

## Importância das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Transmissão Sexual do HIV

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um grave problema mundial de saúde, com aproximadamente 1 milhão de indivíduos infectados a cada dia (incluindo o vírus da imunodeficiência humana – HIV), com sérias consequências para a saúde individual e coletiva, como infertilidade, gravidez ectópica, câncer cervical, morte e, ainda, um enorme impacto psicossocial e econômico<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando apenas as DST curáveis, em indivíduos com idade entre 14 e 49 anos, estima a ocorrência de 340 milhões de novos casos por ano no mundo<sup>1</sup>.

### As DST no Brasil

No Brasil, o Ministério da Saúde por intermédio do Programa Nacional de DST/Aids realizou uma pesquisa multicêntrica para estabelecer a prevalência das DST na população geral e nos grupos mais vulneráveis. As **Tabelas 1 e 2** apresentam os dados encontrados.

**Tabela 1** – Prevalências (%) por etiologia de DST segundo grupos de estudo (Brasil, 2004-2005).

Grupos DST	População Geral	
	Gestantes	Industriários
Sífilis	2,7	2,0
Gonorreia	1,5	0,9
Clamídia	9,4	3,4
HIV	0,5	NR
HBV	0,9	0,9
HPV total	40,4	NR
HPV alto risco	33,5	NR
HPV baixo e médio riscos	17,4	NR

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

**Tabela 2** – Prevalências (%) por etiologia de DST segundo grupos de estudo (Brasil, 2004-2005).

Grupos DST	População Vulnerável	
	Mulheres DST	Homens DST
Sífilis	3,5	4,4
Gonorreia	3,3	28,5
Clamídia	7,3	13,1
HIV	0,6	1,7
HBV	0,7	1,6
HPV total	45,9	44,4
HPV alto risco	38,0	21,9
HPV baixo e médio riscos	26,1	38,1

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde.

Desde o início da epidemia de HIV/aids, vários pesquisadores têm buscado evidências da existência de uma forte inter-relação entre a infecção HIV e as outras infecções sexualmente transmissíveis<sup>2,3</sup>.

Com a progressão da epidemia de HIV/aids, estas inter-relações foram sendo estudadas, mais bem compreendidas e hoje servem como uma das bases para estratégias de controle da infecção HIV.

Em 1997, o *Advisory Committee for HIV and STD Prevention* (ACHSP) do *Centers for Disease Control* – CDC reviu os dados das pesquisas publicadas que relacionavam as DST curáveis com o risco de infecção para HIV e concluiu que havia evidências científicas de que a detecção e o tratamento precoce das DST são uma estratégia efetiva para prevenir a transmissão sexual do HIV.

A partir desta constatação, recomendou:

- A detecção e o tratamento precoce das DST curáveis devem tornar-se componente explícito dos programas de prevenção nos níveis nacional, estadual e local.
- Nas áreas onde as DST que facilitam a transmissão pelo HIV prevalecem, os programas de rastreamento e tratamento devem ser expandidos.
- Os programas preventivos de HIV e DST nos Estados Unidos, juntamente com parceiros dos setores público e privado, devem ter uma responsabilidade conjunta para a implementação desta estratégia<sup>4</sup>.

Em 2000, a UNAIDS/OMS publicou o resultado de uma consultoria realizada com o objetivo de avaliar os achados das pesquisas que mostravam os efeitos do tratamento das DST na transmissão do HIV e concluiu pela existência de evidências científicas suficientes para que o manejo das DST fosse um componente essencial nos programas de prevenção de HIV/aids.

O plano estratégico do *Center for Infectious Diseases* dos Estados Unidos da América, para 2008 a 2013, coloca como uma das suas sete metas a prevenção das DST relacionadas com a infecção por HIV.

### Principais inter-relações DST e HIV/aids

As conexões entre a infecção por HIV e as outras infecções sexualmente transmissíveis são bilaterais, multifacetadas e dão-se principalmente nos planos comportamental, epidemiológico e biológico. No plano comportamental, as inter-relações ocorrem tanto pelo uso da via de transmissão sexual, quanto pelos fatores de risco, que lhes são comuns:

- ambas são transmitidas por contato sexual anal, vaginal e oral;
- a variação de parceiros, o não uso, ou o uso inconsistente do preservativo estão associados com maior risco para ambas as infecções (**Quadro 1**).

No plano epidemiológico, as duas epidemias seguem juntas:

- Populações com elevadas taxas de DST apresentam elevadíssimas taxas de transmissão sexual do HIV.
- EUA (2004) – sífilis primária e secundária: taxas de 2,7 casos por 100.000 pessoas, mais de 60% em homens que fazem sexo com homens (HSH), a maioria associada a coinfeção por HIV.
- Indivíduos com outras DST têm pelo menos duas a cinco vezes mais chance de adquirir HIV quando expostos ao vírus pelo contato sexual.

