

# GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

EDIÇÃO XIV

## Capítulo 4

# VAGINOSE E VAGINITE

ANA DEYSE FONTENELE BRITO<sup>1</sup>  
LÍVIA MOURÃO BRAGA<sup>2</sup>  
LUANA NEGREIROS COSTA<sup>1</sup>

*1. Discente - Curso de Medicina do Centro Universitário Inta  
2. Discente – Curso de Medicina do Centro Universitário Christus*

*Palavras-Chave: Infecções; Mulheres; Trato Genital Inferior.*

## INTRODUÇÃO

A vaginose bacteriana (VB) é um estado de alteração da flora vaginal e é a causa mais comum de corrimento nas mulheres, principalmente nas de idade fértil (grávidas e não grávidas) devido a uma alteração no equilíbrio das bactérias da vagina, o qual pode ser modificado por vários fatores, incluindo desequilíbrio hormonal e falta de higiene.

Esse tipo de infecção é um problema comum visto diariamente nos consultórios médicos, sendo responsável por 40% a 50% das infecções mais prevalentes, seguidas de candidíase (20% a 25%) e tricomoníase (15% a 20%) (LINHARES *et al.*, 2018). Além da VB, existe a vaginite bacteriana, que divide quase os mesmos sintomas e também é bastante comum nas mulheres, mas que difere por envolver um processo inflamatório.

As repercussões causadas por essas alterações no trato genital inferior afetam negativamente a qualidade de vida da mulher, em virtude dos seus sinais e sintomas que podem ocorrer com frequência e influenciar na queda do seu bem estar, na sexualidade, causar desconfortos, além de facilitar a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (SOUZA *et al.*, 2022).

Apesar de ser disponibilizado um elevado número de medicamentos por via local ou sistêmica e de aprimoramento dos métodos de diagnóstico, tais afecções continuam a representar um grande desafio para os profissionais de saúde e pacientes, particularmente quando apresentam episódios recidivantes (BRASIL, 2015).

É importante destacar que muitas vezes as pacientes se queixam de "infecções vaginais" simplesmente por interpretarem as secreções vaginais normais como algo anormal. Essas secreções costumam variar de acordo com o ciclo

menstrual e as fases da vida da mulher. Mesmo após descartarmos infecções por meio de exames microbiológicos, é essencial explicar de forma detalhada e paciente que o corrimento vaginal é um fenômeno fisiológico, não necessariamente patológico (FILHO *et al.*, 2010).

## Causas e fatores

Vaginite e vaginose são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, responsáveis por muitas consultas ao ginecologista. São distúrbios epiteliais estratificados da vulva e/ou genitália, distintos da cervicite, que acomete a mucosa glandular. Por outro lado, as causas etiológicas comuns de vulvovaginite e vaginite são fungos, bactérias anaeróbicas em grande número, *trichomonas*, um tipo de protozoário e, ainda pior, desenvolvimento de bactérias lactobacilos normais (FILHO *et al.*, 2010).

São caracterizados por processos nos quais o meio ambiente vaginal fisiológico, composto primordialmente por *Lactobacillus*, encontra-se alterado, assim, possibilitando a proliferação de outros microrganismos e podendo estar associado a processo inflamatório (vaginites) ou sem evidências de inflamação (vaginoses) (LINHARES *et al.*, 2018). As vulvovaginites são inflamações do tecido da vulva e/ou vagina, podendo estar relacionadas a vários fatores desde desequilíbrio da microflora, alterações de pH, exposição a agentes irritativos, condições hormonais, infecções sexualmente transmissíveis e até mesmo situações de violência (BRASIL, 2015).

A VB está relacionada à perda da flora vaginal normal composta por *Lactobacillus* e crescimento anormal de múltiplas bactérias anaeróbicas, dentre elas, *Gardnerella vaginalis* (principal agente etiológico da VB), *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus curtisii* e *M. mulieris*, assim como *Streptococcus agalactiae* (grupo B), as quais

são encontradas em menos de 1% da flora de mulheres normais. Os lactobacilos vaginais constituem cerca de 70% de todas as bactérias vaginais e servem como uma linha de defesa contra infecções por meio de dois mecanismos: (1) criação de meio ácido pela produção de ácido lático, variando entre 3,8 e 4,5; (2) pela geração de peróxido de hidrogênio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>), além de existirem estudos que confirmam que os lactobacilos produzem proteínas com propriedades inibidoras que mantêm controle ecológico na vagina mediante competição com outros organismos por meio da aderência às paredes vaginais (LEITE *et al.*, 2010).

