



**Programa de  
Assistência Integral à Saúde da Mulher**

Ministério da Saúde  
SNPES - DINSAMI - DNDS  
Ministério da Previdência e  
Assistência Social - INAMPS

**Controle de Doenças  
Sexualmente  
Transmissíveis (DST)**

**Resumo clínico,  
laboratorial e terapêutico**

**1985**



# Doenças Sexualmente Transmissíveis - 1985

## Resumo Clínico, Laboratorial e Terapêutico - Ministério da Saúde - SNPES - DINSAMI - DNDS

| Doença   | Agente causal  | Período de incubação                                 | Manifestações clínicas   | Diagnóstico laboratorial  | Tratamento   | Recomendações   |
|--|--|--|--|---|--|---|
| Sífilis  | TREPONEMA PALLIDUM   | 21 dias, em média                                    | Primária: cancro duro. Geralmente único, arroio ou ulceração, base infiltrada, vermelho-carão de carne.  | Paqueta direta do T. pallidum em microscopia de campo escuro.<br>Sorologia: VDRL, reagente após 20 dias do aparecimento da lesão.<br>FTA-ABS (teste confirmatório) reagente após 10 dias do aparecimento da lesão.  | <p><b>Sífilis recente</b> (primária, secundária e latente) - Penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades, IM (1 200 000 unidades em cada injeção) repetido a dose uma semana depois.</p> <p><b>Sífilis tardia</b> (exceto sífilis neurológica) - Penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades por semana, durante 3 semanas consecutivas, com a dose total de 7,2 milhões de unidades.</p> <p>Pacientes alérgicos à penicilina: tetraciclina, 500 mg, VO, 4 a 6 horas durante 15 dias, na recente e; 500 mg VO, 4 a 6 horas durante 30 dias na tardia.</p> <p>Pacientes alérgicos à penicilina que não toleram tetraciclina: administrizar eritromicina (esterato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 15 dias.</p> <p><b>Sífilis congênita:</b><br/>Crianças sintomáticas: Penicilina G cristalina, 50 000 u/kg, IM ou IV, dividida em 2 doses diárias, durante 10 dias.<br/>Crianças assintomáticas: Penicilina G benzatina, 50 000 u/kg, IM, em dose única.<br/>Líquor anormal: Penicilina G cristalina, 50 000 u/kg, IM ou IV, dividida em 2 doses diárias, durante 10 dias.<br/>Líquor normal: Penicilina G benzatina, 50 000 u/kg, IM, em dose única.</p> <p><b>Observação:</b> não utilizar tetraciclina em gestantes e crianças menores de 8 anos.</p> | <p>Identificação e tratamento do parceiro sexual.</p> <p>Uso de preservativos.</p> <p>Controle sorológico pós-tratamento, principalmente em gestantes e recém-nascidos.</p> <p>Abstinência sexual, durante o tratamento.</p>  |
|  |  |  | Secundária: lesões cutâneas e mucosas polimórficas, acompanhadas de sintomas gerais e micropoliadenopatia. As principais lesões são: ruínas, lesões palmo-plantares, lesões palmo-plantares, placas mucosas, alopecia, lesões pápulo-vegetantes (condilomas planos), genitais e perianais.   | Paqueta direta do T. pallidum em microscopia de campo escuro nas lesões abertas.<br>Sorologia: VDRL sempre reagente com títulos iguais ou superiores a 1:16. FTA-ABS (teste confirmatório) sempre reagente.   |  |   |
|  |  |  | Latente: ausência de sinais clínicos.  | Sorologia: VDRL reagente. Afastar a possibilidade de falsos positivos.<br>FTA-ABS (teste confirmatório) reagente.   |  |   |
|  |  |  | Tardia: manifestações cutâneas tuberosas ou gomosas, gomas ósseas, cardíacas e neurológicas.   | Sorologia: VDRL reagente (raras vezes não reagente).<br>FTA-ABS (teste confirmatório) reagente.<br>Histopatologia, exame do líquor.   |  |   |
|  |  |  | Conglútila precocosa: rinite, esomatite, hepatosplenomegalia.  | Paqueta direta do T. pallidum em microscopia de campo escuro.<br>VDRL reagente, FTA-ABS (teste confirmatório), exame do líquor.   |  |   |
