ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SYNDROMIC APPROACH OF THE STD

Fabio Moherdaui

ISSN: 0103-0465
DST – *J bras Doenças Sex Transm* 12(4):40-49, 2000

O diagnóstico de DST

Os profissionais de saúde quando estão diante de um possível caso de DST geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

- Diagnóstico etiológico: utilização de testes laboratoriais para identificar o agente causador;
- Diagnóstico clínico: utilização da identificação e sintomas e sinais que possam caracterizar uma determinada DST; baseado na experiência pessoal de cada profissional.

O diagnóstico etiológico é o método ideal, já que permite que os profissionais de saúde saibam qual é o agente causal daquela doença e indiquem o tratamento mais adequado. No entanto ambos os métodos apresentam alguns problemas quando utilizados em DST.

A identificação etiológica de algumas DST requer técnicos especializados e equipamento sofisticado de laboratório, nem sempre disponíveis.

As gonorréias nos homens e as tricomoníases nas mulheres podem ser diagnosticadas no momento da consulta desde que estejam disponíveis um microscópio, insumos e um técnico treinado para a realização da bacterioscopia.

Tanto a infecção gonocócica como a causada por clamídia nas mulheres só podem ser diagnosticadas atualmente através de testes sofisticados de laboratório; as técnicas de cultura são difíceis e nem sempre estão disponíveis em unidades básicas de saúde. Testes para outras DST, como para cancro mole e herpes, por exemplo, são até mais complexos.

Um grande número de pacientes procura tratamento para DST em unidades básicas de saúde onde nem sempre estão disponíveis os equipamentos, insumos e os técnicos habilitados para a realização do diagnóstico etiológico.

Em alguns casos o diagnóstico etiológico pode ser muito demorado e dispendioso. Existe necessariamente um lapso de tempo para a apresentação dos resultados dos testes e consequentemente para o início do tratamento.

Alguns clínicos acham que, após examinar os pacientes, é fácil fazer o **diagnóstico clínico** de uma uretrite gonocócica, por exemplo. Porém, até mesmo os especialistas podem equivocar-se quando utilizam apenas sua própria experiência clínica. Por que? Em muitas casos, não é possível fazer clinicamente o diagnóstico diferencial entre as várias possíveis infecções e, além disso, é comum que ocorram infecções mistas. Um paciente que tem infecções múltiplas necessita receber tratamento para todas elas. Ao se tratar apenas uma das infecções a outra ou outras podem evoluir para complicações sérias, alem de continuarem potencialmente sendo transmitidas, ou seja, não se rompe a cadeia de transmissão.

Abordagem sindrômica de DST

As principais características da abordagem sindrômica são:

- classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- indica o tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes na síndrome;
- inclui a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos.
- inclui a oferta da sorologia para sífilis e para o HIV.

[1] Médico Epidemiologista - CN DST/Aids. Ministério da Saúde - Brasil.
www.aids.gov.br

Identificação das síndromes

Embora as DST sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame. A tabela abaixo explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

O principal objetivo da abordagem sindrômica é facilitar a identificação de uma ou mais destas síndromes para então manejá-las de forma adequada.

Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um "fluxograma" para cada uma delas. Cada fluxograma nos conduz às decisões e ações que precisamos tomar, levando à condição ou condições que devam ser tratadas. Uma vez treinado, o profissional de saúde poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência aos portadores de DST em **qualquer** serviço de saúde, onde ele então terá acesso a orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta.

Tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes

Como foi explicado, o diagnóstico sindrômico inclui o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais freqüentes. As infecções mistas ocorrem com freqüência, conseqüentemente os custos com o tratamento em excesso são compensados pelos custos elevados que advirão ao se deixar de tratar pessoas com infecções mistas ou sem os sintomas específicos de uma determinada doença.