Ainda é desconhecido se a perda dos lactobacilos vaginais precede ou é seguida da elevação da flora da vaginite e/ou vaginose bacteriana, porém podem ser causas dessa perda:

- Uso de antibióticos indiscriminadamente;
- Atividade sexual, pois altera o pH e ocasiona o aumento da flora polimicrobiana da vagina para defendê-la como resposta;
- Quantidade de parceiros sexuais;
- Uso de duchas vaginais e sabonetes inadequado;
- Fase do ciclo menstrual (alcaliniza o conteúdo vaginal);
- Fase da menopausa, devido à redução das concentrações de estradiol no sangue;
- Uso de drogas imunossupressoras;
- Condições socioeconômicas;
- Idade;
- Gravidez;
- Assim como fatores locais, tais como: diafragma, tampões retidos, espermicidas, utilização de algum dispositivo intrauterino (DIU).

A tricomoníase é uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), sendo uma patologia essencialmente se-

xual, visto que sua principal forma de transmissão se dá por contato sexual com indivíduos contaminados. É um organismo anaeróbio facultativo que cresce normalmente na ausência de oxigênio, na faixa de pH entre 5,0 e 7,5, além de temperaturas entre 20° e 40° (MACIEL *et al.*, 2004). Estudos apontam que a tricomoníase altera intensamente a ecologia vaginal, podendo deixar o ambiente mais propício para o desenvolvimento de vaginose bacteriana, facilitar a aquisição de HIV, além de outras enfermidades (FILHO *et al.*, 2010). Existe a possibilidade de permanecer assintomático no homem, mas quando sintomático causa excepcionalmente corrimento uretral. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvice uterina, causando cervicovaginite ou ser assintomático principalmente após a menopausa (BETAT *et al.*, 2018).

Candidíase vulvovaginal (CVV) é uma infecção da vulva e da vagina, causada pelas várias espécies de *Candida*, fungos comensais das mucosas vaginal e digestiva, que podem tornar-se patogênicos, sob determinadas condições que alteram o ambiente vaginal. A CVV, juntamente com a candidíase oral, são consideradas as duas formas mais comuns de infecções fúngicas oportunistas, e a transformação da condição assintomática para a sintomática indica uma transição da forma saprófita para a forma patogênica (HOLANDA *et al.*, 2007).

Alguns fatores de risco potenciais para a CVV têm sido relatados, como: presença de ciclos menstruais regulares, gravidez, uso de contraceptivos orais de altas doses, terapia de reposição hormonal, diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de antibióticos sistêmicos ou tópicos, hábitos de higiene inadequados, uso de roupas íntimas justas e/ou sintéticas, determinando pouca aeração nos órgãos genitais aumentando a umidade (PEIXOTO *et al.*, 2014).

## Sinais e sintomas

Após ocorrer essa inversão do equilíbrio da flora vaginal, o ambiente vaginal fica mais propício para o desenvolvimento de germes potencialmente nocivos devido a perda da capacidade de produzir substâncias bactericidas e a proliferação desses microrganismos que podem facilitar a aquisição e transmissão de partículas virais (FILHO *et al.*, 2010).

O metabolismo da proliferação das bactérias leva a um aumento da produção de aminas aromáticas (putrescina, cadaverina e dimetilamina), substâncias essas que volatilizam e são a origem do odor fétido da vaginose bacteriana (LINHARES *et al.*, 2018). Ademais, outras vaginites podem cursar com sintomatologias diferentes dependendo da sua causa.

Apenas em poucas mulheres a VB é assintomática e as queixas e sintomas mais observados são:

- Corrimento de intensidade variável e coloração perolado ou branco-acinzentado (**Imagem 4.1**);

**Imagem 4.1** Corrimento da vaginose bacteriana no colo do útero



Fonte: Google fotos, 2024.

- Odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal) que piora com o intercuro sexual desprotegido e durante a menstruação;

- Coceira ou irritação na região vaginal;
- Dor as relações sexuais (pouco frequente);
- Dor ou desconforto durante a relação sexual;
- Dor ou sensação de queimação ao urinar.

A tricomoníase pode ter uma variedade significativa de sintomas patológicos, indo desde a ausência de sintomas até um quadro de inflamação severa (vaginite). Estima-se que entre 25% e 50% das mulheres infectadas não apresentam sintomas, mantendo o pH vaginal dentro da faixa normal de 3,8 a 4,2 e uma flora vaginal saudável. Cerca de um terço das pacientes assintomáticas acabam desenvolvendo sintomas nos seis meses seguintes. Essa doença é mais comum em mulheres em idade reprodutiva, sendo raras as manifestações clínicas observadas antes da primeira menstruação ou após a menopausa (MACIEL *et al.*, 2004).

Sinais e sintomas comuns são:

- Consistência do corrimento varia de fino e escasso a espesso e abundante;
- Corrimento amarelo, abundante, espumoso ou mucopurulento;
- Odor vaginal anormal;
- Prurido intenso e/ou irritação vulvar;
- Sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- A vagina e a cérvix podem ser edematosas e eritematosas, com erosão e pontos hemorrágicos na parede cervical conhecidos como colpitis macularis ou cérvix com aspecto de morango (**Imagem 4.2**);
- Dor pélvica (ocasionalmente), podendo ser indicativo de infecção do trato urogenital superior.

Imagem 4.2 Colo em “morango” ou em “framboesa”



Fonte: World Health Organization, 2024.

Já a candidíase vulvovaginal é causada pelo aumento da quantidade de fungos do tipo *Candida* devido às alterações hormonais normais da gravidez, ou ainda por maus hábitos de higiene, estresse, uso de antibióticos, ou enfraquecimento do sistema imunológico devido a outras doenças (PEIXOTO *et al.*, 2014). Essa patologia é considerada uma vaginite e alguns de seus sintomas clássicos são:

- Prurido;
- Dispareunia;
- Eliminação de um corrimento vaginal em grumos, semelhante à nata de leite (branco e espesso) (**Imagem 4.3**);
- Vulva e a vagina edemaciadas e hiperemiadas;
- Ardor ao urinar e sensação de queimação.

Imagem 4.3 Candidíase vulvovaginal vista no exame de papanicolau



Fonte: MD.Saúde, 2024.

## Transmissão

A vaginose bacteriana embora não seja considerada uma infecção de transmissão sexual (IST), pode ser desencadeada pela relação sexual e pode estar associada com o contato íntimo ou relação sexual, maior número de parceiros sexuais, mulheres que praticam sexo com mulheres, tabagistas, sexo oral, coitarca precoce, uso de dispositivo intrauterino, abuso de drogas e portadores de IST (BRASIL, 2013).

Podem existir complicações importantes, tais como parto prematuro em gestantes, inflamação pélvica e aumento de infecções sexualmente transmissíveis, como o HPV. A correlação entre a VB e o parto prematuro vem sendo estudada, mas ainda não está totalmente esclarecida, pois admite-se que a flora vaginal com VB produz endotoxinas que propiciam as mulheres a iniciarem a cascata de citocina e prostaglandinas que desencadeiam o trabalho de parto, podendo haver ainda uma ascensão dos microrganismos para a cérvix, as quais podem infectar a placenta e o líquido amniótico, além da possibilidade de produção de proteases pelos microrganismos que influenciam na ruptura prematura das membranas (ESTEVES *et al.*, 2019). No entanto, o rastreamento sistemático das infecções vaginais no pré-natal não é universalmente aceito, por mais que existam achados da maioria dos biomarcadores da inflamação no líquido amniótico, confirmando a presença de uma ligação entre prematuridade e vaginose, não possui aplicação prática até o momento e não sendo universalmente aceito, uma vez que não há consenso que o seu tratamento reduz as taxas de prematuridade (ANDRADE & MARCOLINO, 2007).

