



Vulnerabilidade das mulheres com vírus da imunodeficiência humana ao câncer de colo do útero

Vulnerability of women with human immunodeficiency virus to cervical cancer

Vulnerabilidad de las mujeres con virus de la inmunodeficiencia humana al cáncer de cérvix

Dayse da Silva Guedes¹

Ana Zaiz Flores Teixeira de Carvalho¹

Ivana Cristina Vieira de Lima²

Gilmara Holanda da Cunha¹

Marli Teresinha Gimeniz Galvão¹

Odaleia de Oliveira Farias¹

1. Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil.

2. Universidade do Estado do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar as vulnerabilidades das mulheres com vírus da imunodeficiência humana ao câncer de colo do útero. **Método:** Estudo transversal desenvolvido em ambulatório com 152 mulheres adultas com HIV, a partir de formulário estruturado envolvendo os tipos de vulnerabilidades. **Resultados:** Para a vulnerabilidade individual, foram predominantes a faixa etária maior que 29 anos (87,5%), com escolaridade maior que oito anos de estudo (53,3%) e renda familiar menor que dois salários mínimos (94,1%). A maioria informou vida sexual ativa (81,6%) e não utilização de preservativo (57,2%). Para vulnerabilidade social, 56,6% estavam desempregadas. Na vulnerabilidade programática, 44,0% das mulheres realizaram exame de prevenção em período superior a um ano. Mulheres com maior escolaridade ($p = 0,007$), empregadas ($p = 0,000$) e que não usavam drogas ilícitas ($p = 0,000$) realizavam exames preventivos na frequência adequada. **Conclusão:** Neste estudo, foram identificadas situações de vulnerabilidades individual, social e programática para câncer de colo do útero nas mulheres com HIV.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em saúde; HIV; Papillomaviridae.

ABSTRACT

Objective: To identify the vulnerabilities of women with human immunodeficiency virus to cervical cancer. **Methods:** Cross-sectional study carried out in a clinic with 152 adult women with HIV, by means of the application of a structured form comprising several types of vulnerability. **Results:** Related to individual vulnerability, were prevalent the age above 29 years (87.5%), education higher than eight years of study (53.3%) and family income lower than two minimum wages (94.1%). The majority reported active sexual life (81.6%) and non-use of condoms (57.2%). Regarding the social vulnerability, 56.6% were unemployed. About programmatic vulnerability, 44.0% of women underwent a prevention exam in a period of more than one year. Women with more schooling ($p = 0.007$), employed ($p = 0.000$) and that did not use illicit drugs ($p = 0.000$) underwent the preventive exam in proper frequency. **Conclusion:** In this study, were identified individual, social and programmatic vulnerabilities for cervical cancer in women with HIV.

Keywords: Vulnerability in health; HIV; Papillomaviridae.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las vulnerabilidades de mujeres con virus de la inmunodeficiencia humana para el cáncer de cérvix. **Método:** Estudio transversal desarrollado en centro de salud con 152 mujeres con HIV a partir de formulario estructurado envolvendo los tipos de vulnerabilidad. **Resultados:** Para la vulnerabilidad individual, eran predominantes mujeres con edad superior a 29 años (87,5%), escolaridad superior a ocho años (53,3%) y renta de la unidad familiar menor que dos salarios mínimos (94,1%). La mayoría informó vida sexual activa (81,6%) y no uso del preservativo (57,2%). Sobre la vulnerabilidad social, 56,6% estaban desempleadas. Para vulnerabilidad programática, 44,0% realizaron exámenes preventivos en periodo superior a un año. Mujeres con más escolaridad ($p = 0,007$), empleadas ($p = 0,000$) y que no usaban drogas ilícitas ($p = 0,000$) realizaban exámenes preventivos en la frecuencia adecuada. **Conclusión:** Se identificaron situaciones de vulnerabilidades individual, social y programática para el cáncer de cérvix en las mujeres con VIH de ese estudio.

Palabras clave: Vulnerabilidad en salud; VIH; Papillomaviridae.

Autor correspondente:

Odaleia de Oliveira Farias.

E-mail: odafarias@hotmail.com

Recebido em 06/08/2018.