- Indivíduos vivendo com HIV, que são infectados por outra DST, têm mais chance de transmitir o vírus pelo contato sexual<sup>5</sup>.

#### No plano biológico:

A presença de uma DST provoca alterações imunológicas nas mucosas que facilitam a aquisição e a transmissão do HIV, bem como alterações na imunidade sistêmica que facilitam a progressão da infecção HIV para aids<sup>6</sup>.

Para os indivíduos não portadores de HIV, a presença de uma DST provoca um aumento no recrutamento de células-alvo do HIV para a superfície das membranas mucosas, ocasionando redução da resistência local à infecção e o consequente aumento da suscetibilidade para a transmissão do HIV.

Para indivíduos que vivem com HIV, a presença de uma DST aumenta o recrutamento de células-alvo, infectadas pelo vírus, para a superfície das membranas mucosas, produzindo elevação da carga viral nas secreções genitais e, por consequência, aumento da oferta e da transmissibilidade<sup>7-10</sup>.

### Papel da prevenção e do tratamento das DST na prevenção da transmissão sexual do HIV

Consideradas as evidências científicas de que a presença de uma DST está ligada a um aumento na transmissibilidade sexual da infecção por HIV e na progressão desta para aids, o passo seguinte é como transformar esse conhecimento em ação preventiva para os programas de controle de DST/HIV/aids<sup>4,11</sup>. Há, neste particular, uma questão fundamental que deve ser respondida:

Que intervenções em relação às DST devem ser implementadas com vistas à prevenção da infecção por HIV?

A resposta (opinião dos autores) é que, em praticamente todas as ações de prevenção e controle de DST há uma interface com as ações de prevenção e controle da infecção HIV/aids. As ações que ora seguem são idealizadas e devem ser adaptadas a cada realidade em particular, de acordo com os recursos disponíveis.

**Quadro 1** – Exposição e risco de infecção do HIV.

Rota de Exposição Transmissão Sexual	Risco de Infecção
Mulher para homem	1 em 700 a 1 em 3.000
Homem para mulher	1 em 200 a 1 em 2.000
Homem para homem	1 em 10 a 1 em 1.600
Felação (?)	0 a 6%

Fonte: Cohen MS.

### Informação e educação em saúde

Devem-se incorporar, explicitar e enfatizar, com clareza, em todas as oportunidades de trabalhos educativos ou informativos, as inter-relações HIV/aids/DST.

### Vacina

Administrar a vacina de hepatite B nos pacientes infectados por HIV que são negativos para HBs-ag, a menos que estejam cronicamente infectados.

### Rastreio para DST

Aconselhar e oferecer exames para investigar DST de rotina para todos os indivíduos vivendo com HIV e tratar prontamente os casos assintomáticos e seus parceiros.

### Na primeira visita

#### Todos os pacientes:

- Sífilis (teste não treponêmico).
- Gonorreia (homem: Gram, PCR na urina ou cultura; mulher: cultura ou PCR ou captura de híbridos cervical ou PCR na urina).
- Clamídia (homem: PCR uretral ou na urina; mulher: PCR ou captura de híbridos na cérvix, ou PCR na urina).

#### Mulheres:

- Tricomoníase (exame direto, cultura, teste rápido).
- Pacientes que reportam sexo anal receptivo; gonorreia – cultura retal ou PCR.
- Clamídia – cultura retal ou PCR.
- Pacientes que reportam sexo oral receptivo; gonorreia – cultura ou PCR da faringe.

### Visitas subsequentes

- Anualmente: repetir todos os testes para todos pacientes sexualmente ativos.
- Mais frequentemente: rastreio a cada 3 ou 6 meses, dependendo dos fatores de risco reportados:
  - Múltiplos parceiros, parceiros anônimos, diagnóstico de nova DST, uso de drogas (especialmente metanfetamina), sexo desprotegido fora do relacionamento monogâmico, prostituição ou relação com profissionais do sexo, alta prevalência de DST na população afetada, mudança de vida, por exemplo, separação.
- Aconselhar e oferecer teste HIV para todos os indivíduos com qualquer nova DST. Uma nova DST representa um risco, uma oportunidade para infecção por HIV.

### Diagnóstico e tratamento precoces

- Tratamento por abordagem sindrômica das úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e cervical, desconforto e dor pélvica se não houver diagnóstico etiológico imediato no momento da consulta.
- Tratamento dos parceiros sexuais com base no diagnóstico do caso-índice, seja sindrômico ou etiológico.

