equipamentos, como no caso, o microscópio (COLONNA & STEELMAN, 2023). Isto posto, atualmente, o diagnóstico se baseia nos Critérios de Amsel

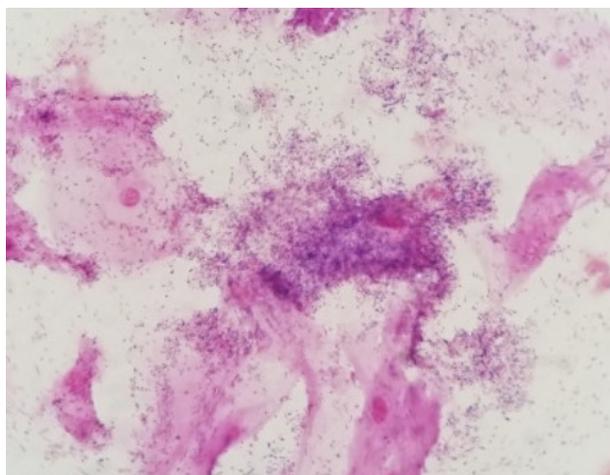
(**Quadro 3.1**), considerado menos complexo que o anterior. Se baseia em uma avaliação clínica que analisa quatro critérios, sendo necessária a confirmação de pelo menos três deles para assegurar o diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Quadro 3.1 Critérios de Amsel

Critérios de Amsel
Corrimento vaginal branco-acinzentado, fluido e homogêneo
pH vaginal > 4,5
Teste das aminas (<i>Whiff Test</i>) positivo Exala um odor de peixe podre após adicionar uma solução, contendo 10% de hidróxido de potássio (KOH), na secreção
<i>Clue cells</i> observadas à microscopia (Figura 3.2)

Fonte: Adaptado de Colonna & Steelman, 2023.

Figura 3.2 *Clue cells* observadas à microscopia.



Fonte: Xiaodi *et al.*, 2021.

Após o diagnóstico, o tratamento deve ser considerado apenas para mulheres sintomáticas, gestantes, que apresentem alguma comorbidade ou que corram o risco de complicações, como por exemplo ao anteceder um procedi-

mento invasivo, como uma inserção de dispositivo intrauterino (DIU) ou uma biópsia de endométrio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Existem algumas opções de tratamento, as quais podem variar de paciente para paciente. Como não se trata de uma IST, o tratamento deve ser restrito às mulheres afetadas, não sendo necessário tratar profilaticamente os parceiros sexuais. Em mulheres não grávidas, a terapia mais indicada consiste no uso de Metronidazol, sendo ele por via oral ou via vaginal. Como alternativa terapêutica, também pode-se optar pelo uso de Clindamicina. Nos casos recorrentes da doença, o tratamento deve ser estendido, com preferência para o uso de Metronidazol, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por um período de 4 a 6 meses. Já no caso das gestantes e puérperas, a abordagem terapêutica é um pouco diferente. A recomendação para o primeiro trimestre é o uso de Clindamicina, para os meses subsequentes sugere-se o Metronidazol por via oral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Candidíase vulvovaginal

A candidíase vulvovaginal é uma vaginite causada pela *Candida* sp. (MARTIN LOPEZ, 2015), um fungo de característica oportunista. Ainda que não seja uma doença letal, pode causar um desconforto significativo (WILLEMS *et al.*, 2020). Possui uma alta prevalência no mundo, sendo a segunda causa de vaginite mais comum, variando entre 85 a 95% dos casos (MARTIN LOPEZ, 2015). O restante, sendo os menos prevalentes, são as espécies não *albicans* e *Saccharomyces cerevisiae* (DE CARVALHO *et al.*, 2021). É de referir que a CVV é a forma mais comum de infecção por cândida em seres humanos, com uma estimativa de afetar cerca de 75% das mulheres em algum momento de suas vidas. Além disso, a forma recorrente da

infecção, sendo caracterizada por mais de 3 episódios por ano, afeta aproximadamente 8% das mulheres em todo o mundo (WILLEMS *et al.*, 2020).