Aprovado em 26/02/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0203

INTRODUÇÃO

As mulheres com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) apresentam maior chance de desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo uterino, ocasionadas pelo Papilomavírus Humano (HPV), quando comparadas às mulheres soronegativas.¹ Estima-se que a prevalência desse agravo seja três vezes maior nesse público-alvo, sobretudo, diante da diminuição dos linfócitos T CD4+ e dos níveis mais elevados de carga viral.²

Os fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade à infecção pelo HPV em mulheres com HIV estão relacionados aos aspectos individuais e sociais, principalmente, à multiplicidade de parceiros sexuais, idade precoce da primeira relação sexual, baixo nível socioeconômico e relação sexual sem o uso do preservativo.¹ Ressalta-se que o maior nível de escolaridade e o acesso às informações sobre o diagnóstico e prevenção da infecção pelo HPV na população feminina que vive com HIV contribuem para a percepção do risco das lesões precursoras do câncer de colo de útero (CCU) e para adoção de atitudes promotoras de saúde.³

No âmbito das políticas de saúde, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, recomenda o rastreamento da neoplasia de CCU em mulheres com HIV sexualmente ativas, com realização semestral do exame Papanicolau durante o primeiro ano e se níveis de linfócitos T CD4+ menor que 200 células, além do seguimento anual em casos sem alterações como estratégia principal de prevenção.⁴ Os serviços de atenção especializada em HIV/aids são os principais responsáveis pela garantia da integralidade da assistência em saúde às mulheres que vivem com o vírus, portanto, necessitam garantir o rastreamento dos casos de CCU e o encaminhamento aos serviços de referência, de forma a promover a saúde dessa mulher. No entanto, observa-se na prática clínica o descumprimento dessa recomendação, seja pelo desconhecimento por parte das mulheres com HIV ou pela falta de profissionais para fornecer orientações acerca da necessidade de realização sistemática do exame de prevenção.⁵

As estratégias educativas de promoção da saúde devem estar presentes no processo de trabalho de todas as equipes de saúde, seja em momentos coletivos ou individuais de consulta. Assim, a disseminação da necessidade dos exames e de sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer são fundamentais para o cuidado às mulheres.⁴ Diante das repercussões do CCU na saúde sexual e reprodutiva, tem-se que o conhecimento sobre as vulnerabilidades das mulheres com HIV à infecção pelo HPV é um aspecto importante, pois contribui para a compreensão de como ocorre a exposição a esse agravo à saúde, com vistas a identificar suas necessidades de saúde a partir de marcadores de vulnerabilidade relacionados às dimensões individual, social e programática.⁶

A vulnerabilidade individual inclui as características biológicas, pessoais, percepção de risco e atitudes para a autoproteção, as quais implicam em maior exposição e suscetibilidade a determinado agravo. A vulnerabilidade social se refere à

estrutura econômica, políticas públicas de saúde e educação, cultura, ideologia e relações de gênero. Por sua vez, a vulnerabilidade programática se relaciona às políticas públicas de enfrentamento, com suas metas, ações propostas, organização e distribuição dos recursos para a prevenção e controle de doenças.⁶ A compreensão das vulnerabilidades associadas à coinfeção HIV/HPV é primordial para o delineamento de ações integrais de prevenção e tratamento do CCU, a partir do enfoque na educação em saúde e na organização da rede de atenção em saúde. Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo identificar as vulnerabilidades de ordem individual, social e programática ao câncer de colo do útero em mulheres com HIV. A hipótese estudada é de que mulheres com HIV tenham todos os tipos de vulnerabilidades ao CCU potencializados pela sua condição.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido em serviço ambulatorial em Fortaleza, Ceará, Brasil, referência no atendimento a pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Essa unidade de saúde oferece atendimento à demanda espontânea e aos casos referenciados pela rede de atenção primária, sendo disponibilizados, dentre outros serviços, a realização dos exames diagnósticos e de acompanhamento para o CCU.