| Gonorréia  | NEISSERIA GONORRHOEAE  | 5 dias, em média                                     | Homem: secreção purulenta, de início abrupto. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações, como orquitepididímites, prostatite e estreitamento uretral.<br>Mulher: ausência de secreção em 80% dos casos. Quando não tratada, pode resultar em doença pélvica inflamatória e esterilidade.  | Gram do exsudato uretral, positivo em 95% dos casos.<br><br>Gram da secreção endocervical, positivo em 65% dos casos.<br>Cultura idealmente deveria ser feita em todas as mulheres sintomáticas e suspeitas de serem portadoras de infecção gonocócica.   | <p>Ampicilina 3,5 e 1,0 g de probenecida, VO ou<br/>Penicilina G procaina, 4,8 milhões de unidades, IM, mais 1,0 g de probenecida, VO</p> <p>ou</p> <p>Tranfencol, 2,5 g, VO</p> <p>ou</p> <p>Tetraciclina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 7 dias</p> <p>ou</p> <p>Espectinomina, 2,0 g, IM</p>   | <p>Identificação e tratamento imediato do parceiro sexual.</p> <p>Uso de preservativos.</p> <p>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.</p>  |
| Uretrites não gonocócicas (UNG)                      | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (50%)<br>UREAPLASMA UREALITICUM (50%)<br>OUTROS AGENTES/CAUSAS DESCONHECIDAS (20%) | 10 - 14 dias<br>10 - 14 dias<br>Variável<br>Variável | Homem: exsudato uretral mucóide, acompanhado de desconforto uretral.<br><br>Mulher: geralmente assintomática. Quando não tratada adequadamente, pode resultar em doença pélvica inflamatória e esterilidade.<br>Perceira de homem com UNG.   | Gram do exsudato uretral; exclusão da gonorréia e verificação do número de polimorfonúcleos ( $> 4$ PMN/campo com objetiva de imersão).<br><br>Exclusão da gonorréia pelo esfregaço corado pelo Gram, feito do jato intermediário da urina (a observação de 1 bactéria/campo = bacterúria ( $> 10^6$ bactérias/ml de urina)). | Tetraciclina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 10 dias<br>ou<br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 10 dias<br>Na vigência de contraindicação à tetraciclina, administrar eritromicina (esterato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 10 dias.  | Tratamento simultâneo do parceiro sexual, independentemente do diagnóstico clínico laboratorial.<br>Uso de preservativos.<br>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.  |
|  | TRICHOMONAS VAGINALIS  | Variável   | Corrimento vaginal de cor amarelo-esverdeada, bolhoso, prurido. Dor e dificuldade nas relações sexuais.  | Exame a fresco: visualização do agente.   | Via oral: metronidazol, 2,0 g, VO, dose única, ou cápsulas de 250/400 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 10 dias.<br><br>Esquema tópico: metronidazol ou derivados (cremes, comprimidos ou óvulos vaginais), durante 7 a 14 dias.   | Abstinência sexual, durante o tratamento.<br>Tratamento simultâneo do parceiro sexual.<br>Na candidíase, verificar fatores predisponentes.  |
|  | CANDIDA ALBICANS   | Variável   | Corrimento vaginal branco-leitoso, prurido e vermelhidão vulvar. Dor e dificuldade nas relações sexuais.   | Visualização do agente, através do exame microscópico da secreção vaginal, tratado por solução de hidróxido de potássio a 10%.  | Esquema tópico: miconazol, clotrimazol, econazol, nistatina (cremes e comprimidos vaginais), 1 vez ao dia, durante 14 dias.<br><br>Metronidazol, 500 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou ampicilina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias (gestantes).   | Abstinência sexual, durante o tratamento.<br>Tratamento simultâneo do parceiro sexual.<br>Na candidíase, verificar fatores predisponentes.  |
| Vulvovaginites                                       | GARDNERELLA VAGINALIS (HAEMOPHILUS VAGINALIS)  | Variável   | Corrimento vaginal branco-acinzentado, odor desagradável, prurido. Dor e dificuldade nas relações sexuais. Raramente ocorre dor ou dificuldade nas relações sexuais.   | Teste de hidróxido de potássio a 10%, odor de peixe deteriorado.<br>Gram: presença de "clue cells".<br>Cultura em meio seletivo.  | Metronidazol, 500 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou ampicilina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias (gestantes).  | Abstinência sexual, durante o tratamento.<br>Tratamento simultâneo do parceiro sexual.<br>Reavaliar paciente após 2 semanas.<br>Uso de preservativo.  |