### Vigilância epidemiológica

- Monitorar continuamente a prevalência das DST na população em geral e nos indivíduos vivendo com HIV.
- Monitorar continuamente o aparecimento de resistência microbiana aos fármacos padronizados para a terapêutica das DST, inclusive para o HIV, e desenvolver novas drogas.

### Aconselhamento aos portadores de HIV/aids quando acometidos por uma nova DST

A presença de uma nova DST em pessoa com HIV/aids é um indicativo de sexo desprotegido, o que pode colocar outras pessoas em risco de infecção pelo HIV. Nesta circunstância, o aconselhamento deve incluir os seguintes componentes:

- Determinar o tipo e a frequência dos comportamentos sexuais que têm ocorrido.
- Determinar o número e o *status* quanto ao HIV do(s) parceiro(s) com quem o portador de HIV teve um novo relacionamento sexual.
- Discutir sobre a necessidade de evitar as relações sexuais não protegidas, especialmente com pessoas desconhecidas ou HIV-negativo, bem como sobre o papel das outras DST como facilitadoras na transmissão da infecção por HIV.
- Discutir as questões específicas da DST em questão, como tratamento e prevenção, incluindo a prevenção de infecções futuras,

adesão a todos os aspectos do tratamento prescrito para DST, inclusive abstenção sexual até a alta definitiva.

- Discutir e realizar estratégias para a notificação dos parceiros, infectados e não infectados por HIV ou com *status* desconhecido, acerca da exposição à DST em questão e à infecção pelo HIV, bem como sobre a necessidade de serem avaliados, testados e tratados.

Embora seja de domínio do conhecimento atual que cada DST tem suas particularidades em relação às interações com a infecção por HIV, o texto não se aprofunda neste sentido, pois tem como objetivo principal estimular a discussão do tema e facilitar o entendimento para fortalecer a integração entre as ações de controle de DST e HIV/aids em todos os níveis de atenção à saúde.

Não se pretendeu dissecar o assunto na sua profundidade, pois não se trata de uma pesquisa científica, mas de uma sistematização da literatura sobre o assunto, com um formato que busca facilitar a leitura e o entendimento, e que possa, ocasionalmente, servir como mais uma referência para os profissionais de saúde que lidam com as questões de DST/HIV/aids.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO (World Health Organization). Global Strategy for Intervention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015: Breaking the chain of transmission. Geneve; 2007.
2. Holmberg SD, Stewart JA, Gerber AR, Byers RH, Lee FK, O'Malley PM et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. JAMA 1988; 259(7):1048-50.
3. Telzak EE, Chiasson MA, Bevier PJ, Stoneburner RL, Castro KG, Jaffe HW. HIV-1 seroconversion in patients with and without genital ulcer disease: A prospective study. Ann Intern Med 1993; 119:1181-86.
4. MMWR (Morbidity Mortality Weekly Report). HIV Prevention through early Detection and treatment of other sexually transmitted diseases - United States recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD Prevention. July 31 1998; 47(RR12):1-24
5. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis. 1992; 19(2):61-77.
6. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). The Role of STD Detection and Treatment in HIV Prevention. December 2007.
7. Ghys PD, Franssen K, Diallo MO, Ettiègne-Traoré V, Coulibaly IM, Yeboué KM et al. The associations between cervico vaginal HIV shedding, sexually transmitted diseases and immuno suppression in female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. AIDS 1997; 11(12):F85-F93.
8. Kreiss J, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Plummer F, Ndinya-Achola J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. J Infect Dis. 1994; 170(6):1597-601.
9. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. Lancet 1998; 351 (Suppl. 3):5-7.
10. Schacker T, Ryncarz, Goddard J, Diem K, Shaughnessy M, Corey L. Frequent recovery of HIV-1 from genital herpes simplex virus lesions in HIV-1-infected men. JAMA 1998; 280(1):61-6.
11. Kent ME, Romanelli F. Reexamining syphilis: An update on epidemiology, clinical manifestations, and management. Ann Pharmacotherapy 2008; 42(2): 226-36.

**HERCULANO DR ALENCAR**  
**ELISABETE T ONAGA GRECCO**  
**MARIA CLARA GG RIBEIRO**

Secretaria de Estado da Saúde – SP, Centro de Referência e  
Treinamento de DST Aids do Estado de São Paulo.  
Programa Estadual de Controle de DST/Aids da Secretaria  
de Estado da Saúde – São Paulo.  
Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
– Regional São Paulo.  
beteonaga@crt.saude.sp.gov.br  
herculano@crt.saude.sp.gov.br