A amostra foi dimensionada para estimar a prevalência de mulheres com coinfeção HIV/HPV, com 95% de confiança de que o erro da estimação não ultrapassasse 5%, considerando que tal prevalência é desconhecida na população, sendo estipulada em 50% (prevalência presumida), pois proporciona o maior tamanho de amostra, e que de acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) havia no período de estudo um total de 250 mulheres com HIV acompanhadas no serviço. Para tanto, aplicou-se a expressão:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{\epsilon^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Nessa fórmula, o z é igual ao valor da estatística z (1,96) para o grau de confiança adotado (95%) e p , N e ϵ correspondem à prevalência presumida (0,50), à população (250) e ao erro tolerável (0,05), respectivamente. Assim, foi calculada uma amostra de 152 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV, 18 anos ou mais e ter iniciado atividade sexual. Foram excluídas do estudo as mulheres histerectomizadas ou com alguma condição que interferisse na comunicação durante a pesquisa. Para seleção das participantes utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência. À medida que as pacientes compareciam ao serviço para consultas, eram convidadas a participarem do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2015 a janeiro de 2016, por meio de uma entrevista em ambiente

privativo, mediante a aplicação de formulário baseado nos tipos de vulnerabilidade.⁶ Nesse formulário, as variáveis foram organizadas segundo os tipos de vulnerabilidade: 1. Vulnerabilidade individual: idade, escolaridade, renda familiar, carga viral, contagem de linfócitos T CD4+, uso de drogas ilícitas, cigarros e álcool, vida sexual ativa, número de parceiros nos últimos 12 meses, uso de preservativo em todas as relações sexuais e história prévia de infecções sexualmente transmissíveis; 2. Vulnerabilidade social: atividade laboral; 3. Vulnerabilidade programática: tempo de realização do último exame de prevenção ginecológica. Antes da coleta de dados, o formulário passou por um pré-teste com mulheres com HIV, as quais não compuseram a amostra.

Para a análise do tempo decorrido da última prevenção de CCU, foi adotado o intervalo de ≤ 1 e > 1 ano, decorrente do tempo preconizado pelo Ministério da Saúde para realização do exame entre as mulheres com HIV, pois o rastreamento de CCU nesse grupo deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral.⁷

Os dados foram organizados no *Excel for Windows* e analisados por meio do software R, versão 3.2.2. Foram calculadas a frequência absoluta e relativa, além da média e desvio padrão. Para análise da associação entre as variáveis de vulnerabilidade individual/social e a vulnerabilidade programática utilizou-se o teste qui-quadrado para variáveis independentes. A análise multivariada foi realizada a partir da regressão logística simples, com cálculo da *Odds Ratio* bruto (OR) e dos respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Para a regressão logística, a variável "tempo decorrido da última prevenção de CCU" foi atribuída como dependente, enquanto as variáveis sociodemográficas e clínicas foram consideradas independentes. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

O estudo atendeu aos aspectos éticos e legais da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional e Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo Nº 953.308. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Quanto à vulnerabilidade individual, entre as 152 mulheres com HIV/aids, predominou a faixa etária maior que 29 anos (87,5%), escolaridade maior que oito anos de estudo (53,3%) e renda familiar menor que dois salários mínimos (94,1%). A maioria apresentou contagem de linfócitos T CD4+ ≥ 350 células/mm³ (80,9%) e carga viral < 400 cópias/ml (88,1%). Uma minoria relatou uso de cigarros (11,2%), de drogas ilícitas (9,2%) ou álcool (38,2%). Maior parte possuía vida sexual ativa (81,6%), quantidade considerável referiu história prévia de infecções sexualmente transmissíveis (44,0%). De um total de 96,0% informaram que tiveram ao menos um parceiro sexual nos últimos 12 meses, porém, 59 mulheres (57,2%) referiram não utilizar preservativo em todas as relações sexuais (Tabela 1).

Quanto à vulnerabilidade social, indicada pela atividade laboral das participantes, 56,6% da amostra referiu estar desempregada. Em relação à vulnerabilidade programática, representada pelo tempo da realização da última prevenção ginecológica, verificou-se que 44,0% das mulheres haviam realizado o último exame em período superior a um ano, estando em desacordo com o preconizado para mulheres vivendo com HIV/aids.

