

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE TERAPIA ORAL E LOCAL NO TRATAMENTO DE CORRIMENTOS VAGINAIS: CANDIDÍASE, TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

COMPARATIVE STUDY BETWEEN ORAL AND TOPIC THERAPY OF VAGINAL DISCHARGE CAUSED BY CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS AND BACTERIAN VAGINOSIS

CLARA NINA ETO DE VASCONCELOS^{1*}, NATÁLIA NITSA PEREIRA SILVA², PAULA NEIVA BATISTA³, JOSÉ HELVÉCIO KALIL⁴

1. Acadêmica do Curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS-BH); 2. Acadêmica do Curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS-BH); 3. Acadêmica do Curso de Medicina pela Faculdade de Minas (FAMINAS-BH); 4. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1992); Graduado em Direito pela Faculdade Pitágoras (2008). Habilitação em Direito pela OAB-MG, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO. Mestrado em Medicina (Ginecologia e Obstetrícia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003) e Doutorado em Medicina (Reprodução Humana) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007). Professor Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Professor Titular de Ginecologia do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (UNIVAÇO). Professor de Direito do Consumidor na Faculdade de Direito de Ipatinga (FADIPA). Professor de Bioética na Faculdade de Minas (FAMINAS). Especialista em Oncologia Ginecológica e Biodireito.

* Rua São Domingos do Prata, número 416, apto 102, Santo Antônio, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30330-110. claranina8@hotmail.com

Recebido em 06/03/2016. Aceito para publicação em 09/05/2016

RESUMO

Os corrimentos genitais representam uma das maiores queixas nos consultórios ginecológicos e, dentre as doenças mais frequentemente responsáveis por causar esses corrimentos, podem ser citadas a candidíase, a vaginose bacteriana e a tricomoníase. Existe atualmente uma grande variedade de fármacos disponíveis para o tratamento dessa doença, alguns de uso tópico e outros de uso sistêmico. Por ser uma queixa tão frequentemente apresentada pelas pacientes, é de extrema importância que se aprofunde nas características de cada tratamento para escolher dentre as opções, a melhor possível para cada paciente. Este trabalho tem como objetivo comparar a eficácia de tratamentos locais, orais e combinados a partir da revisão de estudos prévios, para isso foram revisados 16 artigos pesquisados no banco de dados da Scielo datados a partir de 2001.

PALAVRAS-CHAVE: Corrimentos genitais, candidíase, tricomoníase, fármacos, tratamento.

ABSTRACT

Genital discharge are one of the biggest complaints of women to gynecologists, and among the diseases responsible for discharge, two of the most common are Trichomoniasis, Bacterial Vaginosis and candidiasis. Today, many drugs are available for treatment of discharge, and we have some topical use and others systemic use. It is very important to thoroughly study the types of medications to treat this frequent complaint properly. The objective of this work is to make a comparative study of

oral schemes vs vaginal vs oral and vaginal combined in the treatment of candidiasis and trichomoniasis. This study was done from 16 previous studies surveyed in the SciELO database, dating from 2001.

KEYWORDS: Discharges genitais, candidiasis, trichomoniasis, drug treatment.

1. INTRODUÇÃO

Os corrimentos genitais estão entre as queixas mais frequentes em consultórios ginecológicos, apresentando-se de forma diferente dependendo do fator que o causa. Infecções são muito frequentemente relacionadas aos corrimentos genitais, e dentre elas as mais comuns são Candidíase, Tricomoníase e Vaginose Bacteriana. O fungo *Candida sp.*, é responsável por 20% a 25% das infecções que levam mulheres ao consultório ginecológico, enquanto o protozoário *Trichomonas vaginalis* é responsável por 10% a 15%¹. A vaginose bacteriana é a mais prevalente de todas, com aproximadamente 27,5% de prevalência desta na população total. Juntamente com odor e outros aspectos, a observação do corrimento pode ser decisiva para o diagnóstico ginecológico correto, e assim, prescrição de um tratamento adequado para atingir o sucesso terapêutico. A terapia para tratamento dos corrimentos

genitais, conta com medicamentos que podem ser de uso tópico ou sistêmico, e é importante a observação das condições de cada paciente e análise minuciosa dos medicamentos e seus efeitos, para tratar essa queixa da forma mais eficiente possível.

