



ARTIGO ORIGINAL

**PREVALÊNCIA DE VULVOVAGINITES NA GESTAÇÃO E SUA ASSOCIAÇÃO
COM COMPLICAÇÕES PERINATAIS****PREVALENCE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANCY AND THEIR
RELATIONSHIP TO PERINATAL COMPLICATIONS**

Rodrigo Dias Nunes^{1,2}
Caroline de Oliveira França¹
Jefferson Luiz Traebert²

RESUMO

Introdução: Vulvovaginite é o processo infeccioso do trato geniturinário inferior feminino, podendo gerar complicações perinatais como trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e corioamnionite. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de vulvovaginites na gestação e definir sua associação com fatores sociodemográficos e complicações perinatais. **Métodos:** Estudo transversal, com análise de 216 prontuários das pacientes que realizaram o pré-natal em ambulatório-escola de julho/2010 até fevereiro/2012. Os dados foram analisados pelo programa SPSS 16.0. O teste qui-quadrado testou a homogeneidade de proporções. Foram calculadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, com nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência de vulvovaginites na gestação foi de 38,9%. A idade maior ou igual a 30 anos esteve menos associada ($p = 0,003$) ao desenvolvimento de vulvovaginites [RP 0,24 (IC95% 0,07-0,68)]. O aparecimento de vulvovaginites na gestação aumentou em quase quatro vezes [RP 3,80 (1,29-12,63)] a probabilidade de ocorrência de rotura prematura de membranas ($p = 0,007$). As vulvovaginites não se mostraram associadas ao trabalho de parto prematuro e/ou corioamnionite. **Conclusões:** A prevalência de vulvovaginites na gestação foi de 38,9%. Pacientes com 30 anos ou mais apresentaram menos probabilidade de desenvolverem vulvovaginites, porém a patologia aumentou em quase quatro vezes a probabilidade de ocorrência de rotura prematura de membranas.

Descritores: Gestação, Vulvovaginite, Doenças Urogenitais Femininas e Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

Background: Vulvovaginitis is the infectious process of the female lower genitourinary tract, which can lead to perinatal complications such as preterm labor, premature rupture of membranes and chorioamnionitis. **Objective:** To evaluate the prevalence of vulvovaginitis in gestation and to define its association with sociodemographic factors and perinatal

¹ Faculdade de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/SC, Brasil. paulomedcarvalho@gmail.com.

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina/SC.

^{1,2} Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul)



complications. Methods: Cross-sectional study with analysis of 216 medical records of patients who performed prenatal care in an outpatient clinic from July / 2010 to February / 2012. The data were analyzed by the SPSS 16.0 program. The chi-square test tested the homogeneity of proportions. The prevalence ratios and their respective confidence intervals were calculated, with a significance level of $p < 0.05$. Results: The prevalence of vulvovaginitis in pregnancy was 38.9%. Age greater than or equal to 30 years was less associated ($p = 0.003$) with the development of vulvovaginitis [RP 0.24 (CI95% 0.07-0.68)]. The occurrence of vulvovaginitis during pregnancy increased the probability of premature rupture of membranes ($p = 0.007$) by almost four times [RP 3.80 (CI95% 1.29-12.63)]. Vulvovaginitis was not associated with preterm labor and/or chorioamnionitis. Conclusions: The prevalence of vulvovaginitis in pregnancy was 38.9%. Patients 30 years of age or older were less likely to develop vulvovaginitis, but the condition increased by almost four-fold the likelihood of premature rupture of membranes.

Keywords: Pregnancy, Vulvovaginitis, Female Urogenital Diseases and Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

Vulvovaginite é o processo infeccioso e/ou inflamatório do trato geniturinário inferior feminino, conhecida como importante manifestação de distúrbios potencialmente graves para a saúde genital e sistêmica das mulheres¹. As vulvovaginites infecciosas são causadas, principalmente, por bactérias, fungos leveduriformes e protozoários, sendo a candidíase vulvovaginal, a vaginose bacteriana e a tricomoníase as mais prevalentes².

