

CORRIMENTO VAGINAL: CAUSA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

INGRYT FERRACIN
RÚBIA MARIA WEFFORT DE OLIVEIRA

- Departamento de Farmácia e Farmacologia, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Campus Universitário, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87020-900.
Autor responsável: R.M.W. Oliveira, E-mail: rmmwoliveira@uem.br

INTRODUÇÃO

O corrimento vaginal é uma das preocupações mais frequentes entre as mulheres, principalmente, nas que estão em idade reprodutiva. Por constrangimento ou medo, antes de procurar o médico, as pacientes com sintomas vaginais frequentemente recorrem à automedicação ou ao aconselhamento no balcão da farmácia, o qual nem sempre é realizado pelo farmacêutico. Este artigo tem por objetivo apresentar as principais causas, diagnóstico e tratamento farmacológico do corrimento vaginal.

A secreção vaginal é uma resposta fisiológica do organismo feminino. Quando não existe processo patológico envolvido, a secreção vaginal apresenta-se de cor clara ou branca, sendo composta de líquidos cervicais, podendo variar na quantidade e no aspecto, dependendo do período do ciclo menstrual. No entanto, quando algum processo infeccioso ou inflamatório encontra-se presente, as características da secreção modificam-se, caracterizando o corrimento vaginal (SHIMP, 2002; BATES, 2003).

Colher a história da paciente como início, fase do ciclo menstrual, duração, cor, odor, história sexual ou uso concomitante de medicamentos, pode auxiliar no reconhecimento da causa e no tratamento adequado do corrimento vaginal. As principais causas do corrimento vaginal estão listados na Tabela 1.

Tabela 1. Causas do corrimento vaginal.

| |
|--|
| <i>Infecções sexualmente transmitidas</i> |
| Clamídia |
| Gonorréia |
| Tricomoníase |
| Herpes simples |
| <i>Outras infecções</i> |
| Candidíase |
| Vaginose bacteriana |
| <i>Outras causas</i> |
| Vaginite atrófica |
| Gravidez |
| Iatrogenia |
| Câncer |
| Condições dermatológicas |

Etiologia da doença

Infecções sexualmente transmissíveis

Das infecções sexualmente transmissíveis, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é a mais comum (DANIEL; ROBINSON, 2002). A clamídia é um parasita intracelular que infecta o epitélio do canal endocervical e a uretra (BATES, 2003). Cerca de 80% das pacientes infectadas por clamídia é assintomática (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002), mas se os sintomas existem, estes manifestam-se de 1 a 3 semanas após a infecção, como um corrimento vaginal purulento, sangramento pós-coital ou inter-menstrual, dor abdominal baixa e dispareunia (DANIEL & ROBINSON, 2002; BATES, 2003).

A infecção por clamídia não tratada pode levar a seqüelas importantes, como gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica e até infertilidade. Por este motivo, e, pelo fato de que a sintomatologia assemelha-se a outras doenças vaginais, o diagnóstico laboratorial se faz necessário (DANIEL & ROBINSON, 2002; BATES, 2003). Antígenos bacterianos podem ser detectados por imunofluorescência ou métodos imunoenzimáticos (MACSEEN & RIDGWAY, 1998; BATES, 2003).

O tratamento farmacológico recomendado para infecções vaginais por clamídia encontra-se especificado na Tabela 2. A azitromicina (1 gr) em dose única, aumenta a aderência das pacientes e constitui o tratamento de escolha para gestantes (WEHBEH et al., 1998). No entanto, a doxiciclina é mais barata e apresenta a mesma efetividade que a azitromina (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Os parceiros sexuais devem ser encaminhados para a avaliação e tratamento, e as relações sexuais devem ser evitadas até o final da terapia e estabelecimento de cura (DANIEL & ROBINSON, 2002).

A *Neisseria gonorrhoeae* é um diplococo gram-negativo que infecta os sítios de contacto sexual como o endocérvix, a uretra e o reto. O período de incubação do gonococo é de 5 a 7 dias. Na maioria das vezes, a infecção é assintomática na mulher, mas pode aparecer um corrimento vaginal espesso e purulento. A infecção não tratada pode evoluir para doença inflamatória pélvica (BATES, 2003). O diagnóstico laboratorial de rotina da gonorréia se faz pela microscopia, coloração de Gram e cultura (MACSEEN & RIDGWAY, 1998).