Exemplo: um paciente se queixa de ardência e corrimento no pênis. Ao examiná-lo, você observa um corrimento na uretra. O sinal e o sintoma juntos sugerem uma síndrome de corrimento uretral, que é causada, na grande maioria das vezes, pela gonorréia ou pela infecção por clamídia, então qualquer tratamento prescrito deve ser eficaz para *ambas* as causas. Existem outras causas para a síndrome de corrimento uretral, tais como infecção por micoplasmas, *Ureaplasma urealyticum e Trichomonas vaginalis*. O paciente também deverá ser tratado para estas causas? Não necessariamente, porque ambas são menos comuns e causam menos complicações. Porém, tanto a infecção por gonorréia quanto a causada por clamídia são bastante comuns; elas não apenas causam complicações como também podem facilitar a transmissão e aquisição do HIV. Dessa forma, é essencial que o paciente seja tratado para estas infecções.

Respostas às críticas a abordagem sindrômica

"A abordagem sindrômica é empírica.

Ao contrário, baseia-se em uma grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países,, incluindo o Brasil. Esses estudos compararam diagnósticos sindrômicos, clínicos e etiológicos para avaliar a precisão do diagnóstico sindrômico. O diagnóstico sindrômico apresentou excelentes resultados especialmente nos casos de corrimento uretral e ulcera genital; nos corrimentos vaginais, a maioria dos estudos apresentou resultados apenas satisfatórios porém, quando comparados com os resultados dos diagnósticos clínicos baseados na experiência pessoal do profissional, passaram a ter outra dimensão. Para esta última síndrome alguns fluxogramas que sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais básicas apresentaram bons resultados.

"A abordagem sindrômica despreza o conhecimento e a experiência do profissional de saúde".

No caso de algumas DST o diagnóstico clínico é correto em menos de 50% dos casos, como demonstram vários estudos; além disso raramente as infecções mistas são diagnosticadas.

"O diagnóstico sindrômico é simples demais para o médico. Deve ser usado por outros profissionais de saúde que não precisam ser tão bem preparados".

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: Tricomoníase Vaginose Bacteriana Candidíase Cervicite: Gonorréia Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por Clamídia Tricomoníase Micoplasma Ureaplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura >38°C	Gonorréia Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios

Certamente é uma vantagem que outros profissionais de saúde possam usar a abordagem sindrômica para o diagnóstico. Por exemplo, na Holanda, os enfermeiros usam o diagnóstico sindrômico para tratar pacientes de DST há alguns anos. A legislação brasileira permite que enfermeiros possam indicar tratamentos, desde que estes sejam padronizados. O diagnóstico simplificado e o tratamento imediato também permitem que os profissionais de saúde possam dedicar mais tempo à educação e ao aconselhamento, e também não impede que sejam colhidos os materiais necessários para que seja feito posteriormente o diagnóstico etiológico.

"Seria melhor oferecer tratamento ao paciente primeiro para a causa mais comum e depois, caso os sintomas persistam, tratar as outra possíveis causas".

É exatamente o que se quer evitar. Os pacientes que não são curados com o tratamento para uma única causa podem não retornar ao centro médico indo procurar tratamento em outro lugar. Podem também tornar-se assintomáticos e continuar disseminando a infecção ou infecções.

"A abordagem sindrômica resulta em um desperdício de medicamentos porque os pacientes podem estar tomando drogas para doenças inexistentes"

Na realidade, estudos demonstraram que a abordagem sindrômica, a longo prazo apresenta melhor relação custo-benefício, ou seja as complicações advindas de tratamentos inadequados, ou da falta de tratamento, podem resultar em custos elevadíssimos para o sistema de saúde; portanto a abordagem sindrômica funcionaria como uma ação preventiva de baixo custo relativo.

"A abordagem sindrômica induz à resistência bacteriana"

O que induz à formação de cepas de microorganismos resistentes é o tratamento feito de forma inadequada, tanto no que se refere à dosagem quanto na adesão a esse tratamento, ou seja, tomar todas as doses indicadas, com os intervalos de tempo indicados, independentemente do desaparecimento dos sintomas; se um tratamento não é completado, os microorganismos que sobrevivem serão os mais resistentes e tenderão a desenvolver-se em novas cepas, cada vez mais resistentes.