O presente trabalho tem como objetivo revisar estudos prévios e comparar os medicamentos disponíveis atualmente para o tratamento da candidíase vaginal, da tricomoníase, e vaginose bacteriana, ressaltando as vantagens e desvantagens dos tratamentos tópicos e sistêmicos, a fim de chegar a uma possível conclusão a respeito da superioridade de um tratamento em relação ao outro, para otimizar as terapias aplicadas às pacientes acometidas por estas infecções.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão de artigos, cuja busca foi realizada a partir da base de dados do SciELO, LILACS e PubMed. Utilizaram-se os seguintes termos de procura: “treatment of vulvovaginitis”, “efficacy of oral schemes vs vaginal”, “treatment of candidiasis”, “treatment of trichomonas” e “treatment of vulvovaginitis in pregnancy”. Foram selecionados no total 53 artigos e, com base nos títulos, resumos e datas foram escolhidos 19 artigos, datados a partir de 2001, sendo um deles um ensaio clínico randomizado e os demais revisões literárias. A partir destes artigos, foi realizada esta revisão literária.

3. RESULTADOS

Candidíase

A Candidíase é uma infecção fúngica, causada principalmente pela espécie *Candida albicans* (cerca de 85% dos casos), mas também pode ser causada pelas espécies *C. Glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* e *C. Parapsilopsis*². Estes fungos tipicamente causam corrimentos vaginais esbranquiçados, grumosos, inodoros e não purulentos, caracterizados como aspecto de “leite talhado”. A candida se prolifera em ambientes ácidos, como quando ocorre diminuição do pH vaginal, o que pode ser causado principalmente por gravidez, uso de anticoncepcionais orais com altas doses de estrogênio, diabetes, dispositivos intrauterinos, obesidade, corticoterapia, drogas imunossupressoras e uso de antibióticos. Além dos corrimentos, a candidíase pode se manifestar por hiperemia, edema vulvar, ardência durante o coito, disúria e polaciúria¹. A candidíase vulvovaginal não é considerada uma doença sexualmente transmissível, pois mulheres celibatárias também podem apresentar a *Candida albicans* em sua flora vaginal². O diagnóstico pode ser feito pela pesquisa

direta do fungo do conteúdo vaginal por lâmina a fresco ou Gram ou por cultura para fungo para saber da positividade de *Candida*¹⁵ mas a maioria das mulheres colonizadas pela *Candida sp.* são assintomáticas, de forma que nem todas as mulheres que possuem esse fungo em sua flora bacteriana vaginal devem ser tratadas, a clínica sempre deve ser observada e valorizada.

O tratamento da Candidíase

Atualmente, estão disponíveis diversas alternativas para o tratamento da candidíase. As terapêuticas são diferentes em casos agudos e em casos de candidíase recorrente. A partir dos artigos revisados, podem ser reunidas as estratégias terapêuticas utilizadas com maior frequência, separando os tratamentos orais e tópicos específicos:

Tabela 1. Tratamento oral da candidíase

| | |
|-------------|---|
| FLUCONAZOL | 150mg em dose única |
| CETOCONAZOL | 200mg uma vez ao dia por 14 dias |
| CETOCONAZOL | 400mg uma vez ao dia por 14 dias |
| ITRACONAZOL | 400 mg em duas doses, de 12 em 12 horas |

Tabela 2. Tratamento tópico da candidíase

| | |
|--------------|---|
| MICONAZOL 2% | Creme Vaginal com aplicação noturna durante sete dias |
| CLOTRIMAZOL | Administração intravaginal durante 7 dias |
| TERCONAZOL | Creme por administração intravaginal durante 3 dias |