Infecções por *N. gonorrhoeae* podem ser tratadas com ceftriaxona ou ciprofloxacina (Tabela 2; ZAMITH & BACARAT, 2001; BATES, 2003). Como cerca de 45% das pacientes com gonorréia

está também infectada com clamídia, o tratamento indicado para clamídia, por exemplo azitromicina (1 gr) dose única, deve ser concomitantemente instituído (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002). Na gravidez, as quinolonas são contra-indicadas, mas as cefalosporinas podem ser usadas com segurança (Tabela 2).

Um corrimento vaginal abundante, delgado, espumoso e mal cheiroso, de cor acinzentada, amarelada ou esverdeada, constitui o principal sintoma da infecção por *Trichomonas vaginalis* em 70% das mulheres (HAEFNER, 1999; CULLINS et al., 1999 apud SHIMP, 2002). Nos homens, a prevalência é muito menor, provavelmente, porque a infecção é benigna e assintomática (REY, 2001). A via primária de transmissão é o contacto sexual, com um período de incubação entre quatro e 20 dias após a exposição ao protozoário.

Fatores predisponentes para a transmissão do tricomonas incluem múltiplos ou novo parceiro sexual, ausência de barreiras contraceptivas e presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (SHIMP, 2002).

O diagnóstico da tricomoníase em mulheres é baseado nos sintomas que a paciente apresenta, no exame pélvico e na avaliação laboratorial do corrimento vaginal. A paciente pode apresentar coceira, eritema vulvar, erosões na cérvix ("cérvix morango") e linfadenopatia localizada. O pH do corrimento vaginal é geralmente maior que 4,5 e o exame microscópico revela a presença de leucócitos e tricomonas flagelados. A adição de hidróxido de potássio (KOH) 10% ao corrimento pode produzir um característico "odor de peixe" (DANIEL & ROBINSON, 2002; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

A tricomoníase requer tratamento sistêmico já que o protozoário pode ser encontrado no meio não vaginal, como na uretra e glândulas perivaginais, causando inflamação destes tecidos (DANIEL & ROBINSON, 2002). O metronidazol em dose única é a melhor opção terapêutica (Tabela 2). A resistência aos imidazólicos é relativa e dose-dependente; portanto, se ocorre falha do tratamento basta repeti-lo, usando doses ou tempo de duração maiores (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002). Os parceiros devem ser avaliados e também tratados (ZAMITH & BARACAT, 2001).

Em grávidas, a tricomoníase está associada com a ruptura de membrana, parto prematuro e retardo no crescimento intrauterino (DANIEL & ROBINSON, 2002). O tratamento farmacológico adequado é metronidazol em dose única (Tabela 2).

Tabela 2. Tratamento farmacológico das infecções sexualmente transmissíveis

| CLAMÍDIA | |
|---|--|
| Indicação | Alternativa |
| Azitromicina 1gr, VO, dose única ^a | Eritromicina 500 mg, 4 x dia/7 dias ^a |
| Tetraciclina 500 mg, VO, 4 x dia/7 dias | Ciprofloxacina 500 mg, VO, 2 x dia/ 10 dias |
| Doxiciclina 100 mg, VO, 2 x dia/ 7 dias | |
| GONORRÉIA | |
| Indicação | Alternativa |
| Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única ^a | Cefotaxima 1.0 g, IM, dose única ^a |
| Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única | Norfloxacina 800 mg, VO, dose única |
| Espectinomina 2.0 g, IM, dose única | Espectinomina 2.0 g, IM, dose única |
| TRICOMONÍASE | |
| Indicação | Alternativa |
| Metronidazol 2 g, VO, dose única ^a | Metronidazol 500 mg, VO, 2 x dia/7 dias |
| Secnidazol, 2 g, VO, dose única | |

^a= uso indicado na gravidez

Outras infecções

Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é a causa mais comum de corrimento vaginal em mulheres em idade reprodutiva. É caracterizada por um crescimento anormal de bactérias anaeróbias como *Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus*, *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Bacteroides* e *Micoplasma hominis*, com concomitante diminuição de lactobacilos da flora normal (DANIEL & ROBINSON, 2002; SHIMP, 2002; BATES, 2003).