| Linfogranuloma venéreo                               | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (imunotipos L1, L2, L3)  | 10 - 14 dias, em média                               | Lesão primária: pequena pápula, discreta erosão; pequena úlcera herpiforme ou na forma de uretrite não específica. Por ser discreta, geralmente passa despercebida. O diagnóstico clínico é raro.<br><br>Apresentação habitual: linfadenos das regiões inguino-crurais aumentadas, fúndidas e dolorosas. A adenopatia é unilateral em 60% dos casos e bilateral em 40%.  | O teste de fixação de complemento (FC) é sensível. Em 80% dos casos, os títulos são iguais ou superiores a 1:16. O isolamento da chlamydia em cultura de células, é o melhor método.  | Tetraciclina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 2 a 4 semanas, manter tratamento até 1 semana após a cura clínica.<br><br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 14 dias; ou eritromicina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 14 dias; ou sulfametoxazol/trimetoprima, 2 comprimidos cada 12 horas, durante 2 semanas<br>ou<br>sulfadiazina, 1,0 g, de 6 em 6 horas.  | Abstinência sexual, durante o tratamento.<br>Tratamento simultâneo do parceiro sexual.<br>Reavaliar paciente após 2 semanas.<br>Uso de preservativo.  |
| Herpes   | VÍRUS DO HERPES SIMPLEX TIPO 2   | 2 - 7 dias   | Lesão primária: vesículas múltiplas, agrupadas, incluindo para ulcerações. São dolorosas e geralmente acompanhadas de adenopatia. Estas lesões regredem espontaneamente e têm duração média de 12 dias.<br><br>Lesão recorrente: vesículas múltiplas, agrupadas sobre base eritematosa. Sintomas moderados e duração média de 4 a 5 dias. O intervalo entre os episódios clínicos é chamado de período latente.  | O método mais eficiente é o isolamento do microrganismo, em cultura de células.   | Não há medicação efetiva que possa ser recomendada.  | Manter limpa a área infectada.<br>Abstinência sexual no período sintomático.<br>Uso de preservativo.<br>Fazer papanicolau anualmente.<br>Controle rigoroso da gestante.   |
| Cancro mole  | H. DUCREYI   | 3 - 5 dias, em média                                 | Lesões ulceradas, frequentemente múltiplas de fundo purulento e bordas escavadas. Dolorosas. Adenopatia unilateral dolorosa, em casos não tratados, pode evoluir para fistulização e ulceração.  | Esfregaço de material das lesões, corados pelo Gram ou isolamento do H. ducreyi em meio seletivo.   | Eritromicina, 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, até a cura clínica<br>ou<br>sulfametoxazol/trimetoprima, 2 comprimidos de 12 em 12 horas, até a cura clínica (cada comprimido contém 400 mg de sulfametoxazol e 80 mg de trimetoprima)<br>ou<br>sulfadiazina, 1,0 g, de 6 em 6 horas, até a cura clínica.   | Abstinência sexual, até a cura clínica.<br>Tratamento simultâneo do parceiro sexual.<br>Reavalição do paciente após 15 dias.  |
| Condiloma acuminado                                  | VÍRUS DO GRUPO PAPOVA  | 4 meses  | Lesões vegetantes, com aspecto de couve-flor. Na grávida, pode haver grande crescimento de lesões.<br><br>Vômitos e anorexia.  | A histopatologia raramente é necessária para estabelecer o diagnóstico.   | Podofila a 25% em solução oleosa. A substância deve permanecer sobre as lesões, de 6 a 12 horas, sendo, a seguir, retirada com água e sabão. A duração do tratamento e a frequência das aplicações depende do quadro clínico e da evolução de cada caso.   | Não usar podofila em gestantes, lesões orais, genitais e uretrais.<br>Abstinência sexual, até a cura clínica.<br>Exame do parceiro sexual.<br>Reavalição semanal.   |
| Donovanose   | CALYMATOBACTERIUM GRANULOMATIS (DONOVANIA GRANULOMATIS)  | 1 - 12 semanas                                       | Iniciada com nódulo único ou múltiplo, que evolui para ulceração vegetante, de bordas irregulares, crescimento centrífugo lento, sangrando ao toque.   | Esfregaço de fragmento do tecido, triturado e comprimido sobre lâmina, fixada e corada pelo Gram.   | Tetraciclina, 500 mg, cada 6 horas, até a cura clínica.<br>Sulfametoxazol/trimetoprima, 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, até a cura clínica (cada comprimido contém 400 mg de sulfametoxazol e 80 mg de trimetoprima).<br>A eritromicina é recomendada para as gestantes.  | Abstinência sexual, até a cura clínica.<br>Exame do parceiro sexual.<br>Reavalição do paciente após 15 dias.  |