A tricomoníase é a DST não-viral mais comum no mundo e é transmitida pelo *Trichomonas Vaginalis*, sendo sua contaminação através da relação sexual. A sua incidência depende de

inúmeros fatores, como idade, atividade sexual, número de parceiros sexuais, outras DSTs, fase do ciclo menstrual e condições socioeconômicas. O acometimento dessa patologia é muito prevalente em grupos de nível socioeconômico baixo, afirmando que diferenças no nível educacional, padrão de vida e questões de higiene pessoal possuem forte influência na incidência da infecção (MACIEL *et al.*, 2004). Esse parasita pode sobreviver o prepúcio do homem por mais de uma semana e são levados até a vagina da mulher pelo esperma durante a ejaculação, no entanto, se for a mulher contaminada, ocorre o contato do pênis com a mucosa infectada e transmite ao parceiro (FILHO, 2010). Todavia, a transmissão não relacionada ao sexo pode teoricamente ocorrer em situações como o uso de duchas contaminadas, instrumentos médicos ou assentos sanitários, assim como durante o parto, devido à infecção da mãe, especialmente se ela não tomou medidas preventivas contra a parasitose durante a gravidez ou ainda não iniciou o tratamento devido à ausência de sintomas (BRASIL, 2013).

No que se refere à candidíase vulvovaginal, a transmissão pode acontecer pelo contato com secreções e mucosas de pessoas infectadas, água contaminada, relação sexual e transmissão vertical durante o parto. Dessa forma, a propagação da doença pode ter sua origem endógena (provinda da microbiota) ou exógena (através do ato sexual) (SOARES *et al.*, 2019). O trato intestinal é o principal reservatório das leveduras vaginais e, por meio da auto inoculação, possibilita a adaptação e desenvolvimento dos fungos no órgão sexual feminino. Por outro lado, a CVV não é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível, uma vez que mulheres virgens podem desenvolver, no entanto, pode ser nominada de infecção sexualmente transmissível (IST) quando a transmissão se dá por meio sexual (ELIAS *et al.*, 2023).

Para a prevenção da vaginite, algumas medidas simples podem ser adotadas, como:

- Não utilizar duchas vaginais ou higienizantes íntimos com frequência;
- Uso de preservativo durante todo o ato sexual;
- Evitar o uso de roupas íntimas apertadas;
- Higienizar a vulva sempre de frente para trás após urinar;
- Consultar o (a) ginecologista periodicamente.

### Diagnóstico

O diagnóstico da vaginose bacteriana deve ser feito clinicamente, os quais são observados na macroscopia pelo menos três dos seguintes critérios de Amsel (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022):

1. Corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
2. Ph da vaginal  $> 4,5$
3. Testes de aminas positivos;
4. Presença de “*clue cells*” (células guia-células escamosas do epitélio vaginal coberta por bactérias) no exame bacterioscópico, associada a ausência de lactobacilos;
5. Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

O escore de Nugent ou coloração por Gram do fluido vaginal é considerado padrão ouro para diagnóstico e 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 (LINHARES *et al.*, 2018). Os valores e características dos escores de Nugent estão mais bem especificados no **Quadro 4.1**.

**Quadro 4.1** Sistema de Nugent para diagnóstico de vaginose bacteriana

ESCORE	LACTOBACILOS	GARDNERELLA, BACTEROIDES, ETC.	BACILOS CURVOS	QUANTIFICAÇÃO
0	4+	0	0	0 Ausência de bactérias
1	3+	1+	1+ ou 2+	1+ < 1 bactéria / campo
2	2+	2+	3+ ou 4+	2+ 1 a 5 bactérias / campo
3	1+	3+		3+ 6 a 30 bactérias / campo
4	0	4+		4+ 30 bactérias / campo

Fonte: Ministério da saúde, 2022.

A identificação da tricomoníase não deve ser feita apenas com base nos sintomas clínicos, uma vez que a infecção pode ser confundida com outras doenças sexualmente transmissíveis. A característica tradicional da cérvix com aparência de morango só é encontrada em 2% das pacientes, enquanto o corrimento espumoso é observado em apenas 20% das mulheres infectadas. A investigação laboratorial é necessária e essencial para o diagnóstico da tricomoníase, uma vez que leva ao tratamento apropriado e facilita o controle da propagação da infecção (MACIEL *et al.*, 2004). O exame laboratorial mais comum para diagnóstico microbiológico consiste na análise direta do conteúdo vaginal e solução salina fresca, identificando o parasita através do microscópio. Geralmente, é observado um pH superior a 5,0, comumente ultrapassando 6,6. Na maioria dos casos, o teste de aminas é positivo. A avaliação de bacterioscopia utilizando a técnica de coloração de Gram revela o parasita de Gram negativo com características morfológicas distintas. Em situações de diagnóstico complexo, pode ser solicitado o cultivo microbiológico (FILHO *et al.*, 2010). A técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR) tornou-se uma nova técnica