A associação entre as variáveis representativas da vulnerabilidade individual e social, quando relacionadas à vulnerabilidade programática, demonstrou relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o tempo decorrido da última prevenção de câncer ginecológico ($p = 0,007$; OR = 0,391; IC = 0,200-0,752), comprovando que as mulheres com maior escolaridade fazem exame em menor intervalo de tempo. A atividade laboral também apresentou associação com o tempo decorrido da última prevenção de CCU ($p = 0,000$; OR = 3,948; IC = 1,986-8,133), apontando que as mulheres com situação laboral ativa realizam o exame na frequência de tempo adequada. As mulheres que não utilizavam drogas ilícitas também realizavam o exame com maior frequência do que as que utilizavam essas drogas ($p = 0,000$; OR = 0,057; IC = 0,002-0,299) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

As mulheres que vivem com HIV/aids apresentam elevada vulnerabilidade para desenvolver CCU, pois além da coinfeção HIV/HPV, outros fatores individuais, sociais e programáticos podem aumentar as chances de desenvolver essa doença.⁵ Um dos cenários prioritários para o desenvolvimento de ações direcionadas à prevenção do CCU é a Atenção primária à Saúde (APS), espaço onde o enfermeiro exerce seu protagonismo, realizando entre suas atividades a consulta de enfermagem ginecológica. Ressalta-se que a consulta de enfermagem é uma tecnologia de assistência na APS, que tem ampliado o acesso e a qualidade do cuidado ofertado.⁸

Diante disso, vale ressaltar que durante as consultas de enfermagem do exame preventivo do CCU a esse grupo, as orientações fornecidas não devem ser direcionadas apenas para a coleta de material para o exame citopatológico, mas também a todos os aspectos de vulnerabilidade que podem envolver o desenvolvimento do câncer, tais como as características sociodemográficas, hábitos de vida, história sexual e reprodutiva.⁹ O atendimento a essa população na APS faz parte de uma estratégia de reorganização do modelo de assistência às pessoas vivendo com HIV que aproxima esses indivíduos das portas de entrada de assistência, além de oferecer ações programáticas sensíveis a sua condição, embasadas na promoção da saúde, visto que a infecção é uma condição crônica com tendência a estabilização de sua incidência, resultando em redução de suas vulnerabilidades.¹⁰

A idade é um aspecto da vulnerabilidade individual que requer atenção na amostra estudada, uma vez que a incidência de câncer ginecológico é elevada na faixa etária de 30 a 39 anos.⁷ Já a baixa escolaridade está relacionada à falta de conhecimento

Tabela 1. Aspectos de vulnerabilidade individual das mulheres com HIV acompanhadas em serviço ambulatorial. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis de vulnerabilidade individual	n	%
Idade (em anos)		
≤ 29	19	12,5
> 29	133	87,5
Escolaridade (em anos de estudo)		
≤ 8	71	46,7
> 8	81	53,3
Renda Familiar (em salário mínimo)*		
≤ 2	123	80,9
> 2	29	19,1
Carga viral (cópias/ml)		
< 400	134	88,2
≥ 400	18	11,8
Contagem de linfócitos T CD4+ (células/mm³)		
< 350	29	19,1
≥ 350	123	80,9
Uso de drogas ilícitas		
Sim	14	9,2
Não	138	90,8
Uso de cigarros		
Sim	17	11,2
Não	135	88,8
Consumo de álcool		
Sim	58	38,2
Não	94	61,8
Vida sexual ativa		
Sim	124	81,6
Não	28	18,4
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (n = 124)		
1	119	78,3
≥ 2	5	21,7
Uso de preservativo em todas as relações sexuais (n = 124)		
Sim	65	42,8
Não	59	57,2
História prévia de infecção sexualmente transmissível		
Sim	67	44,1
Não	85	55,9

Média ± desvio padrão: Idade (39 ± 8,3 anos); Escolaridade (9 ± 4 anos); Renda Familiar (1,7 ± 1,2 salários mínimos; * salário mínimo vigente: R\$788,00.); Linfócitos T CD4+ (604 ± 303 células/mm³); Carga Viral (6.010 ± 40.699 células/mm³).

Tabela 2. Associação e regressão logística entre as variáveis representativas da vulnerabilidade individual/social e a relacionada à vulnerabilidade programática. Fortaleza, CE, Brasil, 2016.