Tratamento para Gestantes

O tratamento com antifúngicos sistêmicos em gestantes foi contraindicado por todos os artigos revisados, especialmente nos três primeiros meses de gestação. Para tratar gestantes há a possibilidade da nistatina tópica, incluindo o primeiro trimestre, já o cetoconazol é contraindicado por ter apresentado efeitos teratogênicos em experimentos laboratoriais

No tratamento para candidíase em gestantes, aponta-se maior eficácia no uso de imidazólicos tópicos durante sete dias, em comparação com a nistatina e esquemas mais curtos³, porém deve ser observado que tratamentos de menor duração apresentam maior adesão da paciente, o que aumenta as chances de sucesso.

Tratamento da candidíase recorrente

Clinicamente, a candidíase é definida como recorrente quando o paciente apresenta quatro ou mais episódios da doença no período de um ano. O sucesso terapêutico nos casos de candidíase recorrente pode se dar inicialmente por uma dose prolongada de antifúngico oral, como o fluconazol 150mg em três doses, com manutenção da terapia feita também com fluconazol oral uma vez por semana ou com alternativas de uso tópico, como clotrimazol vaginal 500mg uma vez por semana

ou 200mg duas vezes por semana⁴. Revisando os artigos referentes ao tratamento específico para candidíase recorrente, observa-se que não existe comprovação de qualquer superioridade entre a terapia oral e local prolongadas, ambas apresentam resultados eficazes e a escolha terapêutica depende das preferências do paciente, visando a comodidade e adesão ao tratamento.

Tricomoníase

A tricomoníase é considerada a doença sexualmente transmissível não viral mais comum do mundo, causada por um protozoário flagelado, denominado de *Trichomonas Vaginallis*, que infecta principalmente o epitélio escamoso no trato genital. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 170 milhões os casos de tricomoníase no mundo anualmente em pessoas entre 15 e 49 anos, com a maioria (92%) ocorrendo em mulheres⁵. Segundo Cates (1999), citado por Alves *et al.* (2011), a Organização Mundial de Saúde estimou que esta infecção explica quase 50 % de todas as DSTs com cura em todo o mundo. O corrimento causado pela tricomoníase varia de acordo com a paciente, mas em sua forma clássica se apresenta amarelo-esverdeado, abundante, bolhoso e de odor fétido.

O *trichomonas Vaginalis* também é associado a pacientes com HIV, principalmente devido a menor imunidade desse paciente. Existem também estudos que estabelecem uma relação entre o contágio por HIV e a presença do *trichomonas sp.* e foi constatado que há uma maior chance de contrair esse vírus quando está manifestado a tricomoníase.

Nas grávidas foram observados estudos que têm relatado associação entre tricomoníase e ruptura prematura de membrana, parto prematuro, baixo peso ao nascer, endometrite pós-parto, feto natimorto e morte neonatal⁵.

O tratamento da Tricomoníase

Além de instruir os pacientes para a prevenção da doença através da proteção sexual, o tratamento de doentes sintomáticas é extremamente importante, especialmente no caso de gestantes pois a tricomoníase é capaz de causar sérios danos ao feto. Os tratamentos atualmente disponíveis para a tricomoníase também podem ser separados em tópicos e orais, sendo os mais frequentemente utilizados:

Tabela 3. Tratamento oral da Tricomoníase

| | |
|--------------|---|
| METRONIDAZOL | 2g VO em dose única. |
| METRONIDAZOL | 250mg (1comprimido) VO a cada 12 horas por 10 dias. |
| ORNIDAZOL | 1,5g (3comprimidos de 500mg) VO dose única. |
| TINIDAZOL | 2g (4 comprimidos de 500mg) VO dose única. |
| NIMORAZOL | 1g (2 COMPRIMIDOS DE 500MG) VO a cada 12 horas. |

| | |
|------------------|--|
| METIL-PARTRICINA | 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme (25.000 U.I.) na vagina ao deitar durante 15 dias. |
| METRONIDAZOL | 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme na vagina ao deitar por 10 dias |
| ORNIDAZOL | 1 óvulo de 500mg na vagina ao deitar por 5 dias |
| TINIDAZOL | 1 óvulo de 500mg na vagina ao deitar por 5 dias |