| Pediculose do púbis                                  | PHTHIRUS PUBIS   |  | Prurido em áreas de pelos pubianos. Presença do parasita e seus ovos (lêndeas) aderidos aos pelos.   | Identificação do agente e seus ovos.  | Lindane loção a 1% ou piretróides potencializados pelo butóxido de piriponil ou metoflifenil a 1%, aplicados nas lêndeas infestadas e adjacentes. Lavar 8 horas após.<br>Reaplicar após 7 dias.<br>Não aplicar lindane em gestantes e mulheres lactantes.  | Abstinência sexual, durante o tratamento.<br>Tratamento do parceiro sexual.<br>Lavagem das roupas íntimas e de cama.<br>Não é necessária a raspagem dos pelos pubianos.   |
| Doença pélvica inflamatória (DPI)                    | AGENTES MAIS FREQUENTEMENTE IMPLICADOS: N. GONORRHOEAE C. TRACHOMATIS                                    | Variável   | Secreção endocervical mucopurulenta; mucosa anaxial dolorosa ao toque vaginal.<br>Febre, calafrios, náuseas.<br>Vômitos e anorexia.<br>Dor pélvica de início insidioso, porém de aparecimento recente (menos de 15 dias), que se exacerba à movimentação, atividade sexual e esforço físico.<br>Dor à movimentação do colo uterino e estruturas anexas.  | Teste de Gram (cultura positiva do material colhido da endocérvix para N. gonorrhoeae).<br>Parceira de homem com uretrite não gonocócica (UNG).<br>Leucócitos com desvio à esquerda.<br>Hemossedimentação aumentada.<br>Isolamento de bactérias de material colhido da endocérvix.  | Analisar cada caso individualmente, considerando o quadro clínico e o agente etiológico provavelmente envolvido. A recomendação para o tratamento ambulatorial é a seguinte: ampicilina, 3,5 g ao dia, VO, ou penicilina G procaina, 4,8 milhões de unidades, IM, acompanhada de probenecida, 1,0 g, VO, seguida de doxiciclina, 100 mg, 2 vezes ao dia, durante 10 a 14 dias.   | Acampamento da terapia para verificação de melhora da paciente.<br>Repetir testes laboratoriais 7 dias após o término da terapia.<br>Estar atento para a necessidade de hospitalização.<br>Tratar parceiro sexual simultaneamente.<br>Repetir o exame clínico, 3 semanas após o final da terapia. |
| Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (AIDS) | VÍRUS LAV/HTLV-III   | 6 meses  | Febre: intermitente ou contínua, de 3 meses de duração, na ausência de causa identificável.<br>Perda de peso: 10% do peso normal corporal ou $> 7$ kg.<br>Linfadenopatia generalizada: com mais de 3 meses de duração, na ausência de causa identificável.<br>Diarréia: intermitente ou contínua, com mais de 3 meses de duração, na ausência de causa identificável.<br>Fadiga e diminuição da função física e mental.<br>Sudores noturnas: intermitente ou contínua, duração de 3 meses, na ausência de causa identificável.<br><br>Critérios de exclusão:<br>- História recente de terapia imunossupressora anterior ao aparecimento da doença.<br>- Presença de alguma outra enfermidade pré-existente, associada com imunossupressão, como imunodeficiência congênita, processo de malignidade linfoproliferativa ou subnutrição grave. | Testes intradérmicos Hemograma<br>Dosagem de linfócitos T e B.<br>Quantificação e relação dos linfócitos T - auxiliares (OCT <sub>4</sub> e ORT <sub>4</sub> ).   | Não há tratamento específico para a imunodeficiência.<br>Tratar as infecções oportunistas com as drogas de escolha.  | Encaminhar o paciente para centros de referência.   |



# Doenças Sexualmente Transmissíveis - 1985

## Resumo Clínico, Laboratorial e Terapêutico - Ministério da Saúde - SNPPS - DINSAMI - DNDS

| Doença                                  | Agente causal   | Período de incubação | Manifestações clínicas  | Diagnóstico laboratorial   | Tratamento   | Recomendações  |
|---|---|----------------------|---|--|--|--|