Uso dos fluxogramas

Fluxogramas são as ferramentas essenciais na abordagem sindrômica porque permitem que profissionais de saúde, mesmo não especializados, diagnostiquem e tratem pacientes com DST no primeiro atendimento. Para maior orientação prática sobre o uso dos fluxogramas, o Módulo 4 será extremamente útil. Ele também fornece orientação sobre os tratamentos recomendados.

O que é um fluxograma?

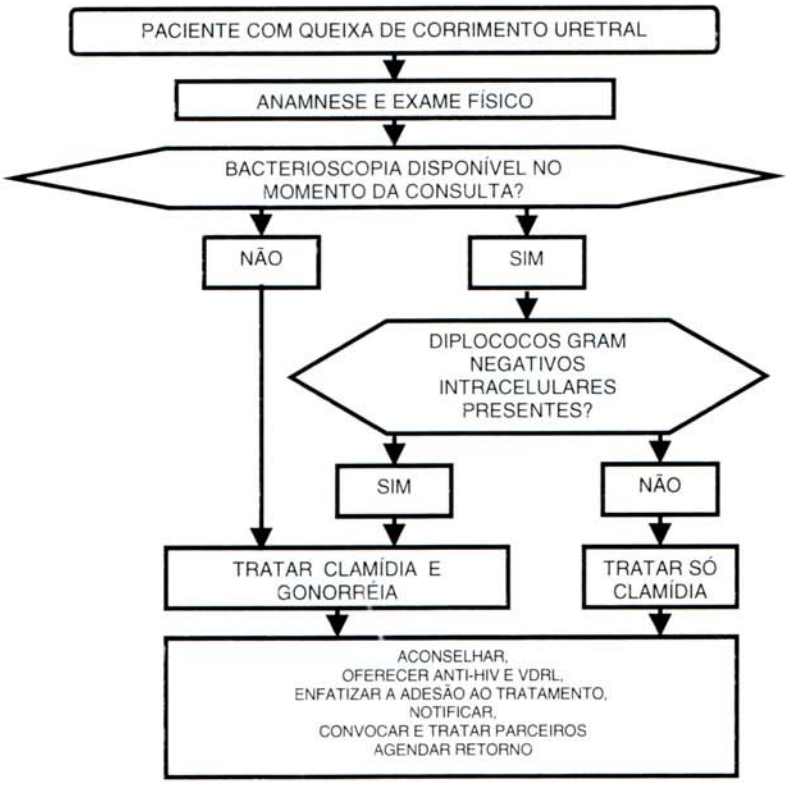
Fluxograma é uma árvore de decisões e ações. Ele orienta o profissional através de quadros de decisões e indicando as ações que precisam ser tomadas. Cada decisão ou ação tem como referência uma ou mais rotas que levam a outro quadro, com outra decisão ou ação.

Ao conhecer os sintomas de um paciente, o profissional de saúde consulta o fluxograma correspondente à queixa e trabalha através das decisões e ações sugeridas pelo instrumento.

Passos para o uso de fluxogramas

1. Comece perguntando ao paciente sobre os sinais e sintomas que ele(a) apresenta.
2. Procure o fluxograma apropriado
3. O quadro do problema clínico geralmente leva a um quadro de ação, o qual pede que você examine o paciente e/ou colha a história clínica.
4. A seguir, vá para o quadro de decisão. Após colher a história e examinar o paciente, você deve ter a informação necessária para escolher SIM ou NÃO.
5. Dependendo da escolha, poderá haver outros quadros de decisão e ação.

À primeira vista os fluxogramas podem parecer complexos, especialmente se nunca se usou este tipo de instrumento. Uma vez familiarizados com eles, se tornam fáceis e práticos. A seguir são apresentados os fluxogramas elaborados e já validados para o manejo de casos de DST no país.