Os lactobacilos produzem o ácido láctico através da glicólise, e assim mantém o pH vaginal ácido. A alcalinização repetida da vagina, que pode ser resultante de intercurso sexuais freqüentes, uso de duchas vaginais ou período pré-menstrual, favorece a alteração da flora bacteriana vaginal (SOPER, 1998). O "odor de peixe" pode aparecer por causa da produção de amins pelo metabolismo aeróbico (BATES, 2003).

A vaginose bacteriana não é considerada uma infecção sexualmente transmissível, uma vez que o tratamento do parceiro não diminui a freqüência ou o intervalo das recorrências. Por outro lado, a freqüência é maior nas mulheres com maior número de parceiros sexuais, sendo rara nas sexualmente inativas (PORTO, 2000).

Metade das mulheres com vaginose bacteriana são assintomáticas (CULLINS et al., 1999 apud SHIMP, 2002). Mas, sintomas comuns incluem, corrimento vaginal delgado, homogêneo e geralmente de cor branca, acinzentada, amarelo-esverdeada. Coceira, inflamação e irritação podem ocorrer em cerca de 15% das mulheres (CULLINS et al. 1999; SHIMP, 2002).

O diagnóstico da vaginose bacteriana baseia-se no pH, sempre maior que 4,5, e na presença de células indicadoras ou "clue cells" no exame do corrimento. Por ser uma infecção superficial onde a inflamação está ausente, a presença de leucócitos pode indicar outras infecções, tais como a tricomoníase (BATES, 2003).

O objetivo do tratamento é restabelecer a flora vaginal e aliviar a sintomatologia. Como medidas gerais, preconiza-se abstinência sexual e utilização de duchas vaginais com peróxido de hidrogênio a 1,5 % (ZAMITH et al., 2001). O tratamento farmacológico consiste em metronidazol ou clindamicina, nas formulações oral ou tópica (Tabela 3). O tratamento do parceiro sexual não tem mostrado benefícios nem redução das recorrências (SOBEL, 1998; DANIEL & ROBINSON, 2002; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Pacientes que estão fazendo uso do metronidazol devem ser instruídas a abster-se do álcool, durante a terapia, e por três dias após a suspensão do tratamento, para se evitar a possibilidade de efeito tipo dissulfiram (DANIEL & ROBINSON, 2002). Pacientes que estão usando clindamicina creme devem ser informadas que, por se tratar de um creme a base de óleo, a efetividade de preservativos e diafragmas pode ser comprometida (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Em mulheres grávidas a vaginose bacteriana está associada com a ruptura de membrana, parto prematuro e recém-nascidos com baixo peso (SOBEL, 1997). A terapêutica sistêmica com metronidazol deve ser evitada no primeiro trimestre da gestação (BATES, 2003), no entanto, existindo indicação o metronidazol ou clindamicina (Tabela 3), podem ser utilizados com sucesso (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Tabela 3. Tratamento farmacológico da vaginose bacteriana

| Indicação | Alternativa |
|---|---|
| metronidazol 500 mg, VO, 2 x dia/7 dias | metronidazol 2 g, VO, dose única |
| metronidazol 0,75% gel 5 g, IVag, 1 x dia/ 5 dias | clindamicina óvulos 100 g, IVag, 1 x dia/3 dias |
| clindamicina 2% creme, IVag, 1 x dia/ 7 dias | clindamicina 300 mg, VO 2 x dia/7 dias [#] |
| metronidazole 250 mg, VO, 3 x dia/7 dias [#] | |

[#] uso indicado na gravidez

Candidíase vulvovaginal

A candidíase vulvovaginal (CVV) também referida como monilíase é a segunda infecção vaginal mais comum (SHIMP, 2002). Diversas espécies de *Candida* podem ser isoladas da vagina de 10-20% das mulheres em idade reprodutiva e 30-40% das mulheres grávidas (BATES, 2003). Aproximadamente 80-90% dos casos de CVV são causados pela *Candida albicans*. Outras espécies como *Candida não albicans*, *Candida tropicalis* e *Candida glabrata*, são mais raras e mais resistentes ao tratamento farmacológico (SOBEL, 1997; DANIEL & ROBINSON, 2002).