| <b>Sífilis</b>                          | TREPONEMA<br>PALLIDUM   | 21 dias, em média    | Primária: cancro duro. Geralmente único, erosivo ou ulcerado, base infiltrada, vermelho cor-de-carne.   | Pesquisa direta do T. pallidum em microscopia de campo escuro.<br>Soroologia: VDRL, reagente após 20 dias do aparecimento da lesão.<br>FTA-ABS (teste confirmatório): reagente após 10 dias do aparecimento da lesão.  | Sífilis recente (primária, secundária e latente) — Penicilina G benzatina: 2,4 milhões de unidades, IM (1.200.000 unidades) em cada 3 dias, repetido a dose uma semana depois.<br>Sífilis tardia (exceto sífilis nervosa) — Penicilina G benzatina: 2,4 milhões de unidades por semana, durante 3 semanas consecutivas, com a dose total de 7,2 milhões de unidades.<br>Pacientes alérgicos à penicilina: tetraciclina, 500 mg, VO, cada 6 horas durante 15 dias, na recente e; 500 mg cada 6 horas durante 30 dias, na tardia.<br>Pacientes alérgicos à penicilina que não toleram tetraciclina, administrar eritromicina (estearato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 15 dias. | Identificação e tratamento do parceiro sexual.<br>Uso de preservativos.<br>Controle sorológico pós-tratamento, principalmente em gestantes e recém-nascidos.<br>Abstinência sexual durante o tratamento. |
|   |   |                      | Secundária: lesões cutâneas e mucosas polimórficas, acompanhadas de sintomas gerais e micropoliadenopatia. As principais lesões são: roséólia, lesões palmo-plantares, lesões papulosas, placas mucosas, alopecia, lesões papulo-vegetantes (condilomas planos) genitais e perianais.<br>Latente: ausência de sinais clínicos.<br>Tardia: manifestações cutâneas, tuberosas ou gomosas, gomas ósseas, cardíaco e neurosífilis.<br>Congênita precoce: rinite, estomatite, hepatosplenomegalia. | Pesquisa direta do T. pallidum em microscopia de campo escuro nas lesões abertas.<br>Soroologia: VDRL sempre reagente com títulos iguais ou superiores a 1:16. FTA-ABS (teste confirmatório) sempre reagente.<br>Soroologia: VDRL reagente. Atestar a possibilidade de falsos positivos.<br>FTA-ABS (teste confirmatório) reagente.<br>Soroologia: VDRL reagente (raras vezes não reagente).<br>FTA-ABS (teste confirmatório) reagente.<br>Histopatologia: exame do líquido. | Sífilis congênita:<br>Crâneas sintomáticas: Penicilina G cristalina, 50.000 u/kg, IM ou IV, dividida em 2 doses diárias, durante 10 dias.<br>Crâneas assintomáticas: Penicilina G benzatina, 50.000 u/kg, IM, em dose única.<br>Líquor anormal: Penicilina G cristalina, 50.000 u/kg, IM ou IV, dividida em 2 doses diárias, durante 10 dias.<br>Líquor normal: Penicilina G benzatina, 50.000 u/kg, IM, em dose única.<br>Observação: não utilizar tetraciclina em gestantes e crianças menores de 8 anos.  |  |
| <b>Gonorréia</b>                        | NEISSERIA<br>GONORRHOEA   | 5 dias, em média     | Homem: secreção purulenta, de início abrupto. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações, como orquiepididimite, prostatite e estreitamento uretral.<br>Mulher: ausência de secreção em 80% dos casos. Quando não tratada, pode resultar em doença pélvica inflamatória e esterilidade.   | Gram do exsudato uretral: positivo em 95% dos casos.<br>Gram da secreção endocervical: positivo em 65% dos casos. Cultura: idealmente deveria ser feita em todas as mulheres sintomáticas e suspeitas de serem portadoras de infecção gonocócica.  | Ampicilina 3,5 g + 1,0 g de probenecida, VO<br>ou<br>Penicilina G procaína, 4,8 milhões de unidades, IM, mais 1,0 g de probenecida, VO<br>ou<br>Tranfencol, 2,5 g, VO<br>ou<br>Tetraciclina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 7 dias<br>ou<br>Espectinomocina, 2,0 g, IM.   | Identificação e tratamento imediato do parceiro sexual.<br>Uso de preservativos.<br>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.  |