As queixas genitais na gravidez não constituem raridade. Quase todas as grávidas em algum momento referem leucorréia, odor e/ou prurido, ardor e dor ao coito. Porém, as vulvovaginites, frequentemente, têm sido associadas à complicações durante a gestação³⁻⁵. Em gestantes portadoras de vulvovaginites foram encontradas taxas mais significativas de complicações perinatais como trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, baixo peso ao nascer, corioamnionite e infecções puerperais, crescimento intrauterino restrito, aborto e endometrite, quando comparadas às gestantes-controle que tiveram partos de termo^{6,7}. Porém, ainda é controverso se a infecção vaginal é realmente a causa destas complicações².

Outros estudos, ao contrário, não identificaram associação estatisticamente significativa entre trabalho de parto prematuro e/ou rotura prematura de membranas com as



vulvovaginites, ou ainda, diferenças significativas entre o peso e a idade gestacional dos recém-nascidos de mães com ou sem colonização bacteriana⁸⁻¹⁰.

As altas taxas de trabalho de parto prematuro continuam sendo um dos maiores problemas em obstetrícia, atualmente. As causas de prematuridade podem ser identificadas em menos da metade dos casos. Porém, têm aumentado as evidências de que algumas infecções cérvico-vaginais durante a gestação podem representar um importante fator causal, o que possibilitaria atitudes preventivas durante o pré-natal^{5,8-10}.

Acredita-se que os agentes etiológicos responsáveis pela infecção neonatal grave são originados, principalmente, de mães com o trato genital inferior colonizado. Há ascensão destes patógenos pela endocérvice, atingindo a decídua, membranas fetais, líquido amniótico e feto². A ascensão de microrganismos existentes na vagina representa uma das causas da infecção das membranas, fragilizando-as, permitindo, sobretudo no terceiro trimestre gestacional, a ruptura e a interrupção da gravidez antes do termo. Por vezes, microrganismos existentes na cavidade vaginal da grávida atravessam as membranas ovulares íntegras, contaminam o líquido amniótico e secundariamente infectam o feto³.

Ainda que persistam algumas controvérsias sobre a real associação das vulvovaginites em gestantes e suas possíveis complicações perinatais, têm sido recomendados por vários autores a investigação e tratamento das vulvovaginites durante o pré-natal⁷. Porém, o rastreamento sistemático das infecções vaginais no pré-natal não é universalmente aceito, uma vez que não é consenso que seu tratamento reduza as taxas de complicações perinatais⁷.

Conhecer as mulheres que apresentam vulvovaginites durante a gestação e as complicações perinatais decorrentes destas, é fundamental para que se definam programas de saúde pública capazes de promover a realização de um parto a termo, com o nascimento de uma criança saudável. Este estudo teve como objetivos determinar a prevalência de vulvovaginites nas gestantes em nosso meio, além de estimar suas associações com características populacionais e complicações perinatais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal, desenvolvido no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Sul de Santa



Catarina, localizado no município de Palhoça e no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional de São José, localizado no município de São José. A maternidade do Hospital Regional é referência para as gestantes da rede básica do referido ambulatório.

A população do estudo foi composta por todos os prontuários das pacientes que realizaram o pré-natal, de julho de 2010 até fevereiro de 2012. Realizou-se um senso, com um total de 216 prontuários do ambulatório e 127 prontuários hospitalares. Foram incluídos os prontuários com gestação de feto único, com idade gestacional calculada pela data da última menstruação confiável e/ou por ultrassonografia do primeiro trimestre.

As seguintes variáveis foram avaliadas: idade materna, cor da pele, estado civil, escolaridade, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionite e a presença de vulvovaginite na gestação.

A investigação de vulvovaginites durante o pré-natal é procedimento rotineiro neste serviço, sendo realizado através da história clínica, exame ginecológico e exames complementares quando necessários, em todas as pacientes durante sua primeira consulta e sempre que houver sintomatologia durante o restante do pré-natal.

O diagnóstico de candidíase vulvovaginal foi confirmado pelo registro da visualização de leucorréia branca grumosa aderida à parede vaginal, associada à hiperemia local, com ou sem detecção de hifas e/ou esporos à microscopia ótica com lâmina a fresco da secreção¹². O diagnóstico de vaginose bacteriana foi confirmado pelo registro da visualização de leucorréia amarelada fluida, associada à positividade do Whiff Test (teste das aminas), com ou sem detecção de Clue Cells à microscopia ótica com lâmina a fresco da secreção¹². O diagnóstico de tricomoníase foi confirmado pelo registro da visualização de leucorréia amarelo-esverdeada fluida e bolhosa, associada à colpíte de aspecto tigróide do colo uterino durante a coloração por Lugol para o teste de Shiller, com ou sem detecção de protozoário flagelado à microscopia ótica com lâmina a fresco da secreção¹². Todas as vulvovaginites diagnosticadas foram tratadas conforme protocolo do serviço.