A CVV não é considerada uma doença sexualmente transmissível, visto que pode acometer mulheres celibatárias e que a *Candida albicans* faz parte da flora vaginal (PORTO, 2000). No entanto, freqüentemente a CVV é diagnosticada em mulheres com outras doenças sexualmente transmissíveis que apresentam corrimento vaginal (DANIEL & ROBINSON, 2002).

Não há fatores predisponentes identificadores para a maioria dos episódios de CVV (SHIMP, 2002), mas gravidez, uso de contraceptivos orais ou estrogênio na pós-menopausa, uso de dispositivo intra-uterino ou outras e barreiras contraceptivas, o diabetes mellitus, dietas ricas em açúcar, tratamento com antibióticos de largo espectro ou drogas imunossupressoras, infecção por HIV, colonização gastro-intestinal e relações sexuais freqüentes ou sexo oral receptivo, são considerados fatores de risco (SOBEL, 1998).

Os sintomas característicos da CVV são pruridos intensos, eritema vulvar ou vaginal, disúria e sensação de ardência ao urinar (SHIMP, 2002). O corrimento vaginal é branco e espesso, sem odor ofensivo, com aparência de leite coalhado ou queijo tipo cottage. Neste caso, diferente da vaginose bacteriana ou tricomoníase, o corrimento vaginal apresenta-se sem odor repugnante. Os sintomas são mais pronunciados na semana antes da menstruação e melhoram com o início da mesma (SHIMP, 2002; BATES, 2003).

O diagnóstico da CVV é estabelecido através da história da paciente e do exame microscópico do corrimento vaginal que apresenta leveduras e hifas. Na candidíase vulvovaginal, o pH é normal (4-4,5) e o teste do cheiro é negativo (DANIEL & ROBINSON, 2002). A cultura é o teste diagnóstico mais sensível, mas deve ser reservada para aquelas instâncias nas quais os sinais e sintomas estão presentes e o exame direto é negativo para hifas (NAUD et al., 2001).

A CCV pode ser classificada como complicada ou não complicada (SOBEL, 1998). A CVV não complicada ocorre em cerca de 90% das pacientes e responde prontamente à terapia antifúngica tópica ou oral de curso curto (Tabela 4). Em geral, os antifúngicos imidazólicos, aplicados topicamente durante 1-3 dias são os agentes mais efetivos (Tabela 4), alcançando taxas de cura clínica em torno de 85-90%, quando comparados com a nistatina, onde a cura se estabelece em 75-80% (SOBEL, 1998). Butaconazol, clotrimazol, miconazol e tioconazol têm espectros de ação similares, sendo que o terconazol tem melhor atividade contra espécies de *Candida não-albicans*. A terapia com agentes orais apresenta taxa de cura ligeiramente melhor que a terapia com antifúngicos tópicos, sendo que a maioria das mulheres prefere a terapia oral pelo conforto da administração (SOBEL, 1998; DANIEL & ROBINSON, 2002; RINGDAHL, 2003). Embora o fluconazol seja o único

antifúngico oral aprovado para o tratamento da CVV pela FDA (Food and Drug Administration), o cetoconazol e o itraconazol mostram-se também efetivos nesta condição (DANIEL & ROBINSON, 2002). O tratamento do parceiro não é recomendado, a não ser que ocorra recorrência da CVV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Na CVV complicada, fatores como sintomas severos, recorrência (mais de 4 episódios por ano), presença de diabetes mellitus, imunossupressão ou infecção por espécies não-*albicans* estão presentes e requerem terapia mais prolongada (≥ 7 dias) ou duas doses de fluconazol 100 mg administradas em 72 hs (SOBEL et al., 2001).