|   |   |                      | Homem: exsudato uretral mucóide, acompanhado de discreto corrimento uretral.<br>Mulher: geralmente, assintomática. Quando não tratada adequadamente, pode resultar em doença pélvica inflamatória e esterilidade.<br>Parceira de homem com UNG.   | Gram do exsudato uretral: exclusão da gonorréia e verificação do número de polimorfonucleares ( $\geq 4$ PMN/campo com objetiva de imersão).<br>Exclusão da gonorréia pelo Gram, cultura e exclusão da infecção uretral pelo esfregaço corado pelo Gram, feito do jato intermediário da urina (a observação de 1 bactéria/campo = bacterúria $\geq 10^3$ bactérias/ml de urina).   | Tetraciclina, 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 10 dias<br>ou<br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.<br>Na vigência de contraindicação à tetraciclina, administrar eritromicina (estearato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 10 dias.  | Tratamento simultâneo do parceiro sexual, independentemente do diagnóstico clínico-laboratorial.<br>Uso de preservativos.<br>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.                       |
| <b>Uretrites não gonocócicas (UNGI)</b> | CHLAMYDIA<br>TRACHOMATIS (50%)<br>UREAPLASMA<br>UREALITICUM (50%)<br>OUTROS AGENTES/<br>CAUSAS<br>DESCONHECIDAS (20%) | 10 — 14 dias         | Homem: exsudato uretral mucóide, acompanhado de discreto corrimento uretral.  | Gram do exsudato uretral: exclusão da gonorréia e verificação do número de polimorfonucleares ( $\geq 4$ PMN/campo com objetiva de imersão).   | Tetraciclina, 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 10 dias<br>ou<br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.<br>Na vigência de contraindicação à tetraciclina, administrar eritromicina (estearato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 10 dias.  | Tratamento simultâneo do parceiro sexual, independentemente do diagnóstico clínico-laboratorial.<br>Uso de preservativos.<br>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.                       |
|   |   |                      | Mulher: geralmente, assintomática. Quando não tratada adequadamente, pode resultar em doença pélvica inflamatória e esterilidade.<br>Parceira de homem com UNG.   | Gram do exsudato uretral: exclusão da gonorréia e verificação do número de polimorfonucleares ( $\geq 4$ PMN/campo com objetiva de imersão).   | Tetraciclina, 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 10 dias<br>ou<br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.<br>Na vigência de contraindicação à tetraciclina, administrar eritromicina (estearato), 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 10 dias.  | Tratamento simultâneo do parceiro sexual, independentemente do diagnóstico clínico-laboratorial.<br>Uso de preservativos.<br>Abstinência sexual e alcoólica, durante o tratamento.                       |



|                               |  |                        |   |  |  |   |
|-------------------------------|--|------------------------|---|--|--|---|
| <b>Vulvovaginites</b>         | <b>TRICHOMONAS VAGINALIS</b>                         | Variável               | Corrimento vaginal de cor amarelo-esverdeada, bolhoso, prurido. Dor e dificuldade nas relações sexuais.   | Exame a fresco; visualizado do agente.   | Via oral: metronidazol, 2,0 g, VO, dose única ou cápsulas de 250-400 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 10 dias.<br><b>Esquema tópico:</b> metronidazol ou derivados (cremes, comprimidos ou ovulos vaginais), durante 7 a 14 dias.   | Abstinência sexual durante o tratamento. Tratamento simultâneo do parceiro sexual. Na candidíase, verificar fatores predisponentes.                         |
|                               | <b>CANDIDA ALBICANS</b>                              | Variável               | Corrimento vaginal branco-flocoso, prurido e vermelhidão vulvar. Dor e dificuldade nas relações sexuais.  | Visualização do agente, através do exame microscópico da secreção vaginal, tratada por solução de hidróxido de potássio a 10%.<br><br>Teste de hidróxido de potássio a 10%, odor de peixe de fermentado.<br>Gram; presença de "clue cells".<br>Cultura em meio seletivo. | <b>Esquema tópico:</b> miconazol, clotrimazol, econazol, nistatina (cremes e comprimidos vaginais), 1 vez ao dia, durante 14 dias.<br><br>Metronidazol, 500 mg, VO, 3 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias, ou ampicilina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 7 a 14 dias (gestantes).                                      |   |