A presença da *C. albicans* na flora vaginal é normalmente assintomática, já que, em condições normais, o fungo faz parte da flora em quantidades controladas. No entanto, sua presença pode se tornar sintomática quando sua proliferação é excessiva, resultando em uma inflamação da mucosa proveniente da liberação de mediadores inflamatórios, como as citocinas. Esses sintomas incluem prurido vulvovaginal, sensação de queimação, dor e vermelhidão, além da presença de um corrimento vaginal branco e de consistência grumosa (WILLEMS *et al.*, 2020).

O diagnóstico é realizado de forma clínica, decorrente de uma avaliação das queixas de corrimento vulvovaginal, medindo o pH, aplicando o teste das aminas e utilizando microscopia (MAY FEUERSCHUETTE *et al.*, 2010).

Os fármacos de primeira escolha para o tratamento de candidíase são o Miconazol ou a Nistatina, ambos via vaginal. Como segunda opção temos o Fluconazol ou o Itraconazol, porém via oral. É importante salientar que não há necessidade de tratar os parceiros assintomáticos. Devido às condições fisiológicas da flora vaginal durante a gestação, a candidíase é uma condição muito comum, podendo apresentar recidivas. Nesse período ou ainda em lactação, o tratamento deve ser apenas realizado via vaginal, visto que o tratamento oral é contraindicado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Muitos dos casos que são classificados como recorrentes podem ser resultado de diagnósticos incorretos (MAY FEUERSCHUETTE *et al.*, 2010). Algumas literaturas classificam a candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR) quando existem 3 ou mais episódios durante um

ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), e outras consideram a partir de quatro episódios durante o mesmo intervalo. Sendo assim, é recomendada uma avaliação clínica e laboratorial para identificar o fungo, descartar outras possíveis causas e, em aproximadamente 10% das situações, tratar os diferentes agentes de forma distinta, evitando o uso de cremes de amplo espectro (MAY FEUERSCHUETTE *et al.*, 2010). Em casos de recorrência, existem dois tipos de tratamento. O primeiro se resume nas mesmas opções de terapêutica da candidíase vaginal, devendo ser administradas por 14 dias. O segundo seria administrar Fluconazol via oral 1 vez ao dia, nos dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção usando o mesmo fármaco via oral 1 vez por semana, por 6 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tricomoniase

A tricomoniase, diferentemente da vaginose bacteriana e da candidíase vulvovaginal, é considerada uma IST, pois ela é adquirida exclusivamente pela via sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Sendo mais prevalente do que a *chlamydia trachomatis*, *neisseria gonorrhoeae* e a sífilis combinadas, pode ser considerada a IST não viral mais predominante dentre todas (KISSINGER, 2015).

Trata-se de uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), que tem seu tamanho similar ao dos leucócitos, e que vive no lúmen do trato urogenital. O processo de infecção cursa com a liberação de proteínas citotóxicas que danificam o revestimento epitelial, provocando um aumento do pH vaginal (SCHUMANN & PLASNER, 2023).

Em mulheres, a infecção tem capacidade de se manter presente por extensos períodos, podendo durar meses e, em alguns casos, até

mesmo anos. No entanto, nos homens, a presença desse agente tende a ser mais breve, normalmente persistindo por menos de 10 dias. É de referir que essas diferenças na duração da infecção podem ter implicações significativas no desenvolvimento da doença e na sua transmissão (KISSINGER, 2015).

Ainda que a maioria dos indivíduos infectados pelo TV sejam assintomáticos, com 85% das mulheres e 77% dos homens não apresentando sintomas, um terço dessas mulheres ainda desenvolverá sintomas dentro de um período de seis meses (KISSINGER, 2015). O corrimento vaginal da tricomoníase é de coloração amarelo esverdeado, abundante, fino, podendo ser bolhoso, e de odor anormal. Além da presença de secreção típica, é acompanhado de sintomas inflamatórios, como por exemplo ardência, coceira, hiperemia e edema vulvar. Um sinal típico da tricomoníase é o colo em morango ou framboesa, também conhecido como colpíte tigróide, e presente em 40% dos pacientes. Fora isso, pode apresentar dispareunia, dor pélvica e sintomas urinários, como disúria e polaciúria (SCHUMANN & PLASNER, 2023).