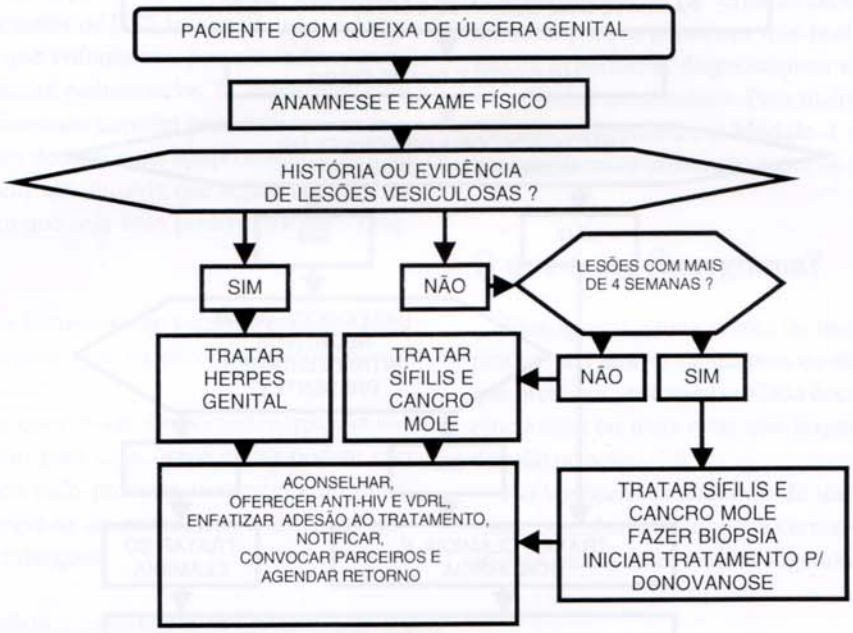


TRATAMENTO

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina 1g, VO, em dose única; **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias	**mais**	**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou** **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

ATENÇÃO: no retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias **mais** **Metronidazol** 2g, VO, dose única.



TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL

PRIMEIRO EPISÓDIO	RECORRÊNCIAS
Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou	**Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas por 5 dias, ou
Valaciclovir 1g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou	**Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias; ou
Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.	**Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias.

Gestantes: evitar tratar recidivas; tratar o primeiro episódio:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