de diagnóstico. Recentemente, vários testes com sensibilidade e precisão próximas de 100% foram realizados. Apesar disso, não são frequentemente utilizados em laboratórios clínicos devido ao seu alto custo (MACIEL *et al.*, 2004). Ademais, alterações sugestivas da infecção são alterações no odor, qualidade e quantidade de corrimento vaginal, com o pH vaginal > 6,0, colo de útero com aspecto de morango e corrimento branco espumoso e exacerbado (**Imagem 4.4**) (BRASIL, 2013). O diagnóstico de CVV é normalmente estabelecido por meio da combinação entre as manifestações clínicas e análise microscópica de preparação a fresco. A detecção do brotamento de células de levedura por meio de microscopia de preparação a fresco ou com hidróxido de potássio (KOH) pode ser realizada em laboratórios, no qual o material é retirado das paredes laterais da vagina com auxílio de uma espátula ou swab, que é então depositado sobre uma lâmina e misturado com uma ou duas gotas de soro fisiológico e coberto com lamínula. A adição de uma ou duas gotas de KOH a 10% às secreções vaginais perturba os componentes celulares, facilitando assim a visualização de leveduras e pseudohifas. A ausência de odor de peixe após exposição ao KOH

umenta a probabilidade de infecções fúngicas. A cultura fúngica é o padrão ouro e ajuda principalmente a identificar as espécies causadoras da infecção (SOARES *et al.*, 2019). Em mulheres com corrimento vaginal anormal e que não têm acesso à microscopia, o achado de pH < 4,5 é um bom sinal de CVV e pode ajudar a diferenciá-la de vaginose bacteriana e tricomoní-

ase, que muitas vezes gera um pH > 4,5. O papel pH de pequeno formato (Whatman) é um método de baixo custo, sensível, fácil de usar e amplamente disponível. A cultura é atualmente o método mais sensível para detectar *Candida spp.*, mas deve ser usada com cautela porque *Candida spp.* eles também são encontrados em mulheres sem CVV (FILHO *et al.*, 2010).

Imagem 4.4 Informações para o diagnóstico diferencial das infecções vaginais

Microorganismo	Sinais Clínicos	Inflamação	Dispareunia	T. Aminico	Microsc.	PH
Lactobacilos	Nenhum	0	0	0	Lactobacilos	4,5
<i>Gardnerella</i> (vaginose bacteriana)	Corrimento branco/cinza - homogêneo	0	0	Odor fétido	Clue-cell	≥5,0
Tricomonas	Corrimento amarelado-homogêneo Com odor/prurido	++	+	Odor fétido	Trofozoíto	≥5,0
Cândida	Corrimento branco espesso Caseoso (grumos) com prurido	+++	+	0	Fungo	3 - 4,5
Clamídia	Corrimento purulento	++	+	0	-	
Gonococo	Corrimento esverdeado-Bartolinite	+	+	0	Gram -	
Herpes	Corrimento desprezível com queimação vaginal	+ / ++	+	0	-	

  

Fonte: FEBRASGO, 2010.

## Tratamento

O tratamento da VB visa eliminar os sintomas e restabelecer o equilíbrio da flora vaginal fisiológica, principalmente, pela redução dos anaeróbios. Para isso, encontram-se medidas farmacológicas e não farmacológicas.

- Algumas medidas não farmacológicas:
  1. Uso de roupas íntimas de algodão e/ou dormir sem as mesmas a fim de promover melhor ventilação.
  2. Evitar o uso de roupas apertadas ou diminuir o tempo de uso das mesmas.

3. Manter boas condições de higiene pessoal.

- O tratamento farmacológico se dá com o uso de antibióticos de forma oral ou intravaginal e são bem mais especificados na **Tabela 4.1**.