Os fatores de risco para adquirir a tricomoníase incluem uma história prévia de IST, um novo parceiro sexual ou múltiplos parceiros, contato sexual com parceiro infectado, abuso de drogas intravenosas e o não uso de métodos contraceptivos de barreira (SCHUMANN & PLASNER, 2023).

O tratamento padrão ouro é realizado através de Metronidazol via oral e os parceiros sexuais também devem ser tratados. Em gestantes, o tratamento é imprescindível, uma vez que previne infecções respiratórias ou genitais no recém-nascido (RN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), além de evitar prematuridade do feto, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas ovulares. Caso não tratada, a infecção pode evoluir para uma doença inflamatória

pélvica (DIP), o que, conseqüentemente, aumenta as chances de infertilidade, além de facilitar o contágio de outras ISTs (SCHUMANN & PLASNER, 2023).

Vaginite atrófica

A vaginite atrófica é uma condição desenvolvida, mais comumente, em mulheres de idades mais avançadas, principalmente após o advento da menopausa. Depois deste período, os níveis de estrogênio circulantes no organismo são reduzidos de forma acentuada, levando a diversas repercussões clínicas (STIKA, 2010). O desenvolvimento de uma mucosa vaginal espessa e saudável, depende diretamente de concentrações adequadas deste hormônio sexual. Assim, ao final da vida menstrual, o estímulo do estrogênio no epitélio da vagina se reduz, levando a atrofia progressiva da mucosa e diminuição da lubrificação natural. Conseqüentemente, haverá uma redução dos Lactobacilos (Bacilos de Doderlein), devido a menor produção de glicogênio pelas células do canal vaginal, o que acarreta na alcalinização do meio, propiciando o crescimento de outras bactérias, como por exemplo, os Coliformes. Esses acontecimentos levam ao desenvolvimento de processos inflamatórios, causando sintomas como corrimento vaginal (amarelado, mal-cheiroso e delgado), irritação vaginal, ardência e dispareunia (FERRACIN & WEFFORT DE OLIVEIRA, 2005).

O diagnóstico da Vaginite Atrófica é clínico, sendo necessário uma anamnese adequada, levando em consideração a idade da paciente, data da última menstruação e os principais sintomas relatados. Ao exame especular é possível observar uma mucosa ressecada e pálida, podendo haver a presença de petéquias (FEMINA, 2016).

Com relação ao tratamento, existem diversas alternativas que podem ser utilizadas. Pacientes que possuem sintomas leves devem utilizar hidratantes ou lubrificantes vaginais. Já em quadros moderados/severos, se faz necessária a utilização de Terapia de Reposição Hormonal (TRH). A TRH pode ser administrada tanto por via oral, quanto tópica, sendo a última a mais indicada e com menores efeitos colaterais (OWEN & CLENNEY, 2004).

Vaginite descamativa

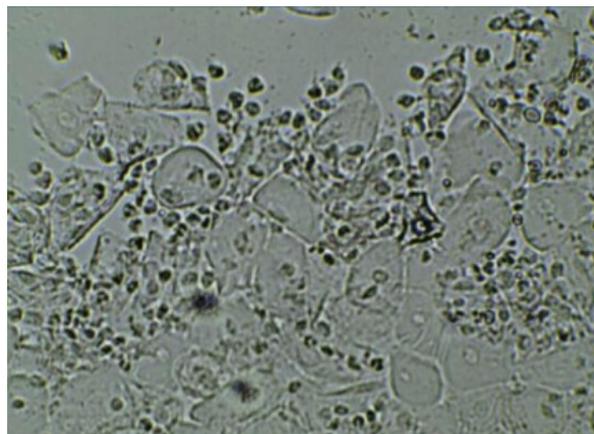
A vaginite inflamatória descamativa é uma manifestação rara de vaginite crônica, caracterizada pela presença de secreção purulenta. Essa condição é mais comumente observada em mulheres de ascendência caucasiana, embora possa ser diagnosticada em um amplo espectro etário, com maior incidência em mulheres na perimenopausa (REICHMAN & SOBEL, 2014).