Tabela 4. Tratamento tópico da Tricomoníase

Tratamento para gestantes

Gestantes podem ser tratadas com metronidazol 2mg via oral em dose única¹⁶, porém, existem estudos controversos que indicam que o metronidazol é um medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e por isso não é indicado para o tratamento de gestantes⁵. Já outros estudos há sugestão de que o uso de metronidazol é considerável para gestantes, especialmente após o segundo semestre. Ainda assim, há a possibilidade de uma terapia alternativa, com o uso de clotrimazol tópico que é indicado por ser bastante seguro inclusive no primeiro trimestre de gestação.

Vaginose Bacteriana

A vaginose bacteriana é a doença mais prevalente na causa de corrimentos genitais, contudo aproximadamente 50% delas, são assintomáticas. A patologia dela, se deve à uma diminuição de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio, elevação do pH e a proliferação de bactérias anaeróbicas, algumas delas são naturais da flora vaginal, o que não confere a presença dessas bactérias necessariamente causar vaginose bacteriana. Não é considerada uma doença sexualmente transmissível, uma vez que mulheres celibatárias também apresentam essa patologia, além disso o tratamento do parceiro não diminui a frequência da doença. Os principais agentes etiológicos são: *G. vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Bacterioides species*, *Pesptostreptococcus species*, *Fusobacterium species*, *Mobiluncus species*, *Prevotella species*, *Atopobium vagiae*¹⁷. A sintomatologia apresenta um corrimento vaginal de odor fétido, corrimento vaginal delgado, homogêneo e geralmente de cor branca, acinzentada, amareloesverdeada. Coceira, inflamação e irritação podem ocorrer em cerca de 15% das mulheres (CULLINS *et al.* 1999; citado por FERRACIN e OLIVEIRA, 2005).

Tratamento da Vaginose Bacteriana

O tratamento da vaginose bacteriana consiste em opções tópicos e opções orais, cada uma dessas escolhas deve ser feitas de acordo com a necessidade de cada paciente. É importante lembrar que o tratamento do parceiro não necessariamente irá ser efetivo para a cura da

paciente, assim o importante é tratar a patologia dela.

Tabela 5. Tratamento Oral da Vaginose

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| METRONIDAZOL | - 500 mg - 2x ao dia durante 7 dias. |
| METRONIDAZOL | - 250 - 3x ao dia, durante 7 dias. |
| METRONIDAZOL | 2g, dose única. |
| AMOXILINA | VO, na dose de 250 mg, a cada 8 horas |
| CLINDAMICINA | 300mg 2x ao dia durante 7 dias. |

Tabela 6 Tratamento tópico da Vaginose Bacteriana

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| CLINDAMICINA | óvulos 100g 1x ao dia durante 3 dias |
| METRONIDAZOL | 0,75% gel 5g 1x ao dia durante 7 dias |

Tratamento para Gestantes

O tratamento para gestante foi contra-indicado o uso de metronidazol, devido a uma possibilidade teratogênica. Foi indicado para gestantes com vaginose bacteriana o uso de Ampicilina 500mg, 4 vezes ao dia, durante 7 dias no primeiro trimestre da gestação.