Variáveis de vulnerabilidade individual e social	Vulnerabilidade Programática		Valor de p**	OR	IC (95%)
	Tempo da última prevenção de CCU*				
	≤ 1 ano	> 1 ano			
Idade (em anos)					
≤ 29	12	7	0,665	1,394	0,5206- 4,019
> 29	73	60		1,000	Referência
Escolaridade (em anos de estudo)					
≤ 8	31	40	0,007	0,391	0,200-0,752
> 8	54	27		1,000	Referência
Renda Familiar (em salário mínimo)*					
≤ 2	65	58	0,172	0,511	0,205-1,189
> 2	20	9		1,000	Referência
Carga viral (cópias/ml)					
< 400	78	56	0,194	2,162	0,791- 6,308
≥ 400	7	11		1,000	Referência
Linfócitos T CD4+ (células/mm³)					
< 350	15	14	0,766	0,812	0,357- 1,856
≥ 350	70	53		1,000	Referência
Uso de drogas ilícitas					
Sim	1	13	0,000	0,057	0,002-0,299
Não	84	54		1,000	Referência
Uso de cigarros					
Sim	6	11	0,119	0,393	0,126- 1,112
Não	79	56		1,000	Referência
Consumo de álcool					
Sim	33	25	0,982	1,064	0,549-2,077
Não	52	42		1,000	Referência
Vida sexual ativa					
Sim	73	51	0,183	1,895	0,825-4,461
Não	12	16		1,000	Referência
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (n = 124)					
1	70	49	0,709	1,000	Referência
≥ 2	2	3		2,082	0,306-18,464
Uso de preservativo em todas as relações sexuais (n = 124)					
Sim	39	26	0,932	1,000	Referência
Não	34	25		1,102	0,535-2,271
História prévia de Infecção Sexualmente Transmissível					
Sim	34	33	0,329	0,689	0,358-1.318
Não	51	34		1,000	Referência
Atividade laboral					
Sim	49	17	0,000	3,948	1,986-8,133
Não	36	50		1,000	Referência

* CCU: Câncer de colo do útero; ** Teste qui-quadrado para variáveis independentes.

acerca do HPV, em relação à transmissão, estratégias de prevenção e associação do vírus com o CCU.^{9,11,12} Na presente investigação, a maioria das mulheres declarou ter mais de oito anos de estudo, o que pode facilitar a compreensão das orientações fornecidas durante as consultas.

Em relação à condição financeira, observou-se que a maioria das mulheres apresentava baixa renda familiar. O baixo poder aquisitivo está associado a menor capacidade de argumentação e negociação com o parceiro em relação ao uso de preservativo, tornando essas mulheres mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis.¹¹ Um estudo realizado com população semelhante encontrou resultados similares para média de idade das mulheres, 37,4 anos, poder aquisitivo baixo (73,3%), porém menor quanto a escolaridade (65,8%), fator que reforça características relacionadas a vulnerabilidade individual nesse grupo.¹³

Em mulheres vivendo com HIV/aids, deve-se considerar, além do controle citológico com coleta do exame de prevenção ginecológica, a avaliação imunológica, envolvendo a contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral, uma vez que se demonstra associação entre o HIV com a persistência do HPV, desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical, risco de infecção por HPV e alterações citológicas.¹⁴⁻¹⁸ As mulheres com imunossupressão grave e contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 200 células/mm³ possuem ainda maior risco de desenvolver neoplasia intraepitelial cervical¹⁴⁻¹⁸ sendo a imunossupressão um preditor do desenvolvimento da lesão cervical em mulheres com HIV/aids, entretanto o uso da terapia antirretroviral pode fortalecer a resposta imune e vir a ser um fator de proteção para essas mulheres.^{19,20}