Tabela 4.1 Tratamento da vaginose bacteriana

<b>Tratamento de escolha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Via oral:</b> Metronidazol 500 mg, a cada 12 horas por 7 dias</li> <li>• <b>Via intravaginal:</b> Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador (5 g), 1 vez ao dia durante 5 dias;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1 vez ao dia por 7 dias.</li> </ul>
<b>Tratamento alternativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Via oral:</b> Clindamicina 300 mg, a cada 12 horas por 7 dias.</li> <li><b>OU</b></li> <li>• <b>Via intravaginal:</b> Clindamicina- óvulos 100 mg, 1 vez ao dia por 3 dias.</li> </ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Via oral:</b> Metronidazol 250 mg, a cada 8 horas por 7 dias;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Metronidazol 500 mg, a cada 12 horas por 7 dias;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Clindamicina 300 mg, a cada 12 horas por 7 dias.</li> <li>• <b>Via intravaginal:</b> Clindamicina óvulos 100 mg, 1 vez ao dia por 3 dias;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Metronidazol gel 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1 vez ao dia por 5 dias.</li> </ul>
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento das parceiras sexuais não está recomendado, exceto em casos de recorrência.</li> <li>• Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.</li> <li>• Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar o uso de álcool, devido alguns efeitos como mal estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca.</li> <li>• Manter o tratamento durante a menstruação.</li> <li>• Durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais.</li> </ul>

Após o tratamento, a recorrência de VB é comum- 15 a 30% das mulheres apresentam VB sintomática após 30 a 90 dias da terapia com antibióticos e 70% das pacientes relatam utilização de DIU, atividade sexual frequente sem uso de preservativo, inadequada resposta imune e resistência aos imidazólicos. No entanto, não existem recomendações para o tratamento das recidivas, uma possibilidade é a utilização de outro regime terapêutico (LINHARES *et al.*, 2018).

A tricomoníase recorrente apresenta um desafio no tratamento, sendo difícil de lidar e podendo ser confundida com a reinfeção por um parceiro não tratado. A resistência total aos nitroimidazólicos é extremamente rara, sendo mais comum a resistência parcial. O metronidazol pode não produzir os efeitos desejados dependendo da presença de flora bacteriana concomitante, mas apresenta boa eficácia em ambientes anaeróbicos. Os nitroimidazólicos têm sido usados no tratamento de escolha da tricomoníase por mais de 30 anos. Caso não haja

resposta ao metronidazol, é recomendado aumentar a dose e retratar com 2 g por dia por 3 a 5 dias, após o tratamento inicial padrão de 250 mg duas vezes ao dia por 7 dias, ou outros esquemas de dose única que não tenham sido eficazes (FILHO *et al.*, 2010). O tratamento mais bem especificado está disponível na **Tabela 4.2**.

É importante destacar que a presença de uma Doença Sexualmente Transmissível aumenta o risco de contrair outra. Preconiza-se a adoção de estratégias de prevenção, tais como:

1) prática de sexo seguro, oferecendo orientações que ajudam as pessoas a tomarem decisões sexuais mais adequadas para evitar a transmissão de agentes infecciosos; 2) uso de preservativos; 3) abstinência de relações sexuais com parceiros infectados; e 4) redução das complicações por meio de tratamento imediato e eficaz, tanto para casos com sintomas quanto assintomáticos, incluindo o tratamento do casal, mesmo que a doença seja diagnosticada em apenas um dos parceiros (MACIEL *et al.*, 2004).

**Tabela 4.2** Tratamento para tricomoníase

<b>Tratamento de escolha</b>	• <b>Via oral:</b> Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, dose única (dose total 2 g).
<b>Tratamento alternativo</b>	• <b>Via oral:</b> Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, 2x/dia, por 7 dias.
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O mesmo tratamento de escolha.</li> <li>• Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes. Suspender a amamentação durante o tratamento e até 24 horas depois da última dose.</li> </ul>
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É considerada uma IST, por isso as parcerias sexuais devem ser tratadas com dose única; Metronidazol 250 mg, VO, 8 comprimidos, dose única.</li> <li>• Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.</li> <li>• Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool.</li> </ul>