4. DISCUSSÃO

As alterações hormonais observadas na gravidez provocam aumento do glicogênio vaginal, o que reduz o pH local e favorece a proliferação fúngica, tornando a candidíase uma doença bastante frequente durante a gestação. Por esse motivo, é importante que os estudos acerca dos melhores tratamentos para candidíase em gestantes sejam bastante aprofundados. Na revisão de artigos realizada neste trabalho, a contraindicação de medicamentos sistêmicos para gestantes mostrou-se unânime entre os artigos observados, o que pode ser levado em consideração tendo em vista os potenciais efeitos teratogênicos destes medicamentos. Além disso, durante a lactação os triazóis podem ser excretados no leite materno e, por isso, devem ser evitados¹³. Nesses casos, então, o uso tópico mostra-se como a alternativa mais viável. A nistatina de uso tópico, possui a característica de ser pouco absorvida e não demonstra efeitos teratogênicos quando aplicada no primeiro trimestre de gestação, porém, o tratamento é longo (cerca de 14 dias) e isso limita a eficácia do tratamento, uma vez que reduz a adesão.

No caso de pacientes não gestantes, não há uma comprovação concreta da eficácia de medicamentos tópicos sobre medicamentos orais. Passos *et al.* (2011) realizou um ensaio clínico randomizado com 118 paci-

entes divididas em três grupos, com o objetivo de comparar terapias locais, terapias orais e terapias combinando medicamentos orais e locais. Por testes de comparações múltiplas, não foi observada diferença significativa (a nível de 5%) no que diz respeito a resposta clínica entre os três grupos. O que demonstra por via de experiência que realmente não existe superioridade entre os tratamentos.

Apesar de clinicamente não haver superioridade entre os tratamentos locais e orais para a candidíase, podem ser observados alguns prós e contras. Segundo DANIEL & ROBINSON (2002) citado por FERRACIN; OLIVEIRA (2005, p.86), a maioria das mulheres prefere a utilização de medicamentos orais pelo conforto da administração. Esta é uma observação importante a se fazer, visto que pode influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar os casos de sucesso terapêutico. Outro ponto que deve ser observado são os efeitos colaterais em cada paciente. Os tratamentos orais raramente apresentam qualquer tipo de reação alérgica ou interações medicamentosas, mas em alguns casos podem causar náuseas ou dores de cabeça. Já a terapia com cremes vaginais pode cursar com queimação e dor local¹⁵. Para pacientes intolerantes à terapias locais, ou que optem pelo tratamento mais prático, o fluconazol parece ser a melhor opção para casos típicos de candidíase não recorrente em pacientes não gestantes, já que é eficiente nestes casos e pode ser administrado oralmente em dose única, o que torna o tratamento simples, prático e resolutivo. Em contrapartida, alguns profissionais optam pela via tópica pelo alívio mais rápido dos sintomas, porém por ser um tratamento mais trabalhoso e, frequentemente, mais duradouro, pode perder a adesão das pacientes ao longo do tempo, o que prejudicaria o resultado final do tratamento. Neste caso, deve-se levar em consideração a urgência dos sintomas da paciente e sempre observar qualquer tipo de intolerância à terapia, para definir o que é mais importante para aquela pessoa em questão e ter maiores chances de obter sucesso em cada caso específico.

Para o tratamento da tricomoníase, não existe um consenso sobre os efeitos colaterais dos medicamentos orais para a paciente gestante e o feto, o tratamento de gestantes pode ser feito com uma dose única de metronidazol 2g em qualquer estágio da gestação, já que muitos estudos e análises não demonstraram qualquer associação entre o uso de metronidazol e efeitos teratogênicos¹⁶. Ao contrário, a terapia com tinidazol é contraindicada. Os estudos são de certa forma controversos com relação a segurança do tratamento de gestantes, portanto diante da possibilidade de efeitos teratogênicos é melhor que se opte por uma terapia tópica, apesar de serem tratamentos longos e haver risco de perda de adesão ao tratamento. Para o tratamento de tricomoníase em não