Na CVV recorrente, após controlados os fatores causais e a instituição da terapêutica medicamentosa prolongada, a profilaxia ou um regime de manutenção deve ser realizado por 6 meses incluindo: fluconazol 150 mg (1 x por semana), cetoconazol 100 mg (1 x ao dia), itraconazol 100 mg (dias alternados) ou aplicação de imidazólico tópico diariamente (SOBEL, 1998; SOBEL et al., 2001).

Para pacientes grávidas, os antifúngicos orais não são recomendados. O tratamento deve ser de pelo menos 7 dias com antifúngicos tópicos como butoconazol, clotrimazol, terconazol ou miconazol (DANIEL & ROBINSON, 2002).

Tabela 4. Tratamento farmacológico da CVV não complicada

| USO LOCAL (intra-vaginal) |
|---|
| Dose única clotrimazol comprimido vaginal 500 mg tioconazol pomada 6,5% 5 g |
| 3 dias butoconazol creme 2% 5 g [#] terconazol creme 0,8% 5 g, 1 x dia [#] |
| 7 dias clotrimazol creme 1% 5 g [#] miconazol creme 2% 5 g [#] |
| 14 dias nistatina 100.000 UI comprimido vaginal, 1x dia |

[#] aplicar 2 vezes ao dia em caso de coceira

| USO SISTÊMICO (VO) | |
|--|-------------------------------------|
| Indicação | Alternativa |
| fluconazol 150 mg, dose única itraconazol 200 mg, 2 x dia/1 dia itraconazol 200 mg, 1 x dia/3 dias | cetoconazol 400 mg, 2 x/dia, 5 dias |

Corrimento Vaginal por Alterações Fisiológicas

Vaginite atrófica

A vaginite atrófica caracteriza-se por uma inflamação relacionada com a atrofia da mucosa vaginal, secundária a uma diminuição nos níveis de estrogênio (BATES, 2003). A vaginite atrófica pode ocorrer na menopausa, período pós-parto, amamentação,

mulheres recebendo radio ou quimioterapia ou ainda naquelas que estejam tomando medicação anti-estrogênica (clomifeno e medroxiprogesterona, por exemplo).

Com a diminuição do estrogênio, o epitélio vaginal torna-se fino e a lubrificação vaginal diminui. Estas alterações levam a uma redução na produção de lactobacilos e um aumento do pH, favorecendo o crescimento de coliformes, levando assim a produção do corrimento vaginal (SHIMP, 2002). Além da diminuição da lubrificação vaginal, sintomas como irritação vaginal, secura, ardência, coceira e dispareunia podem ocorrer (SHIMP, 2002; BATES, 2003). O corrimento vaginal se apresenta delgado, aquoso, mal-cheiroso, de cor amarelada e ocasionalmente podendo conter sangue (SOBEL, 1997; SHIMP, 2002).

O objetivo inicial do tratamento da vaginose bacteriana é reduzir ou eliminar os sintomas da secura vaginal, ardência e coceira. Os lubrificantes íntimos têm a capacidade de umedecer temporariamente o tecido vaginal, fornecendo, à curto-prazo, alívio dos sintomas (SHIMP, 2002).

O auto-tratamento é apropriado, quando os sintomas são leves ou moderados e limitados à área vaginal. A vaselina não deve ser usada, pois é de difícil remoção da vagina. Géis lubrificantes solúveis em água são os mais indicados e podem ser aplicados tanto externa quanto internamente. Inicialmente a paciente deve ser instruída a usar uma quantidade generosa de lubrificante (acima de 2 tubos), entretanto a quantidade e a frequência devem ser específica de acordo com a necessidade de individual. Se a paciente estiver tratando a dispareunia, o lubrificante deve ser aplicado tanto na abertura da vagina, quanto no pênis do parceiro (SHIMP, 2002). A prevenção da secura vaginal pode requerer a prescrição de hormônios à base de estrogênio, principalmente se ocorrer durante a menopausa (SHIMP, 2002).