As características distintivas da vaginite inflamatória descamativa incluem um aumento nas células inflamatórias e nas células epiteliais parabasais, que são células escamosas ainda imaturas. Isso resulta em uma alteração na composição da flora vaginal, levando a um pH persistentemente elevado, excedendo o valor de 4,5 (REICHMAN & SOBEL, 2014).

Os sintomas e sinais associados à VID são vagos e não específicos, o que dificulta o diagnóstico. Portanto, é necessário considerar a exclusão de outras causas de vaginite purulenta. Os principais sintomas incluem uma secreção vaginal purulenta, irritação na área da entrada vaginal e dispareunia. Durante o exame vaginal, podem ser observados sinais de inflamação, como um aumento no eritema e a presença de pequenos pontos avermelhados, conhecidos como petéquias (REICHMAN & SOBEL, 2014).

O diagnóstico da vaginite inflamatória descamativa é estabelecido por meio de uma anamnese detalhada, exame físico, avaliação do pH vaginal e exame microscópico a fresco (**Figura 3.3**). Dado que os sintomas são inespecíficos, pode ser necessário realizar culturas vaginais, reações em cadeia da polimerase (PCR), em situações excepcionais, exames sanguíneos para determinar os níveis hormonais, uma vez que a vaginite descamativa é mais prevalente em mulheres na perimenopausa, e, raramente, uma análise histológica, que é empregada apenas para descartar outras causas de inflamação vaginal (REICHMAN & SOBEL, 2014).

Figura 3.3 Imagem microscópica de secreção por vaginite descamativa. Quantidade de leucócitos e células parabasais aumentadas ao serem analisados microscópicamente



Fonte: Lima Silva *et al.*, 2016.

Apesar da etiologia e a patogênese da vaginite descamativa permanecerem desconhecidas, a modificação na composição da flora vaginal associado ao desenvolvimento de agentes patogênicos observados em culturas realizadas em mulheres com VID resulta em alguns pesquisadores a considerar que a origem da VID (LIMA SILVA *et al.*, 2016) pode estar relacionada a uma causa infecciosa. O que também corrobora com essa hipótese é a resposta positiva ao tratamento com a clindamicina (REICHMAN & SOBEL, 2014). Os medicamentos

mais utilizados no tratamento incluem o creme de clindamicina 2% e creme de hidrocortisona 10% ou supositório de 500 mg. O tratamento inicial deve ser mantido por um período de 2 a 4 semanas. Normalmente é observada uma melhora significativa, e se não houver uma resposta favorável, o diagnóstico deve ser reavaliado. Após a interrupção do tratamento inicial, aproximadamente um terço das mulheres que apresentam resolução clínica e laboratorial podem ter uma recidiva em 6 semanas. Portanto, a maioria das pacientes necessita de tratamento de manutenção (LIMA SILVA *et al.*, 2016).

É importante reconhecer que essa condição deve ser considerada crônica, e o tratamento de manutenção deve ser sempre considerado, pois demonstra bons resultados no controle a longo prazo das manifestações clínicas (LIMA SILVA *et al.*, 2016).

Depois de iniciar o tratamento, as mulheres devem ser reavaliadas após 3 a 4 semanas. Se a remissão completa for alcançada, o tratamento pode ser interrompido. Caso a remissão seja apenas parcial, o tratamento deve ser prolongado por aproximadamente 2 semanas. Deve-se considerar a mudança de medicamento ou administrar uma nova combinação de fármacos somente quando o tratamento não resultar em melhora (LIMA SILVA *et al.*, 2016).