gestantes, Bravo *et al.* (2005), citado por Passos *et al.* (2011), ressalta que esquemas com doses multiplas em alguns casos apresentam maiores taxas de eficácia, porém estas só são válidas se a paciente completar o tratamento da forma certa, pois os esquemas de dose única, na grande maioria dos casos apresenta maior adesão ao tratamento e não requer disciplina da paciente. “A eficácia de diferentes tratamentos de tricomoníase são: metronidazol 2 g VO em dose única (82-88%) e 250 mg VO três vezes ao dia por sete dias (95%); metronidazol intravaginal (50%); clotrimazol intravaginal (25-60%)” (Hillier & Arko, 1997, citado por Passos *et al.* 2011). Após avaliação desses dados e comparação com os demais trabalhos revisados, no tratamento para não gestantes há quase uma unanimidade nos artigos para a prescrição de dose única de metronidazol via oral, por ser uma terapia eficiente na maioria dos casos e simples de ser realizada, por ser uma única dose de fácil administração.

Independente da forma selecionada é importante salientar o fato de não ser necessária a utilização das duas vias simultaneamente¹². Esta observação vale tanto para o tratamento da candidíase quanto o tratamento da tricomoníase. A medicina deve ser exercida visando a beneficência e não maleficência da paciente, e o médico deve ter a consciência de que quanto mais drogas uma paciente faz uso, maiores as chances de aparecerem efeitos colaterais no tratamento.

No que confere o tratamento da vaginose bacteriana, foi evidenciado que há uma certa eficácia do metronidazol tanto tópico, quanto oral. Apesar disso, foi comprovado que o metronidazol não é muito efetivo contra a bactéria *G. vaginalis*, mas é bom para as demais bactérias sinérgicas

Em um estudo randomizado, com 32 pacientes com a presente doença, foram divididos em grupos e tratadas com metronidazol oral (1g/dia por sete dias consecutivos), metronidazol tópico (uma aplicação diária por sete noites consecutivas), ácido ascórbico (250 mg - um comprimido vaginal por seis noites consecutivas). Verificou-se índice de cura de 100% para o metronidazol oral, 75% para o metronidazol tópico e de 30% para o ácido ascórbico¹⁹. Contudo, segundo Schoeman *et al.*, 2005 (citado por Zimmermann, 2010) verificou que a vitamina C não apresenta qualquer efeito sobre a vaginose bacteriana.

Segundo a CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002 (citado por FERRACIN e OLIVEIRA, 2005), o uso tópico, os cremes à base de óleo evidenciou que diminui a efetividade de preservativos e diafragma). Segundo, SILVA MA e LONGATTO, 2000 (citado por NETO, 2010) Tetraciclina e eritromicina são ineficazes, juntamente com os cremes com sulfanilamida/aminacrina/alantoína. Os cremes vaginais à base de sulfas têm baixa eficácia e o Povidine-iodine

(betadine) e as preparações ácidas não mostram resultados satisfatórios.

Nas revisões foram encontrados estudos relacionados ao gel de aroeira para pacientes com vaginose bacteriana, o que relatou um estudo clínico randomizado foi que evidenciam uma taxa de cura de 84% em pacientes com vaginose bacteriana sintomática tratadas com o gel de aroeira, constatando-se diferença estatisticamente significativa em relação ao percentual de cura encontrado entre pacientes que receberam o placebo (47,8%)¹⁸.

5. CONCLUSÃO

Ao final da revisão de artigos, conclui-se que não existe comprovação de superioridade entre medicamentos orais ou locais, mas a associação dos dois não aumenta a eficácia do tratamento. Sendo assim, a escolha deve ser feita observando as preferências e condições de cada paciente.