Gravidez

Durante a gravidez, a presença de um corrimento vaginal é comum e decorre principalmente da hipertrofia do epitélio vaginal com aumento de células contendo glicogênio (BATES, 2003). Há também maior vulnerabilidade para infecções vaginais, como por exemplo, para a candidíase. A presença de corrimento vaginal purulento, mal-cheiroso, ou sintomas como coceira ou dor abdominal deve ser investigada. O tratamento adequado, já especificado anteriormente, pode prevenir complicações maternas e fetais.

O papel do farmacêutico

O farmacêutico tem papel importante na prevenção e tratamento do corrimento vaginal. Através do acompanhamento e recomendações, o farmacêutico deve assegurar que a paciente receba a terapia mais efetiva, aconselhar na automedicação e encaminhar para avaliação médica quando necessário. O farmacêutico ainda tem grande responsabilidade na avaliação do potencial de interações entre as medicações prescritas. Finalmente, o profissional não deve apenas informar sobre o uso correto da medicação, mas também quanto ao tratamento dos parceiros e educar sobre práticas sexuais seguras e uso adequado de preservativos.

Algumas questões e recomendações listadas na Tabela 5 irão auxiliar o farmacêutico na coleta de informações necessárias para adequadamente atender a paciente com corrimento vaginal.

Tabela 5. Questões para a avaliação da paciente com corrimento vaginal.

| SINTOMAS | DIAGNÓSTICO | TRATAMENTO |
|--|--|---|
| 1- O corrimento vaginal apresenta-se com cor, cheiro e consistência normal? A quantidade está aumentada? ↓ Sim ↓ Não | Isso pode ser normal quando for relacionado ao uso de hormônios ou contraceptivos orais. | → Procurar seu médico se esta condição persistir ou tornar-se preocupante. |
| 2- O corrimento é branco, apresenta coceira e irritação nos lábios vaginais? ↓ Sim ↓ Não | Estes sintomas são típicos de candidíase. | → Se for a primeira vez que apresenta esses sintomas, procurar um médico para confirmar o diagnóstico. |
| 3- O corrimento apresenta-se verde amarelado com odor desagradável? ↓ Sim | Questão 5 | → |
| 4- Tem e febre ou dor abdominal? ↓ Sim ↓ Não | Pode ser uma infecção séria, por exemplo, doença inflamatória pélvica. O corrimento pode ser causado por uma DST como tricomoníase. | → Procurar seu médico imediatamente. → Procurar seu médico. |
| 5- O odor é pior que o corrimento? ↓ Sim ↓ Não | Um corpo estranho como: tampão esquisito, um dispositivo contraceptivo pode causar a dor e a irritação! | → Remover o objeto e procurar seu médico se a irritação não parar. |
| 6- Tem dor ou coceira nos lábios vaginais, ou na pele ao redor da vagina? ↓ Sim ↓ Não | Candidíase é comum. Outras infecções fúngicas ou irritações causadas por produtos de higiene íntima podem causar <i>ruzh</i> . | → Usar roupas íntimas limpas e manter a área genital seca. Se somente a pele for afetada, usar um creme antifúngico. Procurar um médico se essas medidas simples não resolverem o problema. |
| 7- A abertura vaginal apresenta-se inchada e dolorida, ou o lábio vaginal está inchado? ↓ Sim ↓ Não | Este inchaço pode ser devido a uma forte infecção na glândula da mucosa ou no lábio vaginal, ou abscesso. | → Procurar seu médico imediatamente. |
| 8- Apresenta a área interna ou externa da vagina com dor ou ferida? ↓ Sim ↓ Não | Herpes e outras DST frequentemente começam com dor. | → Procurar seu médico. |
| 9- Apresenta dor durante relação sexual? ↓ Sim | Questão 12 | → |
| 10- A vagina aparenta estar seca, ou apresenta coceira e irritação na vagina? ↓ Sim ↓ Não | Relação sexual dolorosa pode ser devido a uma infecção ou deficiência de hormônios. | → Procurar seu médico para assegurar que você não tem alguma infecção ou deficiência de hormônios. Secura vaginal ode ser aliviada pelo uso de lubrificantes vaginais. |
| 11- Está tendo preocupação com desempenho sexual? ↓ Sim ↓ Não | Relação sexual dolorosa pode ser devido a vaginismo. | → Procurar seu médico se você desconfortar de vaginismo. Existe tratamento disponível. |
| 12- Apresenta dor ao urinar? ↓ Sim ↓ Não | Você pode ter uma infecção na bexiga, ou cistite. | → Procurar seu médico |
| 13- Quando você ri, tosses ou levanta algum objeto, escapa urina? ↓ Sim ↓ Não | Este é um sintoma de incontinência urinária | → Discuta o problema com seu médico. Você pode fortalecer sua bexiga através de exercícios; esvaziar a bexiga frequentemente, ajudará a prevenir este problema. Fraldas podem ser necessárias; outra opção pode ser a cirurgia. |
| 14 - Para maiores informações procurar seu médico. | | |