Considerando-se o HPV como o principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU, estudos apontam a forte associação dos hábitos nocivos à saúde, como o tabagismo, uso de álcool e outras drogas, com a infecção por HPV de alto risco.^{15,21} Mulheres que vivem com HIV e fazem o uso do tabaco apresentam uma prevalência de neoplasia intraepitelial cervical quatro vezes maior que as não tabagistas.²² O uso do álcool e de drogas ilícitas está associado ao risco significativamente maior de adquirir infecções sexualmente transmissíveis, por influenciar na ocorrência de práticas sexuais desprotegidas.^{23,24} Neste estudo, a maioria das mulheres não apresentava vulnerabilidade em relação ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Além dos fatores mencionados, a vida sexual ativa e o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses também aumentam a vulnerabilidade de mulheres com HIV/aids a desenvolverem CCU.²³⁻²⁸ Embora a vida sexual ativa seja um fator potencial para o desenvolvimento do CCU, mulheres que possuem atividade sexual regular, tendem a apresentar maiores chances de realizar o exame de prevenção.²⁵ O uso do preservativo foi mencionado pela maior parte das mulheres. Destaca-se que o uso do preservativo em todas as relações sexuais é indispensável, pois impede a reinfecção pelo HIV e a aquisição de outras infecções sexualmente transmissíveis, além

de permitir o controle da gravidez não desejada.²⁹ Constata-se, também, que a ocorrência de outras infecções sexualmente transmissíveis está relacionada a uma maior incidência e prevalência de infecções por HPV.³⁰

Ao se avaliar as variáveis representativas da vulnerabilidade individual e social, relacionadas à vulnerabilidade programática, observou-se que as mulheres escolarizadas, que não faziam uso de drogas ilícitas e com situação laboral ativa, haviam realizado o exame de prevenção no último ano. O desconhecimento e a carência de educação em saúde acerca do exame preventivo de CCU em mulheres que vivem com HIV/aids, faz com que muitas não realizem o exame com a periodicidade preconizada, procurando o serviço de saúde apenas quando há sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis, dificultando a prevenção e detecção precoce desse tipo de câncer, e contribuindo para elevar o número de casos nessa população.²⁵

O uso de drogas representa uma condição de vulnerabilidade e exclusão social, originando maior dificuldade de acesso aos serviços básicos, tais como a educação e a saúde, aumentando a vulnerabilidade ao adoecimento.⁵ Ademais, não ter uma renda fixa também pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e a capacidade das mulheres de adotarem e manterem comportamentos que melhoram a saúde, tais como aderir ao exame preventivo como recomendado, pois o meio de transporte até o serviço de saúde é uma das barreiras que mais dificulta o comparecimento às consultas de rastreio do CCU, especialmente, para as mulheres que moram mais distantes do serviço.³¹

Compreender o cuidado em saúde de mulheres com HIV/aids a partir de suas vulnerabilidades possibilita uma reflexão sobre as situações que podem torná-las vulneráveis ao CCU. Para que isso ocorra, são necessários o diagnóstico precoce e o controle da doença, visando identificar os casos de predisposição ao câncer, assim como tratar de forma precoce e adequada. Torna-se indispensável que os serviços de saúde possam garantir a integralidade das ações de saúde direcionadas às mulheres que vivem com HIV/aids.

Dessa forma, estratégias para reduzir a prevalência do CCU incluem a vacinação contra o HPV na idade apropriada, e também na vida adulta para mulheres com HIV/aids, acessibilidade para as consultas de prevenção ginecológica, controle da transmissão do HIV e estratégias de promoção da saúde, direcionadas para a educação sexual e modificação do estilo de vida. Essas estratégias são importantes, uma vez que as mulheres com HIV apresentam baixos níveis de conhecimentos sobre o risco para a infecção pelo HPV e CCU, podendo não tomar as medidas preventivas adequadas.³²

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Quanto mais cedo forem implementadas as estratégias de prevenção do CCU, melhor o prognóstico do paciente. Por esse motivo, este estudo possibilitou conhecer as diferentes vulnerabilidades individual, social e programática apresentadas pelas

mulheres com HIV para o desenvolvimento de CCU. Dessa forma, a identificação de fatores potencializados dos diferentes tipos de vulnerabilidades para o CCU nessa população pode contribuir para o desenvolvimento de ações, programas e políticas, visando promover sua saúde e prevenir doenças.

Ademais, por meio deste artigo podemos dispor de subsídios para atuar de forma mais efetiva na atenção à saúde da mulher com HIV/aids. Esses achados podem proporcionar intervenções mais direcionadas ao contexto dessas pacientes, visando a redução do CCU nessa população.