| <b>Linfogranuloma venéreo</b> | <b>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</b> (imunotipos L1, L2, L3) | 10 – 14 dias, em média | Lesão primária: pequena úlcera, discreta crosta, pequena úlcera herpetiforme ou na forma de uretrite não específica. Por ser discreta, geralmente passa despercebida. O diagnóstico clínico é raro.<br><br><b>Apresentação habitual:</b> linfonodos das regiões inguino-cruais, em ambos, unilaterais e bilaterais. Adenopatia e unilateral em 60% dos casos e bilateral em 40%.                                | O teste de fixação de complemento (FC) é sensível. Em 80% dos casos, os títulos são iguais ou superiores a 1:16. O isolamento da <i>Chlamydia</i> em cultura de células, é o melhor método.  | Tetraciclina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 2 a 4 semanas; manter tratamento até 1 semana após a cura clínica ou<br><br>Doxiciclina, 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 14 dias; ou eritromicina, 500 mg, VO, 4 vezes ao dia, durante 14 dias; ou sulfametoxazol/trimetoprim, 2 comprimidos cada 12 horas, durante 2 semanas<br><br>ou<br><br>sulfadiazina, 1,0 g, de 6 em 6 horas. | Abstinência sexual durante o tratamento. Tratamento simultâneo do parceiro sexual. Reavaliar paciente após 2 semanas. Uso de preservativo.                  |
|                               | <b>VRUS DO HERPES SIMPLIS TIPO 2</b>                 | 2 – 7 dias             | Lesão primária: vesículas múltiplas, agrupadas, evoluindo para ulcerações. São dolorosas e geralmente acompanhadas de adenopatia. Estas lesões regredem espontaneamente e têm duração média de 12 dias.<br><br>Lesão recorrente: vesículas múltiplas, agrupadas sobre base eritematosa. Sintomas moderados e duração média de 4 a 5 dias. O intervalo entre os episódios clínicos é chamado de período latente. | O método mais eficiente é o isolamento do microorganismo, em cultura de células.   | Não há medicação efetiva que possa ser recomendada.  | Manter limpa a área infectada. Abstinência sexual no período sintomático. Uso de preservativo. Fazer papanicolaú anualmente. Controle rigoroso da gestante. |
| <b>Cancro mole</b>            | <b>H. DUCREYI</b>                                    | 3 – 5 dias, em média   | Lesões ulceradas, frequentemente múltiplas de fundo purulento e bordas escavadas. Dolorosas. Adenopatia unilateral dolorosa, em casos não tratados, pode evoluir para fissuração e ulceração.   | Estréptococ de material das lesões, com odores pelo Gram ou isolamento do <i>H. ducreyi</i> em meio seletivo.  | Eritromicina, 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, até a cura clínica<br><br>ou<br><br>sulfametoxazol/trimetoprim, 2 comprimidos de 12 em 12 horas, até a cura clínica (cada comprimido contém 400 mg de sulfametoxazol e 80 mg de trimetoprim)<br><br>ou<br><br>sulfadiazina, 1,0 g, de 6 em 6 horas, até a cura clínica.   | Abstinência sexual, até a cura clínica. Tratamento simultâneo do parceiro sexual. Reavaliação do paciente após 15 dias.                                     |



|  |  |                       |   |   |  |
|--|--|-----------------------|---|---|--|
| <p><b>Condioma acuminado</b></p>                                   | <p>VIRUS DO GRUPO PAPOVA</p>   | <p>4 meses</p>        | <p>Lesões vegetantes, com aspecto de couve-flor. Na gravida, pode haver grande crescimento de lesões.</p>   | <p>A histopatologia raramente é necessária para estabelecer o diagnóstico.</p>  | <p>podofila e 25% em solução oleosa. A substância deve permanecer, sobre as lesões, de 6 a 12 horas, sendo, a seguir, retirada com água e sabão. A duração do tratamento e a frequência das aplicações depende do quadro clínico e da evolução de cada caso.</p> <p>— Não usar podofila em gestantes, lesões oncol, cervicais e uretrais.<br/>— Abstinência sexual, até a cura clínica.<br/>— Exame do parceiro sexual.<br/>— Reavaliação semanal.</p> |