Raciocínio clínico

Um raciocínio clínico adequado e um diagnóstico preciso previnem complicações, evitam o uso inadequado de medicamentos, promovem

a educação das pacientes e permitem uma abordagem personalizada com tratamentos adequados. Isso, por sua vez, melhora a qualidade de vida e a eficácia da prática médica.

A investigação da queixa clínica de corrimento vaginal deve levar em consideração alguns princípios para alcançar um diagnóstico adequado. Primeiramente, o profissional deve realizar o exame clínico a partir da história e exame ginecológico completo para avaliar se o corrimento relatado pela paciente possui natureza fisiológica ou patológica. Caso seja constatada alguma anormalidade, é necessário prosseguir com a pesquisa, utilizando técnicas como análise em microscópio ou de pH e teste de KOH 10%.

Com a utilização da microscopia, pode-se observar o agente etiológico, podendo haver a presença de hifas (Candidíase), *clue cells* (Vaginose Bacteriana), *Trichomonas sp* (Tricomoníase), entre outros achados. Dessa forma, é possível iniciar o tratamento para as respectivas enfermidades.

Caso a investigação seja feita a partir do estudo do pH e teste KOH 10%, alguns valores devem ser levados em consideração para uma correta intervenção terapêutica: pH > 4,5 e/ou KOH (+). Nesse caso, deve-se tratar empiricamente para Vaginose Bacteriana e Tricomoníase, já que ambas as patologias possuem esses achados. Se o pH for < 4,5, KOH - e o corrimento for grumoso, recomenda-se iniciar o tratamento para candidíase, já que essa doença possui caracteristicamente esses achados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU CHACRA, L. *et. al.* Bacterial Vaginosis: What do we currently know? *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 2022; 18:11:672429. doi: 10.3389/fcimb.2021.672429.

COLONNA, C. & STEELMAN, M. Amsel Criteria. *StatPearls*, 2023.

DE CARVALHO, N.S. *et. al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, 2021. doi: 10.1590/S1679-4974202100007.espl.

FEMINA. Atrofia Genital. *Femina*, vol. 44, pag. 113-121, 2016.

FERRACIN, I. & WEFFORT DE OLIVEIRA, R.M. Corrimento Vaginal: Causa, Diagnóstico e Tratamento Farmacológico. *Infarma*, v.17, p. 82-86, 2005.

KISSINGER, P. *Trichomonas vaginalis*: a review of epidemiologic clinical and treatment issues. *BMC Infectious Diseases*, 2015; 5:15:307. doi: 10.1186/s12879-015-1055-0.

LIMA SILVA, J. *et al.* Vaginite inflamatória descamativa. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, v. 10, p. 317-325, 2016.

LINHARES, I.M. *et. al.* Vaginites e Vaginoses. *Protocolo Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 24, 2018.

MARTIN LOPEZ, J.E. Candidiasis (vulvovaginal). *BMJ Clinical Evidence*, v. 2015, 2015.

MAY FEUERSCHUETTE, O.H. *et. al.* Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico. *Femina*, v. 38, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

OWEN, M.K. & CLENNEY, T.L. Management of vaginitis. *American Family Physician*, v. 70, p. 2125-2132, 2004.

REICHMAN, O. & SOBEL, J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014; 28(7):1042-50. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.003.

SCHUMANN, J.A. & PLASNER, S. Trichomoniasis. *StatPearls*, 2023.

STIKA, C.S. Atrophic vaginitis. *Dermatologic Therapy*, 2010; 23(5):514-22. doi: 10.1111/j.1529-8019.2010.01354.x.

WILLEMS, H.M.E. *et. al.* Vulvovaginal Candidiasis: A current understanding and burning questions. *Journal of fungi*, 2020; 25;6(1):27. doi: 10.3390/jof6010027.

XIAODI, C. *et. al.* The Female Vaginal Microbiome in Health and Bacterial Vaginosis. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 2021; 7:11:631972. doi: 10.3389/fcimb.2021.631972.