Dentre as limitações deste estudo teve-se seu caráter transversal, que não é capaz de acompanhar mudanças de conhecimento, atitude e prática das mulheres com HIV/aids acerca da realização do exame de prevenção ginecológica e identificação de vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis. Diante disso, aponta-se a necessidade de estudos mais prolongados, com o objetivo de aprofundar o conhecimento da relação entre o HIV/aids e a vulnerabilidade ao CCU entre essas mulheres.

REFERÊNCIAS

- Van Aardt MC, Dreyer G, Snyman LC, Richter KL, Becker P, Mojaki SM. Oncogenic and incidental HPV types associated with histologically confirmed cervical intraepithelial neoplasia in HIV-positive and HIV-negative South African women. *S Afr Med J* [Internet]. 2016 May;106(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245730>. DOI: 10.7196/SAMJ.2016.v106i6.10335
- Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gir E. Sociodemographic and clinical factors of women with HPV and their association with HIV. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2015 Jan/Feb;23(1):74-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100074. DOI: 10.1590/0104-1169.3364
- Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Women with Lesions Precursor of Uterine Cervical Cancer and HPV: Description Socio-economic and Demographic Profile. *DST J Bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2011;23(1):28-33. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista23-1-2-2011/7%20-%20Mulheres%20Portadoras%20de%20Lesoes%20Precursoras%20do%20Cancer%20do%20Colo.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
- Bukirwa A, Mutyoba JN, Mukasa NB, Karamagi Y, Odiit M, Kawuma E, et al. Motivations and barriers to cervical cancer screening among HIV infected women in HIV care: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2015 Oct;15:82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603977/>. DOI: 10.1186/s12905-015-0243-9
- Ayres JRCM. Organization of health care actions: models and practices. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 Apr/Jun;18(Suppl 2):11-23. Available from: DOI: 10.1590/S0104-1290200900600003
- Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- Dantas CN, Santos VP, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016;25(1):e2800014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100601&script=sci_abstract&tlng=pt
- Souza AFS, Costa LHRC. Cervical Cancer and HPV: Women's Knowledge after Nursing Consultation. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2015 Oct/Dec;61(4):343-50. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847047>
- Ministério da Saúde (BR). Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica: Guia para Gestores. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- Mugweni E, Omar M, Pearson S. Understanding barriers to safer sex practice in Zimbabwean marriages: implications for future HIV prevention interventions. *Health Educ Res* [Internet]. 2015 Jun;30(3):388-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503579>
- Santos AMR, Holanda JBL, Silva JMO, Santos AAP, Silva EM. Cervical cancer: knowledge and behavior of women for prevention. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015 Apr/Jun;28(2):153-9. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3066/pdf>. DOI: 10.5020/18061230.2015.p153
- Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Markers of vulnerability for cervical cancer in HIV-infected women. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2011 May/Jun;19(3):500-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300008
- Camargo M, Soto-De Leon SC, Munoz M, Sanchez R, Peña-Herrera D, Pineda-Peña AC, et al. Human papillomavirus detection in women with and without human immunodeficiency virus infection in Colombia. *BMC Cancer* [Internet]. 2014 Jun;14:451. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24942545>. DOI: 10.1186/1471-2407-14-451
- Martins AES, Lucena-Silva N, Garcia RG, Welkovic S, Barbosa A, Menezes MLB, et al. Prevalence of human papillomavirus infection, distribution of viral types and risk factors in cervical samples from human immunodeficiency virus-positive women attending three human immunodeficiency virus-acquired immune deficiency syndrome reference centres in northeastern Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* [Internet]. 2014 Aug;109(6):738-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762014000600738
- Dames DN, Blackman E, Butler R, Taioli E, Eckstein S, Devarajan K, et al.; African Caribbean Cancer Consortium. High-risk cervical human papillomavirus infections among human immunodeficiency virus-positive women in the Bahamas. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan;9(1):e85429. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24465558>. DOI: 10.1371/journal.pone.0085429
- Teixeira NCP, Araújo ACL, Correa CM, Lodi CTC, Lima MIM, Carvalho NO, et al. Prevalence and risk factors for cervical intraepithelial neoplasia among HIV-infected women. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2012 May/Apr;16(2):164-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702012000200010. DOI: 10.1590/S1413-86702012000200010
- Lofgren SM, Tadros T, Herring-Bailey G, Birdsong G, Mosunjac M, Flowers L, et al. Progression and regression of cervical pap test lesions in an urban AIDS clinic in the combined antiretroviral therapy era: a longitudinal, retrospective study. *AIDS Res Hum Retroviruses* [Internet]. 2015 May;5(31):508-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25693769>. DOI: 10.1089/AID.2014.0254
- Zhang HY, Fei MD, Jiang Y, Fei QY, Qian H, Xu L, et al. The diversity of human papillomavirus infection among human immunodeficiency virus-infected women in Yunnan, China. *Virol J* [Internet]. 2014 Dec;11:202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25481842>. DOI: 10.1186/s12985-014-0202-3
- Silveira MP, Silveira CP, Guttier MC, Page K, Moreira LB. Long-term immune and virological response in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2016 Dec;41(6):689-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27676134>. DOI: 10.1111/jcpt.12450
- Adler DH, Wallace M, Bennie T, Mrubata M, Abar B, Meiring TL, et al. Cervical dysplasia and high-risk human papillomavirus infections among HIV-Infected and HIV-uninfected adolescent females in South Africa. *Infect Dis Obst and Gynecol* [Internet]. 2014;2014:498048. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25389377>. DOI: 10.1155/2014/498048
- de Andrade AC, Luz PM, Velasque L, Veloso VG, Moreira RI, Russomano F, et al. Factors associated with colposcopy-histopathology confirmed cervical intraepithelial neoplasia among HIV-infected women from Rio De Janeiro, Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2011 Mar;6(3):e18297. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21479179>. DOI: 10.1371/journal.pone.0018297

23. Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerability of women living with HIV/aids. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2014 Jan/Feb;22(1):68-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000100068. DOI: 10.1590/0104-1169.2837.2377
24. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *International Journal of Drug Policy* [Internet]. 2015 Feb;Suppl 1:S16-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25277726>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.09.003>
25. Medeiros T, Farias MCAD, Sousa AKA, Abreu RMSX, Maracajá PB. Knowledge and perception of women on the preventive examination for cervical cancer. *REBES*. 2015;5(4):9-16.
26. Barasuol MEC, Schmidt DB. Cervical cancer and its risk factors: integrative review. *Rev Saúde Desenvol* [Internet]. 2014;6(3):138-53. Available from: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/312/228>
27. Arruda FS, Oliveira FM, Lima RE, Peres AL. Knowledge and practice in doing the pap smear and HPV infection in adolescents public school. *Rev Para Med*. 2013;27(4):59-65.
28. Ursu RG, Onofriescu M, Luca A, Prisecariu LJ, Salceanu SO, Nemescu D, et al. The Need for Cervical Cancer Control in HIV-Positive and HIV-Negative Women from Romania by Primary Prevention and by Early Detection Using Clinically Validated HPV/DNA Tests. *PLoS One* [Internet]. 2015 Jun;10(7):e0132271. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26186361>. DOI: 10.1371/journal.pone.0132271
29. Shewamene Z, Legesse B, Tsega B, Bhagavathula AS, Endale A. Consistent condom use in HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy in northwestern Ethiopia: implication to reduce transmission and multiple infections. *HIV AIDS (Auckl)* [Internet]. 2015 pr;7:119-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403739/>
30. Liu J, Liu W, Liu Y, Zhou X, Zhang Z, Sun Z. Prevalence of microorganisms co-infections in human papillomaviruses infected women in Northern China. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2016 Mar;293(3):595-602. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26280325>. DOI: 10.1007/s00404-015-3826-7
31. Fletcher FE, Buchberg M, Schover LR, Basen-Engquist K, Kempf MC, Arduino RC, et al. Perceptions of barriers and facilitators to cervical cancer screening among low-income, HIV-infected women from an integrated HIV clinic. *AIDS Care* [Internet]. 2014;26(10):1229-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24635664>. DOI: 10.1080/09540121.2014.894617
32. Lambert CC, Chandler R, McMillan S, Kromrey J, Johnson-Mallard V, Kurtyka D. Pap test adherence, cervical cancer perceptions, and HPV knowledge among HIV-infected women in a community health setting. *J Assoc of Nurses AIDS Care* [Internet]. 2015 May/Jun;26(3):271-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25769754>. DOI: 10.1016/j.jana.2014.11.007