Para efeito da avaliação das complicações perinatais, foram selecionados os prontuários destas mesmas pacientes atendidas no ambulatório e que tiveram seus partos no referido hospital, no período determinado, encontrados através de uma busca informatizada, através do número de registro geral.



Para coleta de dados referentes às complicações perinatais, foi confirmado o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, pelo registro da idade gestacional inferior a 37 semanas completas de gestação no início do trabalho de parto⁷. O diagnóstico de rotura prematura de membranas foi confirmado pelo registro da visualização clínica de líquido amniótico saindo pelo orifício cervical externo durante o exame especular ou pela vagina durante o toque vaginal, anteriormente ao início do trabalho de parto⁷. A presença de corioamnionite foi confirmada pelo registro de sinais clínicos e laboratoriais, associados ao diagnóstico de sepse neonatal¹¹.

Os dados foram analisados no programa SPSS 16.0. O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar a homogeneidade das proporções. Foram calculadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança entre as características sociodemográficas e a presença de vulvovaginites. Foram calculadas as razões de prevalência entre a presença de vulvovaginites na gestação e as complicações perinatais. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Este estudo fundamentou-se nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu após submissão e aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISUL e do HRSJ-HMG e liberação sob o número 30/11.

RESULTADOS

No período do estudo, foram encontrados 216 prontuários correspondentes às gestantes acompanhadas. Nenhum prontuário foi excluído. A idade das pacientes variou de 16 a 41 anos, com média de $28,2 \pm 4,1$ anos. Destas pacientes, 84 (38,9%) apresentaram algum tipo de vulvovaginite. A candidíase vulvovaginal foi encontrada em 50 (23,2%) pacientes, a vaginose bacteriana ocorreu em 44 (20,4%) pacientes, enquanto que a tricomoníase esteve presente em 2 (0,9%) pacientes. O somatório numérico dos casos de vulvovaginites foi 96, devido à existência de vulvovaginites associadas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana) em 12 (5,6%) destas pacientes.

As pacientes com idade maior ou igual a 30 anos estiveram significativamente menos associadas ao desenvolvimento de vulvovaginites [RP 0,24 (IC95% 0,07-0,68)] do que as pacientes mais jovens ($p = 0,003$). As demais características sociodemográficas não estiveram



associadas às vulvovaginites. Os resultados da análise bivariada entre as características sociodemográficas e a presença de vulvovaginites está demonstrado na Tabela 1.

Avaliando as complicações perinatais como desfecho, o aparecimento de vulvovaginites na gestação aumentou em quase quatro vezes [RP 3,80 (1,29-12,63)] a probabilidade de ocorrência de rotura prematura de membranas ($p = 0,007$). A presença de vulvovaginites na gestação não se mostrou associada à ocorrência de trabalho de parto prematuro e/ou corioamnionite. Os resultados da análise bivariada entre as vulvovaginites e as complicações perinatais estão demonstrados na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Entre as gestantes que apresentaram algum tipo de vulvovaginite (38,9%), a candidíase vulvovaginal foi a mais prevalente, estando presente em 23,1% das pacientes, dado este que concorda com estudos que demonstram que a candidíase vulvovaginal é um dos diagnósticos mais frequentes em ginecologia, sendo o tipo mais comum de vulvovaginite em países tropicais; diferentemente, nos Estados Unidos da América (EUA) ocupa segundo lugar, precedido apenas pela vaginose bacteriana^{3,13}. A incidência de candidíase vulvovaginal varia de aproximadamente 25% na população feminina em geral a 42% entre mulheres adolescentes. A gravidez, por ser situação de hiperestrogenismo, determina altos níveis de glicogênio, resultando um aumento no substrato nutricional dos fungos e favorecendo a infecção da mucosa vaginal^{13,14}.