CONCLUSÕES

O corrimento vaginal é um sintoma bastante comum nas mulheres, podendo estar associado com doenças sexualmente transmissíveis ou não. É importante estabelecer a causa do corrimento vaginal, para que o tratamento seja adequado. O farmacêutico tem papel fundamental no aconselhamento e orientação destas pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATES, S. Vaginal discharge. *Curr. Obstet. Gynaecol.* v.13, p.218-223, 2003.
- DANIEL, K. P.; ROBINSON, M. Update on the treatment of sexually transmitted diseases. Disponível em <<http://www.uspharmacist.com/NewLook/DisplayArticle.cfm?>>. Acesso em: 31 jan. 2002.
- MACSWEEN, K.F.; RIDGWAY, G.L. The laboratory investigation of vaginal discharge. *J. Clin. Pathol.* v.51, p.564-567, 1998.
- NAUD, P.S.V. et al. Doenças sexualmente transmissíveis. IN: OLIVEIRA, H.C., LEMGRUBER, I. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- PORTO, A.G.M. *Infecções sexualmente transmissíveis na gravidez*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.
- REY, L. Flagelados das vias digestivas e geniturinárias: tricomoníase e giardíase. IN: *Parasitologia: Parasitas e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- RINGDAHL, E.N. Treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. Disponível em <<http://www.aafp.org/afp/20000601/3306.html>>. Acesso em: 05 abril 2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*. Morbidity and Mortality Weekly Report v.51, p.1-77, 2002
- SOPER, D.E. Infecções geniturinárias e doenças sexualmente transmitidas. IN: BEREK, J.S., ADASHI, E.Y., HILLARD, P.A. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SHIMP, L.A. Vaginal and vulvovaginal disorders. IN: BERAID, M. et al. *Handbook of nonprescription drugs*, 13ª ed. Washington: American Pharmaceutical Association, p.129-147, 2002.
- SOBEL, J.D. Vaginitis. *New Engl. J. Med.* v. 337, p.1896-903, 1997.
- SOBEL, J.D.; FARO, S.; FORCE, R.W. et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiological, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* v.178, p.203-211, 1998.
- SOBEL, J.D.; KAPERINICK, P.S.; ZERVOS, M. et al. Treatment of complicated Candida vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* v.185, p.363-369, 2001.
- SOBEL, J.D.; HILLIER, S.; SMOLENSKI, L. et al. Management of recurrent vulvovaginal candidiasis with maintenance suppressive weekly fluconazole: a multicenter study. IN: Program and abstracts of the 42nd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (San Diego). Washington: American Society for Microbiology, 2002.
- ZAMITH R.; BARACAT, E.C. Doenças sexualmente transmissíveis. IN: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; RIBEIRO DO VALLE, J. et al. *Atualização terapêutica*. 20ª eds. São Paulo: Artes Médicas, p.628-629, 2001.
- ZAMITH R.; NAZÁRIO, A.C.P.; BARACAT, E.C. et al. Corrimento genital. IN: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; RIBEIRO DO VALLE, J. et al. *Atualização terapêutica*. 20ª eds. São Paulo: Artes Médicas, p.840-841, 2001.
- WEHBEH, H.A.; RUGGEIRIO, R.M.; SHAKEM, S. et al. Single dose azithromycin for chlamydia in pregnant women. *J. Reprod. Med.* v.43, p.509-514, 1998.