TRATAMENTO PARA SÍFILIS E CANCRO MOLE

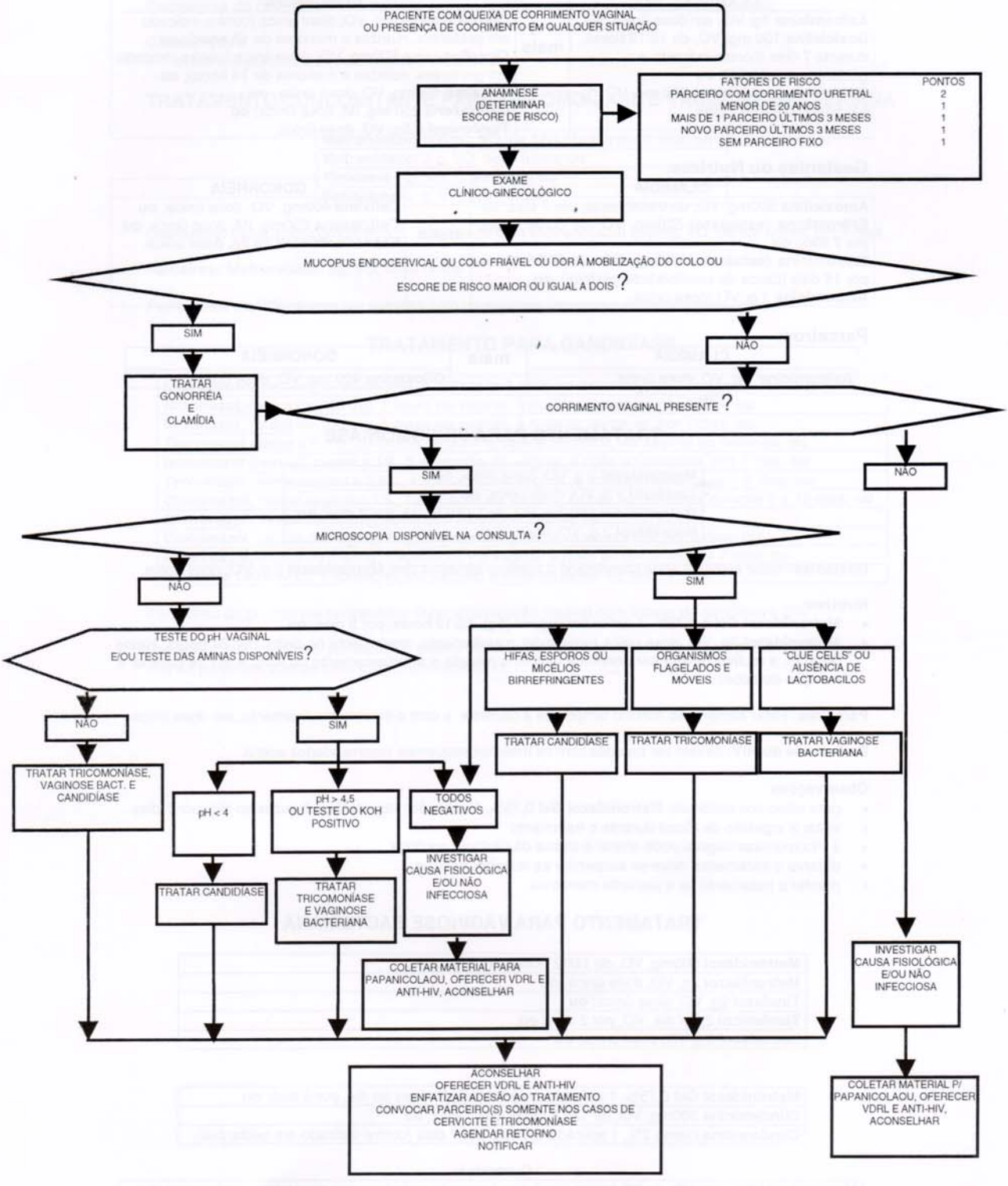
SÍFILIS		CANCRO MOLE
Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (para os pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina)	**mais**	**Azitromicina** 1g VO em dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 5g,VO, dose única; **ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3; **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; **ou** **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias; **ou** **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160mg), VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

Gestantes: tratar sífilis e cancro mole respectivamente com:

Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única,	**mais**	**Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica.

TRATAMENTO PARA DONOVANOSE

Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; **ou**
Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; **ou**
Tianfenicol granulado, 2,5 g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500mg, VO de 12/12 horas até a cura clínica; **ou**
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica.


PACIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL OU PRESENÇA DE COORIMENTO EM QUALQUER SITUAÇÃO
ANAMNESE (DETERMINAR ESCORE DE RISCO)
FATORES DE RISCO PONTOS
PARCEIRO COM CORRIMENTO URETRAL 2
MENOR DE 20 ANOS 1
MAIS DE 1 PARCEIRO ÚLTIMOS 3 MESES 1
NOVO PARCEIRO ÚLTIMOS 3 MESES 1
SEM PARCEIRO FIXO 1
EXAME CLÍNICO-GINECOLÓGICO
MUCOPUS ENDOCERVICAL OU COLO FRIÁVEL OU DOR À MOBILIZAÇÃO DO COLO OU ESCORE DE RISCO MAIOR OU IGUAL A DOIS ?
SIM
NÃO
TRATAR GONORRÉIA E CLAMÍDIA
CORRIMENTO VAGINAL PRESENTE ?
SIM
NÃO
MICROSCOPIA DISPONÍVEL NA CONSULTA ?
NÃO
SIM
TESTE DO pH VAGINAL E/OU TESTE DAS AMINAS DISPONÍVEIS?
HIFAS, ESPOROS OU MICÉLIOS BIRREFRINGENTES
ORGANISMOS FLAGELADOS E MÓVEIS
"CLUE CELLS" OU AUSÊNCIA DE LACTOBACILOS
NÃO
SIM
TRATAR CANDIDÍASE
TRATAR TRICOMONÍASE
TRATAR VAGINOSE BACTERIANA
TRATAR TRICOMONÍASE, VAGINOSE BACT. E CANDIDÍASE
pH < 4
pH > 4,5 OU TESTE DO KOH POSITIVO
TODOS NEGATIVOS
TRATAR CANDIDÍASE
TRATAR TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA
INVESTIGAR CAUSA FISIOLÓGICA E/OU NÃO INFECCIOSA
COLETAR MATERIAL PARA PAPANICOLAOU, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ACONSELHAR
INVESTIGAR CAUSA FISIOLÓGICA E/OU NÃO INFECCIOSA
ACONSELHAR
OFERECER VDRL E ANTI-HIV
ENFATIZAR ADESÃO AO TRATAMENTO
CONVOCAR PARCEIRO(S) SOMENTE NOS CASOS DE CERVICITE E TRICOMONÍASE
AGENDAR RETORNO
NOTIFICAR
COLETAR MATERIAL P/ PAPANICOLAOU, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ACONSELHAR