Muitos fatores de risco potenciais para candidíase vulvovaginal têm sido descritos, embora não haja consenso na literatura, incluindo a gravidez entre elas. Especula-se que hábitos higiênicos inadequados possam ser possíveis fatores predisponentes de contaminação vaginal, dentre eles a higiene anal realizada no sentido do ânus para a vagina e o resíduo de fezes nas roupas íntimas femininas, podendo ser a origem das leveduras no desenvolvimento da candidíase vulvovaginal¹⁵.

A vaginose bacteriana ocorreu em 20,4% das pacientes deste estudo, condizendo com a estimativa mundial de 10 a 30% na população feminina^{16,17}. Nos EUA, 16% das mulheres grávidas apresentam vaginose bacteriana¹⁷⁻¹⁹. A vaginose bacteriana é caracterizada por



uma desordem na flora vaginal normal, com crescimento excessivo de certas bactérias e diminuição dos lactobacilos de Doderlein^{11,18}.

A tricomoníase esteve presente em 0,9% das gestantes, sendo o causador da doença sexualmente transmissível não viral mais comum no mundo, correspondendo a 4% das vaginites^{20,21}. Muitos investigadores encontram um aumento da prevalência da infecção em mulheres grávidas²². Porém, neste estudo, a patologia apresentou uma prevalência muito baixa, e tal inferioridade pode ser justificada pelas diferenças no padrão de vida, nível educacional e de higiene pessoal, que são importantes influências na incidência da infecção, com maior prevalência no baixo nível socioeconômico baixo²¹. Considera-se que tratamentos aleatórios, principalmente de vaginose bacteriana, podem estar provocando uma considerável redução do protozoário, que acaba sendo tratado indiretamente²³.

A idade de 30 anos ou mais apresentou-se menos associada às vulvovaginites. Este fato pode ter ocorrido por serem pacientes com mais experiência, mais cuidados de asseio pessoal, ou mesmo pela ausência de ectopias cervicais comuns nas mulheres mais jovens. Estas alterações no colo, associadas à deficiência alimentares e de hábitos de vida pouco adequados à saúde vaginal podem ter contribuído para estes achados.

Apesar de inúmeros trabalhos apresentarem associação entre vulvovaginite na gestação e trabalho de parto prematuro, neste estudo não houve associação significativa entre estas duas variáveis. Estudos relatam que agentes das vulvovaginites podem conduzir direta ou indiretamente alterações na membrana fetal ou decídua²⁸. As altas taxas de trabalho de parto prematuro continuam sendo um dos maiores problemas de obstetrícia atualmente, pois a prematuridade é responsável por 75% das mortes perinatais^{7,10}.

Minkoff et al⁶ foram os primeiros a correlacionar os achados clínicos de vulvovaginites com trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas. Em estudo multicêntrico que incluiu 10.397 gestantes, as vulvovaginites também se mostraram associadas à prematuridade, independente de outros fatores de risco conhecidos. Neste estudo, a incidência de trabalho de parto prematuro foi significativamente maior (sete vezes) no grupo de gestantes com vulvovaginites, resultado concordante com várias outras publicações. Em contrapartida, também se encontram na literatura alguns autores que não observaram nenhuma associação entre vulvovaginites e trabalho de parto prematuro^{29,30}.



Rotura prematura de membranas é a rotura das membranas ovulares ocorrida em qualquer período da gestação e antes de iniciado o trabalho de parto⁷. Esta foi a complicação que apresentou significância estatística neste estudo. Além de ser a complicação mais encontrada, foi também a única que se mostrou significativamente associada à ocorrência de vulvovaginite durante a gestação.

Martius e Eschenbach³⁰, analisando o resultado de cinco diferentes trabalhos, mostraram que pode haver infecção amniótica em mulheres com trabalho de parto prematuro, estes achados reforçam a possibilidade da rotura prematura de membranas ser um processo evolutivo no qual inicialmente ocorre a infecção cervicovaginal, em seguida a corioamnionite e, posteriormente, a rotura prematura de membranas^{6,10}.

A corioamnionite ocorreu em apenas uma gestante, e neste caso isolado foi diagnosticada vulvovaginite em algum momento da gestação. A associação entre estas variáveis não se mostrou significativa. Talvez uma amostra maior poderia trazer resultados diferentes.