REFERÊNCIAS

- [01] Passos MRL, *et al.* Estudo comparativo da eficácia de esquemas oral, vaginal e oral e vaginal combinados para tratamento de vulvovaginites. Grupo editorial Moreira JR, São Paulo, Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3263> acessado em 07/10/2015.
- [02] Ferracin I, Oliveira RM. Welfort de. Corrimento Vaginal: Causa, diagnóstico e tratamento Farmacológico. Infarma, Maringá, v.17, n.5/6, 2005. Disponível em <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/18/corrimento.pdf>> acessado em 08/10/2015.
- [03] Souza GN, *et al.* Tratamento das vulvovaginites na gravidez. FEMINA, São Paulo, v.40, n.3, p.32-38, mai/jun. 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3238.pdf>> acessado 09/10/2015.
- [04] Feuerschuette OHM, *et al.* Candidíase Vaginal recorrente: manejo clínico. FEMINA, Florianópolis, v.38, n.2, Fev. 2010. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a005.pdf>> Acessado 08/10/2015.
- [05] Maciel GP, Tasca TC, Geraldo A. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de Trichomonas vaginalis. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 152-160, June 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442004000300005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 de set 2015.
- [06] Manard J-P. Antibacterial treatment of bacterial vaginosis: current and emerging therapies. International Journal of Women's Health, Créteil, v.3, n.3, p.295-305, Ago. 2011. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181210/>> acessado 08/10/2015.
- [07] Val IC; Gutemberg LAF. Abordagem Atual da Candidíase Vulvovaginal. DST- Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível, Niterói, v.13, n.4, p.3-5,

2001. Disponível em <<http://www.dst.uff.br/revista13-4-2001/editorial.pdf>> Acessado 07/10/2015.
- [08] Hoosen AA. Management of Vaginal Discharge. Continuing Medical Education, Northern Branch, v.22, n.2, Fev. 2004. Disponível em <<http://www.ajol.info/index.php/cme/article/viewFile/43942/27460>> acessado 09/10/2015.
- [09] Feuerschuette OHM, *et al.* Candidíase Vaginal recorrente: manejo clínico. FEMINA, Florianópolis, v.38, n.2, Fev. 2010. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a005.pdf>> Acessado 08/10/2015.
- [10] Barbedo LS, Sgarbi DBG. Candidíase. DST-Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Niterói v.22, n.1, p.22-38. 2010. Disponível em <<http://www.dst.uff.br/revista22-1-2010/4-%20Candidiasse.pdf>> acessado 09/10/2015.
- [11] Shiozawa DC, *et al.* Tratamento da candidíase vaginal: revisão atualizada. Hospital Faculdade Ciências Médicas Santa Casa São Paulo. São Paulo, v.52 n.2 p.48-50. 2007. Disponível em <http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm52n2_3.pdf> acessado 09/10/2015.
- [12] Jalil EM, Neves, Nilma A, Pina, Hilton. Abordagem Racional dos Corrimentos Vaginais. FEMINA, Salvador, v.34, n.8, p.527-531, Ago. 2006. Disponível em <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-8-527.pdf> acessado 09/10/2015.
- [13] Rossi P, *et al.* Vulvovaginites. Grupo Editorial Moreira Júnior, São Paulo. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1456>
- [14] Alves MJ, *et al.* Epidemiologia de Trichomonas vaginalis em mulheres. Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa, v. 29, n. 1, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2015
- [15] Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Vulvovaginal Candidiasis. Center for Diseases Control Prevention, Clifton Road Atlanta. 2015. Disponível em <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/candidiasis.htm>> acessado em 11/10/2015
- [16] Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Diseases Characterized by Vaginal Discharge. Center for Diseases Control Prevention, Clifton Road Atlanta. 2010. Disponível em <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>> acessado em 11/10/2015
- <http://www.ccecurso.com.br/img/resumos/citologia/15.pdf>
- [17] Amorim MMR, Santos LC. Tratamento da vaginose bacteriana com gel vaginal de Aroeira (*Schinus terebinthifolius* Raddi): ensaio clínico randomizado. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 95-102, Mar. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032003000200004>.
- [18] Zimmermann J, *et al.* Tratamento da vaginose bacteriana com ácido ascórbico. HU Revista, Juiz de Fora, v.36, n.2, p.147-151, abr/jun. 2010. Disponível em <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1009/367> acessado 16/10/2015.