TRATAMENTO PARA INFECÇÃO POR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina 1g, VO, em dose única; **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrizes); **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias	**mais**	**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); **ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); **ou** **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou** **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

Gestantes ou Nutrizes:

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Amoxicilina 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; **ou** **Eritromicina (estearato)** 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); **ou** **Azitromicina** 1 g, VO, dose única.	**mais**	**Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única; **ou** **Espectinomicina** 2g IM, dose única.

Parceiros:

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina 1 g, VO, dose única.	**mais**	**Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única

TRATAMENTO PARA TRICOMONÍASE

Metronidazol 2 g, VO, dose única, **ou**
Tinidazol 2 g, VO, dose única; **ou**
Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
Secnidazol 2 g, VO, dose única.

Gestantes: tratar somente após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

Nutrizes:

- **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; **ou**
- **Metronidazol** 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento, diretamente no peito, por 24 horas. Neste período, a mulher deverá ser orientada quanto a retirada e armazenamento do leite, a fim de garantir a nutrição do bebê).

Parceiros: tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento, em dose única.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

- para alívio dos sintomas: **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.
- evitar a ingestão de álcool durante o tratamento
- a tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica.
- durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais.
- manter o tratamento se a paciente menstruar.

TRATAMENTO PARA VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
Metronidazol 2g, VO, dose única; **ou**
Tinidazol 2g, VO, dose única; **ou**
Tianfenicol 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; **ou**
Secnidazol 2g, VO, dose única; **ou**

Metronidazol Gel 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**
Clindamicina 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes).

Gestantes:

Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
Metronidazol 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**
Metronidazol Gel 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).

Parceiros: não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:
- evitar a ingestão de álcool durante o tratamento

TRATAMENTO CONCOMITANTE PARA TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**
Metronidazol 2 g, VO, dose única; **ou**
Tinidazol 2 g, VO, dose única; **ou**
Secnidazol 2 g, VO, dose única.

Gestantes: tratar após completado o 1º trimestre com **Metronidazol** 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