A associação entre a presença de vulvovaginite na gestação e a ocorrência de alguma complicação perinatal, quando avaliadas em conjunto, não se apresentou estatisticamente significativa em outros estudos³¹⁻³³.

A prematuridade tem um grande impacto no resultado neonatal, sendo responsável por um alto índice de morbimortalidade perinatal e agregando vários fatores em sua etiologia; dentre estes, a infecção geniturinária ocupa um papel importante de destaque e a vaginose bacteriana é sua principal representante. Pouco se descreve sobre as complicações perinatais associadas à candidíase vulvovaginal. Em um estudo americano a tricomoníase apresenta-se com importante associação com o parto prematuro, representando problemas de saúde pública, particularmente entre mulheres negras²¹. Outros estudos ainda têm relatado a associação de tricomoníase ao trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e corioamnionite²⁹. Algo que, recentemente, tem estado em discussão, é o resultado de avaliações com níveis de evidência elevado, as quais concluíram que o tratamento da tricomoníase durante a gestação poderia ser prejudicial, elevando ainda mais o risco de desencadear trabalho de parto prematuro do que a doença por si¹². Mas este dado ainda carece de mais estudos.



Devido à importância do impacto do trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e corioamnionite na morbimortalidade perinatal, permanece a recomendação de que mais estudos sejam realizados. Todavia ainda que persistam algumas controvérsias, tem sido recomendado por vários autores a investigação e tratamento das vulvovaginites durante o pré-natal.

Talvez, estudos de coorte, com a ampliação populacionais possam demonstrar a interferência que as vulvovaginites podem causar no resultado obstétrico final, de forma mais robusta. Porém, a importância de seu diagnóstico e adequado manejo durante a gravidez têm sido comprovados ao longo dos anos. Portanto, até que novas evidências concretas surjam, as vulvovaginites devem ser encaradas como prováveis fatores associados a complicações neste período, onde uma única patologia é capaz de interferir na saúde de dois indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Linhares IM, Miranda SD, Vergolino RVD, Caetano ME, Peixoto S. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura, *Jornal Bras Doenças Sex Transm.* 1998; 10(5):43-7.
2. Boatto HF, Moraes MS, Machado AP, Girão MJBC, Fischman O. Correlação entre os resultados laboratoriais e os sinais e sintomas clínicos das pacientes com candidíase vulvovaginal e relevância dos parceiros sexuais na manutenção da infecção em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(2):80-4.
3. Neto AA, Hamdan JS, Souza RC. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num serviço de planejamento familiar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 21(8):441-5.
4. Leite SRRF, Amorim MMR, Calábria WB, Leite TNF, Oliveira VS, Júnior JAF, et al. Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(2):82-7.
5. Mikamo H, Sato Y, Hayasaki Y, Kawazoe K, Hua YX, Tamaya T. Bactérias isoladas em pacientes com o trabalho prematuro com e sem ruptura prematura das membranas fetais. *Infec Dis Obstet Gynecol.* 1999; 190-4.
6. Minkoff H, Grunebaum AN, Schwarz RH, Feldman J, Cummings M, Crombleholme W, et al. Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of vaginal flora in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1984; 150:965-72.
7. Simões JA, Giraldo PC, Cecatti JG, Camargo RPS, Faúndes A. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20(8):437-41.