O tratamento farmacológico da CVV está detalhado e especificado na **Tabela 4.3**. Para o tratamento da candidíase não complicada, tanto os esquemas por via oral quanto por via vaginal demonstram eficácia equivalente. É importante estar atento aos fatores predisponentes. No caso de candidíase complicada, o tratamento pode ser feito com aplicações tópicas por 7 a 14 dias ou com administração oral (fluconazol 150 mg em um total de três doses, com intervalos de três dias). Em casos de recorrência, o protocolo envolve fluconazol 150 mg em um total de três doses, com intervalos de três dias, além da supressão por meio de fluconazol 150 mg semanalmente, durante seis meses. Após o término

do tratamento, cerca de metade dos pacientes apresentam boa resposta. Lembrando que o parceiro não deve ser tratado rotineiramente, só tratar nos casos comprovados de candidíase recorrente (LINHARES *et al.*, 2018).

Nas mulheres que sofrem de 4 ou mais episódios confirmados de candidíase vaginal por ano, é recomendável investigar e descartar possíveis fatores predisponentes, como diabetes, imunodepressão, uso de corticoides, e até mesmo sugerir a realização do teste de HIV. Além disso, é essencial lembrar sempre de orientar sobre higiene pessoal e utilização de roupas que possibilitem uma boa ventilação local. Durante a gravidez, é bastante comum que

ocorram recidivas de candidíase devido às condições favoráveis que se estabelecem neste período. Todos os tratamentos tópicos mencionados acima podem ser aplicados em gestantes,

porém é preferível optar pelos de maior duração. Já os tratamentos sistêmicos são contra indicados durante a gravidez (FILHO *et al.*, 2010).

Tabela 4.3 Tratamento para candidíase vulvovaginal

<b>Tratamento de escolha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Via vaginal:</b> Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.</li> </ul>
<b>Tratamento alternativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Via oral:</b> Fluconazol 150 mg, dose única;</li> <li><b>OU</b></li> <li>Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, 2x/dia, por 1 dia.</li> </ul>
<b>Gestantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal.</li> <li>• O tratamento oral está contraindicado.</li> <li>• Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias.</li> </ul>
<b>Observações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</li> <li>• É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.</li> <li>• Casos de recidiva devem ser encaminhados à clínica médica.</li> </ul>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.V. & MARCOLINO, A. Associação entre trabalho de parto prematuro e vaginose bacteriana: uma revisão da literatura. *REME rev. min. enferm.*, v.11, n. 4, p.453-460, out.-dez. 2007.

BETAT, S.B.L. *et al.* Linha de cuidado à saúde da mulher- Protocolo de enfermagem vulvovaginites. Secretaria de saúde, Santa Catarina: Joinville, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Organização Mundial de Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília – DF: 2015.

ELIAS, C.D., *et al.* Os principais fatores associados à candidíase vulvovaginal. *Revista Master*, Vol. 8, Núm. 16, 2023. Doi: 10.47224/revistamaster.v8i16.482

ESTEVES, A.P.V.S., *et al.* VAGINOSE BACTERIANA ASSOCIADA AO PARTO PREMATURO. *Revista Caderno de Medicina*, Vol 2, Nº1, 2019.

FILHO, A.X.F., *et al.* Manual de Orientação: Trato Genital Inferior. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), São Paulo, cap.6, 2010.

HOLANDA, A.A.R.D., *et al.* Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 3-9, 2007. Doi: 10.1590/S0100-72032007000100002

LEITE, S.R.R.F. *et al.* Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.82-87, Feb. 2010. Doi: 10.1590/S0100-72032010000200006.

LINHARES, I.M. *et al.* Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo-Ginecologia, nº24/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).

MACIEL, G.P. *et al.* Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, vol. 40 , nº 3 , 2004. Doi: 10.1590/S1676-24442004000300005

PEIXOTO, J.G., *et al.* CANDIDÍASE - UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Vol.8,n.2,pp.75-82 (Jun-Ago 2014).

SOUZA, A.C.R. *et al.* Vaginite bacteriana: saúde da mulher. *Research, Society and Development*, 2022, v.11, n.7. Doi: 10.33448/rsd-v11i7.30072

SOARES, D.M., *et al.* CANDIDÍASE VULVOVAGINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA COM ABORDAGEM PARA *Candida albicans*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Vol.25,n.1,pp.28-34 (Dez 2018 – Fev 2019)