Parceiros: Metronidazol 2g, VO, dose única

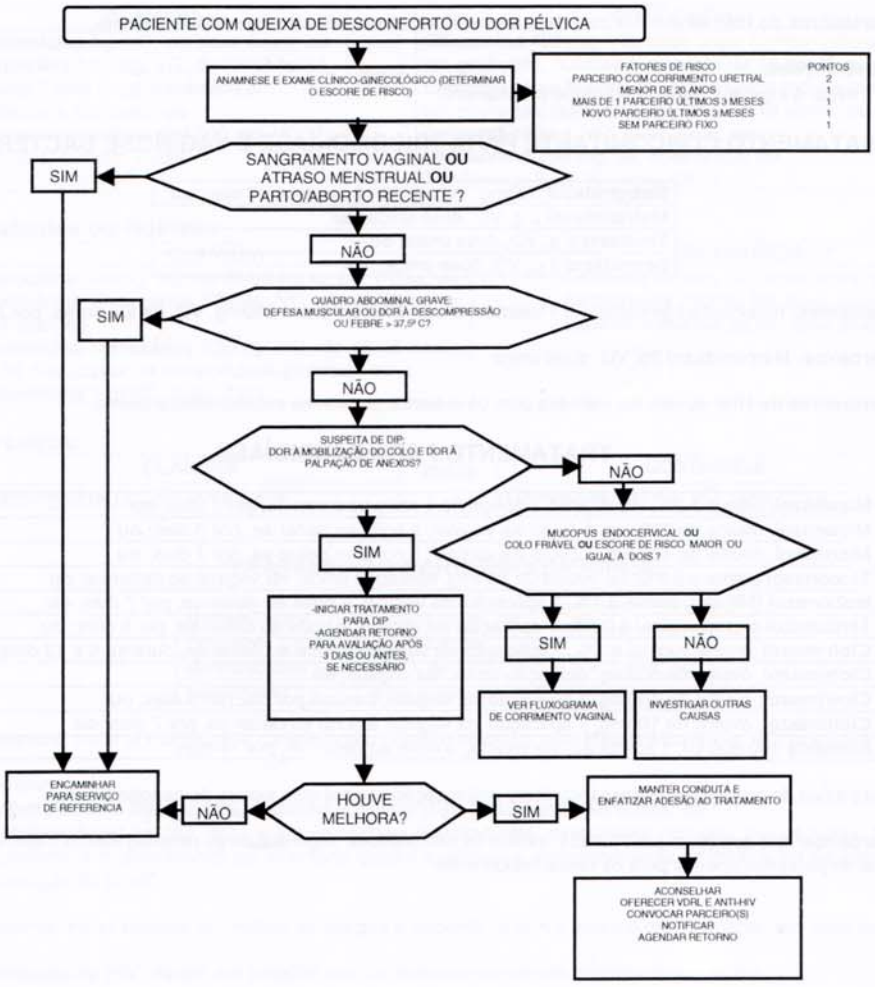
Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

TRATAMENTO PARA CANDIDÍASE

Miconazol, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
Miconazol, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; **ou**
Miconazol, óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; **ou**
Isoconazol (Nitrato), creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
Terconazol creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; **ou**
Clotrimazol, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; **ou**
Clotrimazol, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; **ou**
Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; **ou**
Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**
Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

Para alívio do prurido (se necessário): fazer embrocação vaginal com violeta de genciana a 2%.

Parceiros: não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes



TRATAMENTO PARA DIP

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	**mais**	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 2	Cefoxitina 2g, IM, dose única	**mais**	Probenecida 1g, VO, dose única	**mais**	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por 14 dias
Esquema 3	Ofloxacina 400 mg, VO, de 12/12 horas	**mais**	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 4	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	**mais**	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	**mais**	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias
Esquema 5	Ampicilina 3,5 g, VO, dose única, antecedida em meia hora por Probenecide 1g, VO, dose única	**mais**	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, 14 dias	**mais**	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. **The Lancet**. 1995; 346:530-536.

La Ruche G, Lorougnon F, Digbeu N: Therapeutic algorithms for the management of sexually transmitted diseases at the peripheral level in Côte d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. **Bulletin of the World Health Organization**, 1995, 73 (3): 305-313.

Behets F, Williams Y, Brathwaite A *et al.* Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic : Use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. **Clin Infect Dis** 1995; 21:1450-1455.

Moherdaui F, Vuylsteke B *et al.* Validação de fluxogramas para a abordagem das principais DST no Brasil. **Twelveth meeting of the International Society of STD Research (ISSTDR)**, Sevilla, España, 19-22 October, 1997. Abstract 102.

Endereço para correspondência:
Fábio Moberlaui
E-mail: fabiomoh@aids.gov.br
www.aids.gov.br