8. Melo MAB, Castro EML. Vaginose bacteriana e parto prematuro. *Femina*. 2000; 28(6): 321-3.
9. Carvalho MHB, Bittar RE, Maganha PPA, Pereira SV, Zugaib M. Associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23(8):529-33.
10. Silva JC, Geglmann RC, Costa JG, Giacometti C. Relação entre vaginose bacteriana e prematuridade. *Femina*. 2010; 38(2):79-81.
11. Centers for disease control and prevention. Diseases and related conditions. Guideline 2010. Disponível em <http://www.cdc.gov/std/general/default.htm>.
12. Lajos GJ, Junior RP, Nomura ML, Amaral E, Pareira BG, Milanez H, et al. Colonização bacteriana do canal cervical em gestantes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(6):458- 66.
13. Holanda AAR, Fernandes ACS, Bezerra CM, Ferreira MAF, Holanda MMRR, Holanda ICP, et al. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):3-9.
14. Horowitz BJ, Giaquinta D, Ito S. Evolving pathogens in vulvovaginal candidiasis: implications for patient care. *J Clin Pharmacol*. 1992; 32:248-55.
15. Rosa MI, Rumel D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(1):65-70.
16. Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Cathpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. *Br J Obstet Gynecol*. 2001; 108:439-50.
17. Ferrazza MSHS, Maluf MLF, Consolaro MEL, Shinobu CS, Svidzinski TIS, Batista MR. Caracterização de leveduras isoladas da vagina e sua associação com candidíase vulvovaginal em duas cidades do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(2):58-63.
18. Tanaka VA, Fagundes LJ, Capatan A, Gotlieb SLD, Belda JW, Arnone M, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP. *An Bras Dermatol*. 2007; 82(1):41-46.
19. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and risk factors for bacterial vaginosis. *Sexual Trans Dis*. 2004; 80(1):58-62.
20. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em unidade básica de saúde: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(7):349-354.
21. Maciel GPT, Tiana C, Geraldo A. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. *J Bras Patol Med Lab*. 2004; 40(3):152-160.



22. Chamberlain G. Epidemiology and etiology of the preterm baby. *Clin Obstet Gynecol.* 1994; 11:297-301.
23. Martius J, Eschenbach DA. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 1990; 247:1-13.
24. Lamagni T, Hughes G, Rogers PA, Paine T, Cacthpole M. New cases seen at genitourinary medicine clinics: England 1998. *Comun Dis Rep. Suppl.* 1999; 9:1-12.
25. Nai GA, Mello ALP, Ferreira AD, Barbosa RL. Frequência de *Gardnerella vaginalis* em esfregaços vaginais. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(2):162-5.
26. Goldenberg RL, Culhane JF, Johnson DC. Maternal infection and adverse fetal and neonatal outcomes. *Clin Perinatol.* 2005; 32:523-59.

TABELAS

TABELA 1: Análise comparativa entre as características sociodemográficas e a ocorrência de vulvovaginites na gestação. Palhoça - São José, SC, Brasil, 2012. (n=216)

Características sociodemográficas	Vulvovaginites			valor p	RP* (IC95%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)		
Idade					
≤ 18 anos	21 (25,0)	29 (22,0)	50 (23,1)	0,480	0,98 (0,51-1,89)
19-34 anos	59 (70,2)	80 (60,6)	139 (64,3)		1,00
≥ 35 anos	4 (4,8)	23 (17,4)	27 (12,6)	0,003	0,24 (0,07-0,68)
Cor de Pele					
Branca	76 (90,5)	117 (88,6)	193 (89,4)		1,00
Não branca	8 (9,5)	15 (11,4)	23 (10,6)	0,343	0,82 (0,32-2,02)
Vive c/ parceiro					
Sim	53 (63,1)	74 (56,1)	127 (58,8)		1,00
Não	31 (36,9)	58 (43,9)	89 (41,2)	0,155	0,75 (0,42-1,31)
Escolaridade					
≤ 8 anos completos	30 (35,7)	56 (42,4)	86 (39,8)	0,166	0,76 (0,43-1,33)
> 8 anos completos	54 (64,3)	76 (57,6)	130 (60,2)		1,00

*Razão de prevalência



TABELA 2: Análise comparativa entre a presença de vulvovaginites na gestação e a ocorrência de complicações perinatais. Palhoça - São José, SC, Brasil, 2012. (n=127)

Vulvovaginites	Complicações perinatais			valor p	RP* (IC95%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)		
	Trabalho de parto prematuro				
Sim	8 (14,0)	49 (86,0)	57 (44,9)	0,249	1,47 (0,48-4,52)
Não	7 (10,0)	63 (90,0)	70 (55,1)		1,00
	Rotura prematura de membranas				
Sim	13 (72,2)	5 (27,8)	18 (14,2)	0,007	3,80 (1,29-12,63)
Não	44 (40,4)	65 (59,6)	109 (85,8)		1,00
	Corioamnionite				
Sim	1 (1,8)	56 (98,2)	57 (44,9)	0,346	2,04 (0,04-98,01)
Não	70 (100,0)	-	70 (55,1)		1,00

Fonte: SINAN 2014