| <p><b>Donovanose</b></p>   | <p>CALYMATOBACTERIONOMORPHA GRANULOMATIS (DONOVANIA GRANULOMATIS)</p>        | <p>1 – 12 semanas</p> | <p>Iniciada com nódulo único ou múltiplo, que evolui para ulceração vegetante, de bordas irregulares, crescimento em fríngio lento, sangrando ao toque.</p>   | <p>Efregajo de fragmento do tecido, triturado e comprimido sobre lâmina, fixada e corada pelo Gram.</p> <p>Tetraciclina, 500 mg, cada 6 horas, até a cura clínica. Sulfametoxazol/trimetoprima, 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, até a cura clínica (cada comprimido contém 400 mg de sulfametoxazol e 80 mg de trimetoprima).<br/>A eritromicina é recomendada para as gestantes.</p>  | <p>Abstinência sexual, até a cura clínica.<br/>Exame do parceiro sexual.<br/>Reavaliação do paciente após 15 dias.</p>   |
| <p><b>Pediculose do púbis</b></p>                                  | <p>PHTHIRUS PUBIS</p>  |                       | <p>Prurido em áreas de pelos pubianos. Presença do parasita e seus ovos (lêndas) aderidos aos pelos.</p>  | <p>Identificação do agente e seus ovos.</p> <p>Lindane locop, a 1%, ou piretróides potencializados pelo butóxido de piperonil ou monossulfiram a 1%, aplicados nas áreas infestadas e adjacentes. Lavar 8 horas após.<br/>Reaplicação após 7 dias.<br/>Não aplicar lindane em gestantes e mulheres lactantes.</p>   | <p>Abstinência sexual, durante o tratamento.<br/>Tratamento do parceiro sexual.<br/>Lavagem das roupas íntimas e de cama.<br/>Não é necessária a raspagem dos pelos pubianos.</p>  |
| <p><b>Doença pélvica inflamatória (DPI)</b></p>                    | <p>AGENTES MAIS FREQUENTEMENTE IMPLICADOS: N. GONORRHOEAE C. TRACHOMATIS</p> | <p>Variável</p>       | <p>Síndrome endócrinal (mucopolidenta; mucosa anexial edematosa ao toque vaginal).<br/>Febre, calafrios, náuseas.<br/>Vômitos e anorexia.<br/>Dor pélvica de início insidioso, porém de aparecimento recente (menos de 15 dias), que se exacerba à movimentação, atividade sexual e esforço físico.<br/>Dor à movimentação do colo uterino e estruturas anexas.</p>   | <p>Teste de Gram (cultura positiva do material colhido da endocérvice para N. gonorrhoeae).<br/>Papanicolaou de homem com uretrite não gonocócica (UNGU).<br/>Leucócitos com desvio à esquerda.<br/>Hemossedimentação aumentada.<br/>Isolamento de bactérias de material colhido da endocérvice.</p> <p>Analisar cada caso individualmente, considerando o quadro clínico e o agente etiológico provavelmente envolvido. A recomendação para o tratamento amoxicilina é a seguinte: ampicilina, 3,5 g ao dia, VO, ou penicilina G procaína, 4,8 milhões de unidades, IM, acompanhada de probenecida, 1,0 g VO, seguidas de doxiciclina, 100 mg, 2 vezes ao dia, durante 10 a 14 dias.</p> | <p>Acompanhamento da terapia para verificação de melhora da paciente.<br/>Repetir testes laboratoriais 7 dias após o término da terapia.<br/>Estar atento para a necessidade de hospitalização.<br/>Tratar parceiro sexual simultaneamente.<br/>Repetir o exame clínico, 3 semanas após o final da terapia.</p>  |
| <p><b>Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (AIDS)</b></p> | <p>VIRUS LAV/HTLV-III</p>  | <p>6 meses</p>        | <p>Febre: intermitente ou contínua, de 3 meses de duração, na ausência de causa identificável.<br/>Perda de peso: 10% do peso normal corporal ou &gt; 7 kg.<br/>Linfadenopatia generalizada: com mais de 3 meses de duração.<br/>Diarréia: intermitente ou contínua, com mais de 3 meses de duração, na ausência de causa identificável.<br/>Fadiga e diminuição da função física e mental.<br/>Síndromes noturnas: intermitente ou contínua, duração de 3 meses, na ausência de causa identificável.</p> <p>Critérios de exclusão:<br/>— História recente de terapia imunossupressora anterior ao aparecimento da doença.<br/>— Presença de alguma outra enfermidade pré-existente, associada com imunossupressão, como imunodeficiência congênita, processo de malignidade linfoproliferativa ou subnutrição grave.</p> | <p>Testes sorológicos<br/>Hemograma<br/>Dosagem de linfócitos T e B<br/>Quantificação e relação dos linfócitos T – auxiliares (OCT<sub>4</sub> e ORT<sub>8</sub>)<sup>2</sup></p>   | <p>Não há tratamento específico para a imunodeficiência. Tratar as infecções oportunistas com as drogas de escolha.</p> <p>Encaminhar o paciente para centros de